

FMH-GUTACHTEN SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Complications après une ERCP en anesthésie générale

Résumé du cas :

Un patient de 71 ans en bonne santé présente un calcul cholédocien obstructif. On pratique une cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique (ERCP) sous anesthésie générale. L'induction et l'intervention se déroulent sans particularité. En fin d'intervention, le patient présente subitement une hypoxémie, faisant suspecter un déplacement du tube orotrachéal ; le médecin anesthésiste extube le patient et initie une ventilation aisée au masque. L'hypoxémie persistant et se compliquant d'une hypotension, on procède à une nouvelle induction et ré-intubation orotrachéale. Après stabilisation hémodynamique et en présence des critères nécessaires, le patient est extubé après une heure environ bien qu'en acidose mixte sévère; il est surveillé en salle de réveil où une consultation cardiologique est menée. Le patient est conduit aux soins intensifs pour surveillance; il doit être intubé durant la nuit en raison d'un état de conscience fluctuant. Le lendemain, il est transféré aux soins intensifs d'une clinique universitaire où l'on conclut après deux semaines à une atteinte ischémique cérébrale et une cardiopathie ischémique. L'état confusionnel et les troubles cognitifs persistent sans amélioration ; le patient est suivi par un service de psychogériatrie et institutionnalisé. Dix-huit mois après l'ERCP on met en évidence un cholangiocarcinome métastatique, dont les complications mèneront rapidement au décès du patient.

Griefs de la famille :

La famille se plaint de ne pas avoir été suffisamment informée de l'incident post-anesthésique, qu'elle estime lié à une faute médicale ou un problème technique, ni de la péjoration de l'état de santé durant la première nuit. Elle présume que des retards de diagnostic ont conduit à des délais prolongés dans la prise en charge, notamment pour le transfert en unité universitaire.

Prise de position des médecins :

L'anesthésiste considère avoir informé la famille de l'incident, soutient l'avoir appelée durant la nuit et proposé à de nombreuses reprises un entretien. Il exclut le problème technique ou l'inattention, puisque deux personnes du service d'anesthésie étaient présentes, rejointes par une troisième à l'apparition des premiers problèmes. Le médecin admet avoir omis une hypothèse diagnostique, mais réfute l'hypothèse du retard de diagnostic de cardiopathie ischémique, ayant demandé l'avis d'un confrère cardiologue. Les autres hypothèses ont été écartées par des moyens diagnostics appropriés ou des essais thérapeutiques vains. Le médecin co-responsable des soins intensifs admet un manque de communication lors de l'intubation du patient durant la nuit.

Prise de position des experts :

L'appréciation du patient et la prise en charge est correcte; néanmoins, lors de l'apparition d'une hypoxémie, le patient n'aurait pas dû être extubé sans une évaluation plus détaillée de la suspicion d'obstruction du tube endotrachéal ; l'embolie gazeuse pourrait expliquer l'acidose sévère, mais ce diagnostic n'a pas été évoqué ni recherché ; dans les deux cas, il s'agit d'une violation mineure des règles de l'art médical. Des examens complémentaires auraient pu être conduits durant la nuit, mais ne modifiant pas la prise en charge, on ne peut en tenir compte. Par contre, les informations données à la famille ont été insuffisantes et données dans des circonstances et lieux inadapés.

Fazit :

Une ERCP avec sphinctérotomie peut se compliquer d'une embolie gazeuse, qui doit être recherchée par une tomographie cérébro-thoraco-abdominale, et traitée par une thérapie en chambre hyperbare, bien que la régression de dégâts cérébraux ne soit pas garantie. Une mauvaise communication entre les équipes médicales et les familles peut provoquer une confusion, un stress durable et des ressentiments négatifs ; aussi, il est important d'organiser des séances de formation portant sur la communication en cas de crise, d'urgence et d'incident.