



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

Analyse Approfondie de Cas N° 99

Complications pariétales abdominales par plaie du grêle après colpohystérectomie carcinologique coelioscopique

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI



ÉLÉMENTS MARQUANTS

L'exercice multi-site d'une activité chirurgicale très spécialisée n'est pas aisé ...
Il requiert une confiance totale entre les praticiens intervenant et ceux en charge du suivi post-opératoire ainsi que des postures thérapeutiques similaires.

Lorsque les opérateurs sont multiples, l'exercice devient vite périlleux !

Il importe alors de bien définir les tâches et les rôles, de communiquer efficacement, de coordonner les soins et de définir précisément les circuits d'alertes ...

Bref, de travailler en équipe !

Une patiente de 76 ans est prise en charge dans un centre hospitalier pour un problème de métrorragies lié à un adénome endométrial. Elle doit être opérée par coelioscopie d'une colpohystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale et curage pelvien. Une radiothérapie post-opératoire est prévue.

Elle a pour antécédents, entre autres, une cholécystectomie et une résection sigmoïdienne par laparotomie suite à un échec de coelioscopie. Son IMC est de 30,8. Une anesthésie générale est prévue, avec une antibioprophylaxie.

Au décours de la coelioscopie, le chirurgien gynécologue ① procède à la libération de nombreuses adhérences liées aux interventions précédentes. En fin d'intervention, il découvre une importante éventration sous ombilicale et propose au chirurgien viscéral ② présent au bloc de traiter cette hernie. Le chirurgien ② met en place une prothèse pariétale à travers les trocarts déjà positionnés. Le chirurgien ① procède à la fermeture des orifices des trocarts. Le chirurgien ① regagne le centre hospitalier (CH) voisin dans lequel il travaille également. Le suivi de la patiente est confié aux médecins du CH où la patiente a été opérée. En fin de soirée, la patiente est transférée en unité de surveillance continue (USC) après la surveillance en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI).

Le lendemain, à 07h30, l'IDE alerte le

chirurgien ② et le chirurgien gynécologue ③ que la patiente présente un écoulement abdominal « d'aspect séro-hématique avec des traces de matières fécales ». La patiente n'est pas algique. Le chirurgien ② demande à l'IDE de refaire le pansement et explique qu'il repassera en fin de matinée car il consulte durant toute la matinée.

A 11h, le chirurgien ① qui opère au CH voisin, téléphone à l'USC pour s'informer de l'état de la patiente. L'IDE lui explique que le pansement a dû être changé deux fois dans la matinée.

Le chirurgien ① se rend aussitôt auprès de la patiente.

Vers 12h30, les chirurgiens décident en concertation d'une reprise chirurgicale immédiate au bloc.

A 14h45, la patiente est opérée par le chirurgien viscéral ② qui découvre une plaie au niveau du jéjunum, en regard de l'orifice du trocart ombilical, probablement liée à un point de suture transfixiant lors de la fermeture de la paroi. Il constate une importante infiltration de la paroi abdominale. Après un abondant lavage abdominal et la mise en place de drains, une antibiothérapie adaptée est initiée.

Dans les semaines qui suivent, la patiente est réopérée plusieurs fois pour traiter une nécrose de sa paroi abdominale.

Elle reste hospitalisée en unité de chirurgie viscérale pendant un mois.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Mise en jeu du pronostic vital





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Janvier : une patiente de 76 ans présente des métrorragies depuis trois mois. Elle est suivie par un chirurgien gynécologue ① qui exerce à la fois dans deux centres hospitaliers distants d'une heure de route. Elle a pour antécédents notables une cholécystectomie, une résection sigmoïdienne par laparotomie suite à un échec de cœlioscopie, un accident ischémique transitoire, une endométriose, 4 grossesses avec accouchement par voie basse. L'IRM diagnostique un carcinome endométrial limité au corps utérin, sans extension ganglionnaire pelvienne. Une colpohystérectomie avec annexectomie bilatérale et curage pelvien par cœlioscopie est programmée « sachant qu'il existe un risque significatif de conversion en laparotomie suite aux antécédents de chirurgie digestive ». Lors de la consultation d'anesthésie, la patiente a un IMC de 30,8. Son score ASA est de 2. Le bilan biologique et les constantes sont normaux. Une prise en charge post opératoire en Unité de surveillance continue est prévue (USC).

Lundi 19 février à 16 h : la patiente est hospitalisée au CH 1. Le chirurgien ① n'exerce que le mardi dans cet établissement.

Mardi 20 février 8h35 : la patiente est accueillie en salle d'opération. La durée prévue de l'intervention est de 90 minutes.

8h45 : début de l'anesthésie générale puis de la cœlioscopie. Le chirurgien ① constate d'importantes adhérences qu'il libère progressivement, de façon atraumatique, à l'aide de la coagulation bipolaire. Ce temps de viscérolyse dure 2 heures. Il constate également la présence d'une importante éventration. Après avoir extrait la pièce opératoire et réalisé le curage pelvien, il propose au chirurgien viscéral ② qui est présent au bloc, de réaliser la cure de l'éventration. **12h45** : les trocarts de cœlioscopie sont laissés en place, une 2ème insufflation abdominale débute. **13h45** : le chirurgien ② retrouve l'éventration sous-ombilicale et met en place une prothèse pariétale. **14h15** : le chirurgien ① procède à l'extufflation, effectue le contrôle de l'hémostase et la fermeture des orifices des différents trocarts. L'insufflation de dioxyde de carbone (CO₂) a duré 05h03. **18h00** : le chirurgien ①, avant de quitter la clinique, prend des nouvelles de sa patiente qui est surveillée en SSPI et qui va bien. Il ne transmet pas d'information particulière au chirurgien gynécologue ③ du CH 1 (présent en salle durant l'intervention) car la patiente ne nécessite pas de surveillance spécifique. **19h42** : elle est transférée en USC. Elle est hypotherme à 35°8C. Une couverture chauffante est installée. Durant la nuit, il est noté que le pansement ombilical est taché et qu'il n'y a pas de reprise des gaz.

Mercredi 21 février à 04h00 : l'IDE alerte l'interne de garde car la patiente présente un écoulement anormal de couleur verdâtre au niveau du pansement ombilical. L'interne demande de renforcer le pansement, de continuer la surveillance post-opératoire et de signaler si l'état de la patiente évolue. Il ne trace pas ces données et ne transmet pas cette information aux médecins concernés. **8h30** : le pansement abdominal présente un écoulement important d'aspect séro hématisé avec des traces de matières fécales. L'IDE refait le pansement. La patiente est vue par le chirurgien gynécologue ③ puis par le chirurgien viscéral ②. La patiente ne souffre pas et son abdomen est souple. Le chirurgien ② constate que le pansement est propre. Il dit à l'IDE qu'il repassera vers 12h00 après ses consultations et demande simplement que le pansement soit refait. Le chirurgien gynécologue ① n'est pas prévenu par ses confrères de l'état de sa patiente. L'IDE note que la patiente est en anurie. Cette donnée n'est pas transmise aux médecins. **11h** : le chirurgien gynécologue ① qui opère ce jour-là au CH 2, téléphone aux IDE au sujet de la patiente. Ne recevant pas d'information suffisamment précise, il décide de venir examiner la patiente. Il se fait remplacer par ses collègues au CH. **12h30** : les chirurgiens ① et ② examinent la patiente et décident d'une reprise chirurgicale immédiate au bloc opératoire. Le chirurgien ① doit repartir au CH poursuivre son programme opératoire. Il confie la patiente au chirurgien ②.

14h45 : la patiente est installée au bloc opératoire. Le chirurgien ② effectue une laparotomie. Il découvre et suture une plaie sur le grêle au niveau jéjunal qui semble correspondre à un trou d'aiguille certainement réalisé lors de la fermeture pariétale de l'orifice du trocart ombilical. Il enlève la plaque et traite l'éventration. Il constate une importante infiltration de la paroi abdominale par du liquide digestif. Des prélèvements bactériologiques et une abondante toilette abdominale sont effectués. Un drain et des lames sont mis en place. Une antibiothérapie pour péritonite stercorale est débutée.

Dans les semaines qui suivent, la patiente est réopérée 4 fois, sous anesthésie générale, pour traiter par thérapie à pression négative une nécrose de sa paroi abdominale. Elle reste hospitalisée en USC pendant 16 jours, puis en unité de chirurgie viscérale pendant un mois. Elle bénéficie d'un suivi psychologique et de consultations d'une IDE spécialisée en « plaies et cicatrisation ». La radiothérapie complémentaire prévue en post opératoire n'est pas réalisée.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Retard au diagnostic et au traitement d'une perforation iatrogénique du grêle (plus de 6 heures) par :

- sous-estimation de la gravité des lésions intra-abdominales et pariétales ;
- défaut de communication des informations entre opérateurs ;
- inefficience des procédures d'organisation de la continuité des soins.

Facteurs latents

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

Patient : +

Obésité.

Antécédents de 2 laparotomies.

Tableau clinique incomplet : la lésion se situe au niveau ombilical avec hameçonnage du grêle à la paroi, et n'oriente pas d'emblée vers une complication intra-abdominale.

Professionnels / facteurs individuels : ++

Situation clinique trompeuse (signes locaux pariétaux sans symptomatologie péritonéale) induisant un raisonnement erroné (biais de confirmation d'hypothèse, optimisme ?).

Équipe :

Défaut de communication écrite et orale entre les divers praticiens.+++

Intervenants chirurgicaux nombreux avec insuffisance de coordination effective. +++

Procédure définissant les responsabilités médicales pour la continuité des soins rédigée et signée mais insuffisamment connue de l'ensemble des praticiens.++

Alertes par les IDE (concernant les écoulements pariétaux) insuffisamment prises en considération.++

Défaut dans les transmissions écrites dans les dossiers IDE : les horaires et les dates de saisie ne correspondent pas aux dates et aux horaires réels faisant apparaître des chronologies différentes. (non contributif ici mais pouvant être à l'origine d'erreurs dans d'autres prises en charge). Paramétrage à revoir ?++

Tâches :

Multiples erreurs de saisie des données patient dans le dossier infirmier informatisé (noms des intervenants erronés, horaires, constantes, résultats des bilans...).++

Environnement :

Exercice chirurgical ponctuel (1 fois par semaine) en un lieu éloigné géographiquement (1 heure de route) rendant nécessaire la délégation des tâches afférentes à la continuité des soins.+++

Dossiers mixtes : coexistence de supports informatiques (dossier IDE et médical) et de support papier (dossier anesthésie) dans les dossiers patients avec risque de perte d'information (non contributif ici mais pouvant être à l'origine d'erreurs dans d'autres prises en charge).

Organisation :

Non-respect des termes de la convention de partenariat entre praticiens des 2 sites pour la transmission des alertes et la continuité des soins.+++

Institution :

Dossiers patients informatisés administrés par des logiciels différents dans les 2 établissements de santé, avec interopérabilité incomplète, pouvant générer des pertes d'informations (non contributif ici mais pouvant être à l'origine d'erreurs dans d'autres prises en charge).

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Poursuivre la réflexion engagée concernant l'interopérabilité des systèmes d'information au sein du GHT.

Modifier le paramétrage des logiciels de saisie des transmissions afin que les dates et les horaires saisis correspondent à la réalité chronologique des soins (particulièrement en cas d'impression).



Commun :

Définir les règles précises de la continuité des soins au-delà de la « personnalisation ».

Organiser des staffs multi professionnels réguliers avec définition, suivi et enregistrement des projets de soins et des informations médicales.

Resensibiliser les équipes à l'importance de la qualité et la précision des transmissions écrites au niveau des dossiers IDE (noms des intervenants, horaires, constantes).



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

Général :

Planifier une formation d'approche du travail en équipe, de type CRM (avec ou sans engagement dans un programme PACTE de la HAS) afin de favoriser un langage commun, la cohésion d'équipe et la confiance mutuelle.

PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.fr

Références et Bibliographie

- Cure de hernie ou d'événement post-opératoire de la paroi abdominale antérieure par coelioscopie /HAS/ Février 2006 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_cure_de_hernie.pdf
- Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ? FCVD Fédération de chirurgie viscérale et digestive. Points clés et sécurité du patient. HAS mai 2016. http://oachirped.fr/files/ssp_pneumo_mai_mai2016.pdf
- Infection du site chirurgical : facteurs de risque, prévention, diagnostic et traitement. Caroline Di Benedetto, Alessandra Bruno, Enos Bernasconi ; Revue Médicale Suisse N° 401 (1832-1839); octobre 2013 <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-401/Infection-du-site-chirurgical-facteurs-de-risque-prevention-diagnostic-et-traitement>
- The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) Spécial / Clinical Review& Education/ Caring for the critically ill patient/Mervyn Singer,MD, FRCP; Clifford S. Deutschman, MD, MS; Christopher Warren Seymour,MD, MSc3 ; et al. 23 février 2016. JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287 <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2492881>
- Stratégie du remplissage vasculaire périopératoire. Volume 32, Issue 6, June 2013, Pages 454-4622013 Societe francaise d'anesthésie et de réanimation(Sfar), Publié par Elsevier Masson SAS, B.Vallet, Y.Blanloeil, B.Cholley, G.Orliaguet, S.Pierre, B.Tavernier ; <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2013.04.013>
- Choc septique : définitions, épidémiologie, monitoring et principes thérapeutiques. N.Nessler, M.A.Matthay, P.Seguin. e Congrès Conférence d'Essentiel© 2017, Sfar, Paris; <http://sfar.org/wp-content/uploads/2017/10/Nessler-Choc-septique-definitions-epide%CC%81miologie-monitorage-et-principes-therapeutiques-.pdf>

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