

Analyse Approfondie de Cas N° 93

Choc septique post opératoire par perforation colique ischémique



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



Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutique

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 70 ans est hospitalisée pour une cholécystectomie par coelioscopie. Elle présente de nombreux antécédents chirurgicaux dont une rectosigmoïdectomie avec une large éventration séquellaire. Les comorbidités sont nombreuses avec, entre autres, un surpoids et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

La coelioscopie se déroule sous anesthésie générale, sans incident technique mais une hypotension durant 40 minutes nécessite un traitement par chlorhydrate d'éphédrine.

Les suites opératoires sont marquées d'emblée par la présence de douleurs intenses, non résolues par l'administration de morphiniques. La patiente et sa famille exposent des griefs au sujet de l'abord coelioscopique, qu'elles avaient pourtant approuvé lors de la visite préopératoire.

Le lendemain, les douleurs persistent avec installation progressive d'une tachycardie et d'un syndrome subocclusif. Le scanner montre une dilatation importante du tube digestif sans signe de souffrance intestinale. Le bilan biologique met en évidence des altérations multiples, dont une insuffisance rénale majeure. Un traite-

ment parentéral est instauré. La sonde nasogastrique ramène immédiatement 700 mL de liquide fécaloïde.

L'indication opératoire est portée mais l'intervention ne peut être réalisée immédiatement en raison d'urgences obstétricales et de manque d'effectif.

L'état clinique de la patiente s'aggrave avec une défaillance circulatoire et rénale. Un transfert est organisé en unité de soins continus. La réanimation est intensifiée avec un soutien hémodynamique, une antibiothérapie à large spectre, puis une intubation.

La reprise chirurgicale a lieu le lendemain matin, à J2 de l'intervention. Le chirurgien découvre une péritonite stercorale rapportée à une perforation du colon gauche sur une nécrose ischémique du colon gauche et du sigmoïde. Il réalise une toilette péritonéale, deux colostomies et un drainage large de la cavité péritonéale.

La patiente est transférée en réanimation dans le CH de recours.

Elle y décède le lendemain. La famille dépose une plainte immédiatement.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Selon une étude publiée en 2018 dans le british journal of anaesthesia, Wesselink* montre au travers d'une revue systématique de 42 cas une augmentation du risque de défaillances d'organes dès lors que la pression artérielle moyenne (PAM) indique le chiffre suivant :

- PAM < 80 mm Hg >10 min en durée cumulée ;
- PAM < 70 mm Hg pendant 5 min ;
- PAM < 65-60 mm Hg quelle que soit la durée ;
- PAM < 55-60 mm Hg quelle que soit la durée.

Lors du JARCA 2018 le Pr M. Biais a effectué un exposé sur la question suivante : « quel niveau de pression artérielle au bloc opératoire ? »

La revue de la littérature propose plus de 140 définitions de l'hypotension artérielle peropératoire sans consensus. Néanmoins les articles s'accordent sur le risque accru de morbidité et de mortalité en cas d'hypotension artérielle au bloc opératoire ou en réanimation. Il n'existe pas de valeur cible universelle de la pression artérielle (chaque patient ayant sa propre courbe d'autorégulation, elle même différente d'un organe à l'autre). **Cependant les experts s'accordent à définir une valeur seuil « critique » pour une PAM mesurée entre 65 et 70 mm Hg sans durée minimale acceptable.**

Une stratégie individualisée et personnalisée en fonction du terrain et du contexte clinique est recommandée.

Par contre l'utilisation des vasopresseurs est à évaluer car ils ne sont pas tous équivalents.

Rappel : $PAM = (DC \times RVS) + PVC$

$Dc = FC \times VES$

*Br J Anaesth 2018 Oct;121(4):706-721. doi: 10.1016/j.bja.2018.04.036. Epub 2018 Jun 20

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

20 octobre : une patiente âgée de 70 ans est reçue avec sa fille en consultation par un chirurgien viscéral dans un centre hospitalier (CH). La patiente se plaint de douleurs de l'hypochondre droit et d'un état sub fébrile. L'échographie abdominale montre une lithiase vésiculaire. L'indication de cholécystectomie est posée. La patiente est obèse. Son abdomen est poly-opéré, sans plan musculaire, avec un important diastasis. Après discussion avec le médecin gastro-entérologue et compte tenu de l'importance de l'éventration, le chirurgien propose une intervention sous coelioscopie. Il en explique les bénéfices et les risques à la patiente et précise qu'en cas de difficulté per-opératoire, il choisira la voie sous-costale. La patiente accepte la coelioscopie et signe les documents de consentement éclairé.

Le 3 novembre : la consultation d'anesthésie révèle de nombreux antécédents : rectosigmoïdectomie, hernie hiatale avec chirurgie de Toupet, hydronéphrose bilatérale, hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil appareillé, arythmie supra-ventriculaire, surpoids (IMC à 29,3), allergie à la dipyrindamole (Persantine®). Le score de classification ASA est évalué à 2. Comme la patiente exprime des doutes concernant la coelioscopie qui lui avait été déconseillée par un autre médecin, le chirurgien revoit une deuxième fois la patiente, seule, pour lui réexpliquer le choix de cette voie d'abord. Il s'entretient avec elle également à ce sujet la veille de l'intervention chirurgicale.

Mercredi 15 novembre 11h : la patiente est opérée sous anesthésie générale par coelioscopie. D'importantes adhérences épiploïques pariétales sont réséquées. Le contrôle de l'hémostase ne montre pas de suintement hémorragique. Le déroulé de la coelioscopie n'est pas filmé faute de dispositif adapté. La patiente présente un épisode de bas débit (pression artérielle moyenne à 60 mm Hg) entre 11h50 et 12h30, traité par chlorhydrate d'éphédrine. En salle de surveillance post interventionnelle, les constantes hémodynamiques sont correctes. **15h15 :** la patiente est examinée par le chirurgien en unité de chirurgie. Elle est contrariée car elle n'a pas pu, selon elle, exprimer ses « craintes » vis-à-vis de la voie d'abord coelioscopique. Elle reste algique (EN = 10) malgré les prescriptions d'antalgiques oraux du médecin anesthésiste réanimateur (MAR). Cependant elle parvient à se mobiliser sans difficulté pour la mise sur le bassin puis la mise au fauteuil.

Jeudi 16 novembre : durant toute la journée, la patiente reste douloureuse (EN = 10) malgré l'administration de paracétamol, kétoprofène, néfopam 20 mg et oxycodone 10 mg. Son flanc droit est rouge et induré, son abdomen est très ballonné, elle est tachycarde. Les IDE sollicitent le MAR mais il est en cours d'intervention et ne peut se déplacer. Le gastro-entérologue est informé de la situation mais ne se déplace pas auprès de la patiente. **17h30 :** un scanner est demandé en urgence par le chirurgien qui joint avec difficulté le radiologue. Celui-ci demande d'abord un bilan biologique rénal et explique que le scanner doit être fait par la société prestataire qui assure les examens d'imagerie en télé-expertise en dehors des heures ouvrables. **18h40 :** la patiente présente une insuffisance rénale. Le MAR prescrit une réhydratation intraveineuse. Le scanner non injecté indique : « météorisme très important, dilatation gastrique aigue, pas de signe de souffrance des anses intestinales ». Ces informations sont transmises au chirurgien et à l'urgentiste. Ils demandent la mise en place d'une sonde naso-gastrique qui ramène 700 mL de liquide fécaloïde. Le chirurgien déclare avoir contacté le MAR pour l'informer des résultats du scanner et de la mise en place de la sonde. Les constantes de la patiente sont : température à 35,8 °C., tension artérielle : 99/67mm Hg, fréquence cardiaque : 150 battements par minute, saturation en oxygène (SpO₂) : 89% avec 1,5 L/minute d'oxygène. La patiente reste très algique.

Vendredi 17 novembre à 02h00 : l'IDE réussit à joindre le MAR de garde. Il est occupé en salle de naissance et ne peut répondre aux appels téléphoniques. L'IDE lui fait part d'une dégradation de l'état clinique de la patiente qui est hypothermique et présente des marbrures sur l'abdomen et les membres inférieurs. Les paramètres biologiques sont fortement déséquilibrés. La patiente est transférée en unité de surveillance continue (USC) pour choc septique sévère. Une réanimation est aussitôt mise en œuvre. Une reprise chirurgicale est décidée. Le remplissage débute avec 2000 mL de Na Cl à 0,9 % sur 24 heures, injection de noradrénaline, antibiothérapie à large spectre, oxygénothérapie avec VNI (ventilation non invasive) et PEEP (*positive end expiratory pressure*) à 4 cm d'H₂O, titration de morphine, cathétérisme artériel (dont la mise en place dure 1 heure). **(04h30 : le MAR est appelé en salle de naissance pour la pose d'une péridurale. Il constate des anomalies du rythme cardiaque du fœtus. Le MAR est seul et ne dispose que d'une équipe pour assurer l'activité chirurgicale. Il demande de l'aide à l'obstétricien).** **05h00 :** en USC, la patiente est somnolente. Ses pupilles sont a réactives et en mydriase. Elle est intubée en urgence : un liquide noirâtre apparaît lors de l'exposition au laryngoscope. **(05h50 : le MAR est auprès de la parturiente en cours d'accouchement).** **06h45 :** il est informé des résultats du bilan biologique de la patiente : le pH est à 6,9 ; la PCO₂ à 36 mm Hg ; la PO₂ à 66 mm Hg et la SpO₂ à 73 %. Le MAR demande la préparation du bloc opératoire et prévient les différents intervenants. Il communique les informations à son collègue d'USC de jour et au MAR (2) qui le remplacent. Il n'a pas eu le temps d'avertir la famille de la patiente.

08h00 : le MAR (2) informe la famille de la reprise chirurgicale de la patiente. La famille est mécontente et revendicatrice. Lors de la laparotomie exploratrice, le chirurgien constate la présence d'un liquide nauséabond fécaloïde et d'une perforation du colon gauche, associée à une nécrose ischémique (colon gauche et sigmoïde). Il effectue une résection colique et une large toilette péritonéale puis met en place différents drainages et 2 colostomies. **De 10h30 à 11h15 :** la famille demande un entretien avec le chirurgien, l'anesthésiste et la direction. **13h30 :** la patiente est héliportée vers le CH de recours. La réanimation est poursuivie. Une hémofiltration est débutée. **17h00 :** aggravation de l'acidose lactique et de la coagulopathie intra vasculaire disséminée. **18h00 :** le diagnostic de choc septique réfractaire avec défaillance multi-viscérale est posé. La famille est prévenue de la mise en jeu du pronostic vital à très court terme.

00h15 : la patiente décède, entourée de ses proches.

Dans les jours suivants et jusqu'au 28 novembre : un dépôt de plainte et une demande d'autopsie sont faites par la famille. Une mise sous scellé de la colonne de coelioscopie, des pièces opératoires et du bloc opératoire est réalisée. Les équipes sont convoquées par la gendarmerie. Puis les scellés sont levés. La garde à vue du chirurgien qui avait été mis en examen est levée.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Péritonite stercorale postopératoire par perforation du colon gauche sur nécrose ischémique.

Retard au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique.

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient : +

Antécédents médicaux et comorbidités lourds et complexes
Pathologie aiguë avec discordance entre les observations cliniques et des paramètres paracliniques
Comportement faussement rassurant : la patiente se mobilise et ne sollicite pas les soignants en dehors de leurs passages
Tolérance accrue à un état hémodynamique instable
Insuffisance rénale brutale lors de la période postopératoire

Professionnels / facteurs individuels :

Sous-estimation de la gravité de l'état clinique et des facteurs de risques, et notamment de l'impact des variations hémodynamiques en per et postopératoire sur la vitalité colique,+++
Charge de travail élevée (MAR),++
Non-respect des bonnes pratiques et des recommandations : surveillance post-interventionnelle (sortie de SSPI avec douleur évaluée à 10 en EN), prise des constantes aléatoire en service de chirurgie, alertes non faites lors de la dégradation des paramètres de surveillance, alerte non faite lors du constat de liquide fécaloïde abondant à la pose de la sonde gastrique, absence de traçabilité des pressions intra-abdominales per-cœlioscopie.+++

Équipe :

Défaut de communication précoce, lors des épisodes de variations hémodynamiques peropératoires, de l'équipe paramédicale vers l'équipe d'anesthésie et de chirurgie,+++
Absence de temps de concertation formalisé entre les équipes paramédicales et médicales.+++

Tâches :

Insuffisance d'aides à la décision (support de surveillance spécifique, algorithmes décisionnels...) lors d'un changement d'état clinique en service de chirurgie,++
Retard à la réalisation du scanner en raison de la demande faite en fin de vacation journalière (avec bascule sur un prestataire externe en télé-imagerie) et du délai de réalisation du bilan biologique,++
Modalités de transmission des résultats inadéquates (transition par le médecin des urgences),+
Soins ne relevant pas du secteur de chirurgie : patiente relevant d'une surveillance postopératoire accrue en USC. +++

Environnement :

Dossier mixte (informatisé et papier) ne permettant pas une prise en charge exhaustive du patient (notamment pour les informations relatives aux consultations préopératoires et aux antécédents médicaux),+
Fonctionnalité insuffisante des équipements : pas de possibilité d'enregistrer des clichés ou des films pendant la cœlioscopie (élément non contributif mais utile à l'amélioration des pratiques). +

Organisation :

Insuffisance de formation continue du personnel de l'unité de chirurgie à la séméiologie des complications postopératoires,+++
Pour le MAR en garde : charge de travail importante à l'époque des faits (maternité opérationnelle) avec prises en charge concomitantes au bloc opératoire et en secteur naissance. +++

Institution :

Ressources médicales précaires (médecins radiologues, anesthésistes, chirurgiens). ++

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique:

Définir et mettre en place de façon précise les règles de surveillance postopératoire obligatoires en service de chirurgie et/ou SSPI.

Réaliser des enregistrements de vidéoscopies pendant les coelioscopies (instauré après l'EIGS et avant l'analyse).

Organiser des temps de rencontre entre les équipes paramédicales et médicales d'anesthésie pour définir les attentes et les besoins des professionnels de santé afin de sécuriser la prise en charge des patients en postopératoire.

Commun :

Mettre en place un score de gravité pour les appels d'urgence des IDE.

Mettre en place une procédure de type « code rouge » pour des situations spécifiques à déterminer en groupe de travail et en fonction des unités de soins.

Mettre en place des temps d'échanges entre médecins et IDE pour les revues des dossiers des patients complexes ou à risques.

Élaborer une procédure dégradée si 2 prises en charges urgentes concomitantes (2ème ligne d'astreinte de sécurité ?)



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.fr

Général :

Planifier des formations centrées sur le travail en équipe (CRM Santé)

Permettre l'appropriation des outils de communication SAED lors des appels des IDE vers les médecins.

Mettre en place des formations courtes (une demi-heure) par les médecins sur des thématiques à définir en groupe de travail (état des lieux et utilisation des cas concertés de RMM ou CREX pouvant aider à la mise en place d'une culture sécurité au sein de l'établissement).

Références et Bibliographie

- Colite ischémique. Guillaume Savoye, Alice Gangloff. Association française de formation médicale continue en hépatogastro-entérologie. Textes POSTU -Consulté le 07/12/2017 sur <http://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2015/colite-ischemique/>
- Intestinal Ischemia after laparoscopic cholecystectomy – Louis- Joseph Leduc, Andrew Mitchell - journal of the society of laparoendoscopic surgeons – 2006
- Intestinal Ischemia following laparoscopic surgery : a case series – W. Al-Khyatt, J. D. Thomas, D. J. Humes and D. N. Lobo – Journal of medical case reports -2013, 7:25

Bibliographie complémentaire sur demande

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