

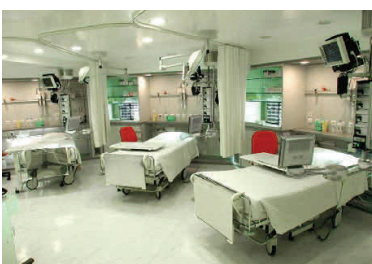


## Sommaire :

Pneumopathie d'inhalation au 7<sup>ème</sup> jour post colectomie totale en service d'hospitalisation.

Pneumopathie d'inhalation en réanimation.

Décès inexplicable d'un patient en surveillance continue en postopératoire immédiat.



# Soins postopératoires en unités spécifiques: gage de sécurité ?

## Les services de : surveillance continue, soins intensifs ou réanimation.

Les décrets n° 2002-465 et 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs à la réanimation, aux soins intensifs et à la surveillance continue définissent les règles d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement minimales auxquelles doivent se conformer les établissements de santé pour l'exercice de ces activités : le décret n°2002-465 du 5 avril 2002 publié le 7 avril 2002, précise le champ exact de la réanimation et ses règles d'organisation. (articles R. 6123-33 à R. 6123-38 du code de la Santé Publique) ; fait de la réanimation, une activité de soins soumise à autorisation.

Le décret n°2002-466 du 5 avril 2002 publié le 7 avril 2002, fixe les conditions techniques de fonctionnement désormais opposables aux établissements de santé pour la pratique des activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue, ces deux dernières activités n'étant pas soumises à autorisation contrairement à la réanimation. (articles D. 6124-27 à D. 6124-34 et D. 6124-104 à D. 6124-118 du code de la Santé Publique). L'arrêté du 27 avril 2004 mentionne la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue dans la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire en application de l'article L. 6121-1 du code de la Santé Publique.

### Définition des activités :

#### La réanimation :

La définition réglementaire de la réanimation est fixée à l'article R. 6123-33 : "les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance." Il peut y avoir plusieurs catégories d'unités de réanimation (médicale, chirurgicale, médico-chirurgicale et pédiatrique).

#### Les soins intensifs :

La définition de l'activité de soins intensifs (activité non soumise à autorisation) est fixée à l'article D. 6124-104 : "les soins intensifs sont pratiqués dans les établissements de santé comprenant une ou plusieurs unités organisées pour prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance".

#### La surveillance continue :

La définition de l'activité de surveillance continue (activité non soumise à autorisation) est fixée à l'article D. 6124-117 : "la surveillance continue est pratiquée dans les établissements de santé comprenant une ou exceptionnellement plusieurs unités, si la taille de l'établissement le justifie, organisées pour prendre en charge des malades qui néces-

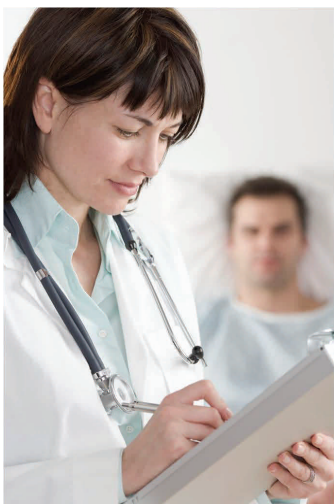
sitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique".

### Les recommandations de la SFAR indiquent que :

Le personnel non médical nécessaire est estimé comme pour les services de réanimation à 1 IDE et 1 AS pour 4 patients. Quels que soient le mode d'organisation du travail et la taille de l'unité, au moins 2 membres du personnel paramédical doivent être à tout moment physiquement présents dans l'unité. En l'absence de réanimation, cette unité dispose d'un personnel spécifique, ayant bénéficié d'une formation adéquate. Conditions techniques: il doit exister un report d'alarme ou une centrale.

### La qualité et la sécurité des soins reposent sur :

La conformité des structures  
L'évaluation de l'adéquation des patients au niveau de soins requis  
L'adaptation de la formation initiale et continue des personnels soignants affectés à ces activités  
La coopération et le partenariat en amont et en aval qui définissent entre autres : les procédures de prise en charge des patients, les conventions entre établissements (USC autonome et ES disposant de réanimation), l'organisation de la sortie des patients avec les unités d'hospitalisation, les liens avec les services d'aval (SSR, etc.), l'organisation des transferts avec les SAMU/SMUR.



«le patient a repris une alimentation semi liquide depuis la veille, il présente des vomissements à chaque prise alimentaire »



## 1/ Pneumopathie d'inhalation au 7<sup>ème</sup> jour postopératoire d'une colectomie totale.

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 la vitalité par souffrance vasculaire, (totalisation de la colectomie) et une anastomose iléo sigmoïdienne sont réalisées. Le patient est porteur d'une sonde nasogastrique en siphonage et d'une voie veineuse centrale. Le patient sort de la SSPI et retourne en service d'hospitalisation.

A J3, la sonde nasogastrique est enlevée.

A J4 devant l'existence d'un épanchement pleural gauche de faible importance, une indication de ponction est posée.

A J5, un autre praticien annule la ponction, à l'issue d'une nouvelle évaluation clinique.

La reprise du transit est lente et émaillée d'épisodes de sub-occlusion à ventre plat et de débâcles diarrhéiques.

Au 7<sup>ème</sup> jour postopératoire, alors que le patient a repris une alimentation semi liquide depuis la veille, il présente des vomissements à chaque prise alimentaire.

Une indication de laisser à jeun le patient et de poser d'une sonde nasogastrique est faite par le chirurgien. L'anesthésiste

demande à sursoir momentanément à la pose de sonde nasogastrique après avoir examiné le patient. Le patient présente 2 autres vomissements lors de l'ingestion d'eau. L'anesthésiste demande la pose de sonde. Lors de sa mise en place, les infirmières constatent l'existence d'une dyspnée et d'un encombrement bronchique. Le patient est alors placé sous oxygène. Le patient présente des vomissements fécaloïdes importants et soudains, compliqués d'une inondation pulmonaire avec arrêt cardiorespiratoire. Des manœuvres de réanimation sont tentées sans succès. Le patient est décédé. Sa famille est informée.

## La pneumopathie d'inhalation.

La pneumonie d'inhalation est définie par l'inhalation de contenu gastrique ou oropharyngé dans le larynx ou les voies aériennes inférieures. Elle est liée à quatre mécanismes qui peuvent être associés : retard à la vidange gastrique, hypersécrétion gastrique, facteurs favorisant le reflux gastro-oesophagien et atteinte laryngée lésionnelle ou réflexe. Elle survient essentiellement chez des malades ayant une altération de la conscience.

Les conséquences cliniques

des inhalations sont variables et dépendent de la nature, du pH et du volume des sécrétions inhalées.

L'inhalation bronchique est la complication la plus grave de la nutrition entérale. Elle est liée au reflux du liquide nutritif dans les voies respiratoires et peut représenter 50% de mortalité. Ce risque peut être atténué en respectant : une position assise ou semi assise du patient pendant le passage des nutriments et au moins 1 heure après

l'arrêt, la vérification de la bonne position de la sonde (lors de la pose, entre chaque passage de nutriments), l'utilisation de sonde adéquate, en régulant le débit, en vérifiant le résidu gastrique au début de l'alimentation.

La présence d'une sonde nasogastrique est un facteur de risque indépendant de pneumonie nosocomiale. La dysmotilité gastro-intestinale est fréquente et mène finalement à la gastroparésie, responsable de résidus gastriques accrus et de risques d'aspiration.

## 2/Pneumopathie d'inhalation en réanimation à J 70 .

Un patient de 58, porteur d'une maladie de Marfan, est hospitalisé en réanimation dans les suites immédiates d'une chirurgie d'un anévrysme de l'aorte abdominale. Plusieurs reprises chirurgicales vont ponctuer la prise en charge complexe (multiples désobstructions artérielles, amputations, trachéotomie) ainsi que des complications cardiaques (bradycardies extrêmes) .

Une nutrition entérale est effectuée mais est difficile de même que les essais d'alimentation. (régurgitations, vomissements, résidus gastriques inconstants, tests de déglutitions négatifs, fausses routes).

Un traitement par Motilium®, Primpéran® et Erythromycine® est instauré suite à une mesure du résidu gastrique.

Le sevrage respiratoire est

lui aussi assez difficile. il ne sera réalisé qu'après 61 jours de réanimation.

Des tests de déglutition sont effectués, et souvent négatifs, mais malgré cela l'alimentation par la bouche et tentée et se solde par des fausses routes à répétition, et les aspirations trachéales montrent la présence de résidus alimentaires.

Une alimentation entérale de 2 litres/24 heures, par sonde nasogastrique est prescrite à J 68.

Devant l'évolution favorable à J 70 ( le malade passe 3 heures au fauteuil et bénéficie d'une promenade à l'extérieur), le patient est sous surveillance allégée en vue de son passage en secteur conventionnel .

La trachéotomie est changée et une tentative d'eau gélifiée échoue.

Le soir , le patient est sans surveillance monitorée, mais toujours en service de réanimation.

A 23h30 l'infirmière de nuit constate que le patient se repose et pour lui permettre de se reposer les rideaux du box sont tirés. le patient est retrouvé à 23h45 en arrêt cardiorespiratoire, avec présence de régurgitation de liquide d'alimentation entérale. Une réanimation est effectuée le patient récupère une activité cardiaque mais il décède quelques heures plus tard.



« Une nutrition entérale est effectuée mais est difficile de même que les essais d'alimentation. »

### Suite...

La pneumopathie d'inhalation étant un processus infectieux causé par l'inhalation de sécrétions oropharyngées colonisées par des bactéries pathogènes, l'aspiration continue ou discontinuée de ces sécrétions, afin d'éviter les micro-inhalations de sécrétions contaminées, est un moyen de prévention intéressant. L'altération du niveau de la conscience contribue au développement de la pneumonie et il convient d'éviter toute sédation excessive.

Les difficultés et les risques de la réalimentation orale après sevrage de la ventilation mécanique, sont décrits et connus .La Société de Réanimation de Langue Française, le Collège des Réanimateurs Extra-Universitaires Français, le Groupe d'Expression Française des Réanimateurs et Urgentistes Pédiatres et la Société Française d'Anesthésie ont réalisé une proposition de référentiel de compétences de l'ide de réanimation et demande d'une spécialisation des infirmiers

exerçant en réanimation . Ils proposent ainsi un module de formation intitulé: nutrition du patient de réanimation, dans lequel les savoirs concernant les signes d'intolérance des différents modes de nutrition artificielle, les moyens de les détecter, de les prévenir et d'y remédier et les difficultés et les risques de la réalimentation orale après sevrage de la ventilation mécanique. Concernant les aptitudes et les compétences des suggestions étayent ce référentiel.



### 3/ Décès inexplicable d'un patient en postopératoire



Un patient de 68 ans, est pris en charge pour altération de l'état général (AEG) avec hyperthermie. Un scanner montre une masse volumineuse dans la fosse iliaque gauche associée à un syndrome tumoral du foie. L'intervention chirurgicale est posée mais le traitement médical anti-infectieux est prioritairement instauré. Très rapidement un état de choc septique impose l'intervention de Hartmann. Cependant le patient en sortie de salle d'intervention présente une oligoanurie qui impose son transfert en service de surveillance continue (l'établissement ne dispose pas de réanimation) Le premier jour postopératoire est d'évolution favorable sur le plan opératoire, mais l'oligoanurie persiste chez ce patient en insuffisance rénale modérée.

Devant une persistance de la douleur un traitement

antalgique puissant est instauré.

Plusieurs médecins (anesthésistes, urgentistes, équipe mobile douleur) vont se succéder au chevet du patient. Chacun prescrivant un traitement ou modifiant des posologies sur des supports (jusqu'à 5) différents, la traçabilité étant effectuée sur d'autres supports... Le patient est obnubilé par une envie d'uriner malgré la sonde vésicale. Les posologies d'antalgiques sont augmentées.

Le service de soin continu, récemment déménagé, a vu son organisation du travail transformée. Le service mutualise les locaux avec le service des urgences et notamment l'unité d'hospitalisation de courte durée, mais aussi le personnel.

Le soir, l'équipe du service de surveillance continue va

être accaparée par un patient présentant un malaise et aussi par une urgence (état de choc) dans le service des urgences. L'infirmière de surveillance continue est jeune diplômée, sans tutorat et en poste de nuit seule pour 8 patients.

Les locaux sont neufs mais sans aucune visibilité par les soignants des patients car les chambres sont des chambres « classiques ». De plus une « habitude » de fonctionnement du service, veut que les alarmes soient désactivées.

Lorsque l'infirmière entre dans la chambre du patient, elle le découvre en arrêt cardiorespiratoire, tous les dispositifs médicaux arrachés, et disséminés dans la chambre et les toilettes, le patient gisant sur le lit, décédé.

### Rupture de surveillance et sous estimation des facteurs de risques...

Lors de l'analyse approfondie des causes des facteurs latents ont été mis en exergue comme :

- ⇒ La sous estimation de l'insuffisance rénale modérée et les répercussions sur la iatrogénie des antalgiques en postopératoire
- ⇒ La transgression de pratiques (alarmes désactivées)
- ⇒ L'inadéquation de la stratégie institutionnelle pour la gestion des moyens matériels et humains pour le service de soins continus
- ⇒ La mauvaise combinaison des compétences requises et l'absence de personnel spécifique expérimenté en raison de la mutualisation du person-

nel entre le service d'accueil des urgences, le SMUR, le service hospitalisation de courte durée et les soins continus

- ⇒ Les locaux inadaptés
- ⇒ Un défaut de traçabilité des administrations médicamenteuses et la multiplicité des supports de prescriptions et de suivis des thérapeutiques
- ⇒ Une collaboration insuffisante entre les médecins (anesthésistes, urgentistes, chirurgien) et des défauts de communications écrites (prescriptions et consignes de surveillance par téléphone)
- ⇒ Un défaut de planification des responsabilités et des fonctions

entre le service de soins continus, les urgences, la coordination des patients en postopératoire.

La cause du décès en l'absence d'autopsie reste indéterminée. L'ensemble des dysfonctionnements doit être analysée et les étiologies possibles, du décès doivent être approfondie en RMM.

Cet EIG a surtout révélé un dysfonctionnement grave qui se résume à ce constat : Un patient ainsi que tous les autres du service de soins continus ont été laissés sans aucune surveillance pendant plus d'une heure au bénéfice d'un seul. Ce constat est la conséquence d'une superposition de dysfonctionnements qui doivent être traités un par un sans en négliger aucun.