



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Nouvelle Aquitaine



Analyse Approfondie de Cas n° 83

Nécrose colique ischémique après rectocoléctomie

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Tous les aspects d'une communication défaillante sont présents ici :

Certes, les épisodes de troubles hémodynamiques peropératoires sont identifiés, traités et conduisent à mettre fin prématurément à l'intervention telle qu'elle était prévue.

Cependant,

- Les résultats des examens cardiologiques ne sont pas connus par tous les intervenants anesthésiques.
- Il n'y a pas de staff de programmation réunissant les intervenants MAR et chirurgiens pour une évaluation commune des risques de l'intervention.
- Les 2 équipes anesthésiques ont une vision différente de la situation et des standards hémodynamiques à assurer.
- Il y a une sous-estimation de la gravité de la situation qui conduit les MAR, pourtant aguerris, à ne pas échanger avec les chirurgiens au décours de l'intervention, et donc une communication peropératoire réduite.

Enfin, un dossier mixte, informatisé et papier ne contribue pas à fluidifier la connaissance des paramètres et donc réflexion et la réactivité des intervenants.

Un patient de 69 ans est pris en transit.

charge pour le traitement chirurgical d'un polype rectal situé à 15 cm de la marge anale. Il s'agit d'un adéno carcinome Lieberkühnien pT1-sm2, diagnostiqué par coloscopie et préalablement traité par mucosectomie avec repérage par clips. Le bilan d'extension est négatif.

Une rectocoléctomie gauche est réalisée par deux chirurgiens expérimentés. L'intervention a lieu par voie coelioscopique et une anastomose colorectale basse par voie transanale est effectuée, selon la technique de Knight et Griffen.

Au décours de l'intervention, le patient présente plusieurs épisodes d'hypotension et d'hypercapnie. En raison de la mauvaise tolérance hémodynamique du patient, une deuxième intervention est programmée le lendemain afin de réaliser une iléostomie de décharge. L'exérèse de l'adénocarcinome est complète et il n'y a pas d'atteinte ganglionnaire.

Les suites opératoires sont marquées par un retard à la reprise du

Au 5ème jour post opératoire, le patient présente un choc septique en lien avec une péritonite par nécrose colique et lâchage de l'anastomose colorectale.

Le patient est rapidement pris en charge en réanimation.

Puis il est opéré d'une colectomie gauche avec une colostomie transversale terminale et une fermeture du moignon rectal, selon la technique de Hartmann. Une toilette péritonéale et un drainage de la cavité péritonéale sont effectués.

Les suites sont progressivement favorables après des soins en réanimation spécialisée, sous couvert d'une antibiothérapie adaptée.

Après un séjour en unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), le patient est rehospitalisé un mois plus tard pour un tableau infectieux d'origine abdominale, nécessitant un drainage par voie chirurgicale.

Les suites se poursuivent de façon positive avec une récupération progressive du patient.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : mise en jeu du pronostic vital et déficit fonctionnel permanent





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Mercredi 10 février : un patient de 69 ans est admis en service de chirurgie digestive dans le cadre d'une rectocoléctomie gauche suite à la découverte d'un polype de type adénocarcinome Lieberkühnien pT1-sm2, sans localisation secondaire. Dans ses antécédents on retrouve : une coloscopie avec polypectomie, une hypercholestérolémie, un asthme modéré, une colique néphrétique et un accident ischémique transitoire l'année précédente. Son traitement se compose de : acide acétylsalicylique 75mg x1/jour, budésonide/formotérol, ézétimibe 10 mg x1 /jour. Le bilan cardiologique est normal.

Jeudi 11 février à 11h20 : le patient est accueilli au bloc opératoire. Une antibioprofylaxie par céfazoline 2 g est réalisée. Une poussée hypertensive a lieu lors de l'induction nécessitant l'administration de clonidine 75 mg. Le chirurgien digestif, aidé d'un chirurgien intérimaire confirmé, pratique une rectocoléctomie gauche par voie coelioscopique avec une anastomose colorectale basse selon Knight et Griffen.

Vers 15h : l'équipe d'anesthésie du matin est relevée. L'intervention est marquée de différents incidents : la dissection rectale et la pression d'insufflation intra abdominale de gaz carbonique sont plus importantes que prévues. Plusieurs épisodes d'hypotension et d'hypercapnie (bas débit cardiaque d'environ 2 heures sur l'ensemble de la durée de l'anesthésie) obligent à faire une pause peropératoire puis à différer au lendemain la réalisation d'une iléostomie de couverture.

18h40 : le patient est admis en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) puis en unité de soins continus (USC). Les suites opératoires sont normales.

Vendredi 12 février : le patient est opéré d'une iléostomie droite. Le colon est de vitalité satisfaisante.

Du 12 au 16 février : la reprise du transit n'est pas franche et nécessite la pose d'une sonde nasogastrique.

Le mardi 16 février à 15 h : le chirurgien constate un météorisme abdominal et des vomissements en lien avec un probable iléus post opératoire. La sonde nasogastrique est enlevée. Un lavement aux hydrosolubles montre la perméabilité de l'anastomose et l'absence de fuite de produit de contraste.

Nuit du 16 au 17 février : le patient est algique et angoissé, son abdomen est tendu et douloureux, sans bruits hydroaériques. Une sonde nasogastrique est reposée avec administration de triméthylphloroglucinol et de paracétamol en intraveineux.

17 février à 8 h : l'état clinique du patient se dégrade avec marbrures et douleurs abdominales, dyspnée, hyperthermie à 38°2, tachycardie à 130 battements par minute, hypotension, acidose métabolique. L'examen tomodensitométrique fait état d'une péritonite postopératoire par nécrose colique avec lâchage de l'anastomose colorectale. Le patient est transféré en unité de réanimation pour la prise en charge d'un choc septique : une sédation est effectuée avec pose de cathéters centraux. Une antibiothérapie opportuniste à large spectre est débutée ainsi qu'un support hémodynamique par noradrénaline.

11h40 : le patient est pris en charge au bloc opératoire : une laparotomie révèle une nécrose du colon descendant avec une péritonite purulente. Une colectomie gauche est réalisée avec une colostomie transversale terminale gauche, une fermeture du moignon rectal selon Hartmann et un drainage à gauche.

17h30 : le patient est transféré en réanimation. A son arrivée, il présente un choc septique et nécessite un soutien par noradrénaline (3 mg/heure). Une antibiothérapie est débutée avec pipéracilline/tazobactam 16 g/jour associée à de l'amikacine 2.5 g/jour et fluconazole. Le patient est intubé, ventilé et bénéficie d'une hémofiltration. On note une absence de transit efficace au niveau des stomies. Les paramètres hémodynamiques, respiratoires, neurologiques, digestifs et infectieux se normalisent progressivement.

25 février : un écoulement purulent apparaît au niveau de la plaie opératoire, avec une température à 39 °C et des paramètres inflammatoires évoquant l'apparition d'un nouveau sepsis à point de départ abdominal probable (poursuite de la nécrose digestive ?). Les hémocultures pratiquées sont négatives. Au vu de l'aggravation de son état, le patient doit être transféré par le SMUR dans le service de réanimation du CH de recours.

Du 25 février au 7 mars : un scanner abdomino-pelvien injecté révèle des épanchements intrapéritonéaux ne nécessitant pas de reprise chirurgicale. Un lavage broncho alvéolaire au niveau d'un foyer de pneumopathie est réalisé. L'antibiothérapie est réadaptée avec cilastatine/imipenem, amikacine, vancomycine, micafungine sodique. L'état du patient s'améliore progressivement avec une reprise normale du transit et de l'alimentation.

Du 7 mars au 1er avril : le patient séjourne en unité de SSR.

Du 1er au 12 avril : il est réhospitalisé en urgence au CH pour un tableau infectieux avec un écoulement purulent au niveau de l'ancien orifice de drainage du flanc gauche. Le scanner visualise une collection pelvienne en regard du moignon rectal totalement ré-ouvert. Le patient est réopéré : un drainage de la collection au niveau du flanc gauche et un drainage trans-anal sont effectués.

Le 12 avril : le patient est transféré en unité de SSR.

L'évolution est ensuite favorable.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Hypothèses retenue pendant l'analyse :

- Micro embolies cholestéroliques et /ou
- Situation hémodynamique favorisante :
 - bas débit cardiaque prolongé en per opératoire et utilisation de drogues vasopressives puissantes
 - risques d'interactions médicamenteuses avec les dérivés halogénés et impact délétère à moyen terme sur les circulations locales.

Facteurs latents

Patient :

Antécédents médicaux complexes (notamment vasculaire).++

Hypercholestérolémie insuffisamment documentée.++

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :

Sous estimation des facteurs de risques : les résultats des explorations cardiologiques ne sont pas connus de tous et n'apparaissent pas clairement dans le dossier patient.++

Sous estimation de l'impact des variations hémodynamiques et de leur traitement symptomatique sur la vitalité colique (après le changement d'équipe anesthésique) dans la 2ème partie de l'intervention.+++

Difficultés de dissection peropératoire pouvant fragiliser la vascularisation des segments coliques.

Équipe :

Défaut de communication dès le début de l'intervention concernant les épisodes de variations tensionnelles et la mauvaise tolérance du pneumopéritoine, par réserve excessive de l'équipe d'anesthésie envers l'équipe chirurgicale.+++

Conscience situationnelle différente entre les équipes anesthésiques sans partage des informations en peropératoire.+++

Manque de stratégie partagée du maintien hémodynamique.+++

Tâches :

Conditions anesthésiques devant mener à une conversion en laparotomie insuffisamment documentées, en amont et au décours de l'intervention (scoring et/ou algorithmes décisionnels établis conjointement) +++

Environnement :

Dossier mixte (informatisé et papier) ne permettant pas une prise en charge cohérente du patient.++

Organisation :

Inadéquation de l'horaire de programmation de l'intervention chirurgicale, longue, entraînant un changement des équipes avec majoration des risques de pertes d'informations en cours d'intervention. +

Institution :

Pas de facteurs latents retrouvés.

Facteurs d'atténuation

Bonne combinaison de compétences et de ressources sollicitées pour une prise en charge complexe.

Respect des délais de moins de 6 heures pour la réintervention en urgence lors du choc septique lié aux complications abdominales.

Suivi post interventionnel adapté et réactif avec prise en charge du patient dans les unités de soins adéquates en fonction de l'évolution de l'état clinique



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Concilier les stratégies de prise en charge anesthésique (notamment hémodynamiques) en tenant compte du profil du patient et de la nature de l'intervention, en amont, en staff pluridisciplinaires ponctuels (plutôt que par des protocoles).

Revoir les modalités de programmation des interventions longues au bloc opératoire et/ou les modalités de relève des équipes.

Commun :

Mettre en place les conditions de communication efficace lors d'une intervention complexe et/ou d'événements inattendus peropératoires :

- Briefings et débriefings.
- Temps de pauses et synthèses ponctuelles.
- Décisions concertées pour la conduite à tenir (conversion par exemple).

(cf. Solutions pour la sécurité du patient/HAS/Collaboration entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens)

Général :

Engager une réflexion concernant le maintien des paramètres hémodynamiques en peropératoire, tenant compte des données acquises de la science et des recommandations récentes : les experts s'accordent à définir une valeur seuil « critique » de PAM mesurée entre 65 et 70 mmHg, sans durée minimale acceptable.

E M Wesselink. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, Volume 115, Issue 3, September 2015, Pages 427–433, <https://>



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- L'anastomose colrectale mécanique : résultats après résection antérieure du rectum pour cancer C. Brigand, S. Rohr, C. Meyer. *Annales de chirurgie* Volume 129, n° 8 pages 427-432 (octobre 2004). Doi : 10.1016/j.anchir.2004.07.009 <https://www.em-consulte.com/en/article/27308>
- Gérard JP, André T, Bibeau F, Conroy T, Legoux JL, Portier G. «Cancer du rectum». *Thésaurus National de Cancérologie Digestive*, 02-2016, [En ligne, consulté le 7 septembre 2016] <http://www.tncd.org>
- Solutions pour la sécurité du patient. HAS. Collaboration entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe; novembre 2015 https://www.google.com/search?source=hp&ei=SfLkXO71rGSlwSAj5sg&q=SSP+HAS+collaboration&btnK=Recherche+Google&oq=SSP+HAS+collaborati&gs_l=psy-ab.3...2059.7042..7532...0.0..0.421.2699.12j6j2j0j1.....0...1..gws-wiz....0..0i131j0i10j0i22i30i0i22i10i30i0i19j0i22i30i19j0i22i10i30i19j33i160.wNn_iYpW1Ry

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>