

EIAS CIBLÉS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »

Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et ou AAP

La gestion périopératoire des patients sous anticoagulants est complexe et source de nombreux EIAS en grande partie dus à des défauts de communication entre professionnels de santé mais aussi entre professionnels et patients ; Nous avions décrit un EIAS survenant en post opératoire dans la précédente newsletter. Voici un nouvel EIAS ciblé sur la période préopératoire suivi de conséquences sévères.

QUE S'EST IL PASSÉ ?

Un patient âgé de 85 ans, est adressé à la CPA pour mandibulectomie avec lambeau scapulaire pour un carcinome in situ de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx. Il a pour seul antécédent, récemment, des épisodes de tachycardie supraventriculaire à l'effort, motivant le cardiologue à prescrire de l'enoxaparine à dose curative, sans autre exploration, vu le délai prévu de la chirurgie. Le MAR1 réalise la Consultation Pré-Anesthésie informatisée (CPA) dans le Dossier Patient Informatisé (DPI), puis l'imprime pour le bloc (dossier anesthésie non informatisé pour la surveillance per et postop). L'intervention est prévue un lundi avec admission la veille. Le vendredi, selon les habitudes du service, le MAR responsable des VPA (ici MAR1) prescrit dans le DPI l'enoxaparine avec suspension à partir de J-1 soir. En réalité, par erreur de manipulation, la suspension de l'anticoagulation n'est pas enregistrée.

J-1, le dimanche, le MAR2 d'astreinte, réalise la VPA, voit le patient et lui rappelle la suspension d'injection de l'enoxaparine. Il trace la VPA manuscrite sur le dossier d'anesthésie papier et non dans le DPI. Il ne vérifie pas la prescription informatisée faite vendredi par le MAR1 et il ne parle pas de l'arrêt de l'enoxaparine avec l'IDE, occupé dans une autre chambre. L'IDE suit la prescription informatisée, ne regarde pas la VPA manuscrite et réalise l'injection de l'enoxaparine dimanche soir et lundi matin sans s'interroger sur le passage au bloc du patient. L'injection du lundi matin est avancée par l'IDE à 6h car le patient est prévu en première position.

J0 au bloc, le personnel du bloc et le MAR3 n'identifient pas la poursuite de l'anticoagulation, ni à l'interrogatoire du patient au SAS d'accueil, ni lors de la check list1 en salle. Pourtant, le patient de 85 ans déclare avoir eu l'injection le matin même, mais devant l'étonnement des soignants, il revient sur sa déclaration. La VPA manuscrite de la veille trace l'arrêt de l'enoxaparine "dernière injection le matin J-1". Le personnel et le MAR3, pressés d'entrer en salle, ne vérifient pas l'information sur le plan de soins du DPI. En per opératoire un saignement important se complique d'un choc hémorragique. Devant le saignement inhabituel le MAR3 vérifie le plan de soins du DPI et s'aperçoit de l'administration de l'enoxaparine à 20h la veille et à 6h du matin. Il décide une antagonisation par protamine et une transfusion sanguine et monitore l'hémostase par Rotem en collaboration avec les biologistes. Après concertation entre MAR et chirurgiens il est décidé de réaliser une trachéotomie pour sécuriser le réveil et l'extubation devant le risque d'hématome cervical. Le patient est transféré en post opératoire pour surveillance en réanimation. L'intervention se complique d'un séjour prolongé en réanimation, hématome cervical nécessitant une reprise chirurgicale et le traitement d'une infection du site opératoire.



**ANALYSE DU
DÉCLARANT AVEC
L'EXPERT DU CFAR**

Conséquences survenues : État de choc hémorragique, transfusion massive, trachéotomie de protection et réintervention

- **Cause immédiate de l'événement :** erreur de prescription médicamenteuse de l'anticoagulation préopératoire ; absence de vérification de la prescription en VPA et lors de la check list au bloc

EIAS CIBLÉS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »



Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et ou AAP

ANALYSE DU DÉCLARANT AVEC L'EXPERT DU CFAR

- **Causes Profondes :**

- Liées au patient : le patient, est informé lors de la VPA par le MAR2 de l'arrêt de l'anticoagulant, il n'interrompt pas l'IDE lors de l'injection de l'enoxaparine la veille au soir ; Il est âgé, perdu sans ses proches et probablement plus en capacité de contrer l'action des soignants
- Liées aux tâches à accomplir : prescription de l'enoxaparine curatif par le cardiologue discutable dans le contexte ; double support du dossier consultation pré-anesthésie : la VPA est saisie manuscrite sur la version papier et non dans le DPI, seul le DPI est consulté par l'IDE
- Liées à l'individu : l'IDE réalise l'injection de Lovenox dimanche soir et lundi matin, malgré le passage au bloc, sans interroger le MAR d'astreinte. Problème de compétence et/ou de formation et contexte émotionnel, dernier jour de travail avant de changer d'établissement ;
- Liées à l'équipe : non vérification de la bonne prescription de l'enoxaparine par MAR2 en VPA et MAR3 au bloc ; à l'accueil du patient au bloc et lors de la check list 1, l'équipe est dans un tunnel d'information donnée par la VPA manuscrite « arrêt HBPM J-1 soir » malgré les dire contradictoires du patient et ne vérifie pas la prescription dans le DPI
- Liées à l'environnement de travail : double support du dossier anesthésie : informatisée pour la consultation et la VPA, papier pour le peropératoire et la surveillance en SSPI ; Pour les patients admis le dimanche, le dossier CPA est vérifié par le MAR le vendredi, il prescrit le traitement habituel du patient et ses modifications dans le DPI. La VPA est faite par le MAR d'astreinte le dimanche. Elle est tracée dans le DPI puis imprimée dans le dossier d'anesthésie papier, ce qui n'a pas été fait dans ce cas.

- **Barrières qui n'ont pas fonctionnées** : vérification des prescriptions préopératoires lors de la VPA et de la check list 1 au bloc ; critique de l'IDE sur une prescription inhabituelle d'anticoagulant curatif la veille et le matin de l'intervention

- **Barrières qui ont permis d'arrêter l'événement avant qu'il ne devienne encore plus grave** : vérification de la prescription d'anticoagulant préopératoire devant le saignement inhabituel, antagonisation, transfusion

- Cet événement est qualifié de : évitable

- **Quelles actions ont été mises en place depuis la survenue de cet événement ?** Réaliser la VPA uniquement sur le support informatique

- Communiquer dans les services de chirurgie sur l'importance de la lecture des éléments importants de la VPA dans le DPI par le personnel paramédical de secteur
- Communiquer sur l'importance du regard croisé MAR/Chirurgien sur les prescriptions afin de diminuer le risque d'erreurs
- Sensibiliser le personnel du bloc opératoire médical et paramédical sur l'importance du bon emploi de la check list pour la sécurité des patients ; RETEX en cellule qualité du Pôle d'anesthésie
- Informatisation dossier d'anesthésie prévue dans le futur

SYNTHÈSE DE L'EXPERT

Défaillance dans la gestion de la suspension du traitement HBPM curatif en pré opératoire d'une chirurgie carcinologique ORL, entraînant un choc hémorragique, une transfusion et une réintervention pour hématome. Les barrières de récupération n'ont fonctionné (VPA, administration du médicament non critiquée, checklist sécurité au bloc). Des mesures correctives de communication impliquant tous les professionnels concernés au sens large ainsi qu'une procédure d'informatisation de la VPA ont été mises en place.

EIAS CIBLÉS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »



Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AC et ou AAP

BIBLIOGRAPHIE

- **Recommandations sur la gestion de l'anticoagulation dans un contexte d'urgence :**
<https://sfar.org/download/gestion-de-lanticoagulation-dans-un-contexte-durgence/?wpdmdl=62045&refresh=68711c597ba461752243289>
- **RFE Gestion des agents antiplaquettaires pour une procédure invasive programmée :**https://sfar.org/wp-content/uploads/2018/03/2_Gestion-des-agents-antiplaquettaires-pour-une-procedure-invasive-programmee.pdf
- **Gestion périopératoire des patients sous AOD pour un acte programmé :**<https://sfar.org/download/gestion-perioperatoire-des-patients-sous-aod-pour-un-acte-programme/?wpdmdl=33608&refresh=68711dc8b8afa1752243656>
- **Flash Sécurité Patient - « Gestion périopératoire des anticoagulants. Patients-aidants-soignants : coagulez-vous ! » :**https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/flash_securite_patient_gestion_perioperatoire_des_anticoagulants_patients_aidants_soignants_coagulez-vous.pdf