



## Analyse de scénario

### Anesthésie

#### Fiche animateur

#### Description des circonstances de survenue de l'évènement.

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.

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 la procédure existante : le médecin anesthésiste réanimateur (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 au bloc opératoire. Le MAR après avis auprès du médecin obstétricien, opte pour une anesthésie par voie péridurale, celle-ci étant fonctionnelle et efficace. 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 au total sont injectés), 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*.

## Description des conséquences.

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.

Aucune séquelle n'est signalée, un mois après l'EIAS ou à ce jour.

## Analyse

### Causes immédiates :

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.

### Conditions latentes :

#### Professionnels / facteurs individuels :

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

#### 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.

## Enseignements tirés.

### Facteurs d'atténuation / récupération :

**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 ».**

### Actions proposées par l'équipe

Réactualisation des protocoles portant 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.

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.

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 - Recommandations – législation ou littérature



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](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](http://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

