

JOURNÉE SPECIALE SUR LE PÉRI OPÉRATOIRE ORGANISÉE PAR LES ASSOCIATIONS ARRES ET ASSPRO

Samedi 24 Octobre – Hôtel Novotel Paris Centre Tour Eiffel

Responsabilité de l'équipe analyse commune d'EIAS

aldeleuze@wanadoo.fr

patrick.georges.yavordios@gmail.com

EIAS

**Insuffisance rénale post
chimiohyperthermie intrapéritonéale
(CHIP)**

Histoire et chronogramme

- Intervention réglée et protocolée décidée après staff (250 par an)
- Chimio hyperthermie au cisplatine chez une patiente porteuse d'une carcinose péritonéale d'origine ovarienne
- AR remplaçant peu connu dans l'établissement et peu au courant des protocoles utilisées dans cette chirurgie , notamment de la nécessité d'une hyper diurèse
- Le chirurgien interroge l'IADE présente en salle sur la diurèse sans parler de la procédure d'hyper diurèse
- La procédure n'est pas appliquée
- Conséquence insuffisance rénale organique définitive

Analyse systémique
Recherche de cause par la méthode ALARM
Etape 1 : Concerne le Patient

CHIP imposée par l'état de la patiente

Etape 2 : Concerne l'acte réalisé

- Utilisation de cisplatine néphro toxique
- Protocole non disponible

Etape 3 : **Concerne la ou les personnes ayant réalisées l'acte**

- Chirurgien ne vérifie pas l'application des protocoles
- AR remplaçant non informé de la procédure d'hyper diurèse
- IADE peu contributive, ne donne pas l'alerte

Etape 4 : Concerne l'équipe

- Défaut de communication entre chirurgien et AR
- Défaut de communication dans l'équipe d'AR
- Pas de transmission entre AR titulaire et AR remplaçant

Etape 5 : Concerne l'environnement

- Niveau de compétence inadapté :
- AR remplaçant et IADE peu réactive

Etape 6 : Organisation locale au sein de l'établissement

- Mauvaise gestion des ressources humaines
- Intervention très spécialisée peu adaptée à un remplaçant

Etape 7 : Contexte institutionnel régional

Non concerné

Recherche de causes

Primaire

- Protocole d'hyper diurèse non appliqué

Secondaire

- AR remplaçant
- Pas de communication entre AR titulaire et remplaçant
- Pas de vérification du chirurgien
- Défaut de communication entre chirurgien et AR

Barrière n'ayant pas fonctionné

- Alerte du chirurgien
- Alerte de l'IADE

Barrière de récupération

- Dialyse

Proposition d'actions d'amélioration et d'indicateurs de suivi des mesures d'amélioration

- Inclusion du protocole d'hyper diurèse dans la check list
- Protocole transmis aux médecins remplaçants
- Contrôle de la Check list

Conclusion

Responsabilité d'équipe multidisciplinaire et pluri professionnelle avec défaut de communication

EIAS

Prolongation inutile d'AG

Histoire et chronogramme

- Patiente opérée pour tumorectomie du sein G avec ganglion sentinelle
- Programmée en 1° en raison d'une allergie au latex
- Injection du ganglion sentinelle faite la veille
- Echo repérage prévu juste avant l'intervention en radio
- Lors de l'installation, un pansement sur le sein laisse à penser que le repérage a été fait.
- Après induction, ablation du pansement et constatation de l'absence de repérage
- Attente d'un radiologue pour écho repérage au bloc
- Perte de 1h45
- AG prolongée inutilement et désorganisation du programme opératoire et de celui du radiologue

Analyse systémique

Recherche de cause par la méthode ALARM

Etape 1 : Concerne le Patient

- Allergie au latex
- Focalisé sur ce problème
- Confond ganglion sentinelle et écho repérage lors des questions de la check list

Etape 2 : Concerne l'acte réalisé :

Injection et écho repérage préalable
nécessaire à l'intervention chirurgicale

Etape 3 : Concerne la ou les personnes ayant réalisées l'acte

- L'IDE de service laisse partir la patiente sans repérage préalable
- L'ibode ne soulève pas le pansement sur le sein
- Le chirurgien ne découvre le problème qu' à l'ablation du pansement en pré op immédiat
- L'AR pratique l'induction sans attendre la vérification par le chirurgien

Etape 4 : Concerne l'équipe

- Défaut de communication entre équipe de bloc et équipe de radiologie

Etape 5 : Concerne l'environnement

- Ablation tardive du pansement sur le sein
- Défaut dans la traçabilité des différents actes

Etape 6 : Organisation locale au sein de l'établissement

- La commission de bloc ne tient compte que de l'allergie au latex
- Le chirurgien ne vérifie pas la veille
- Le RV de repérage le matin même est trop tardif
- Difficulté de coordonner service de radio et bloc

Etape 7 : Contexte institutionnel régional

Non concerné

Recherche de cause

Cause primaire

Absence d'écho repérage

Cause secondaire

Défaut de communication entre bloc et radiologie

Focalisation sur l'allergie au latex

Repérage prévu trop tardivement

Pas de vérification préalable par le chirurgien

Barrière n'ayant pas fonctionné

1° temps de la CL, vérification avant induction anesthésique

Barrière de récupération

2° temps de la CL

Appel du radiologue mais qualité dégradée

Proposition d'actions d'amélioration et d'indicateurs de suivi des mesures d'amélioration

- Ablation du pansement avant induction
- S'assurer que la CL1 est bien réalisée
- La programmation du bloc doit tenir compte du repérage
- Vérification de la cohérence des étapes par le chirurgien
- Améliorer la communication au sein des équipes lors de la programmation : chirurgie -radiologie – anesthésie
- Focus sur les délais entre écho repérage et intervention

Conclusion

Organisation et communication inter
équipe défaillante