



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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Les EIGS relevant de l'anesthésie concernent dans 50% des cas l'utilisation des seringues et ampoules. 62% de ces erreurs relèvent d'une confusion entre les produits.

Des règles et des préconisations existent ; parmi elles :

- L'étiquetage des médicaments injectables préparés au bloc précisant :

- Nom de la spécialité,
- Dose,
- Couleur répondant aux codes internationaux correspondant aux classes pharmacologiques,
- L'emploi d'étiquettes pré-imprimées,
- Etc...

- La préparation extemporanée des plateaux pour chaque anesthésie et chaque patient.

On peut rappeler aussi la règle des **5 B**, encore et toujours d'actualité :

Le **B**on médicament,
Au **B**on patient,
À la **B**onne dose,
Au **B**on moment,
Par la **B**onne voie.

Analyse Approfondie de Cas 51:

Erreur d'administration de médicament par voie péridurale lors d'une césarienne en urgence

Date de parution : mai 2017

- **Catégorie : Obstétrique**
- **Nature des soins : Thérapeutiques**

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une jeune femme de 26 ans se présente à la maternité d'un centre hospitalier pour travail spontané à 40 semaines d'aménorrhée (SA) et 6 jours. Après son déménagement dans la région, elle avait été vue en consultation pour la première fois par l'obstétricien à 38 SA. Elle est accueillie à 17h40 en chambre et passe en salle d'accouchement à 22h30. À 23h25 elle bénéficie d'une analgésie par péridurale. L'évolution du travail est normale jusqu'à dilation complète du col vers 5 heures du matin. À 7h, la sage femme constate qu'il n'y a pas d'engagement et décide de contacter un médecin obstétricien pour non progression de la présentation après deux heures de dilatation complète du col.

Celui-ci, venant d'arriver au centre hospitalier, examine la patiente et décide de déclencher un « code rouge » pour césarienne à 7h30. À 7h45 la patiente est accueillie au bloc opératoire. Le médecin anesthésiste réanimateur (MAR) après avis auprès du médecin obstétricien, opte pour une anesthésie par

voie péridurale, celle-ci étant fonctionnelle et efficace. Il réinjecte dans le cathéter de péridural 15 ml de ce qu'il pense être de la lidocaïne. Une des infirmières anesthésistes (IADE) constate alors que la seringue employée par le MAR est en fait du thiopental.

Immédiatement, une anesthésie générale est réalisée pour permettre la réalisation de la césarienne. La césarienne est pratiquée sans incident particulier avec naissance d'un bébé de 3700 g à 8h02.

Le MAR contacte la hotline de « SOS ALR » pour connaître la conduite à tenir vis-à-vis de l'injection accidentelle de thiopental dans l'espace péridural. Un rinçage abondant avec 30 ml de NaCl à 0,9% est effectué. La patiente est prise en charge en SSPI et ne présente pas de signes cliniques défavorables.

Elle est informée de l'accident par le MAR lorsqu'elle est en chambre dans le service de maternité. A ce jour, elle ne présente pas d'effets secondaires suite à l'injection accidentelle.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Sans effet secondaires à ce jour.

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les événements indésirables graves et considérés comme tels intègrent une évaluation de la gravité. Une analyse est réalisée. Elle associe les professionnels concernés.





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le vendredi 19 décembre à 17h40 : une patiente est hospitalisée pour travail spontané. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans, primipare et primigeste, à 40 SA + 6 jours. A son admission, la poche des eaux est intacte, le col épais avec une dilatation à 3 cm. Le monitoring est normal.

De 18h à 23h25 : le travail se poursuit, la patiente bénéficie d'une pose de péridurale pour l'analgésie. Le rythme cardio-foetal (RCF) est surveillé et normal.

À 5 h : la dilatation est complète mais une absence d'engagement du bébé est constatée. Le RCF est satisfaisant.

7 h : un changement d'équipe des sages-femmes est réalisé avec une étude conjointe du partogramme. Une décision d'appel de l'obstétricien pour non progression de l'engagement après 2 h 20 de dilatation complète avec cependant un tracé RCF normal est prise lors de cette relève.

À 7h30 : la patiente présente brutalement des douleurs violentes. À l'arrivée de l'obstétricien une décision de « césarienne code rouge » est prise pour syndrome de pré-rupture utérine en raison de l'accroissement des douleurs, et à l'examen, constat d'un utérus hypertonique, en sablier. La sage-femme déclenche le code rouge, suivant imparfaitement la procédure existante : le MAR, présent sur site, en salle dite « polyvalente » à 7 h 35 avec l'IADE de garde, est prévenu ; le cadre du bloc réquisitionne un IADE et un IBODE, présents pour leur service programmé en chirurgie viscérale et orthopédique, pour la césarienne. La table de réanimation bébé, toujours prête au bloc, est vérifiée. la sage-femme contacte le pédiatre. Elle met en place un sondage urinaire.

Au bloc opératoire l'IADE prépare des plateaux pour l'anesthésie : elle récupère le plateau pour induction en séquence rapide, rangé au réfrigérateur, comportant thiopental, chlorure de suxaméthonium (le plateau a été préparé la veille par l'IADE de garde au bloc opératoire). La seringue de thiopental est identifiée avec une étiquette blanche et non l'étiquette jaune conforme aux bons usages, en raison de l'indisponibilité des étiquettes pré-identifiées pour les médicaments pour l'anesthésie dans la salle où est préparé le plateau. Elle prépare ensuite les médicaments pour l'anesthésie par la voie péridurale déjà en place, dont une seringue de 20 ml de lidocaïne 1% disposée perpendiculairement aux autres seringues dans le plateau précédent. La seringue est identifiée avec une étiquette blanche également et non l'étiquette grise conforme aux bons usages.

À 7h45 : La patiente est accueillie et installée au bloc opératoire. La péridurale à visée analgésique étant efficace, le MAR obtient l'accord de l'obstétricien pour effectuer une anesthésie péridurale.

À 7h50 : Le MAR se saisit de la seringue qu'il croit être celle de lidocaïne sur un plateau et injecte le contenu par le cathéter de péridurale (15 ml de thiopental, 5ml par 5 ml). Pendant l'injection, l'IADE identifie la seringue encore remplie de lidocaïne sur la table. Elle réalise immédiatement l'erreur et la signale en silence au MAR. Une nouvelle seringue de thiopental est préparée et une anesthésie générale est immédiatement réalisée sans incident.

À 7h58 : Début de l'intervention avec incision par Pfannenstiel. Appel à « SOS ALR » pour avis sur la conduite à tenir par le MAR. Les consignes sont d'injecter 30 ml de sérum physiologique (NaCl 0,9%) pour diluer le thiopental dans l'espace péridural et effectuer un rinçage.

À 8h02 : Naissance du bébé : 3700 g ; 33,5 PC ; Apgar 10-10-10.

À 8h10 : Installation de la mère en SSPI pour extubation et surveillance rapprochée prolongée. Restitution *ad integrum*.

Dans l'après-midi : La mère et l'enfant sont en chambre dans le service de maternité. Une information complète de l'erreur médicamenteuse est délivrée aux parents. Elle est renouvelée en présence des parents de la parturiente (la mère est médecin) le lendemain. Les conditions de surveillance à long terme sont précisées.

Le 7 janvier : Analyse approfondie des causes en présence de l'équipe du bloc opératoire et du pharmacien. Aucune séquelle n'est signalée.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Absence de contrôle (lecture des étiquettes) avant administration du médicament dans l'espace péridural.

Biais cognitif : les 2 seringues avec étiquettes blanches sont assimilées intuitivement par le MAR aux 2 seringues de lidocaïne qu'il prépare habituellement lorsqu'il réalise des anesthésies locorégionales.

Facteurs latents

Patient :

Aucun facteur identifié.

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

Professionnels / facteurs individuels :

Non respect des bonnes pratiques d'étiquetage des seringues de médicaments d'anesthésie reconstitués. +++

Équipe :

Aucun facteurs identifiés.

Tâches :

Non respect des procédures de reconstitution des médicaments utilisés en anesthésie avec étiquetage ne respectant pas les codes couleur.+++

Absence d'harmonisation des pratiques de préparation des plateaux anesthésiques : +++

- Volume des seringues, étiquettes, couleur des plateaux,...
- Modalités et lieux de préparation.

Environnement :

Fourniture insuffisante d'étiquettes de couleurs pré imprimées utilisées pour la reconstitution des médicaments anesthésiques. Toutes les salles ne sont pas équipées de façon exhaustive. ++

Organisation :

Organisation de la procédure « code rouge césarienne » insuffisamment connue et maîtrisée (délais de 35 minutes entre décision et extraction du bébé). +

Institution :

Aucun facteur identifié.

Facteurs d'atténuation :

Détection immédiate de l'EI. Identification de l'erreur de médicament. Mise en place d'actions correctives et récupération totale après appel à « SOS ALR ».

Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique: Réactualisation des protocoles portants sur les modalités de reconstitution des médicaments d'anesthésie (1 fiche / médicament à préparer).

Mise en place de codes couleurs pour les plateaux AG versus ALR.



Commun :

Mise à disposition des étiquettes pré imprimées en quantité suffisante pour pouvoir équiper toutes les salles de façon exhaustive.

Harmonisation des pratiques individuelles avec élaboration de procédures consensuelles décrivant la composition et l'organisation des plateaux d'anesthésie.

Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels événement **très probablement évitable**.



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

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

Général : Privilégier l'usage de seringues pré conditionnées pour les inductions à séquence rapide plutôt que la préparation anticipée de plateaux conservés au réfrigérateur (éphédrine, atropine, etc.).

Références et Bibliographie

- Procédure de reconstitution des médicaments utilisés en anesthésie au CHLS – Hospices civils de Lyon – centre hospitalier Lyon Sud – Service d'anesthésie réanimation
- Outils de sécurisation et d'autoévaluation de l'administration des médicaments - SFAR – HAS 2011 : partie 2 « mise en œuvre » http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1170134/fr/securisation-et-autoevaluation-de-l-administration-des-medicaments
- Prévention des erreurs médicamenteuse en anesthésie – SFAR 2006
- Accidental epidural injection of thiopental in a dog - Allison L. O'Kell and Barbara Ambros –The Canadian veterinary journal - 2010
- Avoiding inadvertent epidural injection of drugs intended for non epidural use – C.M.HEW – anaesthesia intensive care – 2003; **31** : 44-49
- Analysis of inadvertent epidural injection of drugs – T. Kasaba – Masui the Japanese journal of anesthesiology – 2000 dec; 49 (12) : 1391-4
- Accidental injection of thiopental into the epidural space – A. Weigert – European journal of anesthesiology -2000 jan;17(1) : 69-70
- Complications de l'anesthésie péridurale en obstétrique – P. Diemunsch –SFAR 1997 www.sfar.org/acta/dossier/archives/ca97/html/ca97_005/97_05.htm
- Thiopental absorption after inadvertent injection into the epidural space – Gravenstein – Anesthesia-analgesia 1976 jan-feb;55 (1) : 118-9

<http://www.ccecqa.asso.fr/outil/gestion-des-risques/prage-retours-dexperiences>