

ALERTE'INCIDENT

Publication interne des incidents et événements indésirables graves déclarés et analysés à destination des équipes de notre organisation apprenante.

Amygdalectomie & Hémorragie post-op

Un risque souvent méconnu

Un de nos équipage est intervenu auprès d'une enfant de 9 ans qui a présenté durant la nuit des saignements épisodiques de la cicatrice post-opératoire à J-6. C'est l'occasion de revenir sur ce cas particulier. La reconnaissance du niveau de gravité de ce cas emblématique est un défi : Voici pourquoi !



L'analyse de notre médecin responsable

"Les saignements post-op d'amygdalectomie sont une des complications les plus importantes et redoutées ; ils apparaissent typiquement à **J 7 à 10 post-op**... on parle de chute d'escarre ; ils peuvent parfois se transformer en saignement « **cataclysmiques** » et sont donc à traiter avec la plus grande prudence.

Au moindre doute, une **révision chirurgicale au bloc** est effectuée. Au minimum le patient est gardé en **surveillance à l'hôpital**"

Recommandations d'une prise en charge **"agressive"** avec en tout cas une préparation à la gestion d'un **état de choc** hypovolémique sachant que les saignements peuvent réapparaître de manière brutale.

==> Cas référencés :

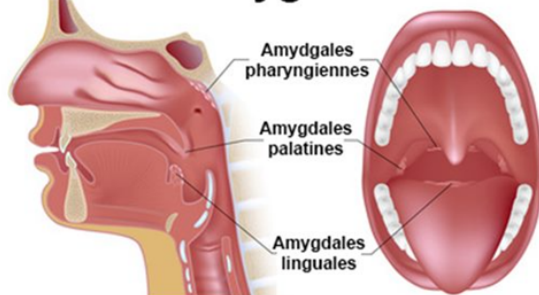
L'aspect mineur des saignements (Quelques taches sur l'oreiller la nuit, par exemple) ainsi que la résolution des symptômes peuvent biaiser l'évaluation suggérant un cas stable, voire bénin. Les pertes sanguines jusqu'à notre intervention n'ont peut-être pas été "suffisantes" pour provoquer des signes de compensation.

Le patient pédiatrique (Très représenté dans la population éligible pour cette opération) peut par ailleurs ne montrer que des signes très discrets de compensation d'un état de choc.

Sans connaître le risque pathologique spécifique et référencé de la chute d'escarre, un intervenant se fie facilement au tableau clinique stable le poussant à prendre une décision de non-transport.

Dans ce cas spécifique, le non-transport est à exclure.

Amygdales



AVN Ambulances
des Vallées
Neuchâteloises

Les amygdales ou tonsilles sont des organes lymphoïdes. Elles forment un anneau de tissu lymphatique autour de l'entrée du pharynx et apparaissent comme un renflement de la muqueuse. Leurs fonctions sont de recueillir et détruire la majeure partie des agents pathogènes qui, portés par les aliments ou par l'air, pénètrent dans le pharynx.

Il y a trois types d'amygdales différentes :

Amygdales linguales : Structure pauciforme composée de follicules lymphoïdes en grappes, logé à la base de la langue

Amygdales pharyngienne : la forme hypertrophiée est appelée « végétations adénoïdes », se trouve dans la paroi postérieure du nasopharynx.

Amygdales tubaires : entourent les ouvertures des trompes auditives dans le pharynx

L'opération « Amygdalectomie » consiste à retirer ces organes soit chez l'enfant lors de problématique fréquente de ces dernières ou chez l'adulte.

L'avis des spécialistes ORL

Risque post-opératoire de l'amygdalectomie

Le risque principal est l'hémorragie secondaire, c/o 4-5 % des patients.

Soit le saignement survient dans les 24h ou généralement au cours de la **2ème semaine**, où le tissu cicatriciel déposé se libère du lit des amygdales. On parle de « **chute d'escarre** ».

Explication du risque hémorragique

Le saignement peut être favorisé par la consommation d'aliments durs qui vont décrocher les tissus cicatriciels ou alors il est lié à une infection sous-jacente. Il peut également survenir de manière spontanée.

Signes précoces de l'hémorragie post-opératoire :

Débuté souvent par une élévation de la température et une augmentation de la douleur.

Pourcentage de risques comparé en pédiatrie

Le risque est légèrement moins élevé chez les enfants (3 -4 %) que chez l'adulte (4-5%).

Actions possible en pré-hospitalier

Surélévation du thorax (position assise)

Pose de VVP

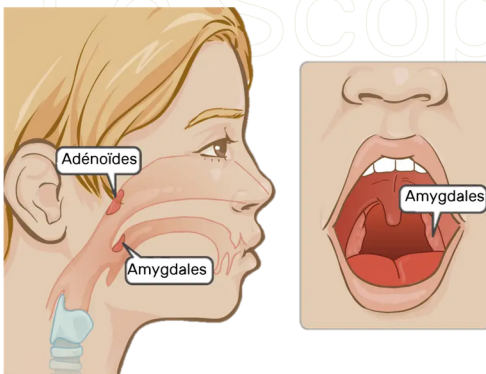
Placer de la glace autour du cou en cravate ou des compresses froides

Prévenir l'ORL de garde

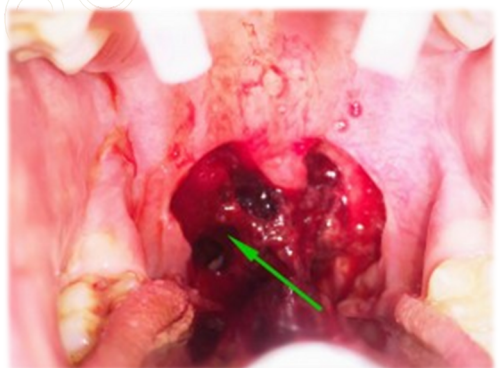
Evaluer la pertinence du rouler en signaux prioritaire en fonction de l'état du patient

Acide Tranexamique à mettre en place sous délégation du smur si nécessaire

LOCALISATION DES AMYGDALES



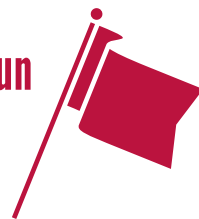
SAIGNEMENT SUR CHUTE D'ESCARRE



Prise en charge au RHNe

Prise en charge	
Prise en charge aux urgences	Le patient est vu d'office même si le saignement est arrêté. • Installation en box immédiate quel que soit le degré ATS de tri • Appel médecin assistant de garde • Mise en place monitoring (ECG, saturation O₂ et TA aux 5 min) • Pose de voie veineuse (délégation médico-infirmière)
Médecin ORL	Le médecin ORL est appelé dès l'arrivée du patient et vient de suite examiner le patient même si saignement arrêté.
Hospitalisation	Hospitalisation au minimum de 24 h même si le saignement est arrêté
Prise en charge patient	• Mise à jeun d'office pour 6h puis sur OM • Pose d'une deuxième voie veineuse si saignement actif • Perfusion de glucose 4.6%/NaCl 0.9% (91/9) pour les besoins d'entretien • Remplissage 10-20 ml/kg par NaCl 0.9% selon état cardio-vasculaire • Contrôles: FC, FR, TA, saturation O₂ aux h pendant 6 h puis sur OM T° à l'accueil puis sur OM.
Laboratoire	A prélever dès pose de voie : FSS, crase avec TP, PTT, fibrinogène, groupe sanguin et épreuves de compatibilité
Commande de sang	Culot érythrocytaire, PFC et plaquette en fonction de la clinique sur OM

Quelques autres pathologies "red flag" qui nécessitent un transport même lorsque le/la patient.e est stable

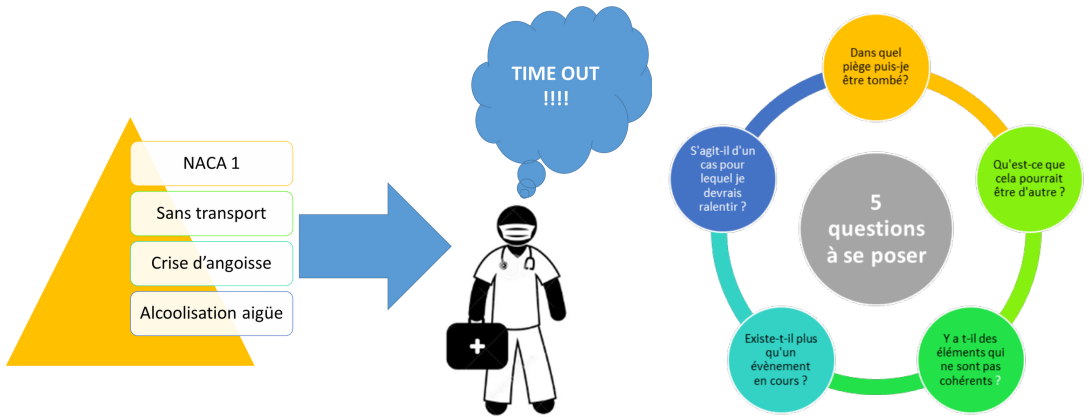


1. Douleurs abdominales c/o patients qui ont eu des chirurgies bariatriques, des mois après (Après la perte pondérale). Clinique batarde.
2. Intoxication beta bloquants ou inhibiteurs calciques = Décompensation brutale
3. Intox Paracétamol, symptomatologie tardive

Comment augmenter la sécurité des non transports

Facteurs humains

Les "facteurs humains en santé" mettent en évidence une liste d'actions à réaliser lors de situations dans lesquels un biais cognitif peut se présenter. En premier lieu, il est proposé d'opérer un TIME OUT (On s'arrête, on réfléchit, et on se pose les questions visant à limiter les biais cognitifs les plus fréquents, lorsque le diagnostic de travail est posé) :



Le dernier questionnaire, après avoir installé le plan de soin alternatif à l'hospitalisation et en s'appêtant à quitter le site, pourrait être "que se passera-t-il si je ne fais rien, après 10 minutes, 1 heure, 12 heures, 24 heures ?"



Technique pour communiquer des informations critiques nécessitant une attention et une action immédiate durant le processus de soins au patient.

Situation	Qu'arrive-t-il au patient ?	Salut, je suis en ambulance et je l'appelle en tant que superviseur cantonal. (Superviseur cantonal répond à des téléphones de plusieurs origines, fixez le contexte). Je suis auprès de : - M. John Doe - 27.01.1985 Se plaint de douleurs thoraciques atypiques.
Contexte	Quel est le contexte clinique ?	C'est un patient sans facteurs de risque cardiovasculaires, avec des douleurs qui sont concomitantes à une crise d'angoisse sur son lieu de travail et qui cèdent progressivement. Actuellement EVA 2/10. Patient en BSH qui prend du TEMESTA en réserve. Constantes dans la norme : TA 120/80 FC 85 SpO2 95% T° 37 HGT 5.6mmol/L
Appréciation	Quel est le problème, mon avis ?	ECO 120 qui présente une modification compatible avec une réperfusion précoce et BSO.
Recommandation	Ce que je recommande	J'aimerais que tu jettes un œil sur l'ECG et si cela te semble sécuritaire, je propose de maintenir le patient à domicile avec un TEMESTA et les recommandations d'usage de surveillance des symptômes.

Challenger la décision

- Cas de pédiatrie
- Pathologie spécifique et relativement rare
- Infectiologie / ORL / Recommandations post-opératoires
- Cas complexe
- Réponse hospitalière pas forcément adaptée
- Evaluation difficile du risque

Lorsque des enjeux spécifiques et complexes se présentent dans une prise en charge, ou lorsque nous sortons de notre domaine d'expertise d'une manière ou d'une autre, il est difficile d'identifier tous les éléments à évaluer pour assurer la sécurité du patient en cas de non-transport.

Dans ce genre de contextes et durant la phase de prise de décision, il est vivement recommandé de se faire renforcer par un autre expert. Un appel au superviseur pourrait, par exemple, permettre d'éviter un non-transport c/o patient qui présente un risque de chute d'escalier, ce cas étant parfaitement connu des services d'urgence et un peu moins des services préhospitaliers.