

Le Directoire du CFAR a décidé de mettre à votre disposition une nouvelle rubrique intitulée « cela aurait pu vous arriver »

L'objectif de cette rubrique est de publier des événements indésirables « remarquables » déclarés dans la base de retour d'expérience de la HAS par les médecins accrédités ; ces EIAS qui sont totalement anonymisés ont un intérêt didactique afin d'éviter qu'ils ne se reproduisent . Nous sommes bien dans le cadre de la gestion des risques et dans ce cadre il n'est évidemment pas question de stigmatiser les médecins qui les ont déclarés car cela aurait pu arriver à n'importe lequel d'entre nous. Dans l'analyse des EIAS il ne faut pas s'arrêter à la cause immédiate mais prendre en compte les causes profondes qui correspondent à des circonstances favorisantes.

Les médecins accrédités sont des médecins de terrain qui peuvent, grâce à leur expérience, participer à l'amélioration des pratiques

LE CONTEXTE

En 2022 le CFAR a décidé de créer un EIAS ciblé sur les complications de l'ALR. Entre le 26/10/2022 et le 19/06/2024 120 événements indésirables sur ce thème ont été analysés. 24 d'entre eux correspondaient à une erreur de côté et 30 étaient en rapport avec une intoxication aux anesthésiques locaux.

CAS CLINIQUE : Bradycardie et élargissement des QRS après une ALR

Il s'agit d'un patient de 75 ans en bon état général admis en chirurgie ambulatoire programmée pour un canal carpien du membre supérieur droit.

L'anesthésie locorégionale du bras droit (bloc axillaire) est réalisé en SSPI 20 ml de mépivacaine à 20 mg/ ml soit une dose totale de 400 mg.

A la fin de l'intervention il est constaté une modification des QRS qui semblent élargis et une bradycardie à 45/mn. Le patient est réadressé en SSPI pour réalisation d'un ECG à son arrivée en SSPI le patient présente une bradycardie à 25 pour laquelle il reçoit de l'atropine 0.5mg et de l'éphédrine 9 mg qui s'avère inefficace. La discussion entre praticiens au lit du patient fait évoquer un syndrome de réabsorption des anesthésiques locaux pour lequel de l'intralipide est injecté (400 ml en deux injections). On observe alors une récupération progressive du rythme cardiaque et une normalisation des QRS.

Causes immédiates :

Réabsorption d'anesthésiques locaux en rapport avec une quantité injectée supérieure aux doses recommandées

Causes du surdosage

Patient dénutri poids de 52 kgs qui ramène la dose maximale acceptable à 4.4mg/kg soit 228,8 mg

Utilisation inhabituelle par le praticien de la mépivacaine à 20 mg/ml à la différence du mélange 10/20mg/ml à dose égale

Absence de calcul de la dose maximale en fonction du poids

Facteurs favorisants :

Confiance du praticien en l'innocuité de l'ALR notamment depuis l'utilisation de l'échographie

Absence de tableau de calcul de dose facilement accessible

Capital sécurité attribué à l'alr échoguidée

Pression de production inconsciente

Barrières n'ayant pas fonctionné :

Calcul de la dose maximale en tenant compte des particularités du patient (ici dénutri)

Barrière ayant fonctionné :

Surveillance en sspi en postopératoire

Discussion entre praticiens (ne pas rester seul éviter l'effet tunnel)

Recours aux intralipides permis car présent au bloc

PROPOSITIONS DE SOLUTIONS

Mettre à disposition un tableau de calcul des posologies maximales pour tous les anesthésiques locaux

Mettre la fiche cognitive sur l'utilisation des intralipides en cas de surdosage pour les bonnes posologies (3 ml/kg, dans le cas la dose était trop élevée) et le lieu de stockage des Intralipides.

Mettre l'affiche **STOP ALR de la SFAR dans les sites où sont réalisées les ALR**