



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine



Analyse Approfondie de Cas 17:

Choc hémorragique par surdosage en anticoagulants.

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : SSR
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

ÉLÉMENTS MARQUANTS

- La prescription, le suivi des anti coagulants sont primordiaux notamment en SSR.
- Les avis pharmaceutiques sont des indications essentielles dans le cadre de la collaboration médico-pharmaceutique. La vigilance doit être accrue chez la personne âgée poly pathologiques, en particulier traitée par des médicaments à risques, notamment les anticoagulants.
- La polymédication, avec les risques de iatrogénie et d'interactions médicamenteuses, (ici entre antibiotiques et AVK) doit faire l'objet d'une attention particulière de l'ensemble des intervenants.
- Les traitements anticoagulants peuvent être difficiles à manager chez les patients ayant des antécédents de maladie thromboembolique et d'épisodes hémorragiques en période post opératoire de chirurgie à risque, notamment orthopédique.
- La nécessité dès l'admission en SSR ou autre établissement de santé, d'un bilan sanguin pertinent et adapté à la situation clinique.

Un patient de 82 ans, est opéré d'une prothèse de hanche gauche, le 24 février. En période postopératoire, son évolution est compliquée par une phlébite surale gauche.

Il arrive en convalescence à J 10 en SSR. Cependant, ce patient complexe va requérir 2 séjours intercurrents dans l'établissement d'origine pour hématome et surinfection nécessitant une reprise chirurgicale et 2 séances de transfusion sanguine.

Le 19 avril, il est de retour en SSR, à J 28 de sa reprise chirurgicale.

Le patient est sous antibiothérapie et sous traitement curatif d'héparine à bas poids moléculaire.

Un relais par AVK va être mis en place le 03 mai.

Plusieurs avis pharmaceutiques concernant l'antibiothérapie, le traitement par AVK sont émis.

La nuit du 9 au 10 mai, le patient présente un choc hypovolémique avec épigastralgie.

Le SAMU est contacté et le patient est hospitalisé en réanimation médicale.

Un hématome intra péritonéal à point de départ psoas droit de 20 cm sur 12 cm est retrouvé à l'examen tomodensitométrique. L'INR est à 8.

Après 16 jours le patient est admis en SSR, avec un relais par Calciparine® à dose préventive.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Ré hospitalisations itératives pour complications hémorragiques de traitements anticoagulants avec

- Ré intervention chirurgicale
- Transfusions sanguines
- Hospitalisation en urgence en service de réanimation médicale pour choc hémorragique pendant 16 jours, avec mise en jeu du pronostic vital.

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

fluindione = Prévican® ; acétylsalicylate de lysine = Kardégic® ; fondaparinux sodique = Arixtra® ; nadroparine calcique = Fraxodi® ; héparine calcique = Calciparine® ; enoxaparine sodique = Lovenox®.

Le 24 février : un patient de 82 ans, est opéré d'une arthroplastie de hanche gauche. On peut relever dans l'histoire du patient les faits suivants : antécédents lourds au niveau cardiovasculaire et en postopératoire immédiat une phlébite surale gauche, un traitement médicamenteux conséquent.

Le 03 mars : le patient est admis en SSR. Il est alors sous traitement associant du Kardégic® et de l'Arixtra® pour sa phlébite, en plus de son traitement médicamenteux « habituel ».

Le 09 mars : le Kardégic® est arrêté, l'Arixtra® est maintenu et du Prévican® est introduit à la dose d'un demi comprimé. Un hématome et épanchement sanguins au niveau de la cicatrice postopératoire sont notés dans le dossier.

Le 11 mars : un bilan sanguin est réalisé : l'INR est à 2,05 mais l'hémoglobine a chuté de 3,2 g/l en 4 jours, le patient présentant une hémoglobine à 7,6 g/l. Il est donc décidé de le transférer vers le service de chirurgie initial. Le patient va bénéficier d'une transfusion de 3 concentrés globulaires. L'hématome est en cours d'évacuation et le traitement anticoagulant est modifié : arrêt de l'Arixtra® et maintien du Prévican® à la dose d'un demi comprimé.

Le 13 mars : le patient est de retour en SSR.

Le 15 mars : un volumineux caillot sanguin est expulsé au niveau de la désunion de la cicatrice opératoire. L'INR est à 2,69. Le Prévican® est alors adapté à la posologie d'un quart de comprimé par jour.

Le 17 mars : l'INR du patient est à 4,16. Le Prévican® est arrêté car des résultats de prélèvements effectués sur le site opératoire lors du séjour dans le service de chirurgie pour les transfusions sanguines, montrent une infection du site opératoire par *Entérobacter Cloacae*. Un relai du traitement anticoagulant est pris par Calciparine® et l'INR est à 2,59 et l'hémoglobine à 8,3 g/l lors du nouveau transfert pour hospitalisation en service de chirurgie orthopédique.

Du 19 mars au 18 avril : le patient est transfusé, opéré (lavage articulaire très large et synovectomie) et un traitement par bi antibiothérapie intra veineuse puis antibiothérapie per os est mis en place. Un traitement anticoagulant par Lovenox® 0,4 ml/j est en place.

Le 19 avril : le patient est de retour en SSR. Il déambule et porte des bas de contention.

Le 20 avril : le traitement anticoagulant est modifié, le Lovenox est arrêté et de la Fraxodi® 0,8 ml/j est prescrite. Le pharmacien indique « relais Prévican® » sur la feuille de prescription. Le bilan montre : Hb = 10 g/l; plaquettes = 233 000 ; CRP = 69 et VS = 50

Le 23 avril : un avis pharmaceutique est écrit « *penser au relais Prévican® et date d'arrêt du Ciflox® si possible* »

Le 26 et 27 avril : les résultats biologiques suivants sont retrouvés : Hb = 10,1 g/l, CRP = 11 et Plaquettes = 238 000.

Le (mardi) 03 mai : prescription de Prévican® 1 comprimé par jour et arrêt de la Fraxodi®. Dans la journée un avis pharmaceutique est émis : « *en raison du temps de latence de l'effet du Prévican®, la Fraxodi® doit être maintenue jusqu'à l'INR souhaitable* ». Le médecin prescrit « *NFS plaquettes tous les lundis* » puis rature « *plaquettes* » et inscrit « *INR dans la journée* ». Il inscrit une date d'arrêt de la Fraxodi au 4 mai. Cette date est barrée avec une annotation « *AP + tel+ relai pvc marqué (2 AP) date annulée* ».

Une infirmière rature « *lundis* » et inscrit « *mardis* ».

Le (lundi) 9 mai : dans la nuit vers 23h20, le patient est algique au niveau de la hanche, la tension artérielle systolique est à 70 mm Hg. Du tramadol 50 mg est prescrit par un médecin de garde qui est contacté par téléphone.

Vers 1h30 : le patient toujours très algique est vu par le médecin de garde. Il constate la douleur et une défense à la palpation. La TA reste basse à 90/60 et le patient présente des nausées et vomissements. Il est perfusé et monitoré.

Le SAMU est contacté et se rend sur place. L'hémoglobine est évaluée à 7,8 g/l. La carte de groupe sanguin n'est pas retrouvée dans le dossier patient. Le médecin et l'infirmière ne peuvent pas donner l'INR du patient car aucun examen n'a été effectué depuis la prescription et l'administration d'AVK durant 7 jours. Le SAMU quitte le SSR vers 3h30. Un message est laissé sur le répondeur de l'épouse. A l'arrivée du patient aux urgences, l'INR prélevé montre un taux à 8 et un hématome intra péritonéal à point de départ psoas droit de 20cm sur 12 cm est retrouvé à l'examen tomodensitométrique. Le patient est admis en réanimation médicale, et y séjourne pendant 16 jours.

Le 26 mai : le patient est admis en SSR avec un traitement anticoagulant à dosage préventif par Calciparine®.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Défaillance dans la gestion et le suivi de traitements anticoagulants pour une thrombose veineuse profonde post opératoire :

- Sous-estimation des facteurs de risques
- Non respect des bonnes pratiques de prescription et de surveillance des traitements anticoagulants

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Facteurs latents

Patient :

Patient de 82 ans complexe, ayant pour antécédents : cardiopathie ischémique, triple pontage coronarien en 1996, hypertension artérielle, diabète de type 2, résection transurétrale prostatique, arthrodèse vertébrale, thrombophlébite fémorale profonde et commune, phlébite surale post prothèse totale de hanche gauche et infection du site opératoire .

Patient à hauts risques (insuffisance rénale et comorbidités) et avec traitements à hauts risques hémorragiques (anticoagulants multiples et médicaments potentialisant les anticoagulants) . +++

Professionnels / facteurs individuels :

Connaissance insuffisante du médecin remplaçant du mode de fonctionnement de l'établissement et de la typologie des patients accueillis +++

Insuffisance d'échanges professionnels du médecin remplaçant avec l'ensemble de l'équipe soignante et ses collègues ;

Faible propension à solliciter de l'aide. +++

Méconnaissance des bonnes pratiques de prescription des traitements anticoagulants et des indications et contre-indications spécifiques des différentes spécialités en usage et des modalités de switch entre anticoagulants.

Non respect des règles de surveillance biologique des traitements anticoagulants.

Équipe :

Collaboration inopérante entre professionnels médicaux, paramédicaux ou pharmaceutique. Avis pharmaceutiques (réglementaires pour l'étape de dispensation) vécus de façon malvenue ou dérangeante et/ou non pris en compte. +++

Multiplicité des intervenants médicaux avec rupture de transmission d'information écrite dans le dossier patient ++

Manque de communication orale dans l'équipe avec défaillance des échanges d'informations pertinentes pour ce patient ++

Tâches :

Absence de protocole de gestion des AVK +++

Défaut d'examen complémentaires et retard à la réalisation d'examen complémentaires (INR, écho doppler pour le suivi de la thrombose, consultation d'urologie) +++

Environnement :

Dossier patient papier peu renseigné avec ratures et absence d'identification des divers intervenants (initiales irrégulièrement) ++

Défaut de structuration des supports d'enregistrement : lisibilité difficile et multiplicité des supports concernant les traitements (traitement « personnel » et traitement initié dans l'établissement) ++

Charge de travail élevée : nombre accru de patients en regard de l'effectif médical +

La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque et de la discussion multidisciplinaire n'est pas assurée de façon systématique ++

Organisation :

Organisation des activités médicales imprécise : absence de sectorisation des soins et de définition de médecins référents +++

Défaillance dans la continuité des soins en raison de la multiplicité des intervenants et de l'insuffisance de partage des informations sensibles ++

Mauvaise combinaison de compétences et d'effectif médicaux (sur 3 postes médicaux, 2 sont assurés par des remplaçants) +

Manque de coordination entre services (étages) et dans le service (pas de visites conjointes IDE-médecin) et staff essentiellement orienté sur la prise en charge de rééducation fonctionnelle +++

Institution :

Difficultés dans la gestion des effectifs et du personnel médical : stratégie de gestion des ressources humaines plutôt réactive que proactive. +++

Culture de sécurité insuffisante (culture du signalement des événements indésirables et des retours d'expériences peu développée).

Résistance aux changements notamment lors de l'approche systémique de l'analyse des événements indésirables graves.

Facteurs d'atténuation : La présence d'un pharmacien réalisant des analyses pharmaceutiques est une « valeur ajoutée » pour la sécurité des patients soumis à des traitements à risques, notamment les anticoagulants. Ses avis sont précieux et ont certainement atténué les conséquences de ces errements dans l'utilisation des anticoagulants, à défaut de pouvoir les réduire totalement.

Les douleurs intenses de l'hématome du psoas, résistantes au tramadol, ont permis d'alerter les professionnels et de déclencher une prise en charge adaptée et l'équilibration du traitement anticoagulant.

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Se familiariser avec les DCI pour être à l'aise avec les génériques :

nadroparine calcique = Fraxodi[®], enoxaparine sodique = Lovenox[®],

fondaparinux sodique = Arixtra[®], héparine calcique = Calciparine[®] et.... fluindione = Préviscan[®] !



Commun :

Connaître et appliquer les bonnes pratiques de gestion des anticoagulants dans les SSR :

- Indications, contre-indications, pharmacocinétique, modalités de switch entre anticoagulants, relai AVK.
- Surveillance biologique des traitements : activité anti Xa, plaquettes, INR, clairance de la créatinine.
- Connaissance des interactions médicamenteuses les plus courantes dont les antibiotiques.

Collaboration et la communication sont fondamentales entre professionnels de santé, entre autres :

- Pour la réévaluation et l'adaptation des traitements,
- Pour la tenue du dossier patient et la transmission des informations cruciales.
- Pour suivre un projet personnalisé de soins élaboré dès les structures d'amont.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

PRAGE/CCECQA
Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
prage@ccecqa.asso.fr

Général :

Les AVK sont des médicaments à risque à prendre en compte dans le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Références et Bibliographie

- SFPC. Manuel de la revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (REMED) ; 2009.
- Annick Steib et coll. La gestion péri-opératoire du patient traité par les antivitamines K in Le praticien en anesthésie réanimation. Elsevier Masson ; 2007.
- AFSSAPS. Mise au point sur le bon usage des médicaments antivitamines K ; avril 2009.
- HAS. Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier ; Recommandations de bonnes pratiques ; 2008.
- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_682188/prise-en-charge-des-surdosages-des-situations-a-risque-hemorragique-et-des-accidents-hemorragiques-chez-les-patients-traites-par-antivitamines-k-en-ville-et-en-milieu-hospitalier
- SFAR. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri opératoire et obstétricale ; Recommandations pour la pratique clinique (RPC) ; 2005.
- B. Allenet, M. Baudrant-Boga, P. Bedouch, J. Calop, L. Foroni. Le pharmacien a-t-il une place au sein de l'unité de soins ? Expérience du centre hospitalier universitaire de Grenoble in Médecine des maladies Métaboliques ; 2009 : Vol. 3 : N°4.
- Pierre Sié. Prise en charge des surdosages en antivitamines K, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier in STV ; 2008 ; volume 20 numéro spécial.
- Anticoagulants en France en 2012 ; État des lieux et surveillance. ANSM juillet 2012

<http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex>