



L'occlusion intestinale, s'en préoccuper en psychiatrie c'est s'en libérer

CONTACT

erage@requa.fr

Le cas présenté est un cas fictif,

élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région

INCIDENT

M. X, 35 ans, est atteint d'une schizophrénie diagnostiquée depuis 15 ans environ et est traité pour cela depuis quelques années par Clozapine (Neuroleptique atypique), en lien avec une majoration des troubles psychotiques. Il est suivi régulièrement en ville.

Le 23 mai, il est adressé aux Urgences pour agitation psychomotrice et hétéro-agressivité envers le voisinage. Après un premier bilan effectué aux Urgences, il est admis en unité d'admission psychiatrique en soins de péril imminent, et placé en chambre d'isolement. Chez ce patient agité ayant une forte consommation tabagique de longue date, des substituts nicotiques sont prescrits à dosage maximum (patch à 21 mg), en plus de l'introduction d'un Neuroleptique à visée sédatrice, la Cyamémazine. Il bénéficie d'un examen somatique par un médecin généraliste, qui est sans particularité. L'entretien avec le psychiatre est limité en raison de l'état d'agitation de M. X.

Le lendemain, M. X, plus calme, est installé en chambre ordinaire. Il explique au psychiatre avoir stoppé son traitement par Clozapine il y a deux semaines, sans motif évident. Le bilan biologique initial est normal, avec une CRP un peu augmentée. En fin d'après-midi, M. X présente une légère dyspnée, une toux et de la fièvre. L'auscultation fait envisager une pneumopathie, qui est confirmée le lendemain par une radiographie pulmonaire. Une antibiothérapie est mise en œuvre.

Dans les jours qui suivent, M. X est affaibli, et souvent alité, mais ses troubles du comportement sont améliorés. Le 29 mai, M. X dit à une infirmière être « ballonné » et constipé depuis quelques jours. Après la visite, l'information est remontée au psychiatre, qui demande à l'infirmière de lui donner un laxatif, du Lactulose (sans prescription, ni traçabilité des symptômes dans le dossier).

Dans la nuit du 30 au 31 mai, lors d'un tour de surveillance des chambres vers minuit, M. X est retrouvé inconscient par un des infirmiers, qui constate l'absence de pouls (pris en plusieurs localisations). L'infirmier appelle immédiatement ses collègues et téléphone au médecin de garde. Le massage cardiaque est démarré sur le lit par les infirmiers, puis poursuivi, après avoir mis M. X au sol, par le médecin de garde à son arrivée vers 0h15. Le défibrillateur cardiaque externe apporté par les agents de sécurité indique de continuer le massage. Le SAMU arrive rapidement, mais les manœuvres de réanimation s'avèrent inefficaces, et le décès de M. X est prononcé à 0h50.

La sœur de M. X, qui était désignée personne de confiance, est prévenue dans la matinée. Une rencontre avec la famille a lieu dans la journée. Avec l'accord de celle-ci, une autopsie est réalisée qui relate un décès par occlusion intestinale perforée, possiblement en lien avec un syndrome d'Ogilvie (dilatation colique importante).

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE :

Occlusion intestinale, entraînant le décès du patient

CAUSE IMMÉDIATE

Retard diagnostique d'une occlusion intestinale

Effet potentialisateur des traitements du patient (neuroleptiques) et du sevrage tabagique

CONTEXTE

Les complications digestives chez les patients traités par neuroleptiques sont fréquentes, et souvent sous-estimées. Le sevrage tabagique, même avec une substitution nicotinique, peut favoriser la survenue de ces complications digestives (par augmentation des concentrations plasmatiques).



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liés au patient et à son information :

- Sensibilité atténuée à la douleur, prise de neuroleptiques, forte dépendance nicotinique, alitement provoqué par une maladie intercurrente

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Absence de protocole de prévention, surveillance et de prise en charge de la constipation
- Manque d'évaluation de l'efficacité du traitement par patch du sevrage tabagique

Défaillances humaines individuelles :

- Réalisation des premiers gestes de réanimation non adaptés (massage cardiaque externe dans le lit, sans plan dur)
- Banalisation des symptômes digestifs, absence de prescription du laxatif par le psychiatre, absence de traçabilité de l'administration par l'IDE, absence de traçabilité de « l'élimination » chez le patient sous neuroleptique et en sevrage tabagique

Défaillances liées à l'équipe :

- Absence d'appel au médecin généraliste devant l'apparition de troubles digestifs
- Absence d'examen somatique abdominal et de prescription d'une surveillance somatique devant l'apparition de troubles digestifs (élimination, douleur...)

Défaillances liées à l'environnement de travail :

- Supports informatiques non adaptés ne favorisant pas la traçabilité des actes infirmiers ou médicaux (formulaires incomplets, données dispersées dans le dossier informatisé)

Défaillances liées à l'organisation et au management :

- Absence de formation régulière aux gestes de première urgence

Défaillances liées au contexte institutionnel : /



BARRIÈRES EXISTANTES

- Présence d'un médecin généraliste dans le service
- Appel immédiat au médecin de garde et au SAMU pour la prise en charge de l'urgence vitale
- Communication avec la famille et réalisation d'une autopsie



ACTIONS CORRECTIVES PROPOSÉES

- Améliorer la prévention et la prise en charge de la constipation (adaptation des protocoles, sensibilisation des professionnels, surveillance du transit intestinal, traitement de la constipation, demande d'examens complémentaires en cas de doute ...), notamment chez les patients à risque (traitement médicamenteux, contention, sevrage tabagique...)
- Améliorer l'accompagnement du sevrage tabagique et la prise en compte de ses implications sur la prise en charge (adaptation des protocoles de prescription et de surveillance, sensibilisation des professionnels...)
- Améliorer la prescription des modalités de surveillance somatique des patients présentant des troubles digestifs (élimination, douleur...)
- Améliorer les supports de traçabilité de la surveillance somatique des patients dans le dossier informatisé
- Développer la formation des professionnels à la prise en charge des urgences, avec simulation in-situ

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Peyrière H, Roux C, Ferard C, et al. Antipsychotics-induced ischaemic colitis and gastrointestinal necrosis: a review of the French pharmacovigilance database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:948-55.
- Nielsen J, Meyer JM. Risk factors for ileus in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012;38:592-8.
- Stroup TS, Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry* 2018;17:341-56.
- OMEDIT Nouvelle-Aquitaine. Prévenir les Risques d'occlusions intestinales en Psychiatrie ; 2016 (site web : http://www.omedit-nag.fr/sites/omedit.drupal7.aquisante.priv/files/54/occlusions_never_events_psy.pdf).