



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

Analyse Approfondie de Cas 19 : État septique généralisé à J7 d'une césarienne

Date de parution : Janvier 2014

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- La prise en charge de patient complexe de part leur antécédents médico-chirurgicaux, leur précarité sociale et familiale est très exigeante sur le plan du suivi du parcours de soin.
- Le nomadisme médical est source de risque si un dossier médical n'est pas partagé entre les différents acteurs soignants et intervenants dans la prise en charge.
- Qu'un établissement de recours donne un avis ne signifie pas obligatoirement qu'il prendra en charge le patient.
- Le respect des bonnes pratiques en hygiène et en prise en charge infectieuse sont des barrières incontournables d'une prise en charge de qualité.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 21 ans, porteuse d'une dérivation ventriculo-péritonéale externe (DVPE), dans le cadre d'un Spina bifida aperta, opéré en période néonatale, lourdement handicapée au niveau moteur, arrive en urgence pour menace d'accouchement prématuré, dans une maternité de niveau 2B, alors qu'un accouchement par césarienne était prévu en maternité de niveau 1, après consultation et avis au CHU (maternité de niveau 3).

La patiente est très anxieuse, complexe au niveau médical, social et psychologique.

Une césarienne en urgence est pratiquée.

La période postopératoire est compliquée par des problèmes infectieux (abcès de paroi) et digestifs.

Une hyperthermie et des céphalées font évoquer un syndrome méningé, et une possible infection de la DVPE.

La patiente est transférée au CHU, pour une prise en charge en service de neurochirurgie.

Le TDM ne montre aucune anomalie.

Une intervention en urgence est pratiquée pour reprise de césarienne et drainage .

L'évolution est favorable.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Hospitalisation prolongée et éloignée de la structure familiale.

Séparation précoce de la mère et du nouveau-né avec risque d'altération du lien mère-enfant.

Organisation en place :

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

Les événements indésirables graves et considérés comme tels intègrent une évaluation de la gravité. Une analyse est réalisée. Elle associe les professionnels Concernés..





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Patiente porteuse d'un Spina bifida aperta lombaire, et opérée avec mise en place d'une DVPE à 2 jour de vie. Elle est suivie dans une autre ville (éloignée de 200km) par un neurologue et le dernier bilan neurologique fait état de : troubles moteurs des 2 membres inférieurs (difficultés à la marche, limitation de l'abduction, para parésie), troubles sensitifs des 2 membres inférieurs, vessie neurologique de type incontinente (5 auto sondages/jour), troubles sphinctériens anaux (tendance à la constipation), surpoids, comitialité traitée, et précarité sociale majeure.

En octobre 2010 : Première grossesse : un nouveau bilan neurologique est demandé par le gynécologue obstétricien de l'établissement 1 (maternité de niveau 1). Le neurologue indique à la patiente qui avait suspendu son traitement, de le reprendre à raison de Keppra® 1 g / jour. De plus un avis obstétrical est recueilli au CHU qui demande la mise en place d'une ALD. Le CHU préconise une césarienne et la mise sous Foldine®.

En décembre 2010 : la patiente est hospitalisée par son gynécologue pour bilan psychosocial dans l'établissement 1; la patiente sort contre avis médical et un suivi par une sage femme à domicile est mis en place.

En janvier 2011 : hospitalisation dans l'établissement 1 pour AVP et épisode d'hyperthermie.

Du 03 au 09 février : la patiente est hospitalisée dans un établissement 2 (maternité de niveau 2B) après prise en charge par le SAMU pour hyperthermie au 6^{ème} mois de grossesse. Le diagnostic de pyélonéphrite à E. Coli sensible et traitée par Augmentin® 3 g/j. Le dossier complet est faxé par l'établissement 1 vers l'établissement 2 dans la nuit de l'admission. L'équipe s'interroge sur l'aptitude à la parentalité et une consultation psychiatrique est demandée. La prise en charge à domicile est poursuivie par une sage femme.

Fin février : la patiente est hospitalisée dans l'établissement 1 dans le cadre de son suivi. Un ECBU est réalisé et est toujours positif à E. Coli sensible, mais l'équipe doute de la qualité des auto sondage et recommande des hétéro sondages en raison de l'avancement de la grossesse. La césarienne est programmée dans l'établissement pour le 28 avril.

Le 13 mars : hospitalisation en urgence dans l'établissement 1 pour menace d'accouchement prématuré et suspicion de rupture de la poche des eaux (test Amniocator® positif) à 35 SA et 3 jours.

À 11 heures : transfert intra utérin dans l'établissement 2 (maternité de niveau 2B). Prise en charge en salle de pré naissance, test de dépistage intra vaginal du liquide amniotique Actimprom® négatif.

À 22 heures : décision de césarienne en urgence pour troubles du rythme cardio foetal. Pas de préparation cutanée dans le service ; pose de sonde urinaire au bloc opératoire; préparation cutanée du champ opératoire à la Chloréxidine® (patiente allergique à la Bétadine®). Réalisation de la check-list préopératoire mais absence de traçabilité concernant la préparation cutanée et la dépilation sur cette check list. Découverte par l'obstétricien, au décours de l'intervention, des adhérences et replis péritonéaux liés à la DVPE ainsi que de la présence du cathéter en dérivation en intra péritonéal.

Naissance à 22h34 d'une fille de 2230g. Apgar 6-10-10 ; antibioprofylaxie au clampage du cordon par 2 g d' Augmentin® au vu des antécédents infectieux urinaires (le protocole comporte, habituellement 2 g de céfazoline).

Le 15 mars : retard à la reprise du transit. Instauration d'un traitement par céfazoline 2 g /j IV..

Le 16 mars : la patiente est transférée en chirurgie pour mise en route d'un traitement pour syndrome occlusif.

Le 17 mars : hyperthermie. La patiente est de plus en plus agressive et oppositionniste.

Le 18 mars : levée du syndrome occlusif avec débâcle diarrhéique. Souillure du pansement et constat de désunion de la cicatrice.

Le 19 mars : transfert dans le service d'obstétrique. Relais par Augmentin® 1g per os trois fois par jour (mais la pharmacie est en rupture de stock donc 1g seulement sera délivré) au vu des résultats de l'ECBU du 13/03.

Le 20 mars : persistance de l'hyperthermie et retour d'hémocultures positives à Bacteroïdes fragilis. Instauration d'un traitement par Rocéphine® 1 g /jour et arrêt des autres antibiotiques.

Le 21 mars : constat d'un abcès de paroi, évacuation, prélèvement et drainage. Retour des prélèvements effectués en per opératoire: E. Coli résistant à l'Augmentin®; instauration d'un traitement par Ciflox® 400 mg IV. La patiente est confuse et se plaint de céphalées intenses. 5 tentatives de ponction lombaire avec échec (en raison des cicatrices lombaires et des troubles de la statique vertébrale).

Le 22 mars : transfert de la patiente au CHU pour syndrome méningé avec syndrome septique: infection de paroi à E. Coli, bactériémie à Bacteroïdes fragilis, infection urinaire.

Un bilan clinique, biologique et bactériologique sont renouvelés dès l'admission. Un TDM est réalisé et ne montre aucune anomalie. Intervention en urgence pour reprise de la cicatrice de césarienne et drainage; par ailleurs externalisation de la DVPE. Secondairement, bactériologie du LCR stérile.

L'évolution est favorable.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Sous estimation du risque infectieux au regard des antécédents et de la complexité de l'histoire de la patiente.
Défaut de bonnes pratiques en matière de préparation de l'opéré.
Antibiothérapie inadéquate.

Facteurs latents

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

Patient :

Patiente complexe dans un contexte infectieux chronique lié à sa pathologie neurologique. +++
Suivi médical compliqué sur le plan géographique et économique. Patiente et famille très exigeantes et angoissées. +++
Peu de compliance aux soins et agressivité envers les professionnels de santé avec agressions verbales et physiques du personnel. ++
Précarité économique et sociale. ++

Professionnels / facteurs individuels :

Inquiétudes devant l'admission en urgence pour MAP et hyperthermie de cette patiente « atypique » avec un handicap et pathologie complexe, par ailleurs prévue pour une césarienne programmée sur une maternité de niveau 1 voisine. +++
Mauvaise disposition mentale (stress et fatigue) en lien avec le contexte conjoncturel : le service de gynéco-obstétrique comporte 23 patientes, pour 2 sages femmes, et la patiente et son entourage sont très oppositionnels.
Méconnaissance des bonnes pratiques et du protocole de préparation de l'opéré dans le service de soins (douche). +++
Sous estimation des facteurs de risques liés aux antécédents infectieux et à l'hyperthermie associée, et liés à la DVPE.
Pas de trace d'un avis en infectiologie. +++
Manque d'expérience devant les antécédents et la DVPE de la patiente. ++
Non respect des bonnes pratiques en matière d'antibiothérapie. +++

Équipe :

Communication orale et écrite insuffisante : Dossier de l'hospitalisation précédente disponible, mais les informations pertinentes ne sont pas communiquées aux divers intervenants qui vont prendre en charge la patiente, notamment l'existence d'une dérivation ventriculo-péritonéale, les antécédents infectieux multiples. +++
Défaut d'adaptation à une situation imprévue. ++

Tâches :

L'analyse a posteriori du rythme cardiaque fœtal et des oscillations du partogramme, faisant poser l'indication de césarienne en urgence, est source d'interrogations entre les professionnels et les experts. ++
Protocole préopératoire pour la préparation cutanée de l'opéré dans le service de soins non réalisé et non connu. +++
Dossier disponible dans l'unité de soins mais consultation partielle des données.
Défaut de suivi des résultats des examens biologiques (notamment bactériologiques).
Manque de traçabilité des argumentaires dans le choix des antibiotiques, le plus souvent en monothérapies ; 5 stratégies différentes en 7 jours. Absence de recours à un avis en infectiologie. +++
Check list non opérationnelle : une non-conformité n'a pas engendrée de récupération (absence de traçabilité de la préparation cutanée). +++

Environnement :

Dossier de suivi sur un autre site faxé mais difficile à lire (sur une même feuille plusieurs suivis sans séparation et parfois sans date). +
L'organisation du dossier (papier) ne facilite pas la réalisation d'une synthèse des antécédents personnels et de l'histoire de la grossesse de la patiente. +
De même, l'organisation de dossier ne facilite pas la traçabilité des informations médicales nécessaires à la continuité de la prise en charge clinique avec les argumentaires utiles à la prise de décisions thérapeutiques (biologie informatisée) +++
Charge de travail excessive (dimanche soir, service saturé, personnel minimum). ++

Organisation :

Défaut de coordination entre services (patiente suivie sur sites multiples) et dans le service (défaut de transmission des données pertinentes pour la prise en charge). +++
Mauvaises conditions de travail : ressources humaines conformes à la réglementation mais l'appel à des renforts en cas de surcharge d'activité ponctuelle n'est pas organisé. +

Institution :

Absence de politique dans le domaine : suivi d'une parturiente entre 3 structures de soins non structuré et accès au dossier. médical partagé (DMP) des grossesses à risques non organisé. +++
Un seul centre de maternité de niveau 3 au CHU avec capacité d'accueil limitée.

Facteurs d'atténuation :

Adaptation de l'équipe obstétricale à une situation imprévue techniquement.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique :

Passage en staff de tous les dossiers des grossesses suivies dans le pôle de gynéco– obstétrique en présence des tous les intervenants . Les situations particulières, particulièrement les situations d'urgence pour des patientes nomades non vues en staff requièrent une vigilance accrue et une concertation serrée par l'ensemble de l'équipe soignante .

Commun :

Programme de prévention des infections du site opératoire à évaluer (dont la préparation cutanée du patient en secteur obstétrical).

Respect et application stricte de la Check List au bloc opératoire.

Respect des règles de bonne utilisation des antibiotiques.

Politique du dossier patient à élaborer et mettre en œuvre

- Support unique, structuré, homogène
- Attention particulière et organisation stricte à prévoir en phase de coexistence de supports d'information multiples (dossier médical et dossier de soins en support papier , biologie et médicament informatisés) : report et traçabilité des données visées et des actions consécutives.
- Vérification et confrontation des données cliniques avec les données du dossier patient disponible.

Recours aux ressources internes pour des cas complexes en infectiologie.

Organisation de l'appel à des renforts en ressources humaines en situation de surcharge de travail ponctuelle ou exceptionnelle.

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
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général :

Nécessité de créer des staffs inter hospitaliers avec un accès organisé au Dossier Médical Partagé (DMP) notamment dans le cadre du réseau PERINAT.

Références et Bibliographie

- Gautheron V. Le spina bifida : <http://www.med.univ-rennes1.fr>
- Deruelle P. Spina bifida et grossesse : http://pro.gyneweb.fr/Sources/obstétrique/spina_bifida_mat_gross.htm
- Dubreuil L. Les infections à anaérobies et leur traitement, arguments biologiques. Médecine thérapeutique. Volume 9, Numéro 4, 147-55, nov.-déc., Revue 2003
- SF2H Surveiller et prévenir les infections associées aux soins : Recommandations. Hygiènes. Volume XVIII, Numéro 4, Septembre 2010 ; <http://www.hygienes.net>