

Analyse Approfondie de Cas N° 89

Décompensation d'un syndrome de détresse respiratoire aigüe

Date de parution : octobre 2020



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

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La mésentente, voire le conflit, entre 2 professionnels est aggravée par la charge de travail très lourde :

- Effectifs insuffisants ;
- Tâches multiples dans des domaines différents.

Les « fondamentaux » de la prise en charge des patients, comme la transmission des informations élémentaires nécessaires, ne peuvent plus être assurés.

En outre, des points de vue différents dans une stratégie thérapeutique complexe ne peuvent pas être confrontés ni débattus.

Dès lors, les conditions sont en place pour qu'un changement clinique précipite une évolution fatale...

Le mardi 18 avril, une patiente de 63 ans consulte son médecin généraliste pour des douleurs abdominales. Elle est suivie dans le cadre d'un syndrome dépressif. Le médecin prescrit un anti-sécrétoire et un anti-acide gastrique. Les douleurs abdominales persistent. Sur les conseils du généraliste, la patiente se rend aux urgences du centre hospitalier (CH) voisin où elle est admise le jeudi 20 avril. Le médecin urgentiste constate des douleurs abdominales datant de 3 jours, avec un ralentissement du transit, un abdomen tendu et sensible, la présence de marbrures au niveau des membres inférieurs. La patiente est hypotendue et tachycarde. L'hypothèse d'une cholécystite est émise. Un traitement pour corriger les troubles hémodynamiques est débuté avant de transférer la patiente vers le CH voisin qui dispose d'une unité de surveillance continue (USC).

Un examen tomodensitométrique abdomino-pelvien est alors effectué et il est noté : « thrombose de la branche portale gauche, pas de thrombose du tronc porte [...]. Vésicule multi-lithiasique [...] ». Vers 22 heures, la patiente est accueillie dans l'USC de cardiologie au motif de : « choc septique et douleurs abdominales ».

La prise en charge consiste en une antibiothérapie probabiliste à large spectre, une réhydratation avec support de la fonction hémodyna-

mique (noradrénaline), une oxygénothérapie, des lavements (importante stase stercorale). Le lendemain, les constantes hémodynamiques sont normales. Un 2ème radiologue est consulté ainsi qu'un chirurgien qui confirme l'hypothèse du choc septique sur cholécystite. Il demande l'avis d'un gastro-entérologue.

Le dimanche, la patiente présente une fébricule à 38,2°C. et plusieurs épisodes de désaturation en oxygène pulsé (SpO₂ à 75 %). Le lundi, la fonction ventilatoire continue à se dégrader avec une tachypnée à 30 à 50 cycles par minute. Le mardi, la SpO₂ varie toujours entre 85 % et 90 %. La radio thoracique montre deux poumons « blancs ». Le mercredi 26, la patiente présente une polypnée à 50 mouvements par minute et une SpO₂ à 79 %. L'hypothèse d'un œdème aigu du poumon lésionnel est émise et un transfert en unité de réanimation est réalisé. À 10h30, le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) présente intube la patiente, sans concertation avec le MAR en charge de la patiente les jours précédents. Elle inhale du liquide gastrique. À 11h30, elle présente un arrêt cardiaque. Une réanimation est mise en œuvre. Au bout de 25 minutes, l'activité cardiaque reprend. La patiente est transférée en SMUR hélicoptère vers le CHU de recours. Malgré la prise en charge, la patiente décède trois jours plus tard.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : décès





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Mardi 18 avril : une patiente de 63 ans consulte son médecin généraliste pour des douleurs abdominales. Elle est suivie pour un syndrome dépressif. Son traitement comporte : clomipramine 112,5 mg/jour, alprazolam 0,50 mg/jour, fluoxétine 40 mg par jour, tropatépine 5 mg par jour, Transipeg® à la demande. Le médecin prescrit : ésoméprazole 40 mg par jour, Gaviscon® 1 à 4 sachets par jour.

Jeudi 20 avril : la patiente consulte de nouveau car ses douleurs abdominales persistent. Le médecin lui conseille de se rendre aux urgences du CH voisin. **À 09h44** : un médecin urgentiste examine la patiente et note : douleurs abdominales datant de 3 jours, abdomen tendu et sensible, marbrures des membres inférieurs, tachycardie fugace à 160 battements par minute (BPM), tension artérielle (TA) à 92/70 mm Hg, saturation pulsée en oxygène (SpO₂) à 93 %. Le bilan biologique sanguin indique un syndrome inflammatoire. Le taux de transaminases ASAT (>TGO) est à 106 UI/L, d'ALAT (TGP) à 399 UI/L, de phosphatases alcalines à 305 UI/L, de procalcitonine à 7,70 µg/L. La radiographie thoracique n'indique pas de foyer infectieux. Une importante stase stercorale est traitée par lavement. L'hypothèse d'une cholécystite est émise par l'équipe médicale. Un remplissage vasculaire avec des amines pressives (noradrénaline) est débuté avant le transfert de la patiente vers l'USC du CH voisin, via le SMUR. Une antibiothérapie probabiliste débute : metronidazole 500 mg, gentamicine 300 mg, ceftriaxone 1000 mg, acide clavulanique et amoxicilline 1000 mg; 300 mg d'amiodarone sont administrés.

À 19h : à son arrivée, l'examen tomodensitométrique (TDM) abdomino-pelvien révèle : «thrombose de la branche portale gauche, pas de thrombose du tronc porte ou de la branche portale droite, pas de thrombose des veines sus-hépatiques. Vésicule multi-lithiasique ; pas de dilatation des voies biliaires».

À 22h : la patiente est transférée en unité de surveillance continue de cardiologie pour motif de : «choc septique et douleurs abdominales». L'IDE note : «patiente marbrée [...], vésicule à explorer demain par une échographie abdominale [...]». La patiente présente une confusion et une fébricule à 38,2°C. Le médecin prescrit un bilan sanguin, des hémocultures, une oxygénothérapie au débit de 2L/min, une réhydratation électrolytique, 1000 ml de Ringer lactate par 24h, de la noradrénaline (0.1 µg /kg/min). L'antibiothérapie est poursuivie. La patiente reste à jeun. **À 23h** : un MAR ① est contacté suite à un épisode de tachycardie à 160 BPM. Il prescrit l'augmentation du remplissage vasculaire et 50 mg d'hydrocortisone 6 fois par jour. Les constantes se normalisent, les marbrures disparaissent. La noradrénaline est progressivement stoppée.

Du vendredi 21 avril au 22 avril : dans les transmissions IDE il est noté : «thrombose veine porte gauche, vésicule biliaire *a priori* non en cause du choc septique». Les images du scanner sont revues par un autre médecin radiologue. Un chirurgien confirme l'hypothèse de diagnostic de choc septique sur cholécystite. Il prescrit la poursuite de l'antibiothérapie et une anticoagulation curative. Il demande l'avis d'un gastro-entérologue.

Du dimanche 23 au 26 avril : malgré une oxygénothérapie par voie nasale à haut débit, la patiente présente plusieurs épisodes de désaturation avec une SpO₂ jusqu'à parfois 75 % et une FC à 110 BPM. La fébricule à 38,2°C. persiste malgré une antibiothérapie adaptée. La FR se situe entre 30 et 50 cycles par minute. Un pneumologue prescrit des aérosols et une radiographie thoracique qui montre deux poumons «blancs». La protéine C réactive est à 179 mg/L. **Mercredi 26 avril à 07h30** : la FR est à 50 cycles par minute et la SpO₂ à 79 %. Le pneumologue note : «contexte septique d'origine digestive probable, décompensation respiratoire de type syndrome de détresse respiratoire avec syndrome alvéolo-interstitiel bilatéral extensif ; hypoxémie réfractaire». Il suggère le diagnostic d'œdème aigu du poumon lésionnel et conseille une intubation oro-trachéale. **Vers 10h30** : sans concertation avec son collègue MAR ①, le MAR ② décide d'intuber la patiente. Le geste se révèle difficile pour cause de rétrognathie mandibulaire. La patiente inhale du liquide gastrique. **Vers 11h30** : elle présente brutalement une désaturation à 49 %, une bradycardie à 20 BPM avec une TA à 60/40 mmHg. Une réanimation avec massage cardiaque externe est nécessaire. **À 11h55** : l'activité cardiaque reprend avec une fréquence à 130 BPM. La patiente sédaturée et ventilée est transférée via le SMUR hélicoptère vers l'unité de réanimation chirurgicale du CHU de recours. Par la suite, son état se dégrade sur le plan hémodynamique, respiratoire et neurologique. Les hypothèses étiologiques sont : pneumopathie d'inhalation ou bactérienne ou syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) secondaire à une étiologie abdominale. Les différents prélèvements bactériologiques sont négatifs.

Le 30 avril : un électroencéphalogramme indique un rythme cérébral aréactif. Une décision collégiale de limitation des thérapeutiques actives est prise, en accord avec la famille. La patiente décède. Le courrier adressé au médecin traitant indique : «SDRA d'origine indéterminée, compliqué d'un arrêt cardio-respiratoire hypoxique au décours d'une intubation».



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Retard à la décision d'intubation par sous-estimation de la gravité de l'état respiratoire de la patiente.
Inhalation probable de liquide gastrique lors de l'intubation « en urgence ».

Facteurs latents

Patient : +

Etat de santé complexe

Tolérance importante à un état respiratoire précaire.

Choc septique d'origine indéterminée (thrombose de la veine porte gauche + cholécystite ?)

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :+++

Charge de travail importante pour le MAR, seul sur l'établissement et devant assurer de multiples activités (anesthésiques, surveillance continue, consultations d'anesthésie, sismothérapie).

Mauvaises qualités relationnelles (connues de longue date) entre 2 MAR du secteur d'activité.

Collaboration (absence de staffs, de transmissions, de debriefings) inexistante entre les MAR.

Équipe :

Défaut de coordination dans le service de soins continus : +++

- absence de temps de transmission des informations entre professionnels médicaux ;

- absence de temps de concertation formalisé entre professionnels médicaux et paramédicaux.

Absence de staff lors des cas difficiles ; absence de transmissions écrites médicales, générant des défaillances dans l'organisation de la continuité des soins et de la sécurité des patients.

Difficultés d'expression des désaccords entre MAR.

Tâches :+++

Défaut de traçabilité des observations médicales, générant une impossibilité d'assurer la continuité des soins en toute sécurité dans le service des soins continus

Insuffisance des outils d'aide à la décision (par exemple le suivi du rapport PaO₂/FiO₂) qui ne sont pas tous partagés et qui sont souvent inconnus des professionnels paramédicaux.

Environnement : +++

Ambiance de travail conflictuelle.

Conditions physiques de travail difficiles pour les MAR dont l'effectif n'est pas réglementaire (1 MAR pour 4 salles d'intervention parfois) et activités surajoutées : USC, sismothérapie et consultations d'anesthésie, générant une charge de travail très importante.

Organisation :

Absence d'intégration des priorités de sécurité dans l'organisation des soins.+++

Politique de formation continue insuffisante : information et formation/sensibilisation des professionnels paramédicaux de l'USC réalisés de façon aléatoire.+++

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

Absence de stratégie de communication autour de la qualité, de la sécurité et de l'évaluation des pratiques. ++

Institution : +++

Non-respect des contraintes réglementaires (effectif MAR par exemple)

Impasse dans la gestion d'une situation de crise chronique et identifiée de longue date, liée à l'animosité entre des professionnels MAR, générant :

- sentiment d'insécurité des professionnels ;

- conflits.

Facteurs d'atténuation

Grande qualité des transmissions écrites et des paramètres de surveillance par l'équipe paramédicale.
Pluralité et disponibilité des médecins spécialisés avec réalisation des consultations et des examens de façon rapide.
Prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale attentive et conforme aux recommandations de bonnes pratiques.
Alerte des laboratoires efficiente.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Revoir l'ensemble de l'activité des MAR en :

- réalisant une programmation des interventions au bloc opératoire respectant la législation (1 MAR sur 2 salles d'intervention) ;
- tenant compte de la charge en soins de l'USC ;
- prenant en compte le nombre de consultations planifiées et l'éventuelle activité de sismothérapie ;
- prévoyant des staffs.

Réorganiser les activités dès l'arrivée d'un MAR supplémentaire, en attribuant le secteur de surveillance continue à ce nouvel arrivant.

Commun :

Organiser des transmissions quotidiennes (à chaque changement de garde) ayant pour objet de réaliser des transmissions orales et écrites entre les médecins **avec** les IDE de l'USC (temps commun d'échanges et de transmissions)

Planifier des revues de dossiers sur les cas difficiles et/ou les prises en charge lourdes avec les médecins et les professionnels paramédicaux de l'USC.

Rédiger des procédures ou arbres décisionnels ou protocoles ou outils d'aide à la décision, de façon collégiale, pour des actes comme : intubation en urgence, utilisation du capnographe, suivi des résultats des gaz du sang (rapport PaO₂/FiO₂), etc.

Général :

Prévoir des temps (tous les deux mois, après les transmissions communes par exemple) de sensibilisation et/ou de formation par les MAR des équipes paramédicales de l'USC concernant des pathologies, des prises en charge particulières, des matériels ...



Évitabilité (échelle ENEIS)
non déterminée
pour les professionnels



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

Références et Bibliographie

- Antibiothérapie probabiliste des états septiques graves – Conférence d'experts SFAR 2004
- Prise en charge hémodynamique du sepsis sévère – Conférence d'experts SFAR 2005
- Utilisation des catécholamines au cours du choc septique - Conférence d'experts SFAR 1996
- Corticothérapie au cours du choc septique et du SDRA - Conférence d'experts 2000
- Utilisation des glucocorticoïdes en situation de choc. SFAR 2011
- Prise en charge des voies aériennes en anesthésie adulte, à l'exception de l'intubation difficile –SFAR 2002
- Gestion des voies aériennes en réanimation – SFAR 2011
- Recommandations SFAR-SRLF d'organisation des unités de surveillance continue. 2005
- Prise en charge initiale de états septiques graves de l'adulte et de l'enfant - C. Martin – annales françaises d'anesthésie et de réanimation. 2006
- Prise en charge hémodynamique du sepsis grave – conférence de consensus SFAR-SRLF – 2006
- The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis3) JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287
- Recommandations de pratique Clinique - société nationale française de gastro-entérologie - prise en charge de la lithiase biliaire. 2010-
- Conférence de consensus - Pancréatite aiguë - société nationale française de gastro-entérologie- ANAES- 2001

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