



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS :

Les professionnels sont formés et connaissent les gestes d'urgence. Malheureusement, le matériel à disposition n'est pas adapté et la vérification du sac d'urgences n'est pas efficiente ...

Le site est vaste, multipavillonnaire. La signalétique est absente ou obsolète du fait de travaux, obligeant un membre du personnel soignant à se mobiliser à guider l'équipe du SAMU.

Le bilan neurologique de la déglutition est important chez la personne âgée, d'autant plus que ces troubles de la déglutition s'associent à des troubles psychiatriques du comportement alimentaire et aux effets indésirables des neuroleptiques.



Analyse Approfondie de Cas 34:

Décès par médiastinite suite à une fausse route alimentaire.

Date de parution : septembre 2014

- Catégorie : SM
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 74 ans, est hospitalisé dans le service de gérontopsychiatrie en hospitalisation libre. Le patient réside depuis 24 ans chez une de ses sœurs âgée de 80 ans. Il est hospitalisé pour une acutisation de sa schizophrénie accompagnée d'hallucinations acoustico-verbales. Au cours de son séjour, le patient présente toujours des épisodes d'hallucinations acoustico-verbales, et les soignants notent son comportement hyperphagique. Un discours incohérent avec un comportement perturbé requiert la nécessité d'une surveillance étroite. Le soir du 04 décembre, à 19h50, après la prise du repas dans le réfectoire du service, le patient demande un supplément de pain qui lui est accordé. Il demande à sortir dans la cour, mais les soignants refusent ; il se rend alors dans le hall et s'installe dans un fauteuil. L'aide soignante

entend un bruit et constate que le patient a les yeux révoltés. Elle appelle immédiatement ses 2 collègues infirmiers qui constatent une probable fausse route alimentaire. Un des infirmiers procède à plusieurs reprises à la manœuvre de Heimlich, sans succès. La seconde infirmière aide son collègue à mettre le patient en position latérale de sécurité et prend le sac de secours. Un appel au SAMU est réalisé. Les IDE tentent les gestes de réanimation d'urgence (mais le sac n'est pas complet) sans succès. Le SAMU après recherche du service concerné en lien avec un défaut de signalisation, prend en charge le patient et l'emmène au CH proche. Le patient est hospitalisé en service de réanimation où il décède d'une médiastinite trois jours plus tard.

CARACTERISTIQUES :

Gravité :
Décès.

Organisation en place :

L'établissement dispose d'une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. La procédure se trouve sur intranet. Les notions d'incidents, d'accidents et de situations à risques sont définies ainsi que celles de fréquences (rare, occasionnel, fréquent, très fréquent), de gravité et de criticité. L'origine des

événements indésirables est classée selon trois items : prise en charge du patient, prestations logistiques et techniques. La procédure récemment informatisée est connue du personnel. La fiche de déclaration a été revue en 2010 et elle accorde désormais une place importante aux risques cliniques et aux vigilances. Le personnel est sensibilisé aux risques liés au circuit du médicament. A partir du bilan des événements indésirables, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Largactil® = chlorpromazine ; Nozinan® = lévomépromazine ; Amlor® = amlodipine ; Hyzaar® = losartan hydrochlorothiazide ; Mecir® = tamsulosine ; Xatral® = alfuzosine ; Imovane® = zopiclone ; Risperdal® = rispéridone ; Cozaar® = losartan ; Abilify® = aripiprazol ; Xanax® = alprazolam ; Tercian® = cyamémazine ; Haldol® = halopéridol

Le 28/08 : Un patient âgé de 74 ans, est adressé par son médecin généraliste et se présente, accompagné de sa sœur, pour décompensation d'un trouble psychotique avec délire de persécution et hétéro-agressivité à son domicile. Le patient réside depuis environ 24 ans chez l'une de ses sœurs, âgée de 80 ans. Dans les antécédents du patient on note : une psychose depuis les années 1960, traitée par Largactil® et ayant nécessité une seule hospitalisation en Charente. Quinze jours avant l'hospitalisation, le patient a présenté un épisode de rétention aigue d'urine.

Il existe des antécédents familiaux de schizophrénie au second degré. Les antécédents et traitements du patient sont une hypertension artérielle, traitée par Amlor® 5 mg et Hyzaar® 50mg/12,5mg par jour, une hypertrophie bénigne de la prostate traitée par Mecir® LP 0,4mg et Xatral® 10mg par jour, une hernie inguinale opérée.

Le médecin généraliste rapporte, dans son courrier d'hospitalisation, une rupture de traitement en juillet lors d'un voyage et séjour chez une autre de ses sœurs. Le traitement pour ses troubles psychotiques est composé de : Imovane® 7,5 mg par jour, Risperdal® 2mg par jour, Largactil® 25mg par jour, Alprazolam 1 mg par jour et 1mg supplémentaire si anxiété, Nozinan® 25 mg par jour.

Du 28/08 au 18/09 : Le patient reste confus avec une désorientation temporo-spatiale, des propos incohérents et des idées de persécution, entrecoupés d'épisodes d'agitation psychomotrice relativement fréquents. Un bilan est demandé auprès du médecin somaticien « généraliste ». L'examen tomодensitométrique montre une atrophie cortico-sous-corticale et une leuco encéphalopathie. La sœur du patient est très inquiète de l'état de santé de son frère et demande à rencontrer le médecin. Des démarches administratives sont entreprises pour un placement en EHPAD. Le bilan sanguin réalisé présente des anomalies électrolytiques imposant des changements de traitement : arrêt de l'anti hypertenseur Hyzaar® et initiation d'un traitement avec du Cozaar® 50mg et Tareg® 80 mg. Le Risperdal® et le Largactil® sont arrêtés. L'Abilify® 15mg est prescrit.

Du 19/08 au 16/11 : Le patient présente toujours un comportement délirant. Des modifications du traitement sont nécessaires et ce traitement consiste alors en : Amlor® 5mg par jour; Mecir LP 0,4mg par jour; 2g de NaCl par jour; Imovane® 7,5 mg par jour Xanax® 1 à 2 mg par jour ; Tercian® environ 100 mg par jour; Abilify® 10 mg par jour. Le patient tient toujours des propos délirant avec sentiments de persécution et déclare avoir des cauchemars, des pensées noires, des idées de mort...Le médecin prescrit en plus de l'Haldol® 6 mg par jour.

Du 17/11 au 03/12 : Le patient reste très délirant avec des épisodes d'agitation psychomotrice importante malgré les tentatives de réassurance initiées par les soignants. Le traitement est adapté par modification de : Tercian® augmenté à 150 mg par jour plus possibilité de doses supplémentaires en cas d'agitation ; L'Abilify® est augmenté à 15 mg par jour ; L' Haldol® est augmenté à 9 mg par jour. Cependant, le patient présente toujours une agitation psychomotrice importante avec délire permanent nécessitant une surveillance étroite. Il remet parfois ses vêtements sales, n'effectue pas correctement sa toilette. Lors des repas, il est « glouton » et sort toujours de table le premier .

Le 04/12 : Comme tous les soirs, le patient « engouffre son repas » et sort de table le premier. Il demande un morceau de pain supplémentaire, car il a encore faim. Les soignants se concertent pour accéder à sa demande. Le patient demande à sortir dans la cour. Les soignants refusent, en raison du froid, de la pluie et des difficultés de surveillance. Le patient s'installe donc dans un fauteuil dans le hall près du réfectoire.

Quelques instants plus tard, l'aide soignante occupée à proximité, constate que le patient assis émet des bruits qui l'alertent ; il a les yeux révulsés. Elle appelle aussitôt ses collègues IDE qui étaient employés à la préparation des traitements du soir.

L'IDE 1 identifie immédiatement une fausse route, et applique à plusieurs reprises la manœuvre de Heimlich pour libérer les voies aériennes supérieures. L'IDE 2 récupère le sac d'urgence et constate l'absence de masque et de canule de Guédel. Devant l'infructuosité des manœuvres, l'IDE 1 et l'IDE 2 installent le patient en Position Latérale de Sécurité et tentent d'extraire manuellement des morceaux de pain. L'aide-soignante contacte le SAMU en passant par la conciergerie. Elle reste en contact avec le médecin régulateur du SAMU en lui décrivant les diverses actions entreprises par les IDE. Elle ouvre les portes du service et perd du temps à trouver les clefs pour ouvrir le portail extérieur, seul accès pour le SAMU. Elle indique le lieu au SAMU et les dirige au plus vite dans le bâtiment en raison des travaux qui rendent l'accès difficile pour des personnes extérieures qui ne connaissent pas les lieux.

Les IDE 1 ET 2 constatent que le patient est cyanosé et s'agite puis perd connaissance rapidement, avec perte d'urine. Les IDE constatent l'absence de pouls et de respiration spontanée. Ils tentent une aspiration bucco trachéale, avec un système d'aspiration portable mais sans succès. Ils entreprennent un massage cardiaque externe et une ventilation au ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) et Fraction Inspirée en oxygène à 100% par raccordement à la bouteille à oxygène.

Le patient passe de la cyanose à la coloration cutanée rosée preuve de l'efficacité des manœuvres de réanimation entreprises.

L'équipe du SAMU arrive, et prend le relais des gestes de réanimation. Ils retirent lors de l'exposition laryngoscopique un gros morceau de pain puis réalisent une intubation oro-trachéale permettant la ventilation assistée du patient. Après l'injection d'Adrénaline® une activité cardiaque est constatée sur le monitoring cardiaque.

Le patient est transporté au CH proche, puis hospitalisé en service de réanimation.

Le 07/12 : Le patient est dans un état critique, en état de mal épileptique et présente une « médiastinite par perforation possible de l'œsophage sur obstruction par corps étranger » de très mauvais pronostic. Le médecin informe l'équipe qu'il va prendre contact avec la famille du patient pour les en avertir. Le patient décède quelques heures plus tard .



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Inhalation d'un corps étranger provoquant un arrêt cardiorespiratoire.
Sous estimation des facteurs de risques de fausse route par troubles de la déglutition chez une personne âgée, hyperphagique, édentée, et sous neuroleptiques.

Facteurs latents

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

Patient :

Patient complexe, présentant une confusion, des troubles du comportement lié à une acutisation de sa schizophrénie accompagnée d'hallucinations acoustico-verbales. ++
Désorientation temporo-spatiale, propos incohérents avec des idées de persécution et des épisodes d'agitation psychomotrice relativement fréquents.
Difficultés d'équilibration du traitement avec des épisodes de d'hyponatrémie, hypokaliémie engendrant des changements et/ou des adaptations des traitements à visée psychiatriques ou cardiovasculaires. +
Patient hyperphagique, édenté, ne comprenant pas les consignes concernant les prises alimentaires. : +++

Professionnels / facteurs individuels :

Stress lors de la situation d'urgence. +
Sous estimation des risques de fausses routes alimentaires : âge du patient, état buccodentaire, hyperphagie et traitement neuroleptique. +++

Équipe :

Difficultés d'établir une qualité de relation avec le patient, en raison de son état cognitif. +

Tâches :

Défaillance dans l'exécution de la surveillance de fausses routes alimentaires, surveillance pourtant inscrite dans le plan de soins mais sans protocole dans le service. +
Absence de bilan de déglutition pour la population âgée à risques multiples (état buccodentaire, traitements associés, comportement / prise alimentaire). ++

Environnement :

Sac d'urgences incomplet : absence de laryngoscope et de pince de Magill. ++
Clefs du portail de la cour intérieure, seul accès possible pour le SAMU, non disponibles dans le trousseau mis à disposition du personnel soignant. +

Organisation :

Défaillance dans l'organisation de la vérification et du réapprovisionnement du sac d'urgence (masque et canule de Guédel de taille inadaptée ou défectueux) : +++

Institution :

Difficultés récurrentes pour les équipes extérieures, comme le SAMU, de se déplacer et de se repérer dans les lieux, en travaux, de nuit, dans un centre hospitalier comportant de nombreux bâtiments et dont les accès sont mal signalisés. ++

Facteurs d'atténuation non activés : Personnel formé et possédant les compétences nécessaires à la réalisation des gestes d'urgence pour assurer la liberté des voies aériennes mais ne disposant pas du matériel nécessaire.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique :

Améliorer la signalétique interne permettant aux équipes externes de type SAMU, de se diriger facilement au sein de l'établissement, quelle que soit l'heure.

Mettre à disposition de chaque unité de soins le nécessitant, un trousseau de clefs, facilement accessible, permettant l'ouverture des accès pour simplifier l'arrivée des secours.

Commun :

- Rappel de la procédure de gestion du sac ou chariot d'urgence destiné à la prise en charge des urgences vitales tant des patients que des visiteurs ou du personnel soignant : composition, rythme et critères de réapprovisionnement, référent responsable, ...
- Evaluer la pertinence d'intégrer un laryngoscope et une pince de Magill dans le sac ou chariot d'urgence, avec l'ensemble des acteurs institutionnels de l'établissement de santé mentale.
- Pérenniser les formations aux soins d'urgence par les CESU pour l'ensemble du personnel.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement probablement inévitable.



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 :

Elaborer une grille de dépistage des patients avec profils à risque de troubles de la déglutition.

Former les équipes, et en priorité les équipes des services de gérontopsychiatrie, au dépistage et à la surveillance des troubles de la déglutition.

Références et Bibliographie

- Définir et modéliser l'hallucination acoustico-verbale. Act.Med.Int. – Psychiatrie (17) n°9, novembre 2000. J. Naudin et coll.
- The diagnosis and treatment of eating disorders. Deutch arztelb Int. 2011 oct;108(40):678-85. Herpertz S.and all.
- R L Spitzer, S Yanovski, T Wadden, R Wing, M D Marcus, A Stunkard, M Devlin, J Mitchell, D Hasin, R L Horne, « *Binge eating disorder: its further validation in a multisite study* », The International journal of eating disorders, vol. 13, n° 2, mars 1993, p. 137-153
- Neuroleptiques : troubles de la déglutition – revue Prescrire 2010;30 (324) : 74-748.
- Syndrome de Boerhaave : rupture spontanée de l'œsophage – <http://thoracotomie.com/2012/06/21/syndrome-de-boerhaave-rupture-sponatnée-de-loesophage>
- Médiastinite en dehors de la chirurgie cardiaque - SFAR – conférences d'actualisation 1998, p 541-550
- Détresse respiratoire aiguë du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte –corps étranger des voies aériennes supérieure et autres corps étrangers ORL – collège français d'ORL -2010-2011 –support de cours.

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