

EIAS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »



Douleurs prolongées liées à un retard de prise en charge d'une extravasation de propofol

QUE S'EST-IL PASSÉ ?

Une patiente de 15 ans est prise en charge pour extraction des dents de sagesse en ambulatoire sous anesthésie générale. Lors de l'admission, la patiente est stressée, le cathéter n'est donc pas posé en chambre avant le bloc, comme d'habitude, mais au bloc opératoire par l'IADE et au pli du coude. L'induction est supervisée par un MAR 2 qui relaie son collègue le MAR 1 sur l'heure du midi. L'injection est facile indolore mais la patiente ne ressent pas les effets de l'anesthésie. Elle reçoit tout de même Sufentanyl, Dexaméthasone, Lidocaïne, Midazolam et 100mg de Propofol. Il est alors immédiatement suspecté une mauvaise position du cathéter. La patiente est reperfusée sur l'autre bras, l'induction est terminée par 200mg de propofol ce qui permet l'obtention de la narcose complète. La suite de l'intervention se déroule sans particularités. Le premier cathéter est retiré, un pansement alcoolisé est placé au pli du coude. La patiente est transférée en SSPI. L'IADE transmet à l'oral aux IDEs de SSPI la présence du pansement alcoolisé. Au réveil, le bras côté extravasation n'est pas douloureux ; Les douleurs dentaires sont contrôlées. La patiente sort de la SSPI vers la chirurgie ambulatoire sans informations écrite ni orale destinées aux IDE du secteur. La patiente et sa maman rentrent au domicile avec les consignes post opératoires habituelles en chirurgie dentaire.

A J1 la patiente a une douleur au bras qui amène sa mère à contacter le service de chirurgie ambulatoire. L'IDE du secteur lui dit que cela n'a aucun rapport avec la chirurgie et la dirige vers son médecin traitant. A J2 la patiente a toujours très mal au bras, sa mère l'amène au service de soins non programmés de la clinique. L'urgentiste traite la douleur par immobilisation du bras et antalgiques de palier 1. Aucune explication n'est donnée sur l'origine de cette douleur. La mère de la patiente, en colère, écrit alors au chirurgien, qui transfère le mail au MAR 1 en charge du programme ce jour-là. Le MAR 1, rappelle sa collègue MAR 2 et l'IADE pour savoir ce qui s'est passé au bloc, et il est alors mis au courant de cette extravasation de PROPOFOL. L'explication est alors faite à la patiente et sa mère, puis un traitement par AINS est débuté, les douleurs s'amendent en 14 jours. Il n'y a pas de séquelles physiques localement au niveau du bras.

EIAS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »



Douleurs prolongées liées à un retard de prise en charge d'une extravasation de propofol

ANALYSE DU DÉCLARANT AVEC L'EXPERT DU CFAR

Comment cela s'est passé ? (Cause principale)

Défaut de traçabilité de l'événement indésirable entraînant une errance diagnostic en post opératoire

Pourquoi cela s'est passé ? (Causes profondes)

- Liées au patient : Patiente mineure stressée. Le cathéter est mis en place au pli du coude
- Liées aux tâches à accomplir :
 - Absence de test de reflux et de rinçage rigoureux du cathéter au pli du coude avant injection de produit d'anesthésie irritant comme le Propofol, l'œdème survenant tardivement en cas d'extravasation
 - Défaut de vigilance à l'injection des produits anesthésiants n'ayant aucun effet hypnotique
 - Absence de protocole institutionnel sur la conduite à tenir en cas d'extravasation de produits toxiques/anesthésiques (consignes de surveillance, traitement local, traçabilité obligatoire)
 - Retard de prise en charge spécifique, favorisé par les antalgiques peropératoires masquant la douleur du bras au réveil ; le pansement alcoolisé n'est pas recommandé
 - Défaut de traçabilité : L'IADE et le MAR 2 n'ont pas tracé l'incident sur le dossier d'anesthésie et n'ont pas prévenu le MAR 1 responsable du programme ce jour-là
- Liées à l'individu (soignant) : Excès de confiance, sous-estimation du dommage au patient : Une IDE du service de chirurgie ambulatoire a donné un conseil médical par téléphone sans avis médical préalable du MAR ou du chirurgien
- Liées à l'équipe :
 - Culture de sécurité perfectible : tendance à banaliser l'incident au bloc et en SSPI devant l'absence de symptômes, pas de déclaration de l'EIAS sur le 3^e temps de la checklist.
 - Défaut majeur de transmission (médicale et paramédicale) :
 - Uniquement orale de l'IADE aux IDE de la SSPI (perte d'information).
 - Absente de la SSPI vers les IDE du service d'ambulatoire.
 - Dilution de la responsabilité du suivi global de la patiente entre le MAR 1 et le MAR 2 favorisée par le relai sur l'heure du midi
 - Défaut d'information de l'incident à la patiente et à sa mère durant tout le séjour ambulatoire.
- Liées à l'environnement : Gestion de la pause méridienne : Le roulement des équipes (MAR, IADE) durant le déjeuner est une période critique propice aux ruptures de communication.

EIAS : « CELA POURRAIT VOUS ARRIVER »



Douleurs prolongées liées à un retard de prise en charge d'une extravasation de propofol

Barrières inefficaces ou non réalisées

- Prévention : test du reflux sanguin et rinçage rigoureux sur vvp au pli du coude avant utilisation
- Récupération : prise en charge de l'extravasation selon protocole et traçabilité de l'EI
- Atténuation : information de l'EI à l'ensemble de l'équipe, au patient et/ou tuteur ; débriefing pour prise en charge adaptée

Barrières efficaces

- Prévention : aucune
- Récupération : arrêt de la perfusion défaillante et perfusion contralatérale
- Atténuation : rappel de la mère de la patiente par le MAR 1 pour information de l'EIAS et la conduite à tenir

Actes d'amélioration, mesures de suivi

Rappel à tous les intervenants de l'importance de la traçabilité écrite de tout EIAS et des transmissions entre professionnels, puis de l'information au patient et à la famille. Mise en place d'un protocole institutionnel de prise en charge d'une extravasation de produit toxique.

EIAS évitable

AVIS DE L'EXPERT

L'événement cité ici démontre l'importance de tracer toute complication, en particulier au 3^e temps de la checklist, et d'en informer les patients ; ici une extravasation de propofol, compliquée de douleurs après la sortie. Le stress de la patiente génère une pose de cathéter sur un site à risque d'extravasation, l'absence de protocole favorise le défaut de prise en charge immédiat comme le suivi, le relais de mi-journée favorise un défaut de communication, et l'absence de traçabilité brise la chaîne d'information jusqu'au retour à domicile. Le diagnostic est retardé par un message erroné de la clinique à J1 et une prise en charge uniquement symptomatique à J2. Une plainte de la mère vers le chirurgien a pu rétablir le contact avec le MAR responsable et proposer une prise en charge. Les douleurs se sont amendées en 14 jours.

RÉFÉRENCES

- Paul M. Reynolds; Management of Extravasation Injuries: A Focused Evaluation of Noncytotoxic Medications; PHARMACOTHERAPY 2014 Jun;34(6):617-32.
- https://www.hug.ch/pharmacie/recommandations/document/extravasation_non_cyto