



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



## Analyse Approfondie de Cas 29 : Corps étranger dans l'hypopharynx.

Date de parution : mars 2016

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

### RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 84 ans, est hospitalisé, pour une thrombose de l'artère poplitée droite et nécrose du troisième orteil du pied droit dans un contexte d'artérite stade IV. Il est prévu une intervention de type désobstruction artérielle. Le patient est atteint de plusieurs comorbidités (hémiplégie, diabète, phlébite récente avec traitement par AVK), et notamment d'une aphasie séquellaire limitant la communication. Il est résident en EHPAD. Sur la fiche de liaison remplie lors de son départ de l'EHPAD, il est noté que le patient est habituellement porteur de 2 prothèses dentaires amovibles.

Lors de son hospitalisation dans un service de chirurgie, la présence des 2 prothèses est cochée sur la fiche de liaison mais leur présence n'est pas vérifiée de visu. L'équipe soignante constate un encombrement bronchique

marqué.

Le matin de l'intervention, une infirmière va prendre en charge le patient et retirer, pour la préparation à l'intervention, une seule prothèse visible.

Le lendemain de l'intervention, une prothèse amovible dentaire est retirée de l'hypopharynx devant l'aggravation de l'encombrement bronchique.

Cinq jours après l'intervention le patient décède dans un tableau de coma hyperosmolaire.

### ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'ingestion d'une prothèse dentaire amovible est un événement rare mais « classique » chez la personne âgée présentant des troubles neurologiques (ici séquelles d'AVC).

De part sa taille, elle est habituellement bloquée au niveau du sphincter cricopharyngé à la partie supérieure de l'œsophage.

Elle peut ne pas donner lieu à des manifestations cliniques bruyantes et rester méconnue jusqu'à l'apparition de complications respiratoires, ORL, ou .....la constatation de la « perte d'une prothèse » !

Si les ingestions de corps étrangers sont souvent méconnus et ne nécessitent pas d'extraction instrumentale la plupart du temps, l'extraction d'une prothèse dentaire bloquée dans l'hypopharynx est une urgence. Elle se fait à la pince de MagyIl sous couvert d'une anesthésie locale.



### CARACTÉRISTIQUES :

#### **Gravité :**

Ablation du CE sous anesthésie locale.

Admission non programmée en réanimation.

Complications respiratoires infectieuses et coma hyperosmolaire.

Décès.

#### **Organisation en place:**

Une organisation est en place, afin d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.

Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement : partiellement.



# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

[Le 01/12](#) : Un patient de 84 ans est reçu en consultation de chirurgie, en provenance d'un EHPAD dans laquelle il réside. Le chirurgien diagnostique une thrombose de l'artère poplitée droite et propose une hospitalisation programmée une semaine plus tard pour désobstruction artérielle et une amputation du troisième orteil du pied droit nécrosé. Le patient est ensuite examiné par un médecin anesthésiste (MAR), qui réalise une consultation d'anesthésie. Dans les antécédents médicaux du patient on note un diabète non insulinodépendant, une artérite stade IV, une phlébite récente et la présence d'un SARM cutané. Le patient est hémiparétique droit avec une aphasia motrice séquellaire. Le MAR prévoit une anesthésie locale avec neuroleptanalgie, car le patient est classé ASA 3. Le MAR lors de l'évaluation des facteurs prédictifs d'intubation difficile, visualise 2 prothèses amovibles dentaires, mais constate que le patient ouvre difficilement la bouche.

[Le 07/12](#) : Le patient est hospitalisé dans un service de chirurgie. Le chirurgien effectue une visite préopératoire, au cours de laquelle une aide soignante signale que le patient, agité, n'a pu être dépilé correctement. Le MAR qui examine le patient ne prescrit pas de prémédication. Le patient est alimenté par sa famille lors du repas du soir. Les soignants indiquent dans les transmissions ciblées que le patient présente un encombrement bronchique marqué et connu depuis quelques jours.

[Le 08/12 à 6h](#) : L'infirmière (IDE) de nuit réalise plusieurs soins auprès du patient (toilette, contrôle de la glycémie capillaire, relevé des constantes) et effectue la préparation avant le bloc opératoire. Elle ne retire qu'une seule prothèse amovible dentaire alors que 2 prothèses sont notées lors du recueil de données initial du patient dans le service. De plus l'état respiratoire du patient nécessite la mise en place d'une oxygénothérapie et des broncho aspirations. Le patient est décrit comme peu réactif.

[À 7h30](#) : Le patient est accueilli en salle d'intervention. L'anesthésie locale et la neuroleptanalgie sont réalisées mais le patient est agité et sa fonction respiratoire est altérée. Le MAR décide d'approfondir l'anesthésie intraveineuse et pose un masque laryngé.

L'intervention se poursuit sans autre incident et le patient est installé en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). Le masque laryngé est retiré et le patient bénéficie d'une oxygénothérapie et d'un traitement par diurétiques afin d'améliorer sa fonction respiratoire. En fin de matinée, il est de retour dans l'unité de soin. L'IDE, trouvant le patient particulièrement somnolent, demande l'avis d'un MAR. Le MAR préfère que la surveillance du patient soit de nouveau effectuée en SSPI.

[À 18h](#) : Le patient est installé dans sa chambre. Il reste peu réactif et une oxygénothérapie par masque à haute concentration est poursuivie. Le membre inférieur opéré est surveillé et ne présente aucune anomalie. La famille signale qu'elle ne trouve pas la prothèse dentaire amovible inférieure. Dans la nuit, l'IDE inscrit dans les transmissions que le patient présente une aggravation de l'encombrement pulmonaire, avec des broncho aspirations de sécrétions épaisses.

[Le 09/12 à 8h](#) : Malgré l'oxygénothérapie le patient présente une saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) à 93%. Les soins sont réalisés et comprennent entre autres une kinésithérapie respiratoire et des aérosols. Les contrôles glycémiques effectués toutes les 2 heures montrent une difficulté de l'équilibration du diabète bien qu'un protocole d'insuline rapide par pousse seringue électrique soit initié. [À 15h](#) : Devant l'état clinique du patient, le MAR est contacté ainsi que le chirurgien. Des diurétiques sont prescrits et administrés et une radiographie thoracique est prescrite ainsi que des gaz du sang.

[18h](#) : Un collègue du chirurgien visualise la radiographie et constate que la prothèse dentaire amovible est en travers de l'hypopharynx. Il extrait le corps étranger à la pince de Magill sous couvert d'une anesthésie locale, et effectue des prélèvements bactériologiques à la sonde de Métras. Il prescrit des corticoïdes et des antibiotiques et une radiographie de contrôle pour le lendemain.

Dans la soirée et la nuit, les IDE notent que le patient est très encombré et toujours peu réactif, même lors des stimulations par les aspirations trachéo bronchiques itératives.

[Le 10/12](#) : Le patient est plus réactif mais reste précaire au niveau respiratoire. À 19 heures, il présente une hyperthermie à 39,1°C. Une série d'hémoculture est réalisée. Le patient est agité, un neuroleptique est prescrit et administré.

[Le 11/12](#) : Le MAR téléphone longuement à la famille, pour présenter les excuses de l'équipe et explique l'évènement indésirable. Le patient semble plus réactif et les soins se déroulent sans problèmes particuliers. Les soignants notent que l'état respiratoire semble s'améliorer.

[Le 12/12](#) : Le patient est plus participatif et les soins sont effectués. Cependant, en fin de journée une tachycardie se majore. L'état clinique respiratoire est stable.

[Le 13/12](#) : Le patient reste tachycarde et vers 17h l'IDE constate des marbrures importantes sur les membres inférieurs. Elle contacte le chirurgien et le MAR. Un cardiologue examine le patient et diagnostique une fibrillation auriculaire, une polypnée associée à un encombrement bronchique majeur, et sur le plan métabolique une hyperosmolarité avec hypernatrémie.

[À 20h](#) : Le patient, aréactif, est hospitalisé en service de soins continus. La famille est informée. Le patient décède à [1h15](#).



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Retard au diagnostic de corps étranger (prothèse dentaire) dans l'hypo pharynx.  
Sous estimation des facteurs de risques infectieux respiratoires sans recherche de leur étiologie.  
Défaut de vérification effective de la présence de prothèses dentaires.  
Défaut de réalisation de soins de bouche chez un patient dépendant.

## Facteurs latents

### Patient :

Patient présentant des capacités cognitives altérées, une aphasie et des comorbidités lourdes (DNID, hémiparésie droite sans récupération, artérite de stade IV, phlébite du membre inférieur récente). ++  
Patient dépendant pour les actes de la vie quotidienne et non communicant.  
Encombrement bronchique, ayant peut être masqué la symptomatologie liée à migration de la prothèse amovible dentaire dans les premières heures OU secondaire à cette migration (donnée inconnue, la traçabilité sur la fiche de liaison ne pouvant pas être garantie). +  
Diabète difficile à équilibrer dans un contexte d'encombrement respiratoire infectieux après l'ablation du corps étranger. +

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

### Professionnels / facteurs individuels :

Communication difficile avec le patient en raison du handicap.  
Difficultés des relations avec l'entourage, très présent, et parfois source de difficultés quant à la place et au rôle des soignants (aide aux repas, demandes pressantes multiples auprès des professionnels). ++  
Sous estimation des risques liés à l'absence ou la perte d'une prothèse dentaire amovible, par l'ensemble des soignants paramédicaux et médicaux. +++  
Insuffisance de traçabilité de l'état clinique et de l'évolution du patient par les intervenants médicaux. +++

### Équipe :

Défaut de communication écrite (aucune cible) dans le dossier de soins concernant la traçabilité à l'admission de la présence ou non des prothèses dentaires amovibles (pas de vérification et pas de recueil de données).+++

### Tâches :

Absence de procédure concernant les soins spécifiques requis lors de l'admission de patients non communicant, notamment concernant les soins de bouche.+  
Retard dans la recherche active de la prothèse dentaire amovible « absente » (pas de contact avec l'EHPAD). +++  
Absence d'une check list lors de la procédure d'admission concernant la concordance des éléments de la fiche de liaison des patients venants d'un autre établissement de santé. +++

### Environnement :

Multiplicité des intervenants infirmiers (10), avec perte d'informations cruciales et suivi plus difficile du patient (connaissance des faits de la perte de la prothèse, gravité de l'encombrement bronchique).

### Organisation :

Défaut d'adaptation à une situation imprévue, lors de la perte de la prothèse dentaire amovible.  
Défaut de supervision des tâches/ nursing (soins de bouche) des patients dépendants et des soins requis. ++  
Absence de réflexion autour de la délégation de tâches aux familles et aux proches par rapport au rôle propre des soignants pour la surveillance clinique et les aides de la vie courante. +

### Institution :

Absence de stratégie et de procédure de transfert des patients entre l'établissement de santé et les établissements « adresses », plus particulièrement pour les patients présentant des pathologies lourdes et requérant des soins de nursing importants.

# Enseignement : Actions / Barrières



### Spécifique:

Recherche « active » et traçabilité effective de la présence de toutes les prothèses amovibles chez les patients (ou auprès des intervenants proches du patient en cas de patient non communicant).

### Commun :

Réalisation d'une check list des éléments ou données, indispensables à recueillir ET à vérifier lors de l'accueil en service de soins (recueil de données) .

Rédaction et diffusion d'un protocole de soins spécifiques pour les patients dépendants pour les actes de la vie courante.

Elaboration de fiches de liaison complète et à jour entre les EHPAD et les établissements de santé.

Planification d'échanges réguliers entre les structures de santé et les établissements de santé concernant les modalités de transferts des patients, les éléments essentiels à leur prise en charge et l'analyse des dysfonctionnement.

### Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



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

Docteur Régine LECULEE  
Nathalie ROBINSON cadre de santé

CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[regine.leculee@ccecqa.asso.fr](mailto:regine.leculee@ccecqa.asso.fr)  
[nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr](mailto:nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr)

### Général :

Organiser une concertation avec l'ensemble des acteurs de soins du service sur le thème de la place et du rôle de l'entourage et des soignants dans les différentes procédures de soins. La clarification des fonctions et des tâches propres de chacun dans la prise en charge des patients pourrait permettre d'améliorer la qualité des relations entre les équipes de soins et l'entourage des patients tout en légitimant la place de cet entourage.

Elaborer une fiche type de liaison inter établissement .

## Références et Bibliographie

- Corps étrangers des voies aériennes ; J.C. Granry, J.P. Monrigal, J. DUBIN, M.P. Preckel, B. Tesson – SFAR 1999.
- Recommandations de la Société Française d'Endoscopie Digestive – Les corps étrangers ingérés. Septembre 2004. Mise à jour mars 2007
- L'hygiène bucco-dento-prothétique chez le sujet âgé. Assurance maladie Champagne-Ardenne.
- Informations sur les troubles de la déglutition –CHU de Bordeaux.
- Soins infirmiers, fiches techniques, soins de base, soins techniques centrés sur la personne soignée. A.F. Pauchet-Traversat, E. Besnier, A.M. Bonnery, C.Gaba-Leroy. Maloine 2<sup>ème</sup> édition 1999 : 567-568.
- Courrier de l'ARS Aquitaine – Délégation Territoriale des Pyrénées-Atlantiques – B. Lereboure du 20 juin 2012.
- Le coma hyperosmolaire : physiopathologie, étiologie, diagnostic, traitement. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie – Pr A. Grimaldi. 2000.
- Coma hyperosmolaire ou syndrome d'hyperosmolarité hyper glycémiq ue – M. Andronikof – SFMU – Urgences 2008 – Chapitre 49.

<http://www.ccecqa.asso.fr/outil/gestion-des-risques/prage-retours-dexperiences>