Analyse Approfondie de Cas 46 :

Décès par syndrome de Mendelson lors d'une intubation en urgence

Date de parution : mars 2016

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 59 ans, est adressé par son médecin traitant, en consultation d'urologie pour des hématuries évoluant depuis 15 jours. Un examen tomodensitométrique abdominal révèle une volumineuse tumeur du rein gauche, hyper vascularisée. En prévision de l'intervention chirurgicale nécessaire et des comorbidités associées, la consultation pré anesthésique est réalisée bien en amont et des avis spécialisés complémentaires sont demandés (consultation avec un cardiologue et un pneumologue).
Les médecins spécialistes ne posent pas de contre-indication à la réalisation de l'intervention.
En accord avec le radiologue, une embolisation préopératoire est programmée le jour de l'intervention. La néphrectomie est programmée en prévoyant un second chirurgien pour anticiper toute difficulté opératoire. Le patient bénéficie d'une prise en charge spécifique préopératoire pour sa fonction pulmonaire en raison d'une obésité morbide et d'un syndrome d'apnée du sommeil.

L'intervention se déroule sans incident majeur. Le patient est hospitalisé en service de soins continus pour une surveillance adaptée. Les 48 premières heures postopératoires se déroulent sans problème particulier.
Le troisième jour postopératoire, le patient présente un tableau clinique frustre, avec une hyperthermie et un bilan biologique perturbé, sans qu'il soit trouvé un point d'appel au syndrome infectieux. La fonction respiratoire du patient se détériore et un transfert en réanimation en établissement de recours est envisagé.
Cependant une amélioration le soir fait sursoir à ce transfert.
Le quatrième jour, à 7h, la dégradation de l'état clinique du patient nécessite impérativement un transfert en réanimation. Pour assurer le transport, dans de bonnes conditions de sécurité, il est décidé de réaliser une intubation orotrachéale. Le geste d'intubation se complique d'une inhalation bronchique massive et le patient décède.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Lorsque les désaccords entre professionnels de santé portent sur le niveau de compétence exigé pour des prestations en toute sécurité, la mésentente est inévitable. La solidarité confraternelle et la cohésion des équipes ne peuvent pallier des manquements qu'à court ou moyen terme.

Au stade ultime de conflit ouvert, le risque est grand de voir le patient otage et victime de la situation sans que ce soit intentionnel.

La prise de conscience de ce type de danger n'est pas toujours aisée tant les dissensions sont parfois larvées ou occultées par un corporatisme de mauvais aloi.

La certitude d'une incompétence professionnelle (ou de comportements addictifs parfois) impose une posture charitable et humaine mais ferme et inébranlable pour la protection des patients.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :
Décès.

Organisation en place :

Une procédure de déclaration et de traitement des évènements indésirables est en place. Une cellule gestion des risques est chargée de l'analyse hebdomadaire de ceux-ci. Une matrice de décision permet de hiérarchiser les évènements qui sont déclarés via une fiche de déclaration unique pour l'ensemble des risques.
L'analyse des évènements indésirables permet d'identifier les récurrences. Les évènements indésirables sont alors classés par famille de risque et les actions de réduction intégrées dans le programme qualité et gestion des risques.

Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Entre le 8 aout et le 18 aout : Un patient de 59 ans, est adressé par son médecin traitant, en consultation d'urologie pour des hématuries évoluant depuis 15 jours. Un examen tomodensitométrique abdominal révèle une volumineuse tumeur du rein gauche, hyper vascularisée. En prévision de l'intervention chirurgicale nécessaire et des comorbidités associées (HTA, obésité morbide, SAS, asthme sévère), la consultation pré anesthésique est réalisée bien en amont et des avis spécialisés complémentaires sont demandés. Les médecins spécialistes ne posent pas de contre-indication à la réalisation de l'intervention.

Le 19 aout : Le patient est accueilli en service de chirurgie, pour bénéficier d'une chimio-embolisation préopératoire puis d'une néphrectomie élargie dans la foulée.

Le 20 aout : 8 h : Le patient est pris en charge en radiologie interventionnelle pour une chimio embolisation par ponction de l'artère humérale droite et cathétérisme rétrograde selon la méthode de Seldinger. Le contrôle en fin de procédure est satisfaisant. Un pansement compressif est mis en place. **9h :** Le patient est installé au bloc opératoire. L'anesthésie générale est réalisée en s'appuyant sur les recommandations professionnelles actuelles (recrutement alvéolaire, ventilation contrôlée avec PEEP à 11 cm d'eau), et le chirurgien réalise une néphrectomie élargie. **À 14h30 :** le patient est accueilli en SSPI où il est extubé puis placé sous VNI. Une analgésie par PCA est initiée. **À 19h,** il est transféré en unité de soins continus, pour une surveillance hémodynamique et respiratoire accrue en raison des ses antécédents.

Le 21 et 22 aout : les constantes hémodynamiques et respiratoires sont dans la limite de la normale et le patient est apyrétique. Le bilan sanguin du 22 indique un taux de leucocytes à 11 480/mm^3 et un taux de Procalcitonine (PCT) à 4,55 ng/ml. Le patient est traité par une triple antibiothérapie.

Le 23 aout : vers 5 h, le patient présente une désaturation avec signes d'hypercapnie. Un MAR ① ausculte le patient et retrouve des ronchi et crépitants diffus et bilatéraux. Une radiographie thoracique est effectuée à la recherche d'un OAP ou d'une pneumopathie. Les constantes hémodynamiques montrent une tachycardie. Le patient est apyrétique mais le bilan sanguin indique une PCT à 11,66 ng/ml. Vers 12h30 le patient est fébrile (38°2), des hémocultures et ECBU sont prescrits et effectués. Le MAR évoque un SDRA avec insuffisance rénale aiguë sur 2 hypothèses diagnostiques de sub OAP ou sepsis. Un support hémodynamique est mis en place (Dobutamine®) ainsi que des diurétiques pour traiter un OAP. Un bilan sanguin montre un taux de leucocytes à 7930/mm^3 et de PCT à 35,78 ng/ml. Vers 18h, Le MAR examine le patient et note « une amélioration clinique ». Le cas du patient est discuté entre MAR et chirurgien qui décident et informent le patient qu'en fonction de son état clinique un transfert pour une prise en charge en réanimation sera décidé. Le cas clinique est présenté au médecin radiologue ayant réalisé l'embolisation préopératoire. Un examen par Tomodensitométrie est envisagé mais en l'absence d'équipement dans l'établissement et devant les difficultés à réaliser le transport médicalisé, la décision est prise de réévaluer l'état clinique du patient le lendemain, afin de déterminer s'il faut réaliser ce TDM pour la recherche étiologique de la décompensation d'origine inconnue.

Le samedi 24 aout : Dans la nuit, à 1 heure le patient s'agite, retire le système de VNI et désature à 84%. **À 3 h**, la FC est notée à 140 battements/mn. L'IDE note que le patient « présente des marbrures, des sueurs et une respiration sifflante ». La température du patient est de 38,6°C. Elle contacte le MAR ② de garde qui prescrit par téléphone une ampoule de Cordarone® 150 mg et demande qu'un aérosol soit renouvelé. Entre 3 heures et 7 heures la diurèse est évaluée à 20ml.

À 6 h, Le patient présente une température à 39,4°C, une TA à 122/86 et une FC à 124 battements /mn. Il est anurique et présente des marbrures importantes. Un bilan sanguin prescrit et réalisé, montre : un taux d'hémoglobine à 11,1 g/dl, un taux de leucocytes à 16 380/mm^3. Le taux de la PCT est de 56,28 ng/ml, une clairance de la créatinine à 33,5 ml/mn. Les gaz du sang indiquent une PCO_2 à 36,6 mmHg, PO_2 à 84,7 mmHg. Le patient présente une débâcle diarrhéique et une agitation. **Vers 7 h,** le MAR ② passe voir le patient mais ne donne pas de consignes au personnel paramédical occupé par ailleurs.

À 8 h15: Le MAR ② et le chirurgien, devant l'état clinique du patient, décident d'organiser le transfert vers une unité de réanimation. Les réanimations de quatre hôpitaux contactés ne peuvent accueillir le patient faute de lit disponible. Un transfert sur un établissement hors région sanitaire est possible. Le MAR de cet établissement (150 km et 1h30 de route) demande que le patient soit transféré avec une assistance ventilatoire. Le chirurgien contacte l'épouse du patient et l'informe de l'aggravation de l'état clinique du patient et de la décision du transfert en réanimation.

À 9 h 45: le patient est accueilli en SSPI (le MAR ② est seul de garde pour cette matinée durant laquelle 2 interventions sont programmées en semi urgence). Le patient est sous en ventilation spontanée avec oxygénothérapie par lunettes à oxygène à 5 l/mn. Il présente des marbrures sur tout le corps et est couvert de sueurs. Les constantes sont : température à 38,9°C; anurie; une polypnée à 55; SpO_2 à 99%; TA à 99 de systolique, pas de chiffre de diastolique; FC 130 battements par minutes. Pour sécuriser le transport vers le service de réanimation, une intubation orotrachéale est décidée.

À 11 h 10: le MAR ② débute la prise en charge pour l'intubation. Une ventilation au masque est effectuée, lit à plat. 150 mg de Cordarone® en IV directe sont prescrits oralement et administrés. Une induction par Hypnovel® 5 mg et Sufentanyl® 10 µg est réalisée. Une première tentative d'intubation nasotrachéale échoue.

Le patient est ventilé au masque facial, le MAR injecte 10 mg d'Hypnovel® et 15 µg de Sufentanyl® supplémentaires. Le patient présente des vomissements. Une sonde nasogastrique est mise en place et ramène 2 litres de liquide gastrique. Le patient est intubé. Il présente alors un arrêt cardiaque.

Un massage cardiaque externe, ventilation au masque et administration d'Adrénaline ® (25mg en tout) sont effectués pendant 25 minutes. Le patient est déclaré décédé à 11h45.

La famille, présente dans le service de soins continus, est informée du décès. Le chirurgien et le MAR ② reçoivent la famille.

La famille sera reçue plusieurs fois.

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Non respect des bonnes pratiques de l'intubation en urgence sur estomac plein.
Inhalation massive de liquide gastrique ou syndrome de Mendelson, lors d'une induction à séquence rapide pour intubation orotrachéale

Facteurs latents

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

Patient :
Antécédents et comorbidités lourdes : Obésité morbide, Syndrome d'apnée du sommeil, Asthme sévère, HTA ++
Etat de santé complexe : nécessité d'une voie d'abord abdominale antérieure en raison de l'extension locale du cancer du rein G dans ce contexte. ++

Professionnels / facteurs individuels :
Non respect des bonnes pratiques de la procédure d'une induction à séquence rapide pour intubation orotrachéale en urgence sur estomac plein. +++
Défaut de connaissances théoriques et de raisonnement. +++
Sous estimation des facteurs de risques liés à l'état du patient (utilisation du midazolam formellement contre-indiquée chez un patient présentant un syndrome d'apnée du sommeil).+++
Faible propension à rechercher de l'aide. +++
Défaut de prescription de plusieurs médicaments (prescriptions absentes pour des médicaments administrés).

Équipe :
Travail en équipe difficile du fait des difficultés d'un MAR à assumer ses fonctions au sein d'une équipe malgré le soutien de ses collègues. ++
Temps de concertation ou de coordination pour la prise en charge des patients complexes (comorbidités importantes, anticipation des prises en charges postopératoires spécifiques, etc.) réalisés par des staffs informels et non tracés. +

Tâches :
Défaut de réalisation d'examens complémentaires en raison des difficultés de transport médicalisé vers un scanner externalisé. +
Alerte non appuyée et non réitérée, par les soignants paramédicaux, de la dégradation de l'état clinique du patient par crainte d'admonestation médicale. ++

Environnement :
Ambiance de travail dégradée avec un praticien entrainant des répercussions sur la charge de travail de l'équipe MAR et le fonctionnement général du bloc opératoire. ++
Défaut d'utilisation des supports d'enregistrement :
- Administration des traitements prescrits oralement tracés sur les cibles du dossier infirmier. Absence de régularisation *a posteriori* des prescriptions orales.
- Dossier papier peu renseigné avec ratures et absence d'identification des divers intervenants en SSPI le 24 août.

Absence de traçabilité de la réflexion bénéfices-risques.

Organisation :
Impasse dans la gestion d'une situation de crise chronique et identifiée de longue date, liée aux interrogations sur les compétences professionnelles d'un pair, générant : ++
- Sentiment d'insécurité des professionnels.
- Conflits

Institution :
Culture insuffisante de signalement réglementaire des événements indésirables graves.
Difficultés pour les instances (y compris les instances ordinales) dans l'élaboration d'une stratégie d'évincement d'un professionnel dont les compétences sont remises en question par ses pairs. +++

Facteurs d'atténuation non activé :

Procédure de gestion et de résolution des conflits.

Mise à niveau des compétences professionnelles ou réorientation professionnelle.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Désignation d'un MAR référent unique, responsable pour toute une semaine dans le service d'USC.

Commun :

Organisation et mise en place de temps de concertation et d'échanges formalisés pour la prise en charge des patients complexes.
Adoption des scores de gravité pour les patients de soins continus et mise en place d'une procédure d'appels en urgence par les IDE.

Evitabilité (échelle ENEIS)
Pour les professionnels , événement très probablement évitable.

PRAGE
Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements 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 :

Respect des obligations de formation professionnelle continue intégrant :

- l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances et/ou de compétences.
- l'analyse par les professionnels de santé eux-mêmes de leurs pratiques professionnelles.

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
- Asthme aigu grave – SFAR 2012
- Modalités de la sédation et/ou de l'analgésie en situation extrahospitalière - Conférence d'experts – SFAR 1999.
- Ventilation du patient obèse www.adiam.fr/...pdf/Texte%20**ventilation**%20**obese**%20ADIAM.pdf
- Anesthésie du patient obèse et du patient présentant un syndrome d'apnée du sommeil – SFAR 2006 ww.sfar.org/acta/dossier/archives/ca06/html/ca06_22/ca06_22.htm
- Anesthésie du patient obèse MAPAR http://www.mapar.org/article/pdf/816/Le%20patient%20ob%C3%A8se%20:%20probl%C3%A8mes%20ventilatoires.pdf.
- Cancers urologiques : démarche diagnostique, traitements et suivi. Synthèse des recommandations INCa AFU2012 http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-uronephrologiques

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