



)

*Tout sur la gestion des risques en santé
et la sécurité du patient*



Résultat d'une RMM à la suite d'un évènement indésirable survenu au bloc

0

Avertissement : même si le secteur d'activités est très spécifique, la démarche de gestion de l'accident est transposable aux autres secteurs.

| Paramédical

Sommaire

Anamnèse

Le suivi de cette R.M.M.

Analyse de l'événement à travers une Revue de Morbi-Mortalité (R.M.M.)

Auteur : La prévention Médicale / MAJ : 17/06/2020

Anamnèse

Mme R., patiente de 62 ans, est accueillie au bloc opératoire pour une cholécystectomie par coeliochirurgie. Elle n'a aucun problème de santé en particulier ; elle est classé ASA II pour une légère surcharge pondérale.

L'induction anesthésique et l'intervention chirurgicale se déroulent sans difficulté.

A la fin de l'intervention, l'équipe d'anesthésie constate que la patiente est partiellement décurarisée (grâce au monitoring ad hoc), et décide de réaliser une antagonisation devant l'absence de contre-indications.

Apparaît alors le tableau clinique suivant :

- apparition de nombreuses extrasystoles polymorphes,
- pic hypertensif à 180 mm de Hg de systolique,
- après quelques minutes, récupération rapide d'un bigéminisme, puis d'un rythme sinusal normal.

Devant l'absence d'explication objective sur l'apparition de cette complication cardiovasculaire, le médecin anesthésiste, en examinant le conteneur d'ampoules vides, constate la présence d'une ampoule de Néosynéphrine* (vasopresseur) au lieu d'une ampoule de Prostigmine* (antidote des curares).

La patiente est amenée en salle de réveil où elle sera réveillée et où la surveillance ne montrera pas de problème particulier.

Le bilan cardiologique en salle de surveillance post interventionnelle montrera une normalisation de la fonction cardiologique dans les heures qui suivirent l'accident. Les résultats des investigations permettront de conclure que c'est bien l'injection accidentelle de l'ampoule de Néosynéphrine* qui est à l'origine du tableau clinique observé. Les suites permettront d'objectiver une absence complète de séquelles.

Le suivi de cette R.M.M.

Le suivi de ces R.M.M. est essentielle, car plusieurs mois plus tard, un presque accident pour le même motif et les mêmes médicaments a été déclaré.

La décision a été prise de mettre la drogue la moins utilisée, en l'occurrence la Néosynéphrine*, dans un pillulier fermé dans le chariot de soins, pour éviter un transfert accidentel d'un compartiment à l'autre.

Analyse de l'événement à travers une Revue de Morbi-Mortalité (R.M.M.)

Les causes pratiques de l'erreur :

- les ampoules de Néosynéphrine* et de Prostigmine* sont rangées à proximité l'une de l'autre dans le chariot de soins de la salle d'opération,
- les ampoules sont d'une très grande similitude,
- les ampoules de petites contenances (1 ml) possèdent de très petites inscriptions, difficilement lisibles,
- une ampoule de Néosynéphrine* a du passer dans le compartiment de la Prostigmine* lors d'une manipulation dans le tiroir des médicaments,
- la préparation de l'antidote des curares a du être administrée dans un délai court dans le déroulement de la phase de réveil, car la patiente pouvait se réveiller à tout moment,
- les précautions habituelles de préparation (vérification de l'identification du produit, intégrité, péremption) ont été « raccourcies » du fait du réveil agité de la patiente.

Mesures d'amélioration envisagées et celles qui ont pu être mises en oeuvre:

- Changer le conditionnement d'un des médicaments :
 - la modification du contenant n'est pas possible, puisque les appels d'offres ne permettent pas de changer le marché pour ce motif,
 - le changement du conditionnement des médicaments n'est possible que pour la Prostigmine, mais le risque de rupture d'approvisionnement est grand,
- Modifier le rangement dans les chariots de soins :
 - mesure applicable immédiatement : le réaménagement des chariots de soins pour tous les secteurs a été instauré, sous la responsabilité de l'encadrement paramédical.
- Communiquer sur l'accident à l'ensemble de l'équipe d'anesthésie :
 - lors d'une séance de restitution des conclusions de la R.M.M.,
 - en préservant l'anonymat de tous les acteurs,
 - en insistant sur les mesures simples de contrôle qui sont garants de la sécurité des patient(e)s,
 - en expliquant les mécanismes de survenue des risques (diagramme de Reason) et que tous professionnels peuvent être à l'origine d'un accident,
 - en organisant une séance d'actualisation des connaissances sur la réalisation de la décurarisation

Mise en évidence des points forts lors de l'accident :

Mise en évidence des points forts lors de l'accident :

- détection rapide du problème par une surveillance sans interruption, rapprochée, qui a permis une compréhension immédiate du tableau clinique,
 - communication efficace entre les membres de l'équipe d'anesthésie lors de l'accident,
 - optimisation et mise en œuvre d'un traitement adapté,
 - bonne anticipation d'une complication retardée possible, avec une prise en charge pluridisciplinaire,
 - l'information donnée à la patiente, dans la transparence, en essayant de répondre au mieux à son questionnement.
-

//