Analyse Approfondie de Cas n° 77

Syndrome de Mendelson au décours d'une fibroscopie gastrique

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient de 25 ans présente une obésité morbide pour laquelle il souhaite une intervention chirurgicale bariatrique.
Selon les recommandations de la HAS, le patient bénéficie d'une prise en charge multi professionnelle durant l'année qui précède le geste chirurgical (prise en charge diététique et psychologique et avis médicaux spécialisés : endocrinologue, psychiatre, anesthésiste et chirurgien).
Fin août, conjointement avec le chirurgien et après consentement éclairé, l'intervention (de type « by-pass gastrique) est programmée pour le mois de novembre.
Le bilan préopératoire comprend une fibroscopie gastrique sous anesthésie générale, une consultation auprès d'un cardiologue et une consultation d'anesthésie.
L'intervention prévue se déroule sans incident et les suites immédiates sont normales. Durant la nuit suivante, le patient présente des vomissements de caillots sanguins, une tachycardie sans trouble de la tension artérielle et sans déglobulisation biologique.
L'examen tomodensitométrique réalisé dans la matinée montre la présence de sang dans l'estomac et l'absence de fuite anastomotique ou d'épanchement dans la cavité abdominale, ainsi que l'absence de signes d'embolie pulmonaire. Une fibroscopie diagnostique a lieu en début d'après midi et met en évidence la présence d'un saignement mineur sur la ligne d'agrafes de l'anastomose jéjuno-gastrique.
L'endoscopie à visée thérapeutique consécutive (lavage et hémostase) nécessite une intubation qui est réalisée par voie nasogastrique. La survenue d'une désaturation massive nécessite le changement de voie d'intubation : une intubation orotrachéale avec une sonde de plus gros calibre est réalisée. La manœuvre permet de mettre en évidence la présence de sang dans les voies aériennes.
Malgré l'aspiration, le patient présente un arrêt cardiaque. Les manœuvres de réanimation entreprises sans délai ne permettent pas de restaurer la fonction cardiocirculatoire et le patient décède.

ÉLÉMENTS MARQUANTS

Le MAR responsable des endoscopies n'était pas informé de l'état clinique de ce jeune homme ni de sa présence au bloc. Il découvre le patient en cours d'anesthésie lors de la survenue de difficultés ventilatoires : les mécanismes de coordination permettant d'assurer le relai entre les professionnels du bloc opératoire n'ont pas fonctionné du fait d'un manque de communication.

Les recommandations de bonnes pratiques en anesthésie ne sont pas respectées et les procédures internes ne sont pas connues !

L'accueil des nouveaux arrivants, même expérimentés, doit permettre de faire connaître le fonctionnement d'un établissement et les procédures en place. Une supervision d'une durée minimale doit permettre de s'assurer de l'appropriation des bonnes pratiques de la discipline.

Les éléments cliniques étaient en faveur d'un saignement actif, bien toléré chez le patient jeune et donc facilement « ignoré » par les professionnels… L'augmentation de la fréquence cardiaque avec tension constante est caractéristique de la compensation et le risque de décompensation brutale par épuisement cardiaque est majeur.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :
Décès du patient

Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

15 novembre : un jeune homme de 25 ans est hospitalisé dans une clinique pour une intervention de chirurgie bariatrique programmée. Son IMC est à 42,7. Il a bénéficié en préopératoire de l'accompagnement pluri professionnel recommandé par la HAS. A la suite des différents bilans et examens, il ne présente pas de contre indication à l'acte chirurgical.
Le 16 novembre à 10h : le patient est pris en charge au bloc opératoire pour une intervention de type « by-pass gastrique ». La check-list sécurité du patient au bloc opératoire est renseignée. Le score ASA du patient est de 3. L'intervention se déroule normalement.
A 15h30 : après 2 heures de surveillance en SSPI, le patient est transféré en unité de chirurgie.
A 17h30 : le chirurgien examine le patient qui est nauséeux et donne des consignes de surveillance à l'infirmière.
A 20h00 : le patient présente une augmentation progressive de sa fréquence cardiaque (FC). Il est toujours nauséeux. Ses constantes sont par ailleurs normales.
A 1h50 : l'infirmière contacte le chirurgien pour l'informer que le patient présente des vomissements avec caillots sanguins et une tachycardie. La tension artérielle (TA) est à 130/80 mmHg, la fréquence cardiaque (FC) à 130 battements par minute (BPM), la SpO_2 à 95%, l'échelle visuelle analogique de la douleur à 6/10. On relève 100 ml de pertes par vomissements de sang et de liquide gastrique et 300 ml de pertes sérosanglantes dans le drain aspiratif de Redon®. Un traitement symptomatologique est appliqué.
À 2h19 puis 2h58 : le patient présente de nouveaux vomissements de caillots sanguins. Sa FC est à 140 BPM, sa TA est à 129/85 mmHg. Son taux d'hémoglobine est à 13,4g/dL. Le chirurgien contacté prescrit l'arrêt de l'HBPM et une injection d'ondansetron (Zophren®). Il suspecte un saignement possible sur l'anastomose jéjunale et décide pour le lendemain d'une exploration endoscopique puis chirurgicale si nécessaire.
Le 17 novembre à 8h : le patient présente des sueurs, il est « assoupi, fatigué , indolent », sa FC est à 161 BPM, sa SPO_2 à 95%. Une TDM montre la présence de caillots intragastriques et d'un caillot endoluminal dans le jambage du grêle au niveau du « by-pass gastrique ». Il n'y a aucun signe en faveur d'une embolie pulmonaire ou d'une fistule. Le chirurgien informe le chef de bloc et le gastroentérologue de l'état du patient et une gastroscopie à visée diagnostique est programmée l'après midi. Le médecin anesthésiste (MAR) présent n'est informé ni de l'état du patient ni de cette intervention.
14 h: un IADE nouvellement arrivé sur la structure prend en charge le patient et l'installe au bloc opératoire en salle d'endoscopie. Le MAR responsable de cette salle est en cours de réalisation d'une 2ème anesthésie. L'IADE n'informe pas le MAR de cet acte réalisé en « urgence » sur un patient dont l'IMC est >35. Or une procédure écrite l'année précédente précise que tout acte d'anesthésie en urgence ou sur des patients dont l'IMC est > 35 doit être impérativement réalisé en présence conjointe d'un MAR et d'un IADE.
14h50 : l'induction anesthésique est réalisée par l'IADE avec 200 mg de propofol. Le patient est placé en décubitus latéral gauche. Il est en ventilation spontanée avec une oxygénothérapie par lunettes à oxygène. Les constantes sont : TA à 87/29 mmHg, FC à 153 BPM. La fibroscopie révèle des caillots de sang au niveau de l'anastomose gastro-jéjunale dans la poche gastrique. Le chirurgien est présent lors de l'acte. Le médecin gastroentérologue doit réaliser un lavage et requiert une protection des voies aériennes supérieures. Le patient présente des sursauts. Il est repositionné en décubitus dorsal pour permettre l'intubation. L'IADE ne demande pas la présence d'un MAR. Il administre 400 mg de propofol puis réalise une intubation nasotrachéale avec une sonde de charrière 5,5. La ventilation au ballon d'anesthésie est difficile (résistances lors des insufflations) et le patient présente de nouveau des mouvements anormaux.
15h15 : un MAR (d'une autre salle) est interpelé par le chirurgien. Il ausculte le patient et constate la présence d'un murmure vésiculaire indiquant la bonne position de la sonde d'intubation. Il quitte la salle d'intervention car il supervise un autre acte interventionnel.
15H30 : le patient présente une désaturation brutale. Le MAR responsable de la salle est alors appelé en urgence. Une aspiration orotrachéale révèle la présence de sang et de liquide. Une nouvelle intubation orotrachéale est pratiquée sans difficultés par le MAR avec une sonde de charrière 7,5. La ventilation pulmonaire reste difficile (résistances). Le patient présente alors une décompensation cardiorespiratoire puis un arrêt cardiovasculaire. Les manœuvres de réanimation, conformes aux recommandations de l'ILCOR, sont effectuées sans succès. Au total 40 mg d'adrénaline, 300 mg d'amiodarone (Cordarone®) et 4 chocs électriques externes sont administrés. Il n'y a pas de reprise de l'activité cardiaque.
16h18 : l'arrêt de la réanimation est décidé de façon consensuelle. Le patient est déclaré décédé.

Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Non respect des bonnes pratiques de l'intubation en urgence sur estomac plein chez un patient obèse.
Prises d'initiatives inadaptées et sans supervision.

Facteurs latents

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

Patient :
Obésité morbide : IMC à 42,7.+

Professionnels / facteurs individuels :
Stress en situation d'urgence.+++
Sous estimation des facteurs de risque liés à l'état du patient.+++
Sous estimation de la gravité de la perte sanguine. +++
Non respect des protocoles internes de prise en charge des patients relevant d'un acte d'anesthésie en urgence au sein de l'établissement.++
Personnel IADE nouvellement arrivé (8 jours) au sein de l'établissement.++

Équipe :
Déficience des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relai entre les équipes au sein du bloc opératoire.++
Défaut de communication entre professionnels et alerte non réalisée auprès du MAR responsable des endoscopies.++

Tâches :
Protocoles médicaux spécifiques aux actes d'anesthésie mal connus et insuffisamment diffusés au sein de l'établissement. +++

Organisation :
Mode de communication et supervision hiérarchique imprécis entre MAR et IADE.+++
Organisation mal connue de la prise en charge des urgences non programmées au bloc opératoire.+
Accueil des nouveaux arrivants et du personnel intérimaire insuffisamment encadré.++

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique :

Diffusion de la procédure définissant les règles de prise en charge des patients au bloc opératoire, y compris en urgence et précisant le rôle de chacun.
Actualisation de la charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire en précisant les modalités de mise en œuvre des critères définis dans le document de la HAS « Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, mieux travailler en équipe » édité en novembre 2015.

Commun :

Mise en place de temps de concertation / coordination concernant les patients pris en charge en urgence au bloc opératoire (de type briefing) quel que soit l'acte et l'urgence.

Général :

Accompagnement des nouveaux arrivants et du personnel intérimaire à définir : connaissance des procédures en place, des locaux et des équipements disponibles, durée de la supervision et évaluation des connaissances et des compétences techniques.

Evitabilité (échelle ENEIS)
Pour les professionnels : évènement probablement évitable

PRAGE
Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables - Aquitaine

PRAGE / CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 31 16
prage@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- **HAS :**
  - Synthèse des recommandations de bonne pratique « obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - janvier 2009
  - Gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) pour obésité. Février 2008
  - Gastrectomie partielle supérieure (polaire supérieure) avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie – novembre 2009
- **Chirurgie viscérale :**
  - Site internet chirurgie-viscérale.org : les complications de la gastroplastie verticale calibrée sous laparoscopie - http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/3-chirurgie-obesite/Complications-de-la-chirurgie-obesite/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fchirurgie-viscerale%2Fhtm%2FArticle%2F2008%2Fmie-20080529-173649-11956
  - Les complications de la chirurgie bariatrique – FMC gastro.org Post'U (2010) 55-70 – O. Emungania- http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/569.pdf
  - Fiche d'information de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD) et de la Société Française et Franco phone de chirurgie de l'Obésité (SO.FF.CO) « le by pass gastro-jéjunal ».
  - Complications après by-pass gastrique (1) et (2) - http://www.chirurgie-viscerale.org/searchResult/search.phtml?SearchInput=complications+apr%C3%A8s+by-pass+gastrique&SearchButton=OK
- **Anesthésie Réanimation :**
  - Anesthésie pour endoscopie digestive – F. Servin
  - 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
  - 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%20ventilation%20obese%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.
  - Anesthésie pour estomac plein - B. Debaene
  - Rôle de l'infirmier anesthésiste diplômé d'état