



(1)

Tout sur la gestion des risques médicaux et la sécurité du patient

Recherche

Actualités et revues
de presseCas cliniques et
retours
d'expérienceRevue de
questions
thématiques

Médiathèque

Dossiers du risque
et méthodes de
prévention

[\(1\)](#) > [Cas cliniques et retours d'expérience \(/Cas-cliniques-et-retours-d-experience\)](#)
> [Tous les cas cliniques \(/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques\)](#)
> [Chirurgien \(/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien\)](#) > [Appendicite gangréneuse chez un enfant de 11 ans : décès](#)

Appendicite gangréneuse chez une enfant de 11 ans : décès -Cas clinique

A⁻ A⁺

[f](https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien/appendicite-gangreneuse-enfant) (<https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien/appendicite-gangreneuse-enfant>)

[t](#) (0) [m](#) (0) [p](#) (0)

Appendicectomie chez un enfant de 11 ans. Sortie à J4 et décès à domicile à J7... le syndrome du 5e jour ?

Chirurgien

Sommaire

Cas clinique

Analyse

Jugement

Commentaires

Auteur : Christian SICOT / MAJ : 17/06/2020

Cas clinique

Le 26 octobre 2004, une fillette de 11 ans se plaint de douleurs de la fosse iliaque droite.

Le lendemain matin, elle est examinée par le médecin de famille qui suspecte une appendicite aiguë et l'adresse à la clinique proche : « (...) *Syndrome douloureux abdominal depuis 24 h, ayant débuté par des vomissements, sans diarrhée. Température à 38, 7°C. Abdomen tendu avec défense nette au niveau de la FID(...)* »

Admise à 13h00, l'enfant est examinée par l'urgentiste et le chirurgien qui confirment le diagnostic. La leucocytose est à 15740/mm³ et la CRP à 89mg/l. A noter une température à 39.7°C.

Intervention le 28 octobre à 10h10 précédée d'une antibioprophylaxie par Augmentin ; elle se termine à 11h30. « (...) *Open-coelioscopie ombilicale...Appendicite rétro-coecale sous-séreuse avec une base très large et inflammatoire. Absence d'épanchement péritonéal. Appendicectomie : électrocoagulation du méso-appendiculaire à la pince bipolaire puis section de celui-ci. La base*

est large et inflammatoire ainsi que le caecum adjacent sera sectionnée à l'ENDO GIA 30. Section de l'appendice qui sera extrait par le trocart de la fosse iliaque. Vérification de l'hémostase. Lavage abondant avec 2 litres de sérum physiologique. Mise en place d'un redon aspiratif dans le Douglas. (...) »

L'antibiothérapie (Augmentin®) prescrite d'abord en IV (2g/j) est poursuivie par voie orale (1g/j) Dans les suites, l'enfant est vu tous les jours par le chirurgien qui note dans le dossier: « *Suites opératoires : se plaint de douleurs épigastriques le soir de l'intervention, est mise sous Raniplex® et Uicar®. Le 29/10(J1) : se plaint toujours de gastralgies. L'abdomen reste souple. Le redon a donné 50 ml. Mopral® à la place du Raniplex® avec amélioration nette. Le 30/10 (J2), disparition des gastralgies. Abdomen souple avec des gaz ; le redon ne donne plus ; nette diminution des GB à 11 400/mm3. Le 31/10 (J3) : arrêt des perfusions, ablation du redon. Va nettement mieux. Devrait sortir demain ».*

Le 1er Novembre, à J4, l'enfant quitte la clinique avec une ordonnance d'Augmentin® et de Doliprane®. Il est prévu qu'elle soit revue par le chirurgien en fin de semaine pour ablation des fils.

Le 2 novembre, le traitement prescrit débute (J5) mais le pharmacien déclarera lors de l'enquête pénale avoir substitué à l'Augmentin®, « son générique, à savoir l'Amoxicilline ». Dans la matinée, après avoir pris son petit déjeuner, l'enfant se plaint de douleurs abdominales justifiant la prise de Doliprane® et, en fin d'après-midi, elle vomit en tentant de prendre de la compote.

Après 18h00, sa mère dit avoir téléphoné au chirurgien mais sans pouvoir le joindre. L'enfant passe une mauvaise nuit avec des douleurs abdominales et « des gaz qui n'arrivaient pas à sortir ». Le 3 novembre (J6), la mère dit avoir rappelé le chirurgien mais n'avoir été en contact qu'avec son secrétariat qui lui avait donné un rendez-vous seulement pour le 6 novembre, et que, par conséquent, elle avait téléphoné à son médecin traitant.

Le médecin traitant, en consultation prend l'appel de la mère qui lui indique que sa fille « *se plaint de ballonnement et qu'elle souffre* » et lui demande des médicaments pour « *les gaz intestinaux* ». Le médecin traitant rédige alors une ordonnance de Debridat® et de Spasfon® en suppositoire, que la mère vient chercher à son cabinet.

L'enfant vomit lors de la prise de Débridat®. Elle refuse dès lors de s'alimenter et se plaint vers 18h00 d'avoir « très chaud ». Elle continue de souffrir de l'abdomen et ne peut trouver le sommeil.

Le 7 novembre, Vers 01h00, lors d'un vomissement de liquide verdâtre, l'enfant perd connaissance. Les pompiers arrivaient rapidement mais, même après l'arrivée du SAMU, l'enfant ne peut être réanimée. Décès constaté à 02h15.

L'autopsie (limitée à l'abdomen) mettait en évidence une péritonite généralisée avec un moignon d'appendicectomie ne présentant pas de lâchage ou de fuite. La même flore poly-microbienne, aérobie et anaérobie, était retrouvée dans le liquide péritonéal et le sang.

A noter que, devant le juge d'instruction, le chirurgien contestait formellement la version de la mère. Le 2 novembre, li n'avait reçu ni appel, ni message de la mère alors qu'il aurait dit aux parents qu' « (...) Au moindre problème, ils devaient le contacter ou contacter la clinique (...) », ce qu'ils n'ont apparemment pas fait non plus. Par ailleurs, le 3 novembre, ce n'était pas la mère mais le père de l'enfant qui avait appelé son secrétariat (qui était assuré par l'épouse du chirurgien) mais uniquement pour la consultation postopératoire de contrôle et sans rien signaler d'anormal à la secrétaire.

Le jour du décès de l'enfant, le chirurgien recevait le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire : « *Appendicite aiguë gangréneuse avec une péritonite fibrino-leucocytaire. Caecum présentant également une inflammation aiguë modérée* ».

Plainte pénale pour homicide involontaire déposée par les parents de l'enfant.

Analyse

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement. Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale.

[Télécharger l'exercice \(pdf - 28.46 Ko\)](#) (/content/download/3255/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf)

[Retrouver l'analyse des barrières de prévention \(pdf - 22.27 Ko\)](#) (/content/download/3256/file/Cas-clinique-chirurgical-analyse-juillet2014.pdf)

Jugement

Expertise (novembre 2009)

L'expert désigné par le juge d'instruction, professeur des universités et chef de service de chirurgie générale et digestive, rappelait qu' « (...) *Après toute appendicectomie, et notamment celles qualifiées au plan anatomo-pathologique de gangréneuses, a été décrit le syndrome dit " du 5^{ème} jour". Cette complication bien connue, notamment chez l'enfant, se caractérise par l'apparition, le 5^{ème} jour postopératoire de douleurs abdominales avec des signes d'irritation péritonéale qui amènent généralement à une exploration chirurgicale, celle-ci révélant la présence de pus dans la cavité abdominale, sans qu'il y ait de désunion de la ligature ou de la suture du moignon appendiculaire. Le lavage de la cavité péritonéale et une antibiothérapie active sur les germes aérobies et anaérobies amènent habituellement la guérison (...)* » Il concluait que : « (...) *Le décès de l'enfant était lié à une péritonite postopératoire, encore appelée "syndrome du 5^{ème} jour". Le chirurgien, nonobstant une prise en charge initiale et postopératoire immédiate conforme aux règles de l'art, a, par la suite, non respecté les règles de l'art et les données acquises de la science, en laissant sortir trop tôt l'enfant sans s'assurer de l'absence de phénomène infectieux latent (leucocytose, voire CRP) et de la possibilité d'être joint téléphoniquement en cas d'urgence, sans laisser de message ad hoc. Son secrétariat avait fait preuve de négligence et d'imprudence, en donnant un rendez-vous trop tardif et sans prévenir le chirurgien.*

Quant au médecin traitant, il n'avait pas respecté les règles de l'art et les données acquises de la science, en prescrivant un traitement antispasmodique sans avoir examiné l'enfant (...) »

Le chirurgien contestait en totalité les conclusions du rapport d'expertise le concernant. Il produisait, à cet effet, une contre-analyse de l'observation faite par un professeur d'université, chef de service de chirurgie pédiatrique qui s'appuyait notamment sur des statistiques et des recommandations de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation et de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie :

- 1) Péritonite postopératoire et syndrome " du 5^{ème} jour" sont deux situations tout à fait différentes : dans le second cas, on ne trouve généralement « *qu'une goutte de pus en regard du moignon appendiculaire* » ce qui était tout à fait différent de ce qui avait été constaté chez l'enfant. En outre, ce syndrome n'est pratiquement jamais une cause de mortalité postopératoire
- 2) Les données scientifiques ne permettent pas d'imposer une durée minimum de surveillance : en France, en 2004, la durée moyenne d'hospitalisation en cas d'appendicectomie était, en moyenne, de 3,82 jours.

Le chirurgien qui avait examiné l'enfant chaque jour, avait autorisé sa sortie au bout de 4,5 jours eu égard à son état clinique (apyrexie, reprise du transit intestinal et examen clinique de l'abdomen normal). L'absence de dosage de la CRP en postopératoire, dans ce contexte favorable, ne peut sérieusement être reprochée au chirurgien, d'autant que la leucocytose était revenue dans les limites de la normale du laboratoire.

3) L'antibiothérapie (Augmentin®) administrée par l'anesthésiste dès le début de l'intervention était parfaitement conforme aux recommandations scientifiques. Le chirurgien avait, d'ailleurs pris un excès de précaution en poursuivant la prise de cet antibiotique en postopératoire. Ce traitement a-t-il été correctement suivi ? On peut en douter puisque la mère de l'enfant signalait que revenue à domicile, sa fille était sous Amoxicilline. Si ce fait était vérifié, il pourrait expliquer la survenue et la gravité de l'évolution de la péritonite. En effet, l'Amoxicilline n'a pas d'efficacité dans ce type de complication.

Par ailleurs, l'avocat du chirurgien demandait qu'une vérification soit faite auprès de France TELECOM pour confirmer les appels reçus ou non par son client.

Le juge d'instruction ayant pris connaissance de ces observations, ordonnait un complément d'expertise

Complément d'Expertise

L'expert admettait que : « (...) *La sortie de l'enfant au 4^{ème} jour postopératoire était envisageable, nonobstant une hyperleucocytose à la limite de la normale la veille de la sortie. Toutefois, il aurait été prudent de refaire un nouveau contrôle de la leucocytose le jour du départ de la patiente, afin de s'assurer de sa diminution. Le dosage de la CRP n'était pas nécessaire (...)* » Il ajoutait partager l'avis que « (...) *La menace d'une péritonite n'était pas plus élevée chez cet enfant que chez tout autre opéré d'appendicite aiguë (...)* »

Pour l'expert, « (...) Il n'y avait pas de confusion entre "syndrome du 5^{ème} jour" et "péritonite postopératoire". Toutefois, si le "syndrome du 5^{ème} jour", n'est pas traité ou traité de façon inadéquate (l'Amoxicilline n'étant pas un traitement conforme aux données de la science), il peut évoluer vers une péritonite postopératoire, ce qui a vraisemblablement été le cas chez cet enfant (...) »

Ordonnance de Non-Lieu (avril 2011)

Après avoir pris connaissance de ce complément d'expertise, le juge d'instruction estimait qu' : « (...) Il ne ressortait pas de l'information suffisamment d'éléments pour retenir le chirurgien et le médecin traitant dans les liens de la prévention.

Il résultait notamment des conclusions du rapport complémentaire de l'expert qu'aucun manquement ne pouvait être relevé à l'encontre du chirurgien.

Concernant le médecin traitant, s'il était établi qu'il avait commis un manquement en délivrant une prescription médicale sans avoir ausculté la patiente au préalable-- ce qui est susceptible de constituer une faute civile voire disciplinaire --, la certitude du lien de causalité --quand bien même serait-il indirect --sur le décès de l'enfant n'est pas affirmée ; qu'il n'est pas démontré qu'un examen pratiqué par le médecin traitant aurait permis d'éviter le décès de l'enfant , qu'en d'autres termes les négligences imputables au médecin traitant n'ont pas de lien causal certain avec le décès de l'enfant (...) »

Les parents faisaient appel de cette Ordonnance de Non-Lieu.

Cour d'Appel de la Chambre de l'Instruction (septembre 2011)

La cour d'appel confirmait l'ordonnance de non-lieu.

Assignation du chirurgien et du médecin traitant par les parents de l'enfant pour indemnisation de leur préjudice (décembre 2011).

Tribunal de Grande Instance (octobre 2013)

Les magistrats civils retenaient que : « (...) Le chirurgien avait laissé sortir l'enfant opérée d'une appendicite aiguë le 4^{ème} jour, alors qu'une complication bien connue, notamment chez l'enfant, apparaît le 5^{ème} jour et doit donner lieu à une antibiothérapie adéquate, voire à une nouvelle intervention. En ne procédant pas au contrôle de la numération sanguine et au dosage de la CRP permettant de s'assurer de la disparition de l'état septique intense encore relevé la veille, le chirurgien n'a pas apporté toute la diligence et l'attention nécessaire à son obligation contractuelle. Il a commis une faute en permettant cette sortie prématurée, sans sensibiliser les parents sur ce risque. En revanche, il n'est pas établi qu'il ait été injoignable. Par ailleurs, aucune faute de son personnel d'accueil ne peut être caractérisée, les parents n'assurant pas avoir informé la secrétaire, des symptômes et de l'urgence à obtenir une consultation avant la fin de la semaine. De même, il est impossible d'établir une faute dans le choix de l'antibiotique puisque le compte-rendu opératoire mentionne un traitement probabiliste licite (Augmentin®), mais celui administré par les parents (Amoxicilline) était inadapté à ce type d'infection.

Quant au médecin traitant, le fait de donner à la mère, une ordonnance sans examiner l'enfant, l'a privé de la possibilité de diagnostiquer ce syndrome bien connu et lui a fait perdre la chance de prendre les décisions médicales urgentes qui s'imposaient.

En raison de l'évolution rapide de cette pathologie infectieuse, la perte de chance de survie doit être évaluée à 60 %. L'expertise judiciaire n'ayant pas permis de déterminer les parts de responsabilité imputables au chirurgien et au médecin traitant, ils seront tous deux condamnés, in solidum, à la réparation du dommage (...) »

Indemnisation de 17 900 € dont 14 000 € au titre du préjudice moral des parents.

Commentaires

La référence princeps de la complication évoquée dans cette observation est la suivante :

PELLERIN D. : Le syndrome péritonéal du cinquième jour après appendicectomie chez l'enfant. Chirurgie 1961, 87 : 518-25

Appendicectomie chez un enfant de 11 ans. Sortie à J4 et décès à domicile à J7... le syndrome du 5e jour ?

A découvrir sur notre site :

[Cas cliniques du mois](#) (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Cas-cliniques-a-la-Une)

[Revues de presse](#) (/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-revues-de-presse)

[Revues de questions thématiques](#) (/Revues-de-questions-thematiques/Toutes-les-revues-de-questions)

[Voir toutes nos vidéos](#) (/Mediatheque/Toute-la-bibliotheque)

[Dossiers du risque](#) (/Dossiers-du-risque-et-methodes-de-prevention/dossiers-du-risque)

[Nos offres de formation](#) (/Formations-et-evenements/Formations)

2 Commentaires

RICHARD G 18/06/2020

Il semble que l'augmentin ait été remplacé par amoxicilline CE N'EST PAS LA MÊME CHOSE le pharmacien me semble en cause??

RICHARD G 18/06/2020

Il semble que l'augmentin ait été remplacé par amoxicilline CE N'EST PAS LA MÊME CHOSE le pharmacien me semble en cause??

Publier un commentaire

Votre nom * (seule la 1ere lettre apparaitra)

Votre prénom *

Votre Profession

Votre Email * (non communiqué)

Votre commentaire *

Publier mon commentaire

Cas Cliniques

Événement indésirable concernant un perroquet
12/08/2020 ([/Cas-cliniques-et-retours-d-experience](#)
[/Tous-les-cas-cliniques/Veterinaire/evenement-indesirable-perroquet](#))

Décès lié à une allergie médicamenteuse, connue mais non prise en compte
05/08/2020 ([/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/deces-lie-allergie-medicamenteuse-connue](#))

Retard de diagnostic d'une appendicite
31/07/2020 ([/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/retard-diagnostic-appendicite](#))

Voir tous les cas cliniques ([/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques](#))

Revue de questions

Signalement des EIG par les patients, PRIMS, PROMS, PREMS
21/01/2019 ([/Revue-de-questions-thematiques/Toutes-les-revue-de-questions/Signalement-des-EIG-par-les-patients-PRIMS-PROMS-PREMS](#))

Fréquence des EIG en chirurgie, aux urgences et dans le parcours de l'opéré
21/01/2019 ([/Revue-de-questions-thematiques/Toutes-les-revue-de-questions/Frequence-des-EIG-en-chirurgie-aux-urgences-et-dans-le-parcours-de-l-opere](#))

Voir toutes les questions de revue ([/Revue-de-questions-thematiques](#))

Revue de questions thématiques

[TOUTES LES REVUES DE QUESTIONS \(/REVUES-DE-QUESTIONS-THEMATIQUES/TOUTES-LES-REVUES-DE-QUESTIONS\)](#)

Dossiers du risque et méthodes de prévention

[MÉTHODES DE PRÉVENTION \(/DOSSIERS-DU-RISQUE-ET-METHODES-DE-PREVENTION /METHODES-DE-PREVENTION\)](#)
[DOSSIERS DU RISQUE \(/DOSSIERS-DU-RISQUE-ET-METHODES-DE-PREVENTION /DOSSIERS-DU-RISQUE\)](#)

Formations et événements

[GRAND ANGLE \(/FORMATIONS-ET-EVENEMENTS /GRAND-ANGLE-EN-SANTE\)](#)
[FORMATIONS \(/FORMATIONS-ET-EVENEMENTS /FORMATIONS\)](#)
[GRAND PRIX \(/FORMATIONS-ET-EVENEMENTS /GRAND-PRIX\)](#)

Actualités et revue de presse

[TOUTES LES ACTUALITÉS \(/ACTUALITES-ET-REVUES-DE-PRESSE /TOUTES-LES-ACTUALITES\)](#)
[TOUTES LES REVUES DE PRESSE \(/ACTUALITES-ET-REVUES-DE-PRESSE /TOUTES-LES-REVUES-DE-PRESSE\)](#)

Cas cliniques et retours d'expérience

[TOUTES LES CAS CLINIQUES \(/CAS-CLINIQUES-ET-RETOURS-D-EXPERIENCE /TOUTES-LES-CAS-CLINIQUES\)](#)
[TOUTES LES RETOURS D'EXPÉRIENCE \(/CAS-CLINIQUES-ET-RETOURS-D-EXPERIENCE /TOUTES-LES-RETOURS-D-EXPERIENCE\)](#)
[CAS CLINIQUES À LA UNE \(/CAS-CLINIQUES-ET-RETOURS-D-EXPERIENCE /CAS-CLINIQUES-A-LA-UNE\)](#)

Médiathèque

[TOUTE LA BIBLIOTHÈQUE \(/MEDIATHEQUE /TOUTE-LA-BIBLIOTHEQUE\)](#)

[TOUTS DROITS RÉSERVÉS COPYRIGHT 2015](#) | [MENTIONS LÉGALES \(/MENTIONS-LEGALES\)](#) | [CONTACT](#)

[NOS PARTENAIRES \(/HEADER/NOS-PARTENAIRES\)](#) | [DEVENIR ADHÉRENT \(/HEADER/DEVENIR-ADHERENT\)](#) | [MACSFR \(HTTPS://WWW.MACSF.R\)](https://www.macsfr.org)

[QUI SOMMES-NOUS? \(/HEADER/QUI-SOMMES-NOUS\)](#) | [LEXIQUE \(/LEXIQUE\)](#)

Cas clinique

Résumé des faits

Téléchargez l'exercice

1. Lisez en détail le cas clinique,
2. Oubliez quelques instants cette observation et rapportez-vous au tableau des barrières, identifiez les barrières de Qualité et sécurité que vous croyez importantes pour gérer, au plus prudent, ce type de situation clinique. Le nombre de barrières n'est pas limité,
3. Interrogez le cas clinique avec les barrières que vous avez identifiées en 2 ; ont-elles tenu ?
4. Analysez les causes profondes avec la méthode ALARM

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Réalisée ou non pour le cas analysé</i>	<i>Force de la contribution (majeure, modérée, mineure)</i>
Nature de la barrière (une par ligne)		
BARRIERES DE RECUPERATION		
BARRIERES D'ATTENUATION		

Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	<i>Citer les éléments en faveur de ces causes profondes dans le cas étudié</i>	<i>Force de la contribution (majeure, modérée, mineure)</i>
Institutionnel (contexte économique réglementaire)		
Organisation (personnels et matériels, protocole)		
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)		-
Equipe (communication, supervision, formation)		

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement. Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale

Individus (compétences individuelles)		
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)		-
Patients (comportements, gravité)		-

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défauts de compétences techniques (<i>Compétences médicales pures</i>)		
Défauts de compétences non techniques (<i>Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux</i>)		
ANALYSE DETAILLEE		
Détail des défauts de compétences non techniques (<i>explique les 20% cités plus haut</i>)	La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.	
Tempo de la maladie (<i>éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie</i>)		
Tempo du patient (<i>éléments liés aux décisions du patient</i>)		
Tempo du cabinet (<i>éléments liés à l'organisation du travail au cabinet</i>)		-
Tempo du système médical (<i>éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé</i>)		-

Cas clinique chirurgie – Juillet 2014

Appendicectomie chez une enfant de 11 ans. Sortie à J4 et décès à domicile à J7... le syndrome du 5^e jour ?

Analyse approfondie

Analyse des barrières

BARRIERES DE PREVENTION	Barrière respectée dans le cas traité	Contribution relative
Indication opératoire justifiée	OUI	
Délai opératoire justifié (20 heures)	A priori NON « L'appendicite aiguë est une urgence » (référence 1)	Sans relation avec l'accident survenu
Antibioprophylaxie adaptée	OUI, « l'association aminopénicilline-inhibiteur de bêtalactamase peut être utilisée, en particulier chez l'enfant » (référence 2)	
Voie d'abord (coelioscopique) validée pour ce type d'intervention chez l'enfant	A priori NON, mais « l'appendicectomie peut être réalisée par coelioscopie ou laparotomie. Les résultats publiés ne privi légient pas une technique par rapport à l'autre » (référence 2)	Sans relation avec l'accident survenu
Technique opératoire adaptée	A priori OUI	
Suivi postopératoire conforme aux recommandations du CNOM	OUI, suivi quotidien par le chirurgien (référence 3)	
Prescriptions postopératoires (antibiothérapie) adaptée	OUI, « en cas d'appendicite compliquée, poursuite de l'antibiothérapie au minimum 48 h » (référence2) Mais la notion d'appendicite compliquée n'est pas mentionnée clairement par le chirurgien dans son dossier	
Etat clinique autorisant la sortie	A priori, OUI « apyrexie, reprise du transit intestinal, absence de signe abdominal anormal » « absence de données scientifiques pour imposer une durée minimum de surveillance » (référence 2) mais avec une réserve : maintien d'une antibiothérapie vraisemblablement pour éviter une complication postopératoire (Syndrome du 5 ^{ème} jour ?)	Importante
Parents clairement informés de l'éventualité d'une complication, notamment en cas de sortie précoce (référence 2)	A priori NON, alors que l'antibiothérapie avait été maintenue et même si des numéros d'appel avaient été donnés aux parents en cas de besoin	Importante
Lettre du chirurgien au médecin traitant (et confiée aux parents) indiquant les conditions de la sortie de l'enfant avec maintien de l'antibiothérapie et la nécessité d'une réadmission en clinique en cas de fièvre ou de	NON	Majeure

symptômes digestifs		
BARRIERES DE RECUPERATION		
Appel du chirurgien par les parents pour lui signaler la réapparition de symptômes abdominaux chez leur enfant	A priori, OUI mais absence de contact établi le 2 novembre et absence d'information sur l'état de l'enfant le 3 novembre	Importante
Appel de la clinique par les parents	NON	?
Appel du médecin traitant par les parents	OUI, mais réponse du médecin totalement inadaptée (prescription médicamenteuse sans examen de l'enfant)	Majeure
Réhospitalisation de l'enfant, à l'initiative de ses parents, dès le constat de l'impossibilité de joindre le chirurgien sur son portable le 2 novembre.	NON	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
Réhospitalisation de l'enfant pour réintervention d'urgence dès la réapparition de troubles digestifs le 2 novembre	NON	Décès de l'enfant

REFERENCES

- 1) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/note_de_cadrage_appendicectomie_version_mise_en_ligne_vdef_22_02_12.pdf
- 2) http://www.sfmuc.org/documents/consensus/rbpc_appendic.pdf
- 3) <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/recommandations-concernant-les-relations-entre-anesthésistes-reanimateurs-et-chirurgiens-autres-spec-665>

ANALYSE DETAILLEE

Causes profondes

(méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	NON	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Procédure de sortie inadéquate (maintien de l'antibiothérapie, apparemment dans la crainte d'une complication postopératoire nécessitant une réhospitalisation d'urgence), mais sans en avertir les parents, ni leur confier une lettre dans ce sens pour leur médecin traitant	Majeure
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	NON	

Equipe (communication, supervision, formation)	NON	
Individus (compétences individuelles)	<u>Chirurgien</u> -Sortie de l'enfant a priori prématurée (J4), compte-tenu du maintien d'une antibiothérapie destinée à prévenir une complication potentielle et notamment un syndrome du 5ème jour. -Obligation d'information sur le risque de complication possible, non remplie par le chirurgien à l'égard des parents lors de la sortie de l'enfant <u>Pharmacien</u> -Délivrance d'un générique (Amoxicilline) ne correspondant pas à l'antibiotique prescrit par le chirurgien (Augmentin®)	Majeure Importante
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	A priori, NON	
Patients (comportements, gravité)	Attitude inadaptée des parents de l'enfant qui n'ont pas pris l'initiative même tardivement de ramener l'enfant à la clinique alors qu'ils avaient échoué dans leurs tentatives de faire venir un médecin pour l'examiner	Majeure

Pour la partie relevant du médecin généraliste

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défaut de compétence technique (Compétence médicale pure)	Absence de réhospitalisation d'une enfant se plaignant, de symptômes abdominaux importants, dans les suites immédiates d'une appendicectomie (J5)	Majeure
Défauts de compétences non techniques (Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux)	Prescription médicamenteuse en l'absence d'examen du patient	Importante
ANALYSE DETAILLEE		
Détail des défauts de compétences non techniques (explique les 20% cités plus haut)	La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.	
Tempo de la maladie (éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)	Complication post-appendicectomie rare et d'évolution très rapide mais facile à contrôler par une réintervention d'urgence	
Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient)	Attitude totalement inadaptée des parents de l'enfant qui n'ont pas pris l'initiative même tardivement de ramener l'enfant à la clinique alors qu'ils avaient échoué dans leurs tentatives de faire venir un médecin pour l'examiner	Majeure

Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)	<i>Appel de la mère de l'enfant alors que le médecin était en consultation à son cabinet Prescription médicamenteuse sans examen du patient</i>	Minime Importante
Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)	<i>Absence de lettre du chirurgien pour le médecin traitant confiée aux parents lors de la sortie de l'enfant, qui aurait pu lui être communiquée en cas de besoin - Délivrance par le pharmacien, d'un générique (Amoxicilline) ne correspondant pas à l'antibiotique prescrit par le chirurgien (Augmentin®)</i>	Importante Importante

Commentaire

La référence princeps de la complication évoquée dans cette observation est la suivante :

PELLERIN D. : Le syndrome péritonéal du cinquième jour après appendicectomie chez l'enfant. Chirurgie 1961, 87 : 518-25