



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

## Analyse Approfondie de Cas N° 98

Prise en charge retardée d'un enfant de 4 ans ½  
présentant une torsion de l'ovaire.

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques



### ÉLÉMENTS MARQUANTS

La constipation est banale chez l'enfant, surtout à l'âge où les légumes ne sont pas leur plat préféré...

Il s'agit cependant d'un diagnostic d'élimination puisqu'elle est avant tout un symptôme d'une pathologie sous jacente, médicale ou chirurgicale.

Seule une échographie, réalisée par un professionnel habitué à la pédiatrie pourra éliminer une pathologie chirurgicale nécessitant un traitement en urgence en milieu spécialisé.

Encore faut-il que les filières soient définies et mises en œuvre à l'échelon régional.

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une petite fille de 4 ans et 4 mois (16 kg) présente depuis le début de l'après-midi des vomissements en jet incoercibles, des douleurs abdominales sans diarrhée, avec une impossibilité d'hydratation per os. À 21h, les parents se rendent avec l'enfant dans l'unité des urgences du centre hospitalier. La fillette est apathique et aurait fait 2 malaises à domicile. La maman précise que l'enfant a une tendance chronique à la constipation et aux douleurs abdominales et qu'elle a une alimentation pauvre en fibres. Elle ne signale pas d'antécédent médical particuliers ni d'allergie médicamenteuse.

Le médecin urgentiste et le pédiatre de garde constatent un abdomen souple et un état général conservé. Ils décident d'une hospitalisation en pédiatrie pour cause de vomissements acétonémiques. Ils prescrivent une hydratation intraveineuse et un traitement symptomatique. Le bilan sanguin est normal et l'enfant n'est pas algique.

Le lendemain, l'enfant est examinée par un pédiatre, son abdomen est souple. Elle présente des douleurs abdominales fluctuantes et migratrices calmées par du paracétamol parentéral. Les vomissements ont régressé. Un bilan est prescrit pour le lendemain matin ; les résultats montrent une anémie microcytaire carentielle.

Dans la journée du lendemain, le pé-

diatre, qui a estimé l'examen clinique du matin rassurant, est appelé dans l'après-midi parce que l'enfant est toujours pas. Un lavement et une coproculture lui sont prescrits : un énorme fécalome puis des selles liquides sont évacués dans la journée. Les douleurs régressent au paracétamol qui est prescrit à la demande. L'abdomen de la fillette est sensible mais reste dépressible. La coproculture est négative.

Après une nuit calme, l'enfant est de nouveau algique le matin. Elle est soulagée par le paracétamol.

A 14h, elle se réveille de la sieste en hurlant de douleur ; elle présente une contracture abdominale et est impossible à examiner. Un bilan biologique révèle une CRP à 96 mg/L. alors qu'elle était la veille à 8 mg/L. Une échographie abdominale et une IRM sont alors réalisées en urgence et mettent en évidence un aspect de torsion ovarienne droite avec une lésion kystique incluse.

À 20h30, la fillette est transportée en urgence au CHU pour une prise en charge en chirurgie pédiatrique à 3 jours du début de la symptomatologie. Elle est opérée aussitôt et une détorsion de l'annexe est réalisée ; l'ovaire droit nécrosé est laissé en place.

### CARACTÉRISTIQUES :

#### Gravité :

mise en jeu du pronostic vital





# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

**Le jeudi 19 avril après-midi** : une petite fille de 4 ans et 4 mois présente à son domicile des vomissements incoercibles, sans diarrhée, avec impossibilité d'hydratation per os. Dans la soirée, les parents décident de se rendre au centre hospitalier (CH), dans l'unité des urgences. **20h50** : l'enfant est accueillie et évaluée par une infirmière d'accueil et d'orientation. Les parents relatent des vomissements en jet avec des douleurs abdominales depuis le début de l'après-midi. L'enfant est apathique et aurait fait 2 malaises à domicile. La maman indique que l'enfant a une alimentation pauvre en fibres, une tendance chronique aux douleurs abdominales et à la constipation. Elle ne signale pas d'antécédent médical particulier ni d'allergie médicamenteuse. **21h10** : les paramètres indiquent une fréquence cardiaque (FC) à 124 battements par minute (BPM), une tension artérielle (TA) à 100/61 mm Hg, une saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) à 98 %, une glycémie capillaire à 1,30 g/L, une acétonémie à 2,2 mmol/L. L'enfant pèse 16 kg.

Une compote de fruits est servie et ingérée par la fillette. **22h40** : le médecin urgentiste examine l'enfant et note que l'état général est conservé avec un abdomen souple, une absence de diarrhée. Il conclut : « vomissements acétonémiques. Hospitalisation en accord avec le pédiatre pour une hydratation intraveineuse. ». **Vers 23h30** : l'enfant est hospitalisée en service de pédiatrie. Elle est examinée par le pédiatre ① qui note : « vomissements incoercibles avec échec d'hydratation per os. Pas de fièvre, pas de troubles du transit (tendance à la constipation). Pas de contagion. Pas de voyage. Ne mange pas de viande, de fruits ou de légumes. Caries multiples. Constipation avec une selle dure par jour. Langue sèche, pas de pli cutané. Une auscultation cardio-pulmonaire sans anomalie. Un bon état de conscience, un examen neurologique sans anomalie. Un abdomen souple et dépressible ». Les paramètres hémodynamiques sont normaux. La fillette ne souffre pas. Un traitement symptomatique avec une réhydratation intraveineuse et une surveillance de l'acétonémie est prescrit. **Vendredi 20 avril** : l'enfant est examinée par un pédiatre ② qui constate que l'abdomen est « parfaitement souple et normal » et ne donne pas lieu à une indication d'échographie abdominale.

L'enfant présente des épisodes de douleurs calmés par du paracétamol parentéral. Elle se plaint de douleurs abdominales fluctuantes et migratrices, tantôt au niveau de l'hypochondre droit tantôt épigastriques. Mais son abdomen reste souple, dépressible, très légèrement sensible à la palpation et sans réaction péritonéale. Le bilan d'entrée montre une anémie microcytaire probablement carencielle. Un bilan de complément est planifié pour le lendemain. Il est noté une bonne évolution avec une régression des vomissements.

**Samedi 21 avril matin** : l'enfant présente des épisodes douloureux, évalués à 7/10 sur l'échelle numérique, complètement régressifs sous paracétamol (Perfalgan®), sans vomissements. Pas de prise alimentaire. L'enfant est examiné par un pédiatre ③ qui constate que l'abdomen est normal. Le bilan biologique indique : acétonémie à 2,6 mmol/L, CRP : 8,6 mg/L, fer sérique : 8,45 µmol/L, transferrine : 2,47 g/L, ferritine : 8 ng/mL. **17h** : le pédiatre ③ est appelé car l'enfant est douloureuse et constipée. Il prescrit un lavement de phosphate monosodique disodique (Normacol®). L'enfant évacue un énorme fécalome suivi de selles liquides. Son ventre reste sensible mais dépressible. **18h** : la fillette se plaint de douleurs intermittentes, soulagées par du paracétamol. Elle reste calme durant toute la nuit.

**Dimanche 22 avril à 8h** : l'enfant est apyrétique. Elle manifeste toujours des douleurs régressant systématiquement sous paracétamol. L'enfant présente plusieurs fois des selles liquides. La coproculture est négative.

**14h** : l'enfant se réveille de la sieste en hurlant, avec des douleurs épigastriques et de la fosse iliaque droite ; le flanc droit est inexaminable et l'abdomen très contracté. Le pédiatre ② prescrit du paracétamol en intraveineux. Le bilan sanguin montre : hématies : 4,41 téra/L, hémoglobine : 9,60 g/dL, hématokrite : 29,40 %, VGM : 66,70 fL, TCMH : 21,8 pg, leucocytes : 13,30 giga/L, plaquettes : 272 giga/L, CRP : 96,2 mg/L.

**15h30** : une échographie abdominale en urgence met en évidence une masse kystique de 28,5 mm X 30,9 mm à parois épaisses avec niveau liquide déclive en son sein, sans vascularisation au Doppler™ couleur, située en fosse iliaque droite.

**17h30** : un complément d'exploration par IRM conclut en une torsion ovarienne droite avec lésion kystique hémorragique au sein de l'ovaire. Le chirurgien viscéral de garde demande un avis au chirurgien gynécologue. Les chirurgiens n'opérant pas les enfants, ils décident d'un transfert de la petite fille au CHU de recours.

**19h** : les constantes de la fillette sont normales. L'enfant est toujours apyrétique. Le traitement antalgique est poursuivi avec du paracétamol à la dose de 15 mg/kg toutes les 6 heures. Un plateau repas est servi par erreur à la petite fille qui grignote et mange un quart de pomme.

**20h30** : la fillette bénéficie d'un transfert médicalisé vers les urgences pédiatriques du CHU. **22h30** : arrivée au CHU.

**23h** : l'enfant est prise en charge au bloc opératoire : détorsion de l'annexe ; l'ovaire est nécrosé et laissé en place.

Une IRM de contrôle est effectuée 15 jours après l'intervention : la question de la prise en charge du kyste se pose en vue d'éviter une récurrence de torsion ; par ailleurs la nature du kyste (kyste hémorragique ou kyste dermoïde) n'est pas certaine.

Le compte rendu opératoire n'est pas transmis par le CHU lors de la RMM.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Pathologie chirurgicale non reconnue avant le stade de complication en raison :

- d'une symptomatologie non spécifique (crises algiques liées à des phénomènes de sub-torsion résolutive et précédant un épisode de torsion complète de l'ovaire dans un contexte de constipation chronique),
- de la faible fréquence de cette pathologie dans cette tranche d'âge.

## Facteurs latents

### **Patient :** +

Douleurs abdominales fréquentes liées à une constipation chronique.  
Alimentation déséquilibrée, pauvre en fibres.

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

### **Professionnels / facteurs individuels :**

Raisonnement clinique orienté vers les hypothèses diagnostiques les plus fréquentes au regard de la symptomatologie algique (constipation et fécalome, déséquilibre alimentaire) et des résultats biologiques sanguins à l'admission (acétonémie, CRP normale).+++

Absence de prescription systématisée d'une échographie abdominopelvienne pour toute douleur abdominale persistante chez la petite fille. +++

### **Équipe :**

Défaut de coordination et de communication à l'origine d'un non-respect du jeûne avant le transfert pour intervention chirurgicale (non contributif ici mais à prendre en compte).

Dysfonctionnements récurrents dans la transmission des retours d'information depuis le CHU. +

### **Tâches :**

Pas de facteur latent retrouvé

### **Environnement :**

Pas de facteur latent retrouvé

### **Organisation :**

Définition insuffisante des parcours de soins pour les enfants relevant d'une prise en charge chirurgicale pédiatrique (arbres décisionnels et lieux des prises en charge) : filière régionale non opérationnelle.+++

### **Institution :**

Incomplétude du SROS concernant les ressources en chirurgie pédiatrique dans les départements de la région.+++

## Enseignement : Actions / Barrières

### Spécifique:

Privilégier les échanges avec les chirurgiens pédiatres-ressources identifiés.  
Revoir les circuits de communication concernant le respect du jeûne en situation préopératoire en pédiatrie.



### Commun :

Formaliser une procédure pour la prise en charge des enfants en pédiatrie au CH, en fonction des spécialités chirurgicales et des critères « âge/poids », avec un arbre décisionnel du circuit de l'enfant et des transferts inter-hospitaliers.

Procéder à une alerte auprès du responsable de la gestion des risques du CHU au sujet des incidents récurrents de non transmission des compte rendus opératoires et des courriers de suivi, à l'origine de pertes d'informations et de dégradations de la qualité de la prise en charge.

En l'occurrence, la réalisation d'une IRM de contrôle est réalisée au sein du CH sans réception des conclusions de l'hospitalisation au CHU (existence possible d'un tératome nécessitant un suivi attentif).

Alerte à retransmettre par la PRAGE auprès de l'ARS.



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 :

Demander systématiquement une échographie abdominopelvienne devant un tableau de douleur abdominale inexplicée et persistante chez la petite fille.

## Références et Bibliographie

- Torsion d'annexe : une urgence porteuse de risque – C. Huchon, A. Fauconnier – La lettre du gynécologue – n° 377 – décembre 2012  
<http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/19172.pdf>
- Diagnostic échographique en urgence d'une torsion de l'ovaire chez l'enfant : à propos de 9 observations – S. Semlali, M. Atmane, and coll – Archives de Pédiatrie 11 (2004) 304-307  
<http://www.em-consulte.com/article/24634/figures/diagnostic-echographique-en-urgence-d-une-torsion->
- Torsion tubaire isolée : 6 cas chez des adolescentes – C. Marcotte-Bloch, M. Albertario, JS Valla, B. Leloutre, A. Geoffray – Fondation Lenal – Nice  
<http://pe.sfrnet.org/Data/ModuleConsultationPoster/pdf/2008/1/1928a3be-e7f8-4f98-a2e2-0ae3afab28df.pdf>
- Torsion d'annexes chez la fille péripubère : plaidoyer pour une conservation de l'ovaire – V. Rousseau, E. Thibaud, C Nihoul Fékété- Hopital necker –Paris Gynécologie et Obstétrique Pratique - Octobre 2009.  
<https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/torsions-d-annexes-chez-la-fille-peripubere-plaidoyer-pour-une-conservation-de-l-ovaire>

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