

Cas clinique chirurgie - Septembre 2011

Non-diagnostic d'une péritonite aux Urgences (patiente mise sous analgésie morphinique)

ANALYSE

Barrières

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
<i>Existence d'un protocole de prise en charge des douleurs abdominales aiguës (DAA) établi en concertation par le service des Urgences et le service de Chirurgie viscérale, recherchant-en priorité n°1 des signes en faveur d'une détresse vitale et en priorité n°2 des signes en faveur d'une affection chirurgicale (réf1&2)</i>	NON	<i>Majeure</i>
<i>Appel immédiat d'un senior de chirurgie en cas de suspicion d'une affection chirurgicale</i>	NON	<i>Majeure</i>
<i>En cas d'indisponibilité du senior en chirurgie (bloc opératoire), le protocole doit prévoir la conduite à tenir en fonction de l'affection chirurgicale soupçonnée, concernant 1) les examens complémentaires à réaliser 2) le traitement antalgique à administrer ou non et 3) un transfert éventuel, selon l'urgence de l'intervention chirurgicale et si l'état de la patiente l'autorise</i>	Sans objet	
<i>La non-admission d'un malade doit être décidée et signée par un médecin senior de médecine ou de chirurgie après examen</i>	OUI	
<i>La non-admission d'un malade pour lequel un avis chirurgical a été demandé doit également être signée par le médecin senior de chirurgie après examen</i>	NON	<i>Majeure</i>
<i>Le traitement antalgique d'une DAA doit être conforme aux recommandations préconisées (réfs 3 et 4)</i>	NON (perfusion continue au lieu de titration)	?
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Recommandations au patient à la sortie des Urgences d'appel du médecin de garde ou de retour à l'hôpital en cas de réapparition des symptômes</i>	OUI	<i>NON suivies par la patiente et son mari</i>
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Relecture systématique le lendemain matin par le chef de service des Urgences (ou tout autre praticien hospitalier du service) de tous les dossiers des patients ayant consulté aux Urgences et non admis pour s'enquérir de l'état de ceux qui auraient dû l'être et, éventuellement les réhospitaliser</i>	NON	<i>Importante, si moins de 24 h après la sortie du service des Urgence</i>
<i>Laparotomie pour traitement de la péritonite et de sa cause (perforation sigmoïdienne)</i>	NON	<i>Directement responsable du décès</i>

Pour aller plus loin

Il existe un consensus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) pour un traitement antalgique des douleurs abdominales aiguës aux Urgences (références 3 et 4). Ce consensus ne semble pas partagé par les chirurgiens (référence 3). A noter que dans l'actualisation (2010) de leurs recommandations pour « La sédation et l'analgésie en structure d'urgence » (référence 5), la Société Française d'Anesthésie –Réanimation (SFAR) et la SFMU n'envisagent pas le cas des « douleurs abdominales aiguës ».

Références

- 1) de Saussure W et al Quand référer aux urgences un patient présentant des douleurs abdominales ? Rev Med Suisse N°259 du 25/08/2010
- 2) http://www.snfge.org/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_16_item_195.pdf
- 3) <http://www.sfm.org/fr/ressources/seminaires#2001>
- 4) http://www.copacamu.org/IMG/pdf/Vendredi21mars_HA1_10h_Ricard-Hibon.pdf
- 5) <http://www.sfar.org/article/555/sedation-et-analgésie-en-structure-d-urgence>