

Des cas clinique qui résumement tout !...

« Travaux pratiques »



Les faits

Patiente âgée de 77 ans, arthrose invalidante

ATCD chir: PTG et PTH à droite sous AG

ATCD médicaux: aucun

Programmée pour pose de PTG gauche

Traitement antalgique

ASA 1, Mallampati 1, bilan cardio-vasculaire sans particularité PA = 14/8

Port de lunettes

Les faits

Le MAR propose ALR + AG

Information sur le risque anesthésique faite
(document type Sfar remis à la patiente)

Consentement éclairé pour l'anesthésie obtenu

Hospitalisation la veille. VPA faite, rien de nouveau

Jour J0

Bibloc fémoral + sciatique (solution adrénalinée) avec pose d'un KTPN fémoral

AG classique: Sufentanil + Propofol + Curares + Halogénés

Intubation RAS

Passage en SSPI

Antalgiques: paracétamol, PCA morphine, KTPN

Sortie SSPI avec score d'Aldrète 10/10

Jour J+1

Douleurs du site opératoire toujours présentes avec fréquence cardiaque à 100/min

Ajout de Nefopam qui sera efficace sur les douleurs: EVA de 4 à 3/10 et baisse de la consommation de morphine

Jour J+2

- Apparition de douleurs de l'œil droit le matin et de céphalées l'après midi
- Début d'un traitement par Bromure de Céthexonium (Biocidan) en collyre le matin (Kératite) puis Zolmitriptan l'après-midi (Migraines)

Jour J+3

La douleur liée à l'intervention étant de 2/10 avec une faible consommation de morphine, le KTPN et la PCA de morphine sont enlevés, le Néfopam est stoppé et le relais est pris par du Topalgic LP

Les douleurs de l'œil droit régressent

Jour J+4

Paracétamol + Tramadol

Zolmitriptan + Bromure de Cétexonium

Plus de douleur OPH, drains opératoires enlevés

Jour J+5

- Demande de consultation en ophtalmologie

Jour J+6

Diagnostic de GAFA de l'œil droit posé

Traitement: Pilocarpine, Acétazolamide (Diamox) et traitement par laser en soins externe

Jour J+7

- Iridotomie au laser Yag
- Reste du traitement: idem + Indocollyre

Jour J+8

- Sortie en convalescence puis suivi OPH

Finalement

PIO contrôlée à 20 mmHg OD

Vision non retrouvée à droite

Plusieurs épisodes d'augmentation de PIO, l'œil droit est considéré perdu

Trabéculéctomie proposée pour conserver l'œil droit et sevrer en médicaments hypotoniques

Rétrospectivement...

Dans la nuit de J1 à J2 la patiente signale à l'IDE des douleurs oculaires à droite

A J2 au matin, la patiente dit ne rien voir de l'œil droit

Etat antérieur:

- Port de verres correcteurs pour la vision de près
- Maculopathie colloïde OG>>OD
- AV 6/10 OD et 5/10 OG
- Début de phacosclérose bilatérale
- Pas d'ATCD de glaucome familial ou personnel

Examen clinique le jour de l'accédit

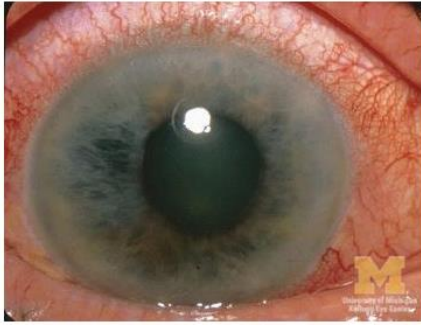
OD AV = 0; PIO = 15 mmHg. Au FO: atrophie optique, maculopathie colloïde

OG AV = 7/10; PIO = 17 mmHg. Au FO: maculopathie colloïde+++



Motricité oculaire:

- Ptosis à droite
- Déviation oculaire droite vers le dehors par perte de fixation



Rappel sur le GAFA

C'est une urgence ophtalmologique! Menace le nerf optique dans les 6 heures...

Il associe: BAV + douleur oculaire irradiantes

Sans traitement, perte fonctionnelle totale et définitive

Si traitement précoce et adapté: guérison complète avec possible séquelles minimales

Examen clinique: œil rouge, semi-mydriase et œil dur comme une bille

Facteurs de risque de GAFA

Sexe féminin

Sujet âgé

Hypermétropie (en CPA seul le port de lunettes était signalé)

Stresse

Pénombre (la survenue se fait ici dans la nuit)

Facteurs pharmacologiques favorisant la survenue du glaucome

Atropine

Éphédrine

Kétamine

- Adrénaline
- Noradrénaline
- Néfopam



Responsabilités/Préjudices

Y a-t-il une faute du praticien?



Si oui, laquelle et quelle est le degré de responsabilité?

Quand peut-on dater la consolidation?

Comment répartir les préjudices?

Réponses aux questions



La survenue du glaucome est un aléa thérapeutique

L'appel tardif de l'ophtalmologiste est une faute

Le fait qu'une BAV ne soit pas tracée dans le dossier infirmier n'est pas recevable car devant la symptomatologie il fallait s'enquérir d'une possible BAV dès J+2

Résumé des caractéristiques du produit – ACUPAN – sept 2013

Contre-indications

Acupan ne sera pas administré en cas d'une hypersensibilité au néfopam ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. Acupan ne sera pas administré aux patients avec des antécédents convulsifs, ni aux patients qui prennent des inhibiteurs de la mono-amine oxydase (MAO).

Acupan ne sera pas administré aux patients souffrant d'une insuffisance hépatique ou rénale grave. Suite à ses propriétés anticholinergiques, Acupan sera utilisé avec prudence chez des patients souffrant de glaucome, d'hypertrophie de la prostate ou de rétention urinaire. Si nécessaire le traitement sera arrêté.

Réponses aux questions



Précocement traité, il y a 6 chances sur 10 de retrouver un niveau de vision antérieur, soit 6/10 à l'œil droit. La perte de chance est donc de 60%, répartie entre aléa et retard à la prise en charge

30% aléa et 30% retard de prise en charge

Consolidation: au moment où les soins de l'œil ont cessé et que la patiente a été opérée de sa cataracte à gauche

Préjudices

Nomenclature Dintilhac



Préjudices patrimoniaux :

Temporaires avant consolidation

DSA : oui

FD : non

PGPA : non

Permanents après consolidation

DSF : non

FLA : non

FVA : non

ATP : non

PGPF : non

IP : non

PSU : Sans objet

DSA = Dépenses de Santé Actuelles

FD = Frais Divers

PGPA = Perte de Gains Professionnels Actuels

DSF = Dépenses de Santé Futures

FLA = Frais de Logement Adapté

Préjudices extra-patrimoniaux :

Temporaires avant consolidation

DFT : 25 %

SE : 3,5 /7

PET : 2,5/7

Permanents après consolidation :

DFP : 25 %

PA : oui

PET : 1.5 /7

PS : non

FVA = Frais de Véhicule Adapté

ATP = Assistance par un 1/3

PGPF = Perte de Gains Professionnels Futurs

IP = Incidence Professionnelle

PSU = Préjudice Scolaire Univ ou de Formation

Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun



B. - La perte de la vision d'un oeil

Perte fonctionnelle d'un oeil (si la vision de l'autre oeil est normale) : 25 %.

En cas d'énucléation avec mise en place d'une prothèse oculaire, le taux d'incapacité permanente reste le même car le port de la prothèse n'a pas pour but d'améliorer la fonction mais l'aspect esthétique (la mobilité et la qualité de l'appareillage sont appréciées dans le cadre du préjudice esthétique).



Procédures



Procédure en référé

Procédure au fond

A l'initiative de la patiente, contre le praticien et l'ONIAM

Jugement avant dire droit, le tribunal ordonne une nouvelle expertise

Perte de chance de 60%, dont 60% pour le praticien et 40% pour l'ONIAM
soit 30.000 euros et 15.000 euros respectivement

La CPAM était défailante, aucune créance n'a été versée aux organismes sociaux

CAS CLINIQUE ⁽¹⁾

Patiente de 46 ans, **HTIA par voie basse** pour CIN III par un chirurgien G-O.

CPA réalisée par MAR 1 : ASA 1, aucun traitement,

- groupe sanguin O+ et résultat d'une RAI récente sont notés sur la feuille.

VPA la veille au soir (MAR 2) RAS mais

- absence de carte de groupe (oubliée à domicile)
- demande à l'IDE de récupérer un double auprès du LAM (**ce qui ne sera pas fait...**)
- L'Hb préopératoire est à 12,4 g.

Intervention (10h, un vendredi matin)

- validation de l'intervention par la Check-list (**NC**)
- AG « classique » (RAS)
- Chirurgie < 30 minutes (CRO: ligatures sur pédicules utérins non doublées)

SSPI : RAS, sortie validée à H+2 par le MAR 2 à 13h30.

Hospitalisation dans un **lit de SDC** (MATER) faute de place en chirurgie

CAS CLINIQUE ⁽²⁾

La patiente est surveillée pendant J0 par une **élève IDE** « supervisée » par **une IDE habituelle de SDC**

A 14h20, **TA à 67/34**, FC à 70 bpm, **absence de saignement extériorisé**, patiente « *va bien* », quelques nausées traitées par du métoclopramide. Du tramadol est administré vers 15h30 (EN à 5/10).

A 17h15 puis à 17h45, TAS de 78/- et 90/- respectivement, sans tachycardie.

- **Aucun appel aux médecins.**
- **Aucune contre-visite médicale** en fin d'après-midi (pas de trace écrite)

A 22h, TA à 10/6 (manuelle) FC à 64 bpm. Redon non productif. Diurèse 500 cc.

A 1h30, toujours des nausées et EN à 3/10

- Tramadol IVL (selon prescription)
- 500 ml + 3 ampoules de métoclopramide (hors prescription)

Une seule autre prise de TA et FC (11/6, 84 bpm) est notée au cours de la nuit (heure ?)

CAS CLINIQUE ⁽³⁾

Le lendemain matin (samedi) visite du chirurgien : « va bien »...

NFS prélevée vers 8h, montre un **taux d'hémoglobine à 6,3 g.**

- Cette anomalie est transmise par téléphone vers 10h et faxée dans le service vers 10h25 par le LAM puis **signalée au gynécologue-obstétricien qui prend l'astreinte pour le week-end.**
- Ce dernier, **occupé** en salle de travail pour un accouchement normal, demande à l'IDE de « **commander du sang** »
- **L'anesthésiste de garde** pour le week-end (MAR 3) remplaçant « habituel » de la structure, **n'est ni prévenu de ces résultats ni appelé auprès de la patiente.**
- Le chirurgien viscéral d'astreinte (autre liste) n'est pas appelé non plus.

L'IDE cherche donc la **carte de groupe** et la **RAI** dans le dossier mais **ne les trouve pas...**

- L'IDE rappelle le LAM. Une secrétaire lui dit de refaire les examens car elle n'a pas d'habilitation...
- L'IDE demande alors à la mère de la patiente (qui était en visite) de rapporter ces documents, ce qu'elle fait vers 11h45.
- **Carte de groupe et RAI sont alors soigneusement rangés** dans le dossier papier par une **aide-soignante de SDC, non informée** de la transfusion urgente et sans en informer quiconque...

CAS CLINIQUE ⁽⁴⁾

Vers 12h45, l'opérateur prend des nouvelles et demande un contrôle de NFS : **Hb 4,9 g**

Il se rend sur place, fait transférer la patiente au bloc opératoire et fait appeler l'anesthésiste de garde.

- Ce dernier arrive au bloc en même temps que la patiente, qui est en **état de choc** (TA imprenable, FC 140 bpm) avec un abdomen météorisé.
- O2 au masque facial, pose de 2 voies veineuses, remplissage par des cristalloïdes (1500 ml), transfusion des **2 CGR O** - du dépôt d'urgence vitale (il existait également 2 CGR O + dont personne n'avait connaissance...)
- **Fait commander par la cadre** 4 CGR, 4 PFC et 1 CUP en utilisant la procédure « classique » (convention établie avec l'EFS de la grande ville distante de 20 km) alors qu'il existe une **procédure de transfusion en urgence vitale immédiate** avec le dépôt de l'hôpital voisin de 500 mètres (ni le chirurgien ni l'anesthésiste ni le cadre de garde ne sont au courant de cette procédure à utiliser en cas d'UVI...)

La patiente est installée sur la table d'opération vers 13h55.

- **L'induction anesthésique** est faite par midazolam (2 mg) et propofol (120 mg)
- Après intubation et ventilation en FiO2 à 1, injection de sufentanil et d'atracurium avant l'incision (14h05)...

CAS CLINIQUE ⁽⁵⁾

La feuille d'anesthésie originale a été "perdue", probablement lors du transfert ultérieur et qu'une nouvelle feuille a été refaite "de mémoire". Il n'existe pas non plus d'enregistrement informatisé des constantes hémodynamiques et respiratoires au cours de cette procédure, l'anesthésiste indiquant cependant l'absence de collapsus à l'induction anesthésique...

L'abord transversal met en évidence un **hémopéritoine estimé à 4 litres** (lâchage d'une ligature sur le pédicule annexiel droit avec saignement actif de l'artère utérine)

Le remplissage vasculaire est poursuivi par des cristalloïdes (1500 ml) et un HEA (500 ml) associé à des bolus répétés d'éphédrine, en attendant l'arrivée des PSL.

Quinze minutes après l'évacuation de l'hémopéritoine, bradycardie et **ACR**.

MCE, adrénaline, clampage aortique manuel : récupération en 3 minutes (low flow)

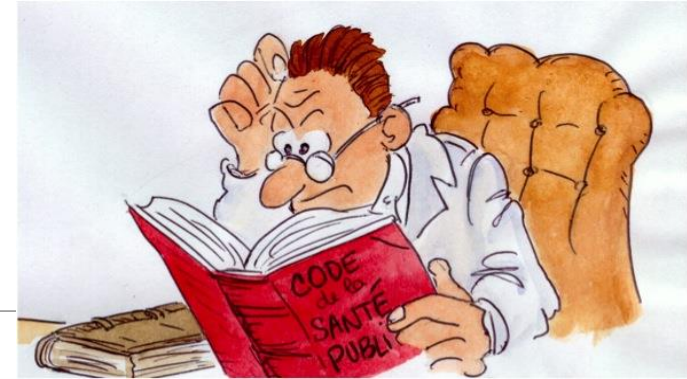
Arrivée des PSL et transfusion immédiate

Stabilisation de la situation et fermeture sur un drain de Redon.

Transfert en réanimation par le SMUR. Evolution neurologique péjorative.

Etat pauci relationnel chronique.

QU'EN PENSEZ-VOUS ?...



Les chirurgiens sont nuls en médecine !...

Les infirmières n'ont pas fait leur travail !...

La Clinique est mal organisée !...

Le laboratoire de ville est mal organisé !...

Les hémobiologistes des EFS sont « pénibles »!...

L'anesthésiste a fait « une faute » !...

L'anesthésiste « n'a pas eu de chance »!...

Les remplaçants sont les « coupables idéaux » !...

Il faut « fermer les petites structures » le week-end !...

etc ... / ...

Analyse selon la méthode ALARM

Association of Litigation And Risk Management (Vincent & al. BMJ 2000, 320: 777-81)

Type de facteur	Facteurs contributifs
Contexte institutionnel	Contexte économique réglementaire
Facteurs organisationnels et de gestion	Direction de service de santé Contrainte et ressources financières Structure organisationnelles
Facteurs liés à l'environnement de travail	Priorités et culture de sécurité Combinaison des compétences et des effectifs Maintenance de l'équipement Engagement de l'administration et de l'encadrement
Facteurs d'équipe	Communication orale et écrite Supervision et recherche d'aide
Facteurs individuels (personnel)	Santé physique et mentale Connaissance et compétence
Facteurs liés aux tâches à effectuer	Qualification Conception et lisibilité des tâches Existence de protocole de soins
Facteurs liés au patient	Score ASA (complexité) Facteurs sociaux, personnalité

Contexte institutionnel

- Clinique privée, praticiens libéraux, astreinte opérationnelle (G-O) MAR sur place
-

Contexte organisationnel et de gestion

- Demande orale (VPA) non respectée (pas de carte de groupe sanguin)
- Check-list « inopérante » (chirurgie à potentiel hémorragique = absence carte GS => no go)
- Hospitalisation en SDC, urgence de « week-end », cadre de garde « débutant »
- G-O de garde en charge de la SDN, MAR remplaçant, garde de chirurgie (NC)
- Pas de renfort anesthésique, pas d'IADE
- Méconnaissance des procédures locales (2 des participants présents...)

Facteurs liés à l'environnement de travail

- LAM extérieur et autorisations d'accès aux logiciels limitées
- Dépôt de PSL type « maternité » méconnu (2 CGR O- et 2 CGR O+)
- Hôpital public proche avec dépôt relais et EFS plus éloigné (en convention)

Facteurs d'équipe

- Pas réellement « d'équipe »...
 - Pas de CV tracée le soir de J0
 - Défauts et retards de « communication » (J0 et J+1) : IDE / médecins puis G-O / MAR
 - Appel « tardif » au MAR de garde
-

Facteurs individuels

- Méconnaissance totale des règles transfusionnelles en UV et UVI (HTIA)
- Examens inutiles (perte de temps) et examens utiles non faits (échographie)
- Urgence chirurgicale mais « déchocage » préalable imparfait
- Méconnaissance des RPC (anesthésie du choc hémorragique)

Facteurs liés aux tâches à effectuer

- Garde de Maternité (« compétence » chirurgicale ?) et urgence chirurgicale

Facteurs liés au patient = 0 (sauf oubli de sa carte de groupe...)

Analyse selon la méthode des « barrières »

Plus médico-légale
mais rétrospective...

BARRIÈRES DE PRÉVENTION

Indication opératoire
Evaluation préopératoire
Technique opératoire
Technique anesthésique ¹
Transmissions médicales
Visites systématiques
"Référence" médicale
Hospitalisation en secteur adapté

RESPECT

+/-
+
-
+
-
-
+
-

CONTRIBUTION

++
-
+++
-
+++
++
++
++

BARRIÈRES DE RÉCUPÉRATION

Procédures TS en UV
Connaissance des RPC ²
Surveillance clinique
Surveillance biologique
Communication
Compétences

-
-
+/-
+
-
+/-

+++
+++
+++
-
+++
+++

BARRIÈRES D'ATTÉNUATION (post ACR)

?...

EXPERTISE : « DÉFAILLANCES MULTIPLES »...

Indication chirurgicale (conisation vs. HTIA)

Groupe sanguin et RAI demandés mais **non disponibles** (check-list non appliquée : « NO GO »...)

Technique chirurgicale défailante (pas de doublage des nœuds sur les pédicules)

Lieu d'hospitalisation « aberrant » (SDC) et personnel « insuffisamment » formé

Absence de contre-visite le soir de J0

Surveillance infirmière défailante et absence d'appel aux médecins (J0)

Visite du chirurgien à J+1 « inopérante » (*« la patiente va bien » avec une Hb à 6 puis 5 g...)*

Absence d'examen clinique et prescriptions « télémétriques » à J+1 (*G-0 de garde*)

Retard à la transfusion sanguine

Méconnaissance des procédures de TS en UV et UVI (médecins et soignants)

Examens inutiles refaits (NFS, GS, RAI) alors qu'ils étaient disponibles (J+1)

Appel « en fin de parcours » au MAR de garde (choc hémorragique installé +++)

Protocole anesthésique non conforme

EXPERTISE : « CONTRIBUTIONS MULTIPLES »...

Perte de chance globale « proche de 100 % »...

Ventilation des responsabilités sur 4 têtes

- **Etablissement** (IDE, procédures) **2 chirurgiens et 1 MAR**
 - % des responsabilités à établir par le juge (24 x 4 ?...)
- LAM et EFS : hors de cause

Évaluation des préjudices (personnels et ayants-droit directs)

- DFT en cours, QD, PE, **DFP : 95 %**, PPRO, PA, PS, PM, P Aff...
- **ATP ≈ 24/7**, aménagements de domicile, frais futurs (CPAM) ...

Évaluation assurantielle

- Provisionné à **8 M€** (plafond)

CONCLUSIONS

Comment éviter les poursuites ?

Les praticiens qui communiquent peu sont plus poursuivis que les autres...

Il faut « **faire de la Médecine** »...

- Connaître les « RPC » et leurs actualisations...
- Tout tracer par écrit (lisiblement ou informatiquement...)
- Expliquer par écrit sa stratégie, ses réflexions (EBM) et ses décisions (B/R)
- Demander de l'aide quand un doute s'installe...

Il faut communiquer avec les chirurgiens et avec les patients (cela s'apprend...)

Traiter le patient (et sa famille...) avec **respect**

En cas de **complication** : prendre le temps d'informer, faire une RMM, déclarer les EI(G)...

En cas de poursuite

Dire la vérité (*l'expertise est contradictoire...*)

Préparer sa défense avec ses conseils +++