



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

Analyse Approfondie de Cas n° 74

Choc hémorragique inexpliqué au décours de la rééducation

Date de parution : juillet 2019

- Catégorie : Soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

La coordination et la communication inter hospitalières sont garantes de la sécurité des soins tout particulièrement lors des situations d'urgence vitale vécues dans des unités de soins peu familiarisées à ce type de prise en charge : l'existence d'arbres décisionnels et d'outils opérationnels construits en amont, en collaboration inter disciplinaire et inter établissements, sécurise le circuit du patient et réassure les équipes.

Les différentes alertes de pharmacovigilances n'ont pas été relayées faute de transmissions adaptées, mais aussi par manque d'ergonomie des outils informatiques.

La pertinence des logiciels, le suivi des paramétrages et la formation des soignants à leur utilisation garantissent la rigueur de la traçabilité et participent à la sécurité des soins.

Le sevrage des antalgiques morphiniques répond à des critères de bonnes pratiques qui contribuent à la prévention des surdosages et des interactions médicamenteuses.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 49 ans est admise en unité de SSR après une chirurgie lourde du rachis (arthrodèse postérieure T10-S1 pour scoliose). Dans ses antécédents, on note une infection HIV (Virus de l'Immunodéficience Humaine), une hypertension artérielle (HTA) un syndrome coronarien aigu avec stent actif, une prothèse totale de hanche (PTH), une chirurgie de la cataracte et un tabagisme. Le traitement comporte une trithérapie anti HIV, des antalgiques morphiniques, un myorelaxant, un antihypertenseur bêtabloquant, une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventive, un anti inflammatoire, un inhibiteur de l'agrégation plaquettaire, un anxiolytique et un somnifère.

La patiente est dénutrie avec un poids de 49 kg pour 175 cm. Elle reste algique malgré le traitement. Une consommation de cannabis quotidienne est reconnue. Le bilan biologique montre un taux d'hémoglobine à 9,6 g/dL et de 572 000 plaquettes/mm³. Une série d'alertes d'analyse pharmaceutique signale : l'association de médicaments dépresseurs respiratoires, l'association d'anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS) / Clopidogrel (Plavix®) / HBPM avec un risque hémorragique, un surdosage en paracétamol par rapport au poids, l'associa-

tion de la statine et de la morphine (oxycodone) avec 2 antirétroviraux.

Malgré la persistance de douleurs rebelles, la patiente accepte un programme de sevrage des antalgiques opiacés afin de pouvoir retourner à son domicile le temps d'un weekend. A son retour en SSR, le bilan biologique montre un effondrement du taux d'hémoglobine à 4g/dL avec des plaquettes à 292 000/mm³. Elle présente une hypotension brutale à 730/350 mm Hg, sans symptomatologie associée. Le bilan cardiaque est normal.

Malgré un remplissage volémique, l'état clinique de la patiente se dégrade et nécessite son transfert vers un service d'urgence. Mais l'organisation du transfert via le centre 15 s'avère long et complexe car le SAMU exige de s'assurer d'abord d'une place d'hospitalisation en aval. La patiente est transportée vers le service des urgences digestives du CH voisin par une ambulance privée. Elle est transfusée de 10 concentrés de globules rouges (CGR). L'origine du saignement non extériorisé n'a pas été formellement identifiée. Elle pourrait être rapportée à un hématome intra hépatique ou à un ulcère gastroduodénal. La patiente évolue ensuite favorablement.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité : mise en jeu du pronostic vital





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Du mardi 8 au mardi 22 septembre : une patiente de 49 ans est hospitalisée en unité de chirurgie rachidienne d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour une arthrodèse lombosacrée postérieure T10-S1 dans le cadre d'une scoliose. Dans ses antécédents on note : HIV avec charge indétectable, HTA, syndrome coronarien aigu avec stent actif, PTH droite, cataracte, tabagisme. Le traitement quotidien comporte : clopidogrel (Plavix®) 75 mg, énoxaparine (Lovenox®) 4000 UI, oxycodone (Oxycontin®) 20 mg et Oxynorm® 10 mg à la demande), rosuvastatine (Crestor®) 5mg, zopiclone (Imovane®) 7,5 mg, (ésoméprazole) Inexium® 40 mg, raltégravir (Isentress®) 800 mg, mébivolol (Temerit®) 5mg, ritonavir (Norvir®) 100 mg, darunavir (Prezista®) 800 mg, ramipril (Triatec®) 5 mg, oxazépam (Séresta®) 100 mg, sulfate ferreux (Tardyféron®), thiocolchicoside (Coltramyl®) 12 mg, macrogol (Transipeg®) et Nico patch® 21 g/24h. Une consommation de cannabis quotidienne et des allergies à plusieurs antibiotiques sont signalées. La patiente est algique et son traitement est difficile à équilibrer.

Le mardi 22 septembre : la patiente est accueillie en unité de SSR pour autonomisation postopératoire avec une prescription de 4000 mg par jour de paracétamol (Dafalgan®) et de 200 mg de kétoprofène (Bi Profénid®) par jour. Elle pèse 49,2 kg pour une taille de 175 cm soit un IMC de 15,7. Elle est algique malgré le traitement.

Le mercredi 23 septembre : une alerte d'analyse pharmaceutique est émise et indique : « rosuvastatine (Crestor®), ritonavir (Norvir®) et darunavir (Prezista®), risque d'augmentation de concentration plasmatique de la rosuvastatine (Crestor®) ». Une 2ème alerte indique « ritonavir (Norvir®) + oxycodone : risque d'augmentation des concentrations plasmatiques de l'oxycodone ». Un 3ème avis est émis « 49,2 kg + paracétamol 4 g /jour : surdosage », avec information aux IDE et demande de réévaluation de la prescription. Un 4ème avis alerte sur le risque hémorragique lié à l'association d'AINS + clopidogrel (Plavix®)+ HBPM.

Le vendredi 25 septembre : le bilan sanguin montre un taux d'hémoglobine (Hb) à 10,3 g/dL et 633 000 plaquettes/mm³. La patiente reste très algique et la prescription des antalgiques est réadaptée avec oxycodone (Oxycontin®) 30 mg pendant deux jours puis diminution à 20 mg et oxycodone (Oxynorm®) 10 mg à la demande.

Le mardi 29 septembre : malgré la douleur, la patiente souhaite effectuer un sevrage en morphine en vue d'une permission au domicile le weekend. Comme elle montre des signes de surdosage morphinique (sommolence, myosis, nausées), l'arrêt total de l'oxycodone est décidé avec passage à néfopam (Acupan®) et morphine sulfate (Séfredol®).

Le vendredi 2 octobre : la patiente semble moins algique; elle peut marcher seule sans aide et la sortie est autorisée. Elle reste très algique pendant tout le week end. Son compagnon contacte l'unité de médecine interne du CHU (suivi du HIV) qui confirme la pertinence du traitement par morphinique (pas de problème d'interaction médicamenteuse).

Le lundi 5 octobre : à son retour en SSR, la patiente reste très douloureuse et un traitement par morphine sulfate (Moscontin®) 20 mg et morphine sulfate (Séfredol®) à la demande est initié. Le néfopam (Acupan®) 60 mg /24 heures est poursuivi.

Le mardi 6 octobre : la patiente présente une hypotension artérielle à 73 /35mmHg sans signe clinique de saignement. Le bilan sanguin montre un taux d'Hb à 4 g/dL et 292 000 plaquettes/mm³. La perforation d'un ulcère gastrique est évoquée. L'état clinique se détériore malgré un remplissage vasculaire. La régulation du centre 15 est contactée mais aucun véhicule de transport n'étant disponible, elle conseille de faire appel à une ambulance privée après avoir trouvé un lit d'aval. Trois soignants vont téléphoner dans différents services du CHU pour tenter de trouver une unité d'hospitalisation. La patiente est finalement transférée par les ambulanciers vers l'unité des urgences gastroentérologiques du centre hospitalier voisin et plusieurs transfusions sanguines (10 CGR) sont réalisées. Les suites cliniques sont favorables et le traitement antalgique ajusté. Des examens complémentaires sont planifiés pour tenter d'expliquer cette déglobulisation brutale et orienter le diagnostic vers un hématome intra-hépatique ou un ulcère gastroduodénal.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Sous estimation des risques hémorragiques liés aux interactions médicamenteuses des traitements en cours.

Facteurs latents

Patient :

Antécédents médicaux complexes.+
Présence de traitements dits « à risques ».+
Présence de traitements multiples pour polyopathologies. +
Etat de santé complexe et aigu.+
Addiction au cannabis avec consommation quotidienne.+

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

Professionnels / facteurs individuels :

Sous estimation des facteurs de risques hémorragiques (AINS, Plavix®, HBPM, antirétroviraux).+++
Formulation de consignes ambiguës concernant l'arrêt des morphiniques.+
Non respect des bonnes pratiques concernant la diminution des posologies des morphiniques chez une patiente consommant entre 30 et 60 mg d'oxycodone par jour (non respect des paliers).+
Prise en compte partielle des caractéristiques du patient (chirurgie lourde et réputée très douloureuse, patient en addiction, traitements lourds et à risques).+++

Équipe :

Difficultés dans la recherche d'avis spécialisé : pas de numéros de téléphone directs pour joindre les unités de soins du CHU et appel obligatoire par le standard du CHU avec délais d'attente supérieure à 15 minutes.+++
Médecins nouvellement arrivés dans le SSR et dans la région sans connaissance des offres de soins locales et des « réseaux » professionnels.+++

Tâches :

Défaut de qualité des résultats des examens d'analyse biologique (plusieurs non conformités constatées mais non signalées systématiquement).+++
Délais de transmission des résultats inadaptés à l'état du patient (alerte non faite).+++
Alerte de pharmacie clinique tardive au sujet des interactions médicamenteuses à risque hémorragique. Le médecin n'a pas été alerté du fait de l'existence d'un « effet ascenseur » sur l'écran de l'ordinateur et ainsi faire défiler l'ensemble des commentaires pharmaciens émis, le commentaire n'apparaissant pas en visuel de prime abord. +++

Environnement :

Logiciel informatique avec un paramétrage non fonctionnel : défaut d'alerte et vue d'ensemble du traitement médicamenteux non disponible à l'écran et lors de l'impression.+++

Organisation :

En SSR : accueil des nouveaux personnels médicaux n'incluant pas de façon implicite les informations sur les possibilités de recours locales lors des prises en charge en urgence. ++
Structuration insuffisante de la décision des permissions de sortie, avec réflexion bénéfiques risques, pour les patients sous traitement antalgique palier 3 de type morphinique. ++
Régulation SMUR/SAMU : défaillance dans l'organisation de la continuité des soins, par méconnaissance des ressources réelles des établissements de type SSR. Il est impossible pour le SSR, lors d'urgences vitales, d'organiser la recherche effective d'un lit d'aval pour réaliser l'hospitalisation du patient.++

Institution :

Faiblesse des échanges et des relations avec la régulation SAMU/SMUR (conflits dans le passé).++

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Signaler systématiquement les non conformités au laboratoire d'analyse biologique.

Mettre en place une réunion de travail avec le laboratoire pour :

- rendre lisibles au niveau des responsables du laboratoire les non conformités récentes (revues de dossiers).
- décider de mesures de correction lors de mise en évidence d'écarts.

Etablir une alerte téléphonique du laboratoire au médecin du SSR lors d'un constat de valeurs anormales d'exams biologiques, en établissant un consensus des valeurs seuils et des moyens d'alerte (y compris le week-end).

Réaliser avec médecins et paramédicaux un arbre décisionnel d'évaluation des permissions de sortie temporaire (balance bénéfices/risques, éducation thérapeutique ou conseil thérapeutique dans la gestion du traitement antalgique, rédaction d'un livret pour le patient, etc.).

Elaborer un livret explicatif des différentes structures de recours avec les numéros de téléphone en fonction des pathologies.

Commun :

Demander une requête corrective auprès de la société ayant réalisé le logiciel concernant les paramétrages non conformes ou insuffisants.

Restaurer un dialogue constructif entre les médecins et la direction du SSR et les médecins responsables du centre de régulation du SAMU/SMUR pour résoudre les incompréhensions bilatérales lors d'un appel en urgence.

Général :

Communiquer à l'ARS les dysfonctionnements constatés mettant en péril la continuité des soins, notamment lors des situations d'urgence.



Évitabilité (échelle ENEIS)
Pour les professionnels, événements évitables



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

PRAGE / CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex

05 57 62 30 14
prage@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

Éviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Comprendre et décider. Revue « Prescrire ». Le Guide 2013. Tome 32 N°350

<http://www.prescrire.org/fr/3/31/48347/0/NewsDetails.aspx>

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