

# Analyse Approfondie de Cas N° 82

## Occlusion stercorale chez un patient en psychiatrie



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

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques



### ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'analyse de cette prise en charge illustre la difficulté de gérer les effets iatrogènes intestinaux des neuroleptiques et des autres sédatifs en établissement psychiatrique.

Les équipes y sont souvent déficitaires en temps de médecin somaticien et en expertise pour traiter une urgence qui ne relève pas de leur champ de compétences.

La sécurisation du parcours patient entre l'établissement psychiatrique et l'hôpital général de recours repose sur la qualité de la communication et de la coordination entre les deux équipes.

Cette coopération se décline dans la mise en place de protocoles concertés de surveillance et de traitement.

La connaissance réciproque des moyens disponibles de part et d'autre du parcours garantit la prise en charge « du bon patient au bon endroit au bon moment ».

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un patient âgé de 27 ans est hospitalisé en Unité fermée d'un Centre hospitalier spécialisé. Il présente des troubles de la personnalité de nature psychotique avec des antécédents d'épisodes de décompensation schizophrénique. Son traitement, associant amisulpiride, clozapine et diazépam, a permis une bonne amélioration clinique sans intolérance exprimée au plan neurologique et digestif (pas de constipation notée).

Un samedi, il présente des douleurs abdominales avec nausées ; la palpation abdominale perçoit des masses du flanc gauche et l'abdomen sans préparation confirme la présence d'une importante stase stercorale colique ainsi qu'un niveau hydro-aérique. Le patient est adressé au service des urgences de l'hôpital général de proximité.

Le bilan fait aux urgences confirme le diagnostic de syndrome occlusif sur stase stercorale majeure, il n'y a aucun signe de gravité clinique, biologique et radiologique. Le scanner abdomino-pelvien montre une stase gastrique, une stase stercorale colique diffuse sans niveaux hydro-aériques grêliques et sans épanche-

ment intra-péritonéal. L'évacuation importante de matières fécales après lavement et la stabilité clinique du patient font prendre la décision d'un retour du patient le soir même à l'hôpital psychiatrique.

La surveillance clinique nocturne montre un patient stable jusqu'en fin de nuit où à 6h du matin l'alerte est donnée par la survenue de douleurs abdominales et d'une intolérance hémodynamique évoluant en arrêt cardio-respiratoire. La réanimation est débutée sur place jusqu'au transfert SMUR du patient au CHU. La prise en charge réanimatoire est complétée par une exploration chirurgicale montrant une souffrance colique majeure en lien avec le fécalome étendu ainsi que la présence d'un estomac dilaté probablement secondaire aux manœuvres de réanimation. La chirurgie associe une colectomie gauche et une résection gastrique, complétée par une double antibiothérapie. La poursuite de la réanimation ne permettra pas d'éviter l'évolution vers un état de défaillance multiviscérale avec choc septique et cardiaque réfractaire.

### CARACTÉRISTIQUES :

**Gravité :**  
Décès





# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

**Depuis 14 mois :** un patient de 27 ans est hospitalisé en soins sans consentement à la demande d'un responsable de l'Etat (SDRE) en unité fermée d'un centre hospitalier spécialisé (CHS). Depuis l'âge de 18 ans, il présente des troubles du comportement avec anorexie, catatonie et mélancolie. Il a été pris en charge à différentes reprises en ambulatoire puis en hospitalisation pour rupture thérapeutique, décompensation avec délire paranoïde centré sur la sphère digestive.

**À son arrivée en décembre :** le patient est admis dans un contexte d'instabilité clinique, avec des risques majeurs d'hétéro et d'auto agressivité. Le traitement en cours comprend clozapine et diazépam (plusieurs autres molécules ont été prescrites et puis modifiées). Le patient s'alimente peu. Son IMC est à 22,53 kg/m<sup>2</sup>. Le traitement laxatif est réajusté car le patient est constipé. Il est suivi par un diététicien et bénéficie de repas végétariens.

**De octobre à novembre :** le patient présente des idées psychotiques qui nécessitent une augmentation de la clozapine et du diazépam (Valium®). Il est mis en chambre d'isolement à sa demande à plusieurs reprises. Son état s'améliore ensuite. On ne retrouve plus de notion de constipation.

**9 janvier :** un traitement laxatif est prescrit : macrogol 4000 à 2 sachets /24h, lavement phosphate disodique (Normacol®) si pas de selles. Par la suite, le patient ne se plaint plus de constipation. Il s'hydrate, marche beaucoup.

**Samedi 2 février :** au lever, le patient se sent nauséux. Il est tachycarde et sa tension artérielle (TA) est à 860/490mmHg. Sa TA se normalise ensuite. L'ECG est normal. Le patient se plaint de légères douleurs abdominales. Il dit avoir eu des selles la veille ainsi que les jours précédents. Il dit n'avoir pas de gaz. **Vers 9 h30 :** les douleurs abdominales à type de crampes s'intensifient. À l'examen du médecin psychiatre de permanence, les bruits hydro-aériques ne sont pas perçus. Des masses dures et sensibles dans l'abdomen à gauche évoquent des matières en quantité importantes. Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) indique : « dilatation importante du cadre colique présentant une rétention stercorale majeure mais l'ampoule rectale n'est pas aérée. En position debout, il existe quelques niveaux ». **12h25 :** le patient est adressé aux urgences du centre hospitalier de recours (CH) pour suspicion de syndrome occlusif. Les urgences sont saturées, comme très souvent le samedi. Le patient est installé dans un box standard. Il n'y a pas de place en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD), ni en médecine /chirurgie ou en unité de surveillance continue. **12h52 :** le patient, qui est présenté comme schizophrénique et violent, est pris en charge par le Dr ① de l'UHTCD dont la mission est centrée habituellement sur la « petite » traumatologie. Le patient est pâle, tachycarde, très algique mais apyrétique et normotendu. Le médecin perçoit une « volumineuse masse abdominale occupant tout le quadrant supérieur droit et débordant la ligne médiane vers la gauche[...] ». **14h48 :** le scanner abdominopelvien indique : « importante stase stercorale sur l'ensemble du colon ; caecum dilaté à 7,5 cm ; pas de niveau hydro-aérique colique ou grêlique ; pas d'épanchement abdominal ; stase gastrique [...] ». **17h47 :** le Dr ① transmet ces données au Dr ② qui assure sa relève. Un lavement au Normacol® est prescrit. **20h31 :** suite au lavement, le Dr. ② constate une évacuation importante de matières fécales, une diminution des douleurs mais une persistance de la masse fécale à la palpation de l'hypochondre droit. Devant l'amélioration clinique, l'absence de signes biologiques ou radiologiques inquiétants, le Dr ② valide le retour au CHS. Il prescrit : trimebutine, macrogol (Movicol®)+ ou - Normacol®. Un ASP de contrôle n'est pas effectué.

**21h45 :** le patient est accueilli à l'unité fermée du CHS. Il est installé au rez de chaussée pour être surveillé plus facilement par les 2 IDE de nuit. Les autres patients sont à l'étage. L'état du patient préoccupe les IDE qui s'organisent pour surveiller ses constantes toutes les 2 heures. Le patient ne se plaint pas.

**Dimanche 03 février à 05h30 :** lors du passage des IDE, le patient est aréactif. Sa température est à 38° C. et sa TA à 95/50 mmHg. Le praticien d'astreinte constate un pouls filant, une contracture abdominale généralisée et des gasps.

**06h00 :** le patient présente un arrêt cardiorespiratoire. L'équipe débute une réanimation guidée téléphoniquement par le Centre 15. **06h25 :** le SMUR arrive. Le patient est en asystolie. Les manœuvres de réanimation se poursuivent.

**07h50 :** le patient est transféré au CHU de recours, intubé et ventilé en état d'instabilité hémodynamique. Le score de Glasgow est évalué à 3. Ses pupilles sont en mydriase bilatérale aréactive. Il est pris en charge en unité de déchoquage et de réanimation des urgences. Une laparotomie exploratrice révèle un fécalome ayant pris tout le cadre colique. Une colectomie gauche, une résection gastrique et une laparostomie sont réalisées. On visualise une souffrance du duodénum et de l'intestin grêle ; l'estomac est dilacéré, probablement à la suite des manœuvres de réanimation.

**15h 11 :** à sa sortie du bloc opératoire, l'état du patient évolue vers une défaillance multi viscérale, un état de choc septique et cardiogénique majeur, réfractaire aux thérapeutiques engagées.

**16h05 :** le décès du patient est constaté.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Traitement inapproprié d'une occlusion stercorale majeure

Surveillance non adéquate de l'occlusion et retard à la prise en charge chirurgicale des complications

## Facteurs latents

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

**Patient :** Patient traité par neuroleptiques au long cours : effets secondaires connus dont la diminution du péristaltisme intestinal. +

Expression orale du patient qui contribue à sous-évaluer la gravité des signes fonctionnels : seuil élevé de la douleur, rapport pathologique avec sa vie digestive (alimentation, défécation).+

Etat de santé faussement rassurant : pas de vomissement, alimentation poursuivie, bonne hydratation, patient jeune ayant conservé une activité physique quotidienne (marche). +

**Professionnels / facteurs individuels :** Sous-évaluation de la gravité clinique du patient dans un contexte de charge de travail trop élevée au service des urgences.+++

Défaut de raisonnement et décision thérapeutique inadaptée à la situation clinique :+++

- une occlusion stercorale colique diffuse ne peut être traitée par un simple lavement au Normacol® dont l'effet est limité au rectum +/- première anse sigmoïdienne ;

- l'efficacité ne se juge pas sur la défécation mais sur la disparition des masses abdominales et, si besoin, un ASP de contrôle.

Sous-estimation des facteurs de risques de complication et de leur gravité qui sont : la perforation colique, la péri-

**Équipe :** Absence de recours à un médecin spécialisé en occlusion stercorale (gastroentérologue) : pas de consultation au CHS, pas d'aide à la décision aux urgences. +++

Défaut de coordination et de communication inter établissements permettant d'assurer la continuité des soins entre les deux équipes : transmissions d'informations médicales, consignes de surveillance. +++

Surestimation par les médecins du CH des capacités de surveillance clinique de l'équipe paramédicale du CHS : transfert du patient dans un établissement de santé psychiatrique pour la surveillance d'une occlusion stercorale. +++

**Tâches :** La procédure institutionnelle de surveillance des selles au CHS n'est pas adaptée à l'unité et/ou non appliquée : il y a un WC par chambre de 4 patients et la traçabilité n'est pas effective car la feuille de surveillance des selles, située dans le dossier informatisé du patient, n'est pas utilisée par les IDE.+++

Protocole de traitement préventif de l'obstruction stercorale colique en psychiatrie lourde non disponible dans la documentation qualité de l'établissement. ++

Soins ne relevant pas du champ d'action du service au CHS : le patient relevait d'une surveillance médico-chirurgicale et non pas psychiatrique. +++

**Environnement :** A l'unité du CHS, environnement non adapté à la surveillance d'un patient en situation occlusive car les patients sont répartis sur 2 étages ce qui est incompatible avec une surveillance rapprochée.++

Locaux des urgences inadaptés à la gestion du patient : pas de box spécifique dédié aux patients du CHS adressés aux urgences du CH car le box « Ebola » initialement prévu à cet effet est systématiquement occupé : ++

- soit par des patients ne relevant pas des urgences ;

- soit du fait d'une augmentation significative de l'activité des urgences.

**Organisation :** Charge de travail excessive aux Urgences du CH le samedi : +++

- effectifs inappropriés à l'activité ;

- turnover rapide pour la prise en charge des patients ;

- biais de décision pour le devenir du patient : recherche permanente d'une alternative à l'hospitalisation (retour à domicile ou retour dans l'établissement d'origine).

Absence de place disponible en UHTCD ou en soins continus au CH. ++

Permanence des soins et parcours patient entre les 2 établissements à optimiser selon les recommandations de la dernière visite de certification de la HAS au CHS.+++

**Institution :** Politique de prévention des risques insuffisamment structurée lors du parcours patient entre les deux établissements, alors que des urgences somatiques de malades du CHS arrivent aux urgences du CH chaque semaine.+++

Insuffisance de compréhension institutionnelle du processus global de prise en charge du patient et de programme de prévention des effets indésirables des neuroleptiques.+++

## Facteurs d'atténuation

# Enseignement : Actions / Barrières



### Spécifique:

À l'unité du CHS : actualiser les protocoles en concertation avec médecins somaticiens et gastroentérologues :

- suivi des selles car le discours des patients peut être faussé du fait de leur pathologie ;
- suivi des patients à risque d'occlusion : différencier le fécalome distal et l'obstruction colique étendue, définir les modalités de la progression thérapeutique ;
- palpation abdominale par les IDE, réalisation d'un ASP.

La réfection des locaux est prévue avec WC individuels pour permettre une surveillance visuelle des selles.

Aux urgences du CH : prioriser à l'UHTCD les patients en provenance du CHS en urgence.

### Commun :

À l'Unité du CHS : réévaluer le temps médical nécessaire en médecin généraliste en intégrant une consultation de gastroentérologie.

Aux urgences du CH : organiser un recours à un gastroentérologue pour les urgences digestives complexes.

Proposer l'organisation, avec le soutien des 2 présidents de CME, de réunions de concertation entre les équipes médicales des 2 établissements concernant les retour d'expérience des EIGS récurrents survenus aux patients du CHS adressés aux urgences du CH.

Formaliser des outils de communication inter-établissements.



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

PRAGE/CCECQA  
Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[prage@ccecqa.fr](mailto:prage@ccecqa.fr)

**Général :** Favoriser les échanges entre les équipes du CHS et celle des urgences du CH afin que chacun connaisse les limites et les difficultés d'exercice respectifs.

Partager les informations avant les décisions de transfert d'un patient psychiatrique.

Prendre en compte les contraintes d'environnement et d'organisation dans le parcours patient. Sécuriser le parcours patient dans le cadre de la direction commune, en ciblant notamment la prise en charge des urgences somatiques au CHS.

## Références et Bibliographie

- Actes et prestations, affection de longue durée ; schizophrénies ; guide HAS ; décembre 2017  
[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald23\\_schizophr\\_juin\\_07.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf)
- Les troubles digestifs graves induits par les neuroleptiques, Agathe MORIN, Sciences pharmaceutiques.2017. <dumas-01621720>, HAL « archives-ouvertes » ; mémoire du diplôme d'études spécialisées de pharmacie ; option pharmacie hospitalière-pratique et recherche ; soutenu le 05 octobre 2017 ; Faculté de Pharmacie Aix Marseille  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01621720/document>
- Management of antipsychotic adverse effects: movement disorders Revised February 2013. ©Therapeutic Guidelines Ltd (etg42 March 2014) *World Psychiatry*. 2018 Oct; 17(3): 341–356. Published online 2018 Sep 7. doi : [10.1002/wps.20567](https://doi.org/10.1002/wps.20567) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127750/>
- Recommandations pour la pratique clinique de la prise en charge de la constipation (texte long). 2017 ; Société Nationale Française de Colo-Proctologie ; GFNG ; SNFGE.  
[https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/12/livre-RCP-consti2017\\_long.pdf](https://www.snfcp.org/wp-content/uploads/2017/12/livre-RCP-consti2017_long.pdf)
- Occlusion intestinale aigüe. Société nationale Française de Gastro-entérologie. SNFGE. Septembre 1999 <https://www.snfge.org/content/occlusion-intestinale-aigue>
- La perforation stercorale du colon, à propos d'un cas et revue de littérature. 26/10/2015 doi : [10.11604/pamj.2015.22.249.8114](https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.249.8114) <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/249/full/>