

## Cas clinique chirurgie – Juillet 2017

### Invagination intestinale aiguë chez une femme de 53 ans

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
<i>Indication de l'intervention justifiée</i>	OUI	
<i>Délai d'intervention compatible avec l'urgence</i>	NON, (délai de plus de 48 heures) Alors que l'aggravation de la symptomatologie durant le week-end des 21-22 mars, notamment des "rectorragies" témoignait d'une souffrance intestinale accrue (référence 1), pouvant avoir été, à terme, responsable de la perforation colique postopératoire	Importante
<i>Technique opératoire conforme</i>	NON, (stratégie en 3 temps au lieu de un), - outre le risque de laisser en place une portion de côlon ischémique (voir plus haut) - "la résection du segment invaginé est toujours nécessaire quand l'invagination est secondaire à une lésion organique " (référence 1)	Majeure
- <i>Complication postopératoire rapidement dépistée</i>	OUI, Anesthésiste de garde prévenu dans la nuit du 23 au 24 mars, à 04h00, de la survenue de violentes douleurs abdominales	
- <i>Prise en charge adaptée de la complication signalée</i>	NON -absence de déplacement auprès de la patiente, de l'anesthésiste prévenu  -prescription d'un antalgique opiacé et d'un AINS (en dehors AMM ?) sans examen de la patiente et sans recherche de la cause des douleurs abdominales  -prescription d'un bilan biologique sans préciser l'urgence de la communication des résultats  - absence d'information immédiate du chirurgien, de l'aggravation survenue chez la patiente, ainsi que de concertation avec lui pour décider de la conduite à tenir	Majeure
BARRIERES DE RECUPERATION		
<b>Réintervention</b> dès la matinée du 24 mars, après passage rapide en soins intensifs de la patiente pour mise en route du traitement de l'état de choc  <i>Eventuellement précédée d'un examen TDM abdominal, pour</i>	NON, Lors de sa visite, à 08h00, le chirurgien s'est contenté de demander le transfert de la patiente en soins intensifs, sans rechercher la cause de cette aggravation brutale associant - douleurs abdominales +++ - état de choc (PA 70/50 mmHg)	<b>MAJEURE</b>

confirmer le diagnostic de péritonite par perforation intestinale (non indispensable)		
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
Réintervention en milieu d'après-midi du 24 mars	OUI, mais près de 12 h après la survenue de la complication et chez une patiente en choc septique sévère, non contrôlé depuis plus de 8 heures	Décès 48 heures après la réintervention dans un tableau de défaillance multi-viscérale

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

<b>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</b>		
<b>Nature de la cause</b>	<b>Faits en faveur de cette analyse</b>	<b>Contribution relative</b>
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	-Non	
Organisation (personnels et matériels, protocole)	-Absence de protocole concernant les situations exigeant le déplacement de l'anesthésiste (ou du chirurgien) d'astreinte.  -Absence de protocole pour la prise en charge d'un patient en état de choc	Importante
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	NON	
Equipe (communication, supervision, formation)	-Absence de communication et de concertation entre chirurgien et anesthésistes : .l'anesthésiste de la patiente (de garde pendant la nuit) ne prévient pas le chirurgien de l'aggravation dont il a été informé .le chirurgien demande le passage de l'anesthésiste de garde (jour) sans l'attendre .l'anesthésiste de garde (jour) annule le transfert de la patiente en soins intensifs demandé par le chirurgien et ne le prévient pas de l'absence d'amélioration de la patiente malgré le traitement entrepris	Majeure
Individus (compétences individuelles)	<b>Chirurgien</b> -absence de recours à des avis spécialisés, malgré la rareté de l'invagination intestinale aiguë chez l'adulte -intervention différée de 48h malgré la notion d'ischémie intestinale évoluant depuis plusieurs jours ("rectorragies") -stratégie opératoire en 3 temps malgré le	

	<p>risque d'ischémie intestinale et la notion d'une tumeur colique responsable de l'invagination (voir plus haut - référence 1)</p> <p>-absence de réactivité devant une situation évoquant une perforation intestinale et nécessitant une réintervention d'urgence</p> <p><b>Anesthésiste de la patiente</b> (de garde durant la nuit du 23 au 24 mars)</p> <p>-prescriptions sans déplacement pour examiner la patiente</p> <p>-prescription d'antalgique et d'AINS (hors AMM ?) sans recherche de l'origine des douleurs abdominales brutalement apparues</p> <p>-absence d'information du chirurgien et de concertation avec lui</p> <p><b>Anesthésiste de garde</b> (24 mars)</p> <p>-méconnaissance d'un tableau nécessitant une réintervention d'urgence (voir plus haut)</p> <p>-absence de protocole pour prise en charge rapide et adaptée d'un état de choc</p> <p>-absence d'information et de concertation avec le chirurgien</p> <p>-prescription d'un aminoside chez une patiente en insuffisance rénale aiguë</p>	<p><b>MAJEURE</b></p> <p><b>Majeure</b></p> <p><b>Majeure</b></p>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	Voir paragraphe précédent et paragraphe " <b>Organisation</b> "	
Patients (comportements, gravité)	Pathologie chirurgicale très rare chez l'adulte qui aurait dû justifier le recours à des avis spécialisés	Importante

#### REFERENCE

1) KHALID E, et al, Les invaginations intestinales chez l'adulte. A propos de 17 cas' Pan. Afr. Med. j. 2012, 12 : 17 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396863/>