

# Fiche RETEX

## Difficultés d'orientation d'un patient venant des urgences



N°21 • Avril 2023

---

### Thématique

---

**Retard de prise en charge d'un patient entraînant une dégradation clinique rapide après son transfert en réanimation**

---

### Catégorie

---

**Sanitaire - MCO**

---

### Résumé de l'EIGS

---

Un patient venant des urgences est admis un weekend en service de médecine pour une réhydratation dans le cadre d'une angine orientant vers une mononucléose.

En absence de praticien ORL disponible le weekend, une consultation est demandée pour le début de semaine. Dans l'intervalle, l'état du patient se dégrade brutalement nécessitant un transfert en réanimation.

Malgré les manœuvres de réanimation, le patient décède à la suite de son arrivée en réanimation d'un choc septique avec défaillance multiviscérale provoqué par une cellulite sur adénopathie cervicale.

---

## Chronologie des faits

### J-3

Un patient se présente au Service d'Accueil des Urgences avec un tableau de dysphagie, fièvre et adénopathie, évoquant une angine mononucléotique. Dans cet établissement, les soins ORL sont dispensés par un cabinet libéral. Le scanner réalisé aux urgences n'étant pas évocateur d'une cellulite cervicale, le patient est transféré vers un service de médecine d'un établissement voisin pour une réhydratation.

### J-2

Le patient hospitalisé en médecine présente toujours une symptomatologie ORL sans signe de gravité respiratoire associé à une hyperthermie à 39°C. Une hydratation par perfusion est prescrite, associée à des antalgiques et des antipyrétiques. Le traitement initial du patient par corticoïdes sans antibiothérapie est poursuivi. Le bilan sanguin du jour retrouve un syndrome inflammatoire.

### J-1

La symptomatologie ORL reste identique. Une consultation ORL est demandée mais le cabinet est fermé le dimanche et il est impossible de joindre les praticiens ORL par un autre moyen. L'équipe soignante prévoit de prendre un rendez-vous le lendemain.

### J0

**8h30.** Le patient est confus et incohérent. Une IRM cérébrale est demandée en urgence, mais non réalisable dans l'immédiat. Les praticiens ORL sont au bloc opératoire et non disponible dans la journée pour un avis.

**9h30.** Le patient est retrouvé avec sa perfusion arrachée, toujours dans un état confusionnel.

**10h.** Le patient est dans un état semi-comateux et présente des crachats brunâtres.

**10h30.** Le patient présente un état d'agitation avec désaturation. Il est mis sous oxygène à 3L aux lunettes, sa saturation remonte à 90%. Une gazométrie artérielle est prélevée par le médecin avec difficultés devant l'agitation du patient. Un encombrement broncho-pulmonaire apparaît avec une tentative d'aspiration qui s'avère inefficace devant l'agitation. Devant ce tableau d'aggravation rapide, un transfert dans une réanimation externe à l'établissement est demandé.

**12h.** Aucune place n'est disponible en réanimation. Au vu de l'aggravation du patient, il est impossible de le garder dans le service de médecine et il est décidé de le retransférer à nouveau au service des urgences qui l'a accueilli initialement, en accord avec l'ensemble des médecins concernés. Entre temps, un anesthésiste examine le patient et constate un état d'agitation toujours présent avec une augmentation importante du volume du cou. Dans l'attente du transfert par un SMUR, deux anesthésistes surveillent le patient en chambre et décident finalement de le transférer en Salle de Soins Post-Intervention (SSPI). Une ambulance non médicalisée se présente à la clinique pour le transfert aux urgences mais est renvoyée car il est impossible de transférer ce patient sans présence médicale. Un nouvel appel au Centre 15 est effectué par le médecin anesthésiste qui obtient le transfert médicalisé en réanimation.

**12h30.** Le patient se dégrade sur le plan neurologique et est transféré en SSPI avec un anesthésiste pour une intubation orotrachéale. Une antibiothérapie à large spectre est débutée.

**14h30.** Transfert du patient en service de réanimation d'un autre établissement.

### J1

Le lendemain en réanimation, le patient décède sur une cellulite avec adénopathie cervicale, thrombose veineuse cervicale, nécrose complète du cou bilatérale aggravée d'un choc septique et d'une défaillance multiviscérale.

#### Pourquoi est-ce un EIGS ?

Il s'agit d'un événement indésirable grave associé aux soins car l'événement est inattendu sur ce type de prise en charge et a pour conséquence le décès du patient

#### Méthodologie de la recherche des causes profondes

Méthode ALARM

## Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- Retard de prise en charge d'une cellulite cervicale sur adéno-phlegmon ayant entraîné un choc septique

## Que s'est-il passé ?

### Causes profondes

#### Facteurs individuels liés au patient

- Patient jeune
- Corticothérapie sur problème pharyngé
- Signes de gravité non décelables les 2 premiers jours
- Mononucléose avec angine bactérienne compliquée, cellulite cervicale, thrombose jugulaire

#### Facteurs liés aux organisations définies

- Admission non programmée dans un service de médecine non adapté à la pathologie du patient, car considéré comme service de décharge des urgences
- Envoi d'une ambulance non-médicalisée inadapté à l'état clinique du patient

#### Facteurs liés à l'équipe

- Absence de compétence ORL le weekend : aucun examen ORL du patient réalisé aux urgences ou dans le service de médecine

#### Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocole d'appel des ORL inexistant en cas de fermeture du cabinet

#### Facteurs liés à l'environnement de travail

- Admission le dimanche
- Transfert d'un service d'urgence vers un service non spécialisé

#### Facteurs liés au contexte institutionnel

- Manque de place en service de réanimation

#### Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

##### Barrière d'atténuation :

- Intervention rapide des équipes médicales et paramédicales

## Enseignements : Actions d'amélioration

1. Révision de la procédure d'appel pour avis d'une autre spécialité, avec appel de médecin à médecin
2. Prioriser les avis ORL notamment devant un tableau complexe d'angine mononucléosique
3. Réflexion sur une orientation des patients aux urgences

# EIGS\* ou aléa thérapeutique ?

\*EIGS: évènement indésirable grave associé aux soins

Aucun dysfonctionnement de prise en charge n'a été identifié ?

OUI : plutôt aléa thérapeutique

NON : plutôt EIGS

Le risque a-t-il été identifié en amont de la prise en charge ?

OUI : plutôt aléa thérapeutique

NON : plutôt EIGS



A mentionner dans les barrières de sécurité

Des mesures avaient-elles été mises en place pour limiter le risque ?

OUI : plutôt aléa thérapeutique

NON : plutôt EIGS



A mentionner dans les barrières de sécurité

Les causes profondes identifiées sont uniquement liées au patient ?

OUI : plutôt aléa thérapeutique

NON : plutôt EIGS

La classification en aléa thérapeutique d'un évènement peut s'envisager à l'issue d'une analyse de causes profondes bien menée

Il s'agit de l'hypothèse de dernier recours, lorsque toutes les causes ont été explorées

