

Cas clinique chirurgie – Novembre 2012

Colectomie sur sigmoïdite

Analyse

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Barrière effective</i>	<i>Contribution relative</i>
<i>Diagnostic initial : Chez un sujet porteur d'une diverticulose connue, évoquer une diverticulite en cas de survenue de douleurs abdominales, de fièvre, de troubles du transit ... (réf 1 et 2)</i>	<i>OUI</i>	
<i>En cas de suspicion de diverticulite, rechercher les critères justifiant une hospitalisation immédiate (signes d'irritation péritonéale, mauvaise tolérance clinique,...) (réf 1et 2)</i>	<i>A priori OUI</i>	
<i>En cas de suspicion de diverticulite, confirmer ce diagnostic et son degré de gravité par un examen TDM pratiqué dans les 72 h (réf 1et 2)</i>	<i>NON mais réalisation d'une échographie bien documentée</i>	<i>Minime.</i>
<i>En cas suspicion de diverticulite, coloscopie formellement contre-indiquée (réf 1et 2)</i>	Non-respect de cette contre-indication	Majeure
<i>En cas de diverticulite, le traitement ambulatoire associe : Régime sans résidu, Antibiothérapie orale (Pénicilline A+ inhibiteur de bêta-lactamase ou Céphalosporine de 3^{ème} génération) et, si allergie, fluoroquinolone et nitro-imidazolé (réf 1et 2)</i>	<i>OUI en partie</i> - pas de notion du régime prescrit - Ciflox® et Flagyl® mais sans notion d'allergie	
<i>Hospitalisation en l'absence d'amélioration de la symptomatologie après 48 à 72h de traitement ambulatoire pour :1)-antibiothérapie (mêmes produits que précédemment) mais, par voie IV 2)-nouvel examen TDM (réf 1et 2)</i>	<i>NON</i>	<i>Importante</i>
<i>En l'absence d'amélioration au bout de 7 à 10 jours de traitement intrahospitalier : 1)-nouvel examen TDM 2)-discussion d'une résection-anastomose colique avec ou sans stomie de décharge (réf 1et 2)</i>	<i>NON</i> - décision opératoire précipitée sans examen TDM et sans mise sous antibiothérapie IV adaptée -absence de discussion de l'intérêt d'une stomie de décharge (autres médecins, information du patient)	<i>Importante</i>
<i>Antibiothérapie IV à visée curative encadrant l'intervention en cas de diverticulite</i>	NON	MAJEURE

Contre-indication formelle des AINS en cas de risque infectieux (réf 3) et notamment en cas de diverticulite (réf 2) Risque de fasciite nécrosante en cas de non-respect de cette contre-indication (réf 4 et 5)	NON-RESPECT de cette contre-indication Association de 4 médicaments à visée antalgique (dont du Profénid®) en postopératoire alors que le patient n'était pas à risque infectieux mais déjà infecté (sigmoïdite diverticulaire <u>abcédée</u>)	MAJEURE (décès dans un tableau de fasciite nécrosante)
BARRIERES DE RECUPERATION		
Arrêt du Profénid®	A priori, NON	MAJEURE
A chaque visite médicale postopératoire, réévaluation de la situation et prise de mesures adaptées	NON le samedi (J1), visite du chirurgien mais aucune note dans le dossier concernant notamment l'arrêt du Profenid® et l'analyse des plaintes de l'opéré	MAJEURE
En postopératoire, visite (au moins) quotidienne d'un médecin y compris le week-end	NON -dimanche (J2), absence de visite	A relativiser, compte tenu de l'absence de réactivité du chirurgien à J1
En cas de suites opératoires anormales, - appel par le personnel infirmier du médecin concerné Et/ou (selon gravité) -Transfert immédiat dans le service « soins intensifs » de la clinique (si réanimateur présent sur place !!!) (selon protocole en vigueur)	NON, malgré l'aggravation constatée dans la soirée du samedi (J1) témoignant d'un début de choc septique	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
Transfert souhaitable dans un centre hospitalier spécialisé dès J1 après mise en route du traitement de l'état de choc et début de l'antibiothérapie compte- tenu de la gravité de la complication (fasciite nécrosante), le patient étant a priori encore transportable	NON	?
Sinon, réintervention d'urgence après mise en route du traitement du choc septique et antibiothérapie adaptée	OUI, mais trop tardive (près de 48 h après l'apparition du choc septique)	

Pour aller plus loin

1. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-08/complications_diverticulose_colique_-_recommandations.pdf
2. http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_21_item_234.pdf
3. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur_chirurgie_buccale_recos.pdf
4. <http://www.carorl.net/IMG/pdf/1715.pdf>
5. <http://www.santetropicale.com/resume/5002.pdf>