

Evénements indésirables - Aquitaine

Analyse Approfondie de Cas n° 78

Hématome du mollet par surdosage en AVK

Date de parution : juillet 2019

Catégorie: EHPAD

Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Dans cette analyse, le seul chiffre d'un INR élevé (10) ne suffit pas a expliquer le décès de la patiente.

Pour autant, les bonnes pratiques doivent être connues et appliquées!

Parmi elles, « l'INR doit être réalisé au minimum une fois par mois. La réévaluation régulière du bénéfice/risque est indispensable tout au long d'un traitement par AVK. La prise en charge d'un patient sous AVK nécessite une véritable coordination des soins. En particulier, le biologiste doit connaître l'indication afin de prévenir rapidement le médecin qui suit régulièrement le patient en cas de résultats en dehors de la zone cible[...] ».

Les règles de bonnes pratiques du circuit du médicament imposent (entre autre):

- Un support unique par patient et par séjour, de la prescription à l'administration.
- De ne pas retranscrire ou recopier des prescriptions.

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

sée une semaine en unité de méde- cutif à une chute durant l'hospitalisacine puis trois semaines en Soins de tion évolue défavorablement avec Suite et de Réadaptation pour altéra- une augmentation progressive de tion de l'état général et chutes fré- volume et un accroissement des douquentes à domicile. Elle est porteuse leurs. de plusieurs pathologies, notamment Huit jours après son accueil, elle est insuffisance cardiaque, une insuffi- recours. Une hypocoagulabilité masance rénale, un diabète insulino dé- jeure (INR >10) par surdosage en anti troubles du comportement impor- antidote oral est administré. tants. Les traitements comprennent Elle est hospitalisée en unité de diurétiques et anticoagulants oraux, courte durée. Une consultation chiinsuline et antidiabétiques oraux, rurgicale et une consultation anescorticoïdes, antalgiques, anti diar- thésique sont programmées le lenderhéiques et anxiolytiques.

A l'issue de ce séjour et après concer- décédée dans son lit au petit matin. tation avec la famille, la patiente est accueillie dans l'EHPAD du centre hospitalier (CH). Au cours de son sé-

Une patiente de 94 ans est hospitali- jour, un hématome du mollet consé-

une fibrillation auriculaire avec une transférée aux urgences du CH de pendant et une démence avec vitamine K est mise en évidence et un

main mais la patiente est retrouvée

CARACTÉRISTIQUES:

Gravité:

Décès

Intérêt:

Un bel exemple pour la conciliation médicamenteuse





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Du 8 au 15 septembre puis du 15 septembre au 5 octobre : une patiente de 94 ans, 50 kg, est hospitalisée 7 jours en service de médecine puis 21 jours en service de SSR pour une altération de l'état général et des chutes fréquentes au domicile. Ses antécédents sont : fibrillation auriculaire avec insuffisance cardiaque, diabète de type 2, insuffisance rénale, démence et troubles du comportement. Son traitement à domicile est renseigné par sa fille et comprend : pantoprazole 20 mg/jour ; furosémide 540 mg/jour ; oxazépam 25 mg/jour ; racécadotril 300 mg/jour ; fluindione (Préviscan®) 10 mg/jour impair et 5 mg/jour pair ; Lantus® 10 Ul/jour ; potassium 1200 mg/jour ; metformine 1000 mg/jour ; paracétamol 3000 mg/jour ; prednisolone 5 mg/jour.

Le 10 septembre : le traitement est reconduit à l'identique du traitement à domicile mais avec une prescription de fluindione sans posologie ni horaire.

Le 14 septembre : l'IDE appelle au cabinet du MT pour demander une prescription informatisée de fluindione.

Le 15 septembre : la prescription courante affichée de fluindione sur l'outil informatique est de 1 cp/jour (soit 20 mg/jour) et le décalage avec le traitement à domicile est mis en évidence (dans cette unité de SSR, les MT sont les référents de leurs patients ; le médecin de l'établissement est coordonnateur et non pas prescripteur).

Le 16 septembre : lors du transfert de médecine en SSR, le traitement est poursuivi automatiquement sur le support informatique. Après plusieurs appels de l'IDE et du secrétariat de médecine au MT pour une régularisation de l'ordonnance, la prescription informatique est mise à jour comme suit : fluindione 15 mg/jour impair et 10 mg/jour pair. Un bilan biologique complet est prescrit mais ne comporte pas d'exploration de l'hémostase.

Le mardi 6 octobre : la patiente est admise en EHPAD à la demande de la famille. Depuis 2 jours, elle présente un hématome du mollet droit avec induration, traité par pansements alcoolisés et crème pentosane (Hémoclar®). La patiente est agitée, elle a des réactions d'agressivité physique et verbale. Elle est très algique et anxieuse lors des soins et des mobilisations. Elle crie durant la nuit. L'infirmière qui accueille la patiente contacte le médecin coordonnateur et le MT pour qu'ils prescrivent les analyses biologiques de contrôle de l'hémostase et plus particulièrement le suivi du traitement AVK. La famille n'est pas présente lors de l'arrivée de la résidente. Le MT est absent pour quelques jours. Les traitements en cours sont repris avec la prescription écrite à distance directement dans le dossier patient informatisé. La prescription d'AVK a été faite par le MT le 16/09 pour une durée de 1 mois.

Du 7 octobre au 14 octobre : la résidente est toujours très douloureuse lors des mobilisations et des soins. La douleur est localisée au niveau des membres inférieurs. Elle est très agitée et crie beaucoup. Une psychologue clinicienne intervient et fait état de troubles cognitifs temporo-spatiaux. Le vécu de l'entourage est très difficile.

Le 14 octobre : la patiente est agitée la nuit et son hématome est toujours douloureux. Sa fille s'étonne de voir sa mère au lit et rencontre le cadre de santé qui lui explique que l'attitude de sa maman induit des comportements agressifs de la part des autres résidents et qu'il est préférable qu'elle garde sa chambre.

Le jeudi 15 octobre 2015 16 h : la famille de la résidente constate avec colère que la patiente souffre toujours au niveau de la jambe et que son état général ne s'améliore pas. La famille exige d'être reçue par le médecin coordonnateur et par le cadre de santé. Après concertation, un transfert est décidé au CH de recours.

17h45: la résidente est accueillie au service des urgences pour un hématome volumineux du mollet à évaluer chirurgicalement et pour faire le bilan d'un trouble iatrogénique grave de la coagulation.

18h55: la patiente est hospitalisée en UHCD. Le bilan clinique fait état d'un hématome important, hyperalgique, étendu à la cuisse. Le bilan biologique montre un INR > 10. Une antagonisation AVK par vitamine K est mise en œuvre. Un avis chirurgical et une consultation anesthésique sont demandés ainsi qu'un nouveau bilan pour le lendemain matin.

Au cours de la nuit : la patiente décède et est découverte par l'IDE au petit matin.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Défaillance dans la gestion et le suivi d'un traitement anticoagulant par AVK pour une fibrillation auriculaire :

- Sous-estimation des facteurs de risques.
- Non respect des bonnes pratiques de prescription du traitement et du suivi.

Facteurs latents

Patient:

Patiente à hauts risques (insuffisance rénale et comorbidités) avec traitements à hauts risques hémorragiques (AVK et médicaments potentialisant les anticoagulants : prednisolone, paracétamol).+

Très faible compliance aux soins (démence, agressivité, angoisse).+ Capacités cognitives altérées.+

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

Professionnels / facteurs individuels :

Non-respect des bonnes pratiques de prescription médicamenteuse :

- Existence de transcriptions (oral vers écrit) des prescriptions médicamenteuses.
- Omissions dans la transmission des prescriptions médicamenteuses (prescriptions informatisées réalisées avec retard induisant des plans de soins dépendants de prescriptions orales).++
- Absence de réévaluation des traitements personnels à l'admission en EHPAD.+++

Traçabilité des administrations inconstantes.+++

Absence d'analyse pharmaceutique.+++

Défaillances dans le suivi biologique du traitement par AVK.+++

Équipe:

Retard dans la recherche d'avis spécialisé au sujet de l'hématome.++

Alertes infirmières (concernant l'absence de dosage de l'INR, l'absence de prescription informatisée) insuffisamment prises en compte. +++

Evaluation de la douleur réalisée mais faible efficience.++

Défauts de communication écrite (incomplétude, traçabilité insuffisante).++

Tâches:

Planification des tâches non adaptée concernant le suivi du traitement anticoagulant de cette patient à haut risque hémorragique.+++

Défaut de suivi biologique du traitement AVK avec :

- Non réalisation des dosages d'INR durant le séjour.+++
- Modifications aléatoires des posologies.+++

Environnement:

Changement de logiciel du dossier patient informatisé (moins de 6 mois).+ Accès restreints depuis le DPI aux résultats biologiques informatisés. +

Organisation:

Défaillance dans la continuité des soins en raison :

- d'une traçabilité incomplète des observations cliniques et des traitements.++
- de l'absence du médecin traitant dont la suppléance n'est pas clairement organisée. +++
- de l'absence du programme personnalisé de soins.++

Institution:

Faiblesse de la politique de réduction du risque médicamenteux.++

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Paramétrage de l'outil informatique pour les avis pharmaceutiques (pour prise de connaissance et actions menées) et l'accès aux résultats biologiques.

Pour le suivi médico-pharmaceutique et infirmier des patients sous AVK, réalisation d'une fiche centralisée visible par toute l'équipe qui intègre :

- le suivi biologique,
- les critères de choix et de surveillance lors de l'instauration et/ou la réévaluation d'un traitement par AVK,
- les alertes en particulier pour INR, anémie...

Systématisation de la traçabilité des administrations de médicaments.

Commun:

Rappel des bonnes pratiques, intégrant l'usage systématique de l'outil informatisé.

Amélioration de la tenue du dossier avec sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la traçabilité des données pour la sécurité de la continuité des soins.

Mise en place de temps de concertation et d'échanges pour l'élaboration de Plans personnalisés de santé.

Planification des suppléances médicales et de la continuité des soins médicaux.

Général:

Développer également :

- la méthode de la conciliation médicamenteuse lors des admissions
- des revues de « dossiers médicamenteux » systématiques et réguliers pour les résidents d'EHPAD (au décours des temps de concertation et d'échanges formalisés pour la prise en charge des patients complexes).

Et toujours : l'information au patient et/ou son entourage à assurer.



Evitabilité (échelle ENEIS) Pour les professionnels : évènement probablement évitable



PRAGE / CCECQA

Hôpital Xavier ARNOZAN 33604 PESSAC Cedex

05 57 62 31 16 prage@ccecqa.asso.fr

Références et Bibliographie

- Guide de pratiques professionnelles sur la prise en charge du patient hospitalisé / Le circuit du médicament ; DHOS 15 janvier 2004.
- SFPC. Manuel de la revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (REMED) ; 2009.
- 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
- 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.
- Schéma Commun des Antivitamines K. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé juillet 2011.
- Projet Farembol: http://www.ccecqa.asso.fr/outil/changement-des-pratiques-professionnelles/reduction-du-risque-thrombo-embolique-chez-la
- HAS. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé Guide version février 2018.