



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

Analyse Approfondie de Cas n° 75

Retard à l'intervention d'une péritonite appendiculaire chez un enfant de 3 ans et 1/2

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La tableau clinique est trompeur avec adénolymphite mésentérique (avérée après relecture des images) dans un 1er temps évoluant secondairement vers une authentique appendicite compliquée d'un plastron appendiculaire.

Les images TDM lors du 2ème temps étaient pathognomoniques pour un radiopédiatre mais peu évidents pour un radiologue non rompu aux difficultés des diagnostics pédiatriques. Le chirurgien (d'adultes) n'a donc pas retenu d'indication chirurgicale.

Le diagnostic a été redressé grâce à la ténacité des pédiatres et à leur expérience clinique. La difficulté du diagnostic et de la prise en charge des douleurs abdominales fébriles chez l'enfant requiert des compétences spécifiques pédiatriques.

Malheureusement, les filières de chirurgie pédiatrique peuvent être peu ou mal définies...

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un enfant de 3 ans et 10 mois est adressée aux urgences d'un Centre hospitalier (CH) par son médecin traitant pour douleurs abdominales paroxystiques, vomissements, selles liquides, dans un contexte d'hyperthermie à 39° C. Il retourne à son domicile après un bilan qui ne met en évidence qu'une angine érythémateuse. Les consignes de surveillance sont données et un traitement symptomatique est prescrit.

Il revient au bout de 24 heures, dans la nuit, pour la persistance de la symptomatologie digestive fébrile à 40,2°C avec une asthénie importante. Les douleurs abdominales sont diffuses, sans défense et l'échographie met en évidence une adénolymphite mésentérique sans épanchement et sans visualisation de l'appendice. Le bilan biologique montre un syndrome infectieux sans autre anomalie et un traitement parentéral symptomatologique débute. L'enfant est hospitalisé dans le service de pédiatrie. En fin de nuit, l'examen de la paroi abdominale par le pédiatre retrouve une défense diffuse qui n'est pas confirmée par le chirurgien. Les examens bactériologiques et virologiques, urinaires et coprologiques sont négatifs.

Après le staff pluri professionnel et une relecture des images de l'échographie par le chirurgien et le radiologue, le diagnostic de gastroentérite toxique est

posé et le traitement parentéral est poursuivi.

Au bout de 3 jours, en l'absence d'amélioration clinique (persistance des douleurs abdominales, pics fébriles répétés, persistance de diarrhées), et devant la persistance d'un syndrome infectieux biologique, une antibiothérapie par ceftriaxone (50 mg/kg/jour) est instaurée.

Un TDM abdominal montre des signes de subocclusion, un fécalome rectal et de nombreuses et volumineuses adénopathies mésentériques (la plus grosse de 14 mm). L'appendice n'est pas vu et le chirurgien ne retient pas d'indication chirurgicale.

Après avis téléphonique auprès des gastro-pédiatres du CHU le plus proche, les pédiatres envoient les images du TDM à l'équipe de radiopédiatrie par voie postale.

2 jours plus tard, le diagnostic de péritonite appendiculaire est redressé au vu des images d'épanchement dans le cul de sac de Douglas et dans la fosse iliaque droite. Le traitement antibiotique est consolidé et l'enfant est transférée pour une prise en charge chirurgicale en urgence. Les suites opératoires sont favorables.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Mise en jeu du pronostic vital
Prolongation de l'hospitalisation

Transfert en établissement de recours



Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le lundi 5 octobre : un enfant âgé de 3 ans et 10 mois (15kg), présente au domicile des douleurs abdominales paroxystiques avec une température à 39°/40°C, des vomissements alimentaires et des selles liquides. Le lendemain, le médecin traitant voit en consultation l'enfant et suspecte une appendicite. Il l'adresse aux urgences d'un CH. L'examen clinique relève : un abdomen souple; un ganglion au niveau inguinal droit; une angine érythémateuse. L'ECBU et la bandelette urinaire sont négatifs et il n'y a pas d'argument en faveur d'une appendicite. L'enfant retourne à son domicile.

Le mercredi 7 octobre dans la nuit : devant la persistance de douleurs abdominales paroxystiques, de selles liquides et de fièvre à 40 °C, les parents raccompagnent l'enfant aux urgences du CH. Un bilan sanguin, un examen cyto bactériologique des urines et une pose de voie veineuse avec un traitement antalgique sont réalisés. L'examen clinique décrit : « enfant asthénique, présente des douleurs diffuses au niveau abdominal sans signe de défense ». Une échographie abdominale montre « une adénolymphite mésentérique avec de multiples adénopathies de 9 à 10 mm en fosse iliaque droite. Absence d'appendice pathologique (appendice mesuré à 4 mm). Lymphadénite mésentérique non spécifique ». Le bilan sanguin montre un taux de globules blancs à 19 130 avec 14 630 polynucléaires neutrophiles, une CRP à 60 mg/L. Un chirurgien est sollicité : il indique qu'il passera examiner l'enfant dans la matinée et qu'il n'y a pour le moment pas d'indication chirurgicale.

Le jeudi 8 octobre : un pédiatre est contacté. Il demande un scanner puis une hospitalisation en unité pédiatrique. Devant le résultat normal de l'échographie, le radiologue sursoit au scanner pour ne pas exposer inutilement l'enfant. L'enfant est asthénique, ses yeux sont cernés, son teint gris. Sa température est de 39.9°C. L'abdomen est ballonné, sensible dans son ensemble, avec une défense généralisée. Le pédiatre ne sollicite pas un second avis chirurgical car l'échographie est rassurante : il préfère stabiliser l'état clinique de l'enfant et prescrit des hémocultures. La virologie des selles, la coproculture et l'ECBU sont négatifs. Un staff en unité de pédiatrie conclut l'hypothèse de gastroentérite toxique. Après l'examen clinique du chirurgien et la relecture concertée de l'échographie par un radiologue, le compte rendu princeps est confirmé et le traitement symptomatologique est poursuivi. Pendant 3 jours, l'enfant reste algique avec des pics fébriles à 40,6°C. Un bilan biologique indique une CRP à 128,7 mg/L.

Le dimanche 11 octobre : une antibiothérapie et une antalgie continue sont initiées. L'examen clinique retrouve un abdomen sensible et une défense généralisée. Un TDM abdominal indique : « on ne note pas d'ascite rétro-péritonéale [...]. Les anses du grêle sont dilatées. Au niveau du grêle supérieur, il existe des niveaux hydroaériques sans signe de perforation. Au niveau distal, entre la vessie et le rectum, le grêle est dilaté avec un épaississement de la paroi. Des ganglions sont signalés dans la loge caecale, le plus volumineux est estimé à 14 mm. L'appendice n'est pas visualisé (...)».

Le lundi 12 octobre : un second avis chirurgical est demandé. L'indication chirurgicale n'est pas retenue. Le pédiatre demande un avis à un confrère d'un CHU. Les examens radiologiques sont envoyés par voie postale car les envois par informatique ne sont pas possibles (panne du système de télétransmission). Le lendemain, une amélioration de l'état clinique de l'enfant est constatée.

Le mercredi 14 octobre : Les examens radiologiques et le TDM sont interprétés par les radio-pédiatres et par un chirurgien pédiatre du CHU. L'indication de traitement chirurgical d'un probable abcès appendiculaire est posé. Ce CHU ne dispose pas de place pour accueillir l'enfant et les médecins du CH n'ont pas les autorisations en chirurgie pédiatrique : l'enfant sera finalement transférée dans un 2ème CHU et y sera opéré en urgence. L'évolution post opératoire se fait sans incident particulier.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Retard au diagnostic de péritonite appendiculaire.

- Divergences d'interprétation des signes cliniques.
- Erreur d'interprétation des images tomodensitométriques.

Facteurs latents

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

Patient :

Etat de santé complexe, aigu et grave : +

- Tableau inaugural d'adénolymphite mésentérique. +
- Tableau clinique particulièrement trompeur de la péritonite appendiculaire secondaire chez les enfants.+++

Professionnels / facteurs individuels :

Défaut d'interprétation des images du scanner : manque d'expérience pédiatrique pour les praticiens sollicités et faible disponibilité pour rediscuter des cas difficiles. +++

Insuffisance de qualités relationnelles entre certains professionnels des différentes équipes : chirurgie, pédiatrie, imagerie médicale.+++

Équipe :

Difficultés dans la recherche d'avis spécialisés (imagerie médicale et chirurgie).+++

Manque de sollicitation des compétences disponibles en interne (chirurgie et imagerie médicale).+++

Collaboration difficile avec difficultés d'expression des désaccords et des préoccupations. +++

Tâches :

Difficultés d'interprétation des clichés par un centre de référence en radio pédiatrie par défaut de compatibilité du système d'archivage et de transmission d'images (PACS) et d'activation d'un réseau de télémedecine.++

Environnement :

Équipements de télétransmission des images radiologiques non fonctionnels.++

Organisation :

Absence de concertation de type staff pluridisciplinaire ou de type RCP pour les dossiers difficiles entre les pédiatres, chirurgiens et radiologues.+++

Institution :

Pas de filière régionale pour la prise en charge des enfants en chirurgie pédiatrique dans le département.+++

Difficultés de communication lors de transfert vers les CHU.++

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Mise en place d'une « commission d'orientation des diagnostics pédiatriques difficiles » sous forme de staffs pluri professionnels activés à la demande.
Identification des compétences internes spécifiques à la pédiatrie (chirurgie et imagerie médicale)



Commun :

Structuration d'une filière de coopération en chirurgie pédiatrique avec :

- organisation de la transmission des images en radiologie pédiatrique pour avis diagnostique, double lecture,...
- définition des moyens humains de coopérations.



Général :

Remise à niveau des réseaux de télétransmission en imagerie.

PRAGE / CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 30 14
prage@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- Appendicite aiguë chez l'enfant : algorithme diagnostique et thérapeutique actualisé. Dr H. Kotobi. Hôpital d'enfants – Armand Trousseau – Paris -2014
- Appendicite aiguë de l'enfant – Dr A. Le Mandat et Dr P. Galinier – CHU de Toulouse.
- The Paediatric Appendicitis Score (PAS) was useful in children with acute abdominal pain . Clinical prediction guide – EBM February 2009 Vol 14 N° 1
- Note de cadrage : Appendicectomie – éléments décisionnels pour une indication pertinente – HAS 20/07/2011.
- Rapport d'évaluation technologique – Appendicectomie – éléments décisionnels pour une indication pertinente – HAS novembre 2012
- Appendicite aiguë de l'enfant : où en sommes-nous en 2014 ? Réalités pédiatriques #183- janvier 2014 - Dr H. Kotobi. Hôpital d'enfants –Armand Trousseau
- De l'intérêt des scores en matière de diagnostic d'appendicite – C. Brigand – CHU Strasbourg – site internet chirurgie viscérale - <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/o-urgences/Appendicite-aigue/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fchirurgie-viscerale%2Fhtm%2FArticle%2F2009%2Fhtm-20090410-134012-561>
- Protocole d'antibiothérapie du CHU de Bordeaux : infections intra-abdominales communautaires
- Predictors of non diagnostic ultra sound scanning in children with suspected appendicitis- S.Schuh – The journal of pediatrics- www.jpeds.com- [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(10\)00613-X/references](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(10)00613-X/references)
- Prospective validation of the pediatric appendicitis score in a Canadian pediatric emergency department. M. Bhatt - 2009-

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