

## Cas chirurgie - avril 2014

### Péritonite au décours d'une colectomie pour cancer recto-sigmoïdien. Décès après une cascade de retards dans la prise en charge

#### Analyse approfondie

#### Analyse des barrières

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>	Respect de la barrière	Contribution relative
Indication de l'intervention justifiée	Oui	
Préparation colique préopératoire adaptée (régime sans résidu)	Oui : Absence de différence significative des différentes techniques de préparation concernant le risque de désunion anastomotique (DA) (réf 1- Bretagnol)	
Antibioprophylaxie conforme aux recommandations (Augmentin®)	Oui	
Voie d'abord conforme aux recommandations (coelioscopie avec possibilité de conversion en laparotomie) (référence 2)	Oui ( <b>accord du patient sur cette stratégie</b> )	
Technique opératoire conforme aux recommandations (référence 2)	A priori Oui	
Prescriptions postopératoires centrées sur le dépistage du risque de désunion anastomotique, en raison de sa fréquence (5 à 10 %) et de sa gravité (30 % de mortalité) (réf 3)	<b>A priori Non</b> malgré des suites d'emblée compliquées (absence de reprise franche du transit intestinal, douleurs abdominales, abdomen tendu, ...)	<b>Importante</b>
Connaissance sur l'urgence de la réintervention par le personnel médical et infirmier de garde, en cas de péritonite postopératoire par désunion anastomotique (réf 1-Parc et 4)	<b>Non</b>	<b>Minime</b>
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<p><b>Prise en charge immédiate du choc septique</b> réf5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-transfert patient en USC</li> <li>-monitorage standardisé</li> <li>-remplissage vasculaire par soluté de ClNa isotonique pour maintenir PAM ≥65mmHg</li> <li>-O2 pour SpO2 ≥95%</li> <li>-prélèvements biologiques standardisés (dont lactates,..)</li> <li>-prélèvements bactériologiques (dont hémocultures,...)</li> </ul> <p><b>Recherche et contrôle du foyer infectieux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) antibiothérapie probabiliste des états septiques graves,</li> <li>-dans la première heure du choc septique</li> </ul>	<p><b>Non</b> (en dehors des hémocultures)</p> <p>-Suspicion de péritonite postopératoire par l'anesthésiste plus de 6 h après l'épisode de choc septique (demande d'un scanner abdominal)</p>	<p><b>Importante</b></p> <p><b>Importante</b></p>

<p>(référence 6) -adaptée au foyer infectieux identifié (péritonite) (référence 7) 2) –identification du foyer infectieux</p> <p><b>REINTERVENTION dans les meilleurs délais</b> (dès le diagnostic posé) « En cas de péritonite postopératoire par désunion anastomotique entraînant une complication septique majeure, l'indication d'une reprise chirurgicale ne pose pas de difficultés, et le plus souvent <u>sans qu'il ait été nécessaire d'examen complémentaire</u>, la reprise s'impose » (réf 1-Parc)</p>	<p>-Diagnostic de péritonite confirmé par le chirurgien sur l'aspect du liquide de drainage abdominal, en début de matinée</p> <p>Réintervention, mais 18 h après la survenue du choc septique (notamment en raison de la réalisation d'examens complémentaires inutiles, voire dangereux "opacification à la Gastographine®") - sans antibiothérapie adaptée →état septique non contrôlé après la réintervention -et, en l'absence de mesures de réanimation → état de choc persistant avec défaillance multiviscérale, à la sortie du bloc)</p>	<p><b>Majeure</b></p>
<p><b>BARRIERE D'ATTENUATION</b></p>		
<p>Transfert en service de réanimation adapté à la prise en charge de ce type de pathologie, immédiatement après la réintervention</p>	<p>Oui, mais avec un délai de plus de 36 heures</p>	<p>Décès 28 jours après la réintervention</p>

## REFERENCES

- 1) [http://www.chirurgie-viscerale.org/rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2012/20120216-155341-330/src/htm\\_fullText/fr/FCC12%20mise%20en%20page.pdf](http://www.chirurgie-viscerale.org/rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2012/20120216-155341-330/src/htm_fullText/fr/FCC12%20mise%20en%20page.pdf)
- 2) <http://www.chirurgie-viscerale.org/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/c-colon/Technique-colectomies-sous-c%5%93ioscopie-pour-cancer/article.phtml?id=rc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2008/mie-20080529-173628-11747>
- 3) <http://www.chirurgie-viscerale.fr/GeneratePDF.do?url=http://www.chirurgie-viscerale.fr/main/formationcontinue/mise-au-point/1-chirurgie-viscerale-et-digestive/g-grele/Fistule-intestinale-post-op%C3%A9ratoire/article.phtml?id%3Drc/org/chirurgie-viscerale/htm/Article/2008/mie-20080529-173642-11887>
- 4) <http://chirurgie-digestive.eu/journees/autre/peritonite-postoperatoire-JCD.html>
- 5) [http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110819-082048-438/src/htm\\_fullText/fr/20110520-JCC-TexteCourtConfCons\\_SF.pdf](http://www.srlf.org/rc/org/srlf/htm/Article/2011/20110819-082048-438/src/htm_fullText/fr/20110520-JCC-TexteCourtConfCons_SF.pdf)
- 6) <http://www.sfar.org/accueil/article/661/antibiotherapie-probabiliste-en-reanimation#top>
- 7) <http://www.sfar.org/article/87/antibiotherapie-probabiliste-des-etats-septiques-graves-ce-2004>

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	Non	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	Surveillance inadaptée des patients par le personnel infirmier de garde → Absence d'appel de l'anesthésiste de garde sur place en cas d'état de choc septique : soit, absence de consignes, soit, non-respect des consignes	Mineure
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	Etablissement, a priori, en difficulté de prendre en charge une réintervention urgente.	
Equipe (communication, supervision, formation)	<p><b>Absence de concertation entre l'anesthésiste et le chirurgien</b> pour planifier la prise en charge du patient afin que la réintervention intervienne dans les plus brefs délais et les meilleures conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Absence de contact entre le radiologue et le chirurgien pour discuter du bien-fondé du scanner abdominal.</li> <li>-Opacification à la Gastrographie® réalisée à l'initiative du radiologue, sans accord du chirurgien, alors que, compte-tenu du contexte cet examen était inutile et potentiellement dangereux</li> </ul>	<p>Majeure</p> <p>?</p> <p>?</p>
Individus (compétences individuelles)	<p>1) Absence de consignes de surveillance postopératoire adaptées au dépistage précoce d'une désunion anastomotique</p> <p>2) Méconnaissance par l'anesthésiste et le chirurgien de l'urgence de la prise en charge d'une péritonite par désunion anastomotique, responsable d'un choc septique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-mesures de réanimation</li> <li>-antibiothérapie probabiliste</li> </ul> <p>- surtout, réintervention dès le diagnostic clinique posé (en évitant toute perte de temps due à des examens complémentaires inutiles)</p> <p>3) Réintervention réalisée non seulement avec retard mais en l'absence de couverture par une antibiothérapie probabiliste et de mesures de réanimation adaptées</p> <p>4) Evaluation incorrecte de la gravité du patient immédiatement après à la réintervention à</p>	<p><b>Minime,</b> compte-tenu de la faible réactivité du chirurgien, après qu'il ait, lui-même, posé le diagnostic de péritonite</p> <p><b>Majeure</b></p> <p><b>Majeure</b></p>

	l'origine d'un retard de 36 h au transfert en service de réanimation spécialisée	Moyenne Compte-tenu de la gravité de l'état du patient
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	-Réalisation d'examens d'imagerie sans tenir compte de la notion d'urgence à réintervenir -Délai inacceptable en cas de réintervention urgente	<b>Majeure</b>
<b>Patients (comportements, gravité)</b>	Non	