



Juin 2012



RAGE ERAGE FC
Franche-Comté

Plateforme d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables
Equipe d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

L'obésité, un risque majeur en chirurgie

INCIDENT

Un homme de 54 ans est vu en consultation début mars pour une récurrence d'éventration. Parmi ses antécédents, on note principalement une obésité (IMC=37) et un syndrome d'apnées du sommeil. En raison de la gêne provoquée, une intervention avec pose de treillis est programmée le dernier jeudi de mars.

L'intervention se déroule sans problème. Un traitement anticoagulant par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) est mis en place (4 000 UI anti-Xa par jour). Des bas de contention sont prescrits. Le vendredi soir (J1), le patient présente une détresse respiratoire aiguë conduisant à un transfert en réanimation. Après cet épisode rapidement résolutif, le patient est à nouveau dirigé vers le service de chirurgie générale et digestive le mercredi à 17h (J6).

Le patient, n'ayant pas été levé en réanimation, est levé le jeudi matin (J7) dans le service de chirurgie. Vers midi, le patient est en sueurs et dit avoir du mal à respirer. La TA est à 21/12, puis chute rapidement à 7/4. Le chirurgien ayant opéré le patient étant au bloc opératoire, l'infirmière appelle l'anesthésiste de garde. Celui-ci demande un transfert en réanimation, mais aucun lit n'est disponible. Une surveillance clinique rapprochée est mise en place et un soluté de remplissage est prescrit. Au retour du chirurgien dans le service vers 14h, un scanner est demandé pour suspicion d'embolie pulmonaire.

Le patient décède à 15h lors de l'examen en radiologie, qui confirme une embolie pulmonaire massive. L'interrogatoire de la famille révèle que le patient est revenu d'outre-Atlantique par avion l'avant-veille de son hospitalisation.

Evènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins et conséquence

- Syndrome de détresse respiratoire, puis embolie pulmonaire massive secondaire à une thrombose veineuse périphérique, ayant entraîné le décès du patient.
- En France, environ 5,5 hospitalisations sur 1 000 (soit environ 70 000 chaque année) sont compliquées par une thrombose veineuse périphérique et/ou une embolie pulmonaire (DREES-HAS. Développement d'Indicateurs de la sécurité des soins (PSI) à partir des bases de données médico-administratives hospitalières. Rapport final, avril 2011)



Erage - RéQua - 26 rue Proudhon - 25000 Besançon
03 81 61 68 10 - 03 81 61 93 28 - erage@requa.fr

Cause immédiate

Retard au diagnostic de thrombose veineuse périphérique puis d'embolie pulmonaire

Causes racines

- Absence de protocole de prévention des thromboses adapté aux patients obèses
- Carences dans la détection de la thrombose veineuse profonde
- Carences dans la détection de l'embolie pulmonaire
- Mauvaise définition des responsabilités et des tâches lors de la survenue d'une menace vitale immédiate
- Retard au premier lever du patient
- Retard dans la prestation des examens paracliniques
- Défauts de coordination entre services

ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES

- Estimation du risque lié à la chirurgie en préopératoire chez les patients obèses, par le chirurgien en collaboration avec le médecin anesthésiste
- Information particulière pour les patients obèses sur les risques liés à la chirurgie et traçabilité de la réflexion bénéfices-risques
- Prévention des risques en préopératoire chez les patients obèses
 - Consultation avec un médecin réanimateur pour évaluer le besoin d'un recours à une réanimation postopératoire pour les patients à risque de décompensation d'une insuffisance respiratoire
 - Prescription de kinésithérapie respiratoire,
 - Prescription d'une Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR)
 - Préparation nutritionnelle
 - Recherche de déficit hématologique en l'absence d'antécédents chirurgicaux
- Prévention des risques en postopératoire chez les patients obèses
 - Anticoagulation préventive (4 à 6 000 UI anti-Xa par jour)
 - Premier lever dès le soir de l'intervention, ou au plus tard au 1^{er} jour postopératoire, y compris en unité de soins continus ou en réanimation si le patient en est capable, fait par un infirmier
 - Surveillance par écho-doppler en cas de séjour en réanimation
 - Mise en place de bas de contention ou d'une contention pneumatique
- Elaboration d'une check-list des actions de prévention et de prise en charge à mettre en œuvre chez le patient obèse (IMC>35 ou IMC>30 si complications) avant une chirurgie lourde, reprenant les différents points évoqués ci-dessus
- Réflexion multidisciplinaire (chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs) sur les critères de transfert et le lieu d'accueil (réanimation, SSPI, salle de déchoquage...) des patients en cas de survenue d'une menace vitale immédiate

Références

- SFAR. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse périopératoire et obstétricale ; avril 2005.
- HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte ; janvier 2009.