



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les effets indésirables dus à des interactions entre les différents médicaments prescrits occupent une place prépondérante parmi les causes les plus fréquentes d'iatrogénie médicamenteuse.

Pour autant, ces effets indésirables restent souvent sous estimés.

L'analyse pharmaceutique a notamment pour objectif de les déceler.

Mais sans une réflexion institutionnelle, amenant les différents professionnels à travailler ensemble sur une stratégie collégiale avec :

- identification des risques iatrogéniques dans l'établissement,
- élaboration de grilles d'évaluation,
- échanges pluridisciplinaires amenant à trouver la meilleure stratégie médicamenteuse, cette analyse reste inaboutie.



Analyse Approfondie de Cas n° 57:

Décès par fausse route consécutive à un malaise avec convulsions

Date de parution : MAI 2017

- **Catégorie : Santé mentale**
- **Nature des soins : Thérapeutiques**

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Fin décembre, un patient de 60 ans est adressé à un centre hospitalier spécialisé par les urgences d'un établissement, pour une admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence. Le patient a été retrouvé par l'aide-ménagère au sol chez lui, présentant des troubles de la conscience. Le diagnostic possible de décompensation psychotique et de syndrome extrapyramidal est évoqué par le service d'urgence. Il est donc admis en service d'orientation et indique être en rupture de traitement par neuroleptique retard depuis plusieurs semaines. L'avis du médecin référent qui suit le patient depuis de nombreuses années pour psychose de type schizophrénique et exerçant dans une unité voisine est demandé. Il suggère, compte tenu de l'importance de la symptomatologie extrapyramidale, de prescrire un traitement par clozapine pour favoriser une amélioration clinique marquée, si le patient accepte cette proposition thérapeutique. Celui-ci refuse le traitement. Il est hospitalisé en unité fermée.

Au cours des premières semaines, le patient présente toujours un discours peu intelligible et une discordance idéo-affective. Le discours est centré sur son

désir de retourner à son domicile. La symptomatologie extrapyramidale reste très marquée.

En janvier, le patient accepte l'instauration d'un traitement par clozapine. Fin janvier, le patient est transféré dans l'unité où exerce son médecin référent. L'état clinique évolue peu. Le 9 février, en fin d'après midi, le patient présente une diarrhée profuse, suivie d'un malaise vaginal après un soin de nursing. Il est placé en Position Latérale de Sécurité (PLS) et présente alors des convulsions puis un arrêt cardiorespiratoire. Une réanimation est débutée, relayée par le SAMU. Une activité cardiaque est récupérée. Le patient est transporté en unité de réanimation médicale. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral est réalisé et montre une pneumopathie d'inhalation au niveau thoracique et un iléus fonctionnel avec une colectasie majeure et une dilatation de plus de 8 cm du grêle, sans bride ni volvulus. Les suites dans le service de réanimation médicale sont défavorables avec une évolution vers une défaillance multi viscérale, un tableau de syndrome de détresse respiratoire aigue (SDRA). Le patient décède dans la nuit.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Décès

Organisation en place :

L'établissement dispose d'une procédure de signalement, de traitement et d'analyse des événements indésirables. La procédure se trouve sur intranet. Les notions d'incidents, d'accidents et de situations à risques sont définies ainsi que celles de fréquences (rare, occasionnel, fréquent, très fréquent), de gravité et de criticité. L'origine des événements indésirables est classée selon trois

items : prise en charge du patient, prestations logistiques et techniques. La procédure récemment informatisée est connue du personnel. La fiche de déclaration a été revue en 2010 et elle accorde désormais une place importante aux risques cliniques et aux vigilances. Le personnel est sensibilisé aux risques liés au circuit du médicament. A partir du bilan des événements indésirables, des actions correctives sont identifiées et mises en œuvre.



Le 20 décembre : un patient de 60 ans est pris en charge par un service d'urgences après avoir été retrouvé au sol chez lui, présentant des troubles de la conscience. Il est transféré dans un établissement de soins psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence pour suspicion de décompensation psychotique et syndrome extrapyramidal chez une personne suivie dans le cadre d'une schizophrénie. Il est actuellement pris en charge par un CMP. Sans famille, il vit seul, une auxiliaire de vie l'accompagne à son domicile. Le patient est placé sous tutelle renforcée. Ses antécédents relèvent plusieurs fractures multiples avec traumatisme crânien et hémiparésie droite régressive, multiples hospitalisations pour décompensations psychotiques de sa pathologie psychiatrique.

A son arrivée aux urgences, il est examiné dans le cadre du service d'orientation. Il est calme et de bon contact. Il présente des dyskinésies tardives, des difficultés d'élocution, une hyper-sialorrhée et une symptomatologie extrapyramidale importante. Son traitement d'entrée est : trihexyphénidyle LP 10 mg/jour ; lorazépam 7,5 mg/jour ; rispéridone LP 25 mg /14 jours.

Lors de l'entretien, il indique une rupture de traitement par risperidone LP depuis le 19 novembre, date de la dernière injection. L'avis du médecin référent du patient est demandé. Il suggère, compte tenu du tableau clinique, un traitement par clozapine. Le patient refuse le traitement. Il est transféré dans une unité fermée.

Le 21 décembre : l'entretien entre le patient et un médecin est difficile, le discours étant peu compréhensible. Il est cependant calme et compliant mais montre une ambivalence vis-à-vis de l'hospitalisation. Un examen somatique des 24 h est réalisé, il ne montre pas de contre indication à une hospitalisation en psychiatrie. Sur le plan neurologique le patient ne présente aucun déficit sensitif ou moteur, ni de tremblements des extrémités.

Le 23 décembre : le patient s'entretient avec un médecin qui constate une discordance idéo-affective, un discours difficilement compréhensible. Un traitement par clozapine est toujours refusé par le patient. Le médecin prescrit donc : rispéridone 2 mg jour ; trihexyphénidyle LP 10 mg jour ; lorazépam 7,5 mg jour.

Du 24 décembre au 2 janvier : le patient présente toujours un sentiment de persécution envers l'institution et son auxiliaire de vie qui lui rend visite. Le soir du réveillon de l'an, il tient des propos à connotation sexuelle avec gestes obscènes envers 2 patientes, puis des gestes de colère lors de l'intervention des soignants.

Du 3 au 14 janvier : le patient présente toujours un discours peu intelligible et une discordance idéo-affective. Le discours est centré sur son désir de retourner au domicile. La symptomatologie extrapyramidale reste très marquée. Il accepte l'instauration d'un traitement par clozapine. La posologie est de 12,5 mg jour le 6 janvier ; 25 mg jour le 7 janvier ; 50 mg jour du 8 au 12 janvier ; 75 mg du 12 au 14 janvier.

Le 15 janvier : une amélioration clinique est constatée : le discours est plus intelligible, il semble moins dysarthrique. Des dyskinésies résiduelles tardives sont constatées. Le patient espère pouvoir sortir mais reste hospitalisé pour adapter le traitement. Il consiste en clozapine 125 mg jour ; lorazépam 2,5 mg jour ; loxapine 25 mg jour si agitation augmentation jusqu'à 75 mg jour.

Le 20 janvier : le patient présente de nouveau une symptomatologie extrapyramidale très marquée ; il est anxieux. Le discours est pauvre. Le patient s'énerve à propos de son traitement et les IDE constatent une aggravation des tremblements en cas de stress ou d'agacement. Il est transféré vers l'unité de son médecin référent. Lors de l'entretien d'accueil, son médecin constate une « euphorie atone et discordante ». Des patchs de scopolamine sont prescrits pour amenuiser l'hyposialorrhée.

Du 21 janvier au 8 février : le patient présente un sentiment de persécution, des épisodes de soliloque et de clinophilie. Le traitement est adapté, la dose de clozapine est doublée avec introduction de tropatépine 10 mg jour.

Le 9 février à 17h40 : le patient est retrouvé souillé dans son lit après un épisode de diarrhée profuse. Les soignants l'accompagnent dans la salle de bain commune à l'étage pour le doucher. A la fin du soin, le patient présente un malaise de type vagal. Lors de son positionnement en Position Latérale de Sécurité (PSL), il présente des clonies.

À 18 h : un interne de garde est contacté. Il constate un arrêt cardio-respiratoire. Une réanimation est débutée. Le SAMU est contacté.

À 18 h20 : l'équipe du SAMU dirige la réanimation du patient. Une activité cardiaque est récupérée. Le patient est transporté par le SAMU vers le service de réanimation médicale de l'hôpital.

Le 10 février : Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et cérébral est réalisé. Il n'y a aucune anomalie au niveau cérébral. Il est retrouvé une pneumopathie d'inhalation au niveau thoracique, un iléus fonctionnel avec une colectasie majeure et une dilatation de plus de 8 cm du grêle, sans bride ni volvulus.

Les suites dans le service de réanimation médicale sont défavorables avec une évolution vers une défaillance multi viscérale, dans un tableau de syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA). Le patient décède à 2h45.

La tutrice du patient est informée du décès.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Malaise au décours d'une diarrhée aiguë avec convulsions et arrêt cardio-respiratoire en relation avec une fausse route alimentaire.
Iatrogénie médicamenteuse possible.

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient :

Mauvaise acceptation de l'ASPDTU (Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence).

Psychose de type schizophrénique d'évolution déficitaire marquée.

Patient en rupture de traitement depuis un mois et compliance médiocre. +++

Diarrhée aiguë (contexte de gastro-entérite épidémique).

Professionnels / facteurs individuels :

Stress vis-à-vis d'une situation d'urgence vitale. +

Insuffisance d'entraînement et d'expérience dans les situations d'urgence vitale ++

Défaut d'appropriation du contenu des trousse d'urgence. ++

Sous estimation possible des effets secondaires des traitements utilisés en psychiatrie (suivi clinique et paraclinique centré sur la surveillance de l'hémogramme et de la constipation) +++

Équipe :

Pas de facteurs latents identifiés.

Tâches :

Accompagnement thérapeutique soignant insuffisamment tracé (actions, entretiens, posture), notamment lors de l'hospitalisation dans la dernière unité. ++

Suivi des effets indésirables des psychotropes, comprenant des éléments d'évaluation, insuffisamment structuré (critères cliniques à observer, examens complémentaires, périodicité, « remontée » des informations, recours médical somatique généraliste ou spécialisé, ...) +++

Environnement :

Structuration du dossier de soins informatisé en cibles distinctes, contenant chacune une évolution chronologique, ne permettant pas une vision de l'évolution globale. ++

Locaux dispersés sur 2 étages avec une seule salle de bains pour l'ensemble des patients. +

Organisation :

Méconnaissance du contenu de la trousse d'urgence par insuffisance de simulation aux situations d'urgence. ++

Difficultés d'accès à la formation aux gestes d'urgences vitales de type CESU.

Institution :

Difficultés récurrentes pour les équipes extérieures, comme le SAMU, de se déplacer et de se repérer dans les lieux, en travaux, de nuit, dans un centre hospitalier comportant de nombreux bâtiments et dont les accès sont mal signalisés. ++

Facteurs d'atténuation : aucun facteur retrouvé lors de l'analyse.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Mettre en place d'une formation aux gestes et soins d'urgences (FGSU) pour l'ensemble du personnel soignant.
Constituer un sac d'urgence de démonstration par pôle et réaliser des exercices réguliers de simulation.

Commun :

Mener une réflexion institutionnelle pluri professionnelles sur l'élaboration et la diffusion de grilles d'évaluation des effets indésirables des neuroleptiques et des conduites à tenir ; par exemple :

- Syndrome malin des neuroleptiques
- Troubles de la déglutition dans le cadre des dyskinésies aux neuroleptiques et autres troubles neurologiques ou neuro-végétatifs (travail institutionnel en cours : EPP sur les troubles de la déglutition)
- QT long dans le cadre des troubles de la conduction
- Troubles endocriniens et métaboliques
- Etc...

Systematiser la mise en place de ces grilles d'évaluation ;

Évaluer régulièrement les risques liés aux traitements notamment en staff pluri-professionnels afin d'éclairer les décisions thérapeutiques et la balance bénéfice-risques.

Général :

Evaluer le nombre de décès inattendus pouvant relever des effets indésirables des neuroleptiques.



Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- « Résumé des Caractéristiques du Produit » des différentes molécules. Vidal
- Guide HAS – Affection de longue durée : Schizophrénies – juin 2007
- Comparing Acute Toxicity of first-and second-Generation Antipsychotic Drugs : A 10-years, Retrospective Cohort Study. M.A. Ciranni T.E. Kearney. K.R. Olson. J CLIN Psychiatry 70 :1, January 2009
- Management of antipsychotic adverse effects: movement disorders—Revised February 2013. ©Therapeutic Guidelines Ltd (etg42 March 2014) - <http://online.tg.org.au/complete/desktop/tgc/ptg71/13776.htm>
- Bulletin d'information du médicament et de Pharmacovigilance CRIM Rennes – Entérocolites nécrosantes sous antipsychotiques : un risque très rare, potentiellement fatal – mars 2008