



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

Analyse Approfondie de Cas N° 97

Retard de prise en charge d'un infarctus mésentérique

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Tous les biais cognitifs du top 10 sont à l'œuvre dans cet événement !

Fermeture prématurée, biais de confirmation, effet de cadrage, ancrage, hésitation...

Quoiqu'il en soit, il y a bien sous-estimation de la gravité du tableau clinique et de l'urgence thérapeutique chirurgicale à l'origine d'un retard de transfert vers la structure de recours où peut être réalisée cette prise en charge.

Retard qui sera majoré par les difficultés pour assurer le transport inter-établissements...

Facteurs humains,
Facteurs organisationnels...

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 48 ans est accueillie aux urgences d'une clinique vers 21h pour douleurs abdominales diffuses à type de contractions paroxystiques. La patiente a présenté des vomissements bilieux non soulagés par du triméthylphloroglucinol (Spasfon®). Elle déclare avoir eu des gaz et des selles. Six ans auparavant, elle a bénéficié de la pose d'un anneau gastrique. Aucun antécédent cardio-vasculaire ou pulmonaire n'est signalé. Sa tension artérielle, très élevée mais sans tachycardie, est attribuée à l'accès douloureux. Le médecin urgentiste prescrit un bilan biologique et une radiographie de l'abdomen sans préparation qui montre une dilatation gastrique majeure. Des antalgiques de palier 1 et 2 sont administrés sans résultat probant.

Vers minuit, un scanner visualise une distension gastrique majeure sans dilatation œsophagienne d'amont [...]. Le médecin urgentiste, le radiologue et le chirurgien retiennent l'hypothèse d'un volvulus sur anneau gastrique ou d'un infarctus gastrique.

La nuit est marquée par l'impossibilité d'enrayer les crises paroxystiques douloureuses malgré l'administration d'antalgiques et de morphine. La tension artérielle reste élevée.

Vers 8 heures, le chirurgien prescrit la pose d'une sonde nasogastrique et l'ouverture complète de l'anneau gastrique. Un soulagement partiel est obtenu grâce à la vidange gastrique de 1500 mL. Les douleurs redeven-

nent rapidement très violentes et une tachycardie s'installe. Un transfert dans la clinique où exerce le chirurgien qui a placé l'anneau gastrique est décidé.

Après 2 heures d'attente, l'ambulance arrive et la patiente est transférée à la clinique. Elle est en état de choc.

À 16 heures, une intervention en urgence débute. Le chirurgien découvre une thrombose de l'artère mésentérique supérieure ayant entraîné une ischémie totale du grêle depuis l'angle de Treitz jusqu'au côlon droit, qui est également ischémié. L'ablation d'un thrombus est réalisée avec une sonde de Fogarty. Compte tenu du mauvais flux artériel et malgré plusieurs thrombectomies, on décide de réaliser un pontage aorto mésentérique rétrograde avec une hémi colectomie droite, une iléostomie et une jéjunostomie. Lors du déclampage, la patiente présente une hypotension nécessitant l'augmentation des amines vasopressives.

Vers 20 heures, il est décidé d'hospitaliser la patiente en réanimation au centre hospitalier de recours.

Vers 21 heures, la patiente est accueillie en réanimation puis réopérée deux fois au bloc opératoire pour ischémie mésentérique inférieure et ischémie du membre inférieur gauche.

Malgré la prise en charge en réanimation, la patiente décède 3 jours plus tard.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Mercredi 28 février vers 22 heures : une patiente de 48 ans est accueillie dans l'unité des urgences d'une clinique pour douleurs abdominales diffuses à type de contractions paroxystiques brutales. La patiente a présenté des vomissements bilieux. Elle déclare avoir eu des gaz et des selles. L'examen clinique est normal ; l'abdomen est souple et sensible dans son ensemble. L'IMC de la patiente est à 31. Elle a bénéficié d'une pose d'anneau gastrique 6 ans auparavant. Une infiltration lombaire est programmée 2 jours plus tard car elle souffre d'une hernie discale. La radiographie de l'abdomen sans préparation montre une dilatation gastrique majeure qui est corrélée avec la douleur épigastrique. La patiente est perfusée et reçoit des antalgiques. Elle est hypertendue.

Vers minuit : le bilan sanguin montre une augmentation des leucocytes. Un scanner indique « une distension gastrique majeure sans dilatation œsophagienne d'amont, une paroi gastrique normalement vascularisée, une stase liquidienne ; l'anneau gastrique est en bonne position [...] ». Le médecin urgentiste contacte le chirurgien de garde qui demande que l'anneau gastrique soit dégonflé de 2 mL. Devant le tableau clinique de gastroparésie avec dilatation majeure de l'estomac et douleurs épigastriques, les médecins évoquent l'hypothèse d'un volvulus sur l'anneau gastrique ou d'un infarctus gastrique. **02h :** la patiente est très algique. Injection de 40 mg d'ézoméprazole et de 2 mg de morphine. **04h :** injection de 2 mg de morphine. **05h :** injection de paracétamol 1000 g et d'hydroxyzine 50 mg en intraveineux. La patiente refuse la morphine car cela ne la soulage pas. Elle demande du tramadol. **06h30 :** injection de tramadol 100 mg et phloroglucinol 160 mg en intraveineux.

Jedi 1er mars 08h : durant la nuit, la patiente est restée très algique, agitée et hypertendue. Le chirurgien prescrit la pose d'une sonde nasogastrique et l'ouverture complète de l'anneau gastrique. 700 mL de liquide gastrique sont recueillis immédiatement. **Vers 11h :** la douleur de la patiente semble légèrement diminuer ce qui conforte l'équipe dans l'hypothèse d'une dilatation ou d'un éventuel infarctus gastrique. Après concertation, il est décidé de transférer la patiente vers la clinique voisine où exerce le chirurgien qui a posé l'anneau gastrique. **13h08 :** la patiente a reçu 9 mg de morphine en bolus mais reste très algique. **14h :** après de multiples recherches, l'équipe réussit à contacter un ambulancier privé qui accepte de réaliser le transfert de la patiente.

15h06 : la patiente est accueillie en salle de déchocage des urgences de la 2ème clinique. Elle est en état de choc et hurle de douleur. **15h48 :** elle est prise en charge au bloc opératoire. Une voie veineuse centrale, un cathéter artériel et un cathéter vésical sont mis en place. Une antibiothérapie par amikacine et tazocilline est débutée. Un chirurgien vasculaire et un chirurgien digestif réalisent une coelioscopie. Ils retirent l'anneau gastrique qui ne semble pas être en cause dans le syndrome abdominal aigu. Les médecins décident d'une laparotomie. L'artère mésentérique supérieure est thrombosée. Le grêle est totalement ischémié depuis l'angle de Treitz jusqu'à l'angle du colon droit. Le sondage de Fogarty™ et les thrombectomies ne parviennent pas à rétablir un flux sanguin satisfaisant. Un pontage aorto mésentérique rétrograde à l'aide d'une prothèse PTFE Gore Tex™ 6 mm est nécessaire. Une hémicolectomie droite avec une iléostomie droite et une jéjunostomie sont réalisées. Il reste environ 1,20 m d'intestin grêle violacé.

Vers 18h15 : lors du déclantage, une chute de la pression artérielle moyenne à 46 mm Hg nécessite l'augmentation du débit de noradrénaline. **20h :** la patiente est transférée en salle de surveillance post-interventionnelle. Sa fréquence cardiaque est à 180 battements par minute, sa température est à 38,9°C. La sonde nasogastrique en siphonage ramène 200 mL de liquide fécaloïde. Une échographie transthoracique montre une altération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche qui semble estimée à 25-30 %. Les médecins décident de transférer la patiente vers l'unité de réanimation du Centre Hospitalier de recours. Le mari de la patiente est informé « du pronostic gravissime ». **Vers 23h :** après un transfert via le SMUR, la patiente est réopérée au bloc opératoire du CH pour une ischémie mésentérique inférieure puis pour une ischémie du membre inférieur gauche. Elle est ensuite prise en charge en service de réanimation.

Le 3 mars : la patiente décède.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Retard à l'identification d'une ischémie mésentérique aigüe.

Erreur de raisonnement diagnostique.

Biais cognitifs identifiés *a posteriori* : biais d'ancrage = centrer son attention sur un symptôme, un signe, un élément d'information ou un diagnostic, en particulier en début de processus, sans apporter de corrections ou de réajustements et sans tenir compte d'autres possibilités.

Conclusion prématurée :

- acceptation sans réserve d'un diagnostic initial ;
- défaut de recherche des renseignements qui remettront en question le diagnostic provisoire ou encore permettant d'envisager d'autres diagnostics.

Facteurs latents

Patient : +

Etat de santé complexe, aigu et grave.

Antécédents médicaux partiels et difficilement collectés (questionnements sur une pathologie cardiovasculaire méconnue).

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :+++

Fausse réassurance (diagnostic difficile avec TDM faussement rassurant) : douleurs aiguës occultant la prise en charge globale avec :

- incompréhension de l'étiologie,
- traitements inefficaces générant un sentiment d'impuissance et du stress.

Non-prescription (par défaut de raisonnement) d'un nouveau bilan biologique et radiologique dans la nuit alors que l'état clinique ne s'améliore pas.

Équipe : +++

Défaut d'adaptation à une situation clinique trompeuse et mal connue (ischémie mésentérique).

Tâches :++

Procédure de prise en charge de la douleur non adaptée : titration morphinique insuffisamment implicite dans le service des urgences de la 1^{ère} clinique.

Environnement : +++

Défaillance ou difficultés à obtenir un transport par ambulance, dans la journée, en semaine entraînant un retard de transfert d'un patient, par manque de convention ou partenariat entre une société d'ambulance et l'établissement prescripteur du transport.

Organisation : ++

Organisation imprécise de la priorisation entre les transports par ambulances privées ou les transports inter-établissements relevant du SAMU- SMUR pour le service des urgences.

Institution : ++

Culture insuffisante de signalement des événements indésirables et du retour d'expérience.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Travailler avec le CLUD et les professionnels du services des urgences sur des protocoles ou conduite à tenir concernant la prise en charge de la douleur aux urgences (thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses).



Commun :

Réunir différents prestataires de transport sanitaire privés pour établir une convention entre l'établissement et le prestataire de transport pour les transferts depuis le service des urgences.

Redéfinir les modalités des demandes d'avis spécialisés (algorithmes décisionnels pour avis téléphoniques ou sur place, organisation des examens paracliniques) pour le service des urgences, notamment la nuit.

Elaborer et diffuser des fiches d'aide à la décision concernant l'infarctus mésentérique.

Définir des modalités de briefing-débriefing entre les médecins urgentistes et les médecins de garde de spécialités durant les gardes de nuit.



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 :

Etablir une procédure, selon des critères définis collégialement, permettant la priorisation des transports relevant des prestataires privés et ceux relevant d'une demande SAMU d'un transfert inter hospitalier.

Références et Bibliographie

- Diagnostic et traitement des ischémies mésentériques – C. Parliteanu- M. Gavillet- P. Bize- M.H. Maillard- Revue Médicale Suisse- 2016 ;12 :1419-23
<https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-528/Diagnostic-et-traitement-des-ischemies-mesenteriques>
- L'ischémie mésentérique aiguë- O. Corcos- Post'U 2013 177-188
<http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf-2013/ischemie-mesenterique.pdf>
- Ischémie mésentérique aiguë- D. Pateron- C. Lejeune – SFMU- URGENCES 2011 – Chapitre 47
<http://docplayer.fr/42100306-Ischemie-mesenterique-aigue.html>
- Conduite à tenir devant une suspicion d'ischémie mésentérique aiguë – F. Bartholin, E. Delabrousse, N. Destrumelle, G. Capellier – Reanimation 2001 ;10 :654-65
https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0110-Reanimation-Vol10-N7-p654_665.pdf