

Analyse Approfondie de Cas 3 :



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

Inhalation Post opératoire

Date de parution : juin 2013

- Catégorie : M.C.O. Chirurgie Digestive
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Attention à la localisation des lésions cancéreuses coliques : elle doit être assurée en préopératoire en chirurgie programmée et le patient doit être informé des options thérapeutiques !
- La coloscopie immédiatement avant la chirurgie colique compromet la vitalité du colon en raison de la distension gazeuse.
- **Le chariot d'urgence doit être prêt et accessible en un lieu connu de tous.**
- **La procédure d'appel en cas d'urgence vitale doit être connue et le n° de téléphone affiché.**
- Ces 2 procédures sont à expliquer aux nouveaux arrivants dès leur accueil !
- La répartition des tâches médicales doit être clairement définie et respectée pour le suivi postopératoire « lourd » dans les CH où il n'existe pas de réanimation chirurgicale ou si le patient n'y est pas hospitalisé.

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Le patient de 68 ans, en bon état général, sans autre comorbidité qu'une hypertension artérielle traitée, est opéré d'une tumeur villositaire associée à 2 polypes coliques. L'intervention est précédée d'une coloscopie immédiatement avant le geste chirurgical afin de préciser le siège exact de la tumeur. Une colectomie gauche, étendue au colon droit en raison de doutes sur sa vitalité à cause d'une souffrance vasculaire, (totalisation de la colectomie) et une anastomose iléo sigmoïdienne sont réalisées . La reprise du transit est lente et émaillée d'épisodes de subocclusion à ventre plat et de débâcles diarrhéiques. Au 7^{ème} jour postopératoire en secteur d'hospitalisation de chirurgie, alors que le patient a repris une ali-

mentation semi liquide depuis la veille, il présente des vomissements à chaque prise alimentaire. Une indication de pose d'une sonde naso gastrique est faite. Lors de sa mise en place, le patient présente des vomissements fécaloïdes importants et soudains, compliqués d'une inondation pulmonaire avec arrêt cardio respiratoire puis décès. L'analyse est réalisée au sein de l'établissement, sous forme d'une analyse collective par l'équipe de gestion des risques.



CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Occlusion post opératoire secondaire mal identifiée.
Complications pleuro pulmonaires concomitantes.
Inhalation massive de liquide gastrique fécaloïde à la pose de la sonde gastrique.
Évolution : décès

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les outils de hiérarchisation des risques sont utilisés dans le cadre des événements indésirables.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Lundi du mois de mai, à 8h :

Le patient est admis au bloc opératoire. Des explorations antérieures ont révélées une tumeur villose « de la partie supérieure » du colon gauche et la présence de 2 polypes « à proximité ».

La coloscopie effectuée dans un premier temps, localise la tumeur villose à l'angle colique gauche. Une résection large de l'angle colique gauche et du colon transverse est pratiquée lors du temps chirurgical.

L'absence des polypes dans la pièce anatomique nécessite l'élargissement de la résection du colon vers la droite, jusqu'à 2 cm de l'angle droit. Le colon droit restant étant peu vascularisé, il est réalisé une colectomie droite, totalisant ainsi la colectomie avec rétablissement de la continuité par une anastomose iléo sigmoïdienne. La durée de l'anesthésie générale est de 4 heures, dont 2h 30 de chirurgie.

17h30 : Le patient sort de la salle de surveillance post interventionnelle et retourne en secteur d'hospitalisation de chirurgie. Il est porteur d'une voie veineuse centrale avec alimentation parentérale, d'une sonde nasogastrique en siphonage et de 2 lames de drainage.

J1 : Le patient présente un retard de diurèse avec un bilan hydrique positif (fonction rénale normale) : Prescription de furosémide.

J2 : Reprise du transit avec des selles liquides.

J3 : Ablation des lames. Ablation de la sonde nasogastrique, improductive.

On note une oligurie persistante avec une prise de poids (+ 1,5 Kg).

J4 : Le bilan biologique est en faveur d'une hémococoncentration. La réhydratation est augmentée. Les selles liquides persistent. La prise de boisson est autorisée.

Devant l'existence d'un épanchement pleural gauche de faible importance, une indication de ponction pleurale exploratrice est posée. L'arrêt momentané du Lovenox® est prescrit pour le lendemain.

J5 : A l'issue d'une nouvelle évaluation clinique pratiquée par un autre praticien, l'indication de la ponction pleurale est annulée.

Le matin, lors de la visite du chirurgien, l'évolution clinique est jugée favorable et l'examen radiologique de l'abdomen sans préparation ne montre pas d'anomalie.

J6 : Le Lovenox® est repris.

J7 : Une alimentation semi liquide (bouillon, yaourt, compote) est reprise.

Le chirurgien de garde, lors de sa visite note une reprise du transit intestinal sous forme de selles liquides, un ventre plat, non douloureux et non météorisé et l'existence de régurgitations de glaires.

- Vers 8 h30 le patient présente un premier vomissement alimentaire après la prise de son petit déjeuner. Le patient est laissé en position demi assise.
- L'infirmière (IDE 1) le signale au chirurgien de garde qui recommande la pose d'une sonde gastrique en aspiration, prescrit du Zophren® et demande de laisser le malade à jeun.
- L'anesthésiste de garde va voir le patient et demande de sursoir momentanément à la pose de la sonde gastrique.
- Deux autres vomissements surviennent après la prise d'eau.
- Vers 14 h, l'anesthésiste demande de poser la sonde gastrique.
- A son arrivée dans la chambre avec sa collègue d'après-midi (IDE 2), l'IDE 1 note chez le patient l'existence d'une dyspnée et d'un encombrement bronchique (malade « graillonnant »). Le patient est parfaitement conscient.
- Elle contrôle la saturation artérielle en oxygène qui est à 82% (elle était à 94% en début de matinée).
- Elle met le malade sous oxygène, à raison de 4 l/mn (lunettes à oxygène).
- Au moment de poser la sonde gastrique le patient vomit en jet du liquide fécaloïde. L'IDE 1 sort de la chambre pour prévenir l'anesthésiste qui est alors au bloc opératoire. L'IDE 2 est auprès du patient et tente de poser la sonde. L'anesthésiste se libère rapidement. A son arrivée dans la chambre accompagné de l'IDE 1 qui s'est munie du chariot d'urgence, il constate que le patient est en arrêt cardio-circulatoire avec mydriase et présence de liquide fécaloïde en abondance. Des manœuvres de réanimation sont tentées sans succès.

Le neveu du patient est informé du décès.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Retard au diagnostic de syndrome occlusif post opératoire tardif.
Sous estimation de la gravité de l'état clinique.
Sous estimation des risques techniques de la pose de la sonde nasogastrique.
Sous estimation des risques généraux liés à la pose de cette sonde.
=> hypothèse diagnostique étiologique erronée ? Infarctus mésentérique méconnu ? +++

Facteurs latents

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

Patient

État clinique complexe :

- Postopératoire d'une chirurgie lourde (colectomie totale)
 - Complications liées au déséquilibre hydro-électrolytique
 - Fonction respiratoire altéré
- Syndrome occlusif masqué par des selles liquides et une absence de météorisme abdominal

Professionnels / facteurs individuels :

Manque d'expérience de l'IDE 1 (diplômée depuis 2 mois) pour la pose de sondes naso-gastriques
Méconnaissance de la procédure d'alerte de l'établissement pour les urgences vitales +++
Faible connaissance du matériel (chariot d'urgence) +++

Équipe :

IDE 1 avec peu d'expérience présente seule un dimanche
Défaut d'échanges et de concertation organisés entre praticiens (chirurgiens et anesthésistes) pour l'organisation cohérente et efficace d'une prise en charge postopératoire lourde dans un service de chirurgie générale +++
Collaboration difficile entre praticiens pour l'organisation de staff communs ou de visites communes
Supervision insuffisante des équipes paramédicales par les praticiens

Tâches :

Défaut de traçabilité du suivi clinique médical dans le dossier patient
Soins postopératoires ne relevant pas du champ d'activité du service (chirurgie versus réanimation)

Environnement :

Charge de travail excessive par sur-occupation régulière du service (moyenne de 22 patients pour 18 lits officiellement attribués)
Chariot d'urgence d'utilisation difficile (ergonomie)

Organisation :

Politique de formation et d'accompagnement des nouveaux arrivants insuffisante, pas de tutorat.
Instabilité des effectifs avec rotation importante des professionnels paramédicaux
Manque de coordination entre équipes médicales

Institution :

Contraintes financières restreignant le recrutement de nouveaux professionnels
Inadéquation des ressources humaines aux objectifs d'activité de la spécialité
Culture de sécurité insuffisante

Facteurs d'atténuation

Des barrières existantes possibles dans la séquence détection/identification/récupération n'ont pas été activées :
Prise en charge en réanimation pour l'équilibration parentérale postopératoire et la prise en charge de l'inhalation massive en urgence.

Enseignement : Actions / Barrières



Spécifique:

Importance de la localisation des lésions cancéreuses coliques à distance du geste chirurgical pour adopter et préparer une stratégie opératoire adaptée.

Information du patient avec exposé de la balance bénéfices risques à ajuster au plus près.

Commun :

- Organisation des échanges et des concertations entre praticiens pour la prise en charge thérapeutique postopératoire des patients ayant bénéficié d'une chirurgie « lourde ».
- Amélioration de la qualité de la tenue du dossier concernant les informations médicales entre plusieurs intervenants
- Adaptation des ressources humaines paramédicales à l'activité en temps réel, particulièrement dans les services de chirurgie où la charge de travail n'est pas exactement corrélée au nombre de malades.
- Mise en place de procédures d'accompagnement et/ou de tutorat pour les nouveaux arrivants, surtout les jeunes diplômés.
- Uniformisation et **diffusion** des procédures d'appel pour urgences vitales ; Uniformisation de la composition des chariots d'urgences dans les services ; Formation des nouveaux arrivants à ces procédures .

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels :

Événement 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
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Réflexion sur l'adéquation du type de secteur d'hospitalisation en regard de l'importance de l'acte chirurgical et des soins de réanimation spécifiques nécessaires et disponibles.

Références et Bibliographie

- D. Chatellier, S. Chauvet, R. Robert.
Pneumopathies d'inhalation. *Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia*. Réanimation (2009) 18, 328—333
Disponible sur Internet le 15 avril 2009
www.srlf.org/rc/.../0906-Reanimation-Vol18-N4-p328_333.pdf - consulté le 16/02/2012
- C. Mariette a,*, A. Alves b, S. Benoist c, F. Bretagnol d, J.Y. Mabrut e, K. Slim f Soins périopératoires en chirurgie digestive. Recommandations de la Société française de chirurgie digestive (SFCD1)
Perioperative care in digestive surgery. Guidelines of the French society of digestive surgery (SFCD.)
www.chirurgie-viscerale.org/data/upload/files/document.pdf - consulté le 16/02/2012
- J.-J. Eledjam , E. Viel .La réhabilitation périopératoire.
Les Essentiels 2006 ; p. 335-350. © 2006 Elsevier Masson
www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06.../ca06_25.htm - consulté le 16/02/2012

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