

Analyse d'1 EIR évitable œdème de surcharge la nuit

PERSONNEL SOIGNANT ENGAGE DANS LA DEMARCHE

Mme Cécile ZITTE Cadre de Santé

Mme M.Brigitte RIVIERE IDE

Mr Jim CHANE KUNE IDE

EQUIPE MEDICO CHIRURGICALE

CELLULE HEMOVIGILANCE

Un évènement vraiment Indésirable

CELLULE HEMOVIGILANCE CHU Nord Félix Guyon

Une découverte fortuite

- Le correspondant assiste à la réunion hebdomadaire de la cellule en vue de présenter à ses membres .
- Présentation du signalement d'un événement indésirable fait par une IDE et concernant surcharge de travail nocturne et problème de surveillance en orthopédie.
- A la lecture des commentaires liés à cette déclaration on constate que cet « évènement » est en relation avec la prise en charge d'un OAP survenu au décours d'une transfusion réalisée la nuit.

Rôle du Correspondant d'Hémovigilance

- Prise en compte d'un Effet Indésirable sur Receveur
- Décision de réaliser une enquête pour déterminer les circonstances de survenue
- Découverte d'une succession de dysfonction-nements graves

Evènement Indésirable Receveur

- Mme P. MJ âgée de 83 ans hospitalisée en Orthopédie pour fractures calcanéum et branches ischio et ilio pubiennes G .
- ATCD Médicaux
 - Obésité
 - Hypercholestérolémie
 - HTA
 - Cardiopathie ischémique

Déroulement de l'acte transfusionnel

- NFS de la veille de l'intervention montrant une Hb à 10.5 g/dl
- Devant terrain coronarien décision par MAR 1 de mettre en réserve 2 CGR en prévision d'une éventuelle transfusion peropératoire
- Mauvaise interprétation par MAR 2 de la mise en réserve qui est prise pour une décision de transfuser en préopératoire
- Ordonnance faite lors de la VPA en début après midi
- Délivrance faite à 15h30

- **Première transfusion débutée à 17 H 20**
- **Déroulement de la transfusion sous Oxygène nasal**
- **Bonne tolérance clinique**
- **Fin de la transfusion à 19 h 20**

- Début du deuxième culot à 19h 45
- 20 h douleurs basithoraciques G et malaise nécessitant appel de l'anesthésiste de garde qui met les signes cliniques sur le compte d'une douleur post traumatique thoracique. La transfusion est maintenue.
- 21h30 décision médicale de maintenir la prise en charge au lit du malade.
- 22 h, la transfusion et le traitement institué sont interrompus pour un problème d'abord veineux.
- 23h diagnostic d'OAP posé.
- 23h 15 transfert SIPO.

CONSTATATIONS

- Pose le problème des
 - Transfusions la nuit: diminution sécurité et qualité
augmentation des risques pour le transfusé et autres patients
 - Transfusion -Associated Circulatory Overload chez patients âgés et présentant une cardiopathie

Mesures prises

- Cas abordé et discuté en staff d'anesthésie (quinzaine de participants) avec propositions d'amélioration. L'idée d'une RMM n'est pas suivie.
- Réunion dans le service avec Cadre de Santé et 2 IDE (implication du chef de service et PHAR référents)
 - Affichage facteurs de risque TACO
 - EPP envisagé avec recueil des transfusions nocturnes pour étude au cas par cas
- IFSI :utilisation du cas en ED

Propositions envisagées par les PHAR

- Pratique en gériatrie d'un seul CGR puis contrôle NFS
- SIPO si sujets à risques
- Améliorer le délai de délivrance des PSL l'après midi (Urgence Relative?) selon les expériences passées de certains praticiens
- Améliorer les transmissions (AR sectorisés)
- Abord veineux à évaluer au moment de la prescription

Mesures prises effectivement

- **Affichage dans la salle de soins des facteurs de risque de survenue d'un OAP en cours de transfusion.**
- **Propositions évoquées lors du staff d'anesthésie non mises en pratique mais sensibilisation nette de l'équipe sur le problème posé par les prescriptions faites l'après midi lors de la Visite Pré Anesthésie.**
- **Notion d'abord veineux retenue par le personnel IDE.**

Facteurs de risque OAP sur transfusion sanguine

- Age > 70 Ans
- Altération fonction VG
- Retrécissement mitral ou aortique « serré »
- HTA
- Fibrillation atriale rapide
- Insuffisance Rénale Aigue ou Chronique
- Bilan hydrosodé positif
- Syndrome Infectieux récent

*Mise au point sur OAP de surcharge post Transfusionnels
(Juillet 2012 ANSM)*

Evaluation des Transfusions Sanguines réalisées la nuit en chirurgie Orthopédique

SERVICE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
CHU Nord Félix Guyon

Méthode

- Etude au cas par cas des prescriptions des transfusions pouvant se dérouler la nuit.
- Recueil par le correspondant d'hémovigilance
- Etude des mesures prises pour limiter ces pratiques
- Etude des conséquences
- Reprise des cas au bout de 6 mois

1ere Transfusion reportée

- 2 CGR commandés pour préop chez patiente de 91 ans (Hb 7.8 G/dL)
- Retard relatif dans la prescription: indication posée en début de matinée et ordonnance faite à 11 h précisant de passer les culots à distance (6H) et de faire un lasilix après le premier.
- Première poche passée à partir de 14 h.
- Deuxième poche prévue à 20 h reportée au lendemain après concertation équipe soignante, cadre de santé et chirurgien.

2eme Transfusion reportée

- 2 CGR passés la veille en néphrologie dans contexte de dialyse chronique
- 2 autres CGR prescrits à l'arrivée sur même NFS
 - Premier transfusé en fin d 'après midi
 - Second transfusé le lendemain après proposition du personnel soignant de reporter une transfusion nocturne chez sujet à risque sans contrôle de la NFS

Transfusion N°3

réalisée en fin d'après midi

- Prescription de 2 CGR faite à 12 h
- PSL disponibles à 14 h
- Impossibilité d'aller chercher PSL ???
(cause la plus probable: personnel non disponible)
- Réception service à 16h 30
- Transfusion des 2 CGR terminée à 21H 30

Transfusion N° 4

retardée faute d'abord veineux

- 2 culots prescrits pour anémie à 6.8 en début d'après midi.
- Difficulté abord veineux (appel IADE)
- Pose Jugulaire Externe à 20h
- Désaturation lors de la transfusion nécessitant mise sous Oxygène
- Décision différer le passage du 2^{ème} CGR avec retour à l'EFS donc détruits.

Transfusion n° 5

- Patient de 92 ans avec insuffisance cardiaque
- Entré dans après midi pour fracture col fémur
- Anémie à 7.3 g/dL nécessitant commande de 2 CGR pour transfusion préopératoire
- Décision passage 1 CGR en fin de journée et 1 le matin de l'intervention à partir de 06h
- La deuxième transfusion n'étant pas terminée à l'arrivée des brancardiers nécessité accompagnement par l'IDE.

Transfusion n° 6

- **Post opératoire chez patiente de 85 ans avec ATCD cardiovasculaires (HTA , Valvulopathie, E.P.)**
- **Prescription de 2 CGR devant hémoglobine 7.9 g/dL.**
- **Décision du personnel soignant de faire délivrer les culots un après l'autre.**
- **Première transfusion passée en fin de matinée sur 02h 30**
- **Devant encombrement pulmonaire en fin de transfusion (14h) décision de reporter la seconde au lendemain et de faire un diurétique**
- **2 ème Transfusion supprimée (Hb 9.2).**

Au Final

- Disparition des transfusions nocturnes sans concertation préalable
- Réelle prise de conscience par le personnel du service du problème posé par les transfusions de nuit
- Prise en compte par l'autre service de chirurgie (mutation au SIPO pour transfusions nocturnes préopératoires)
- De nouvelles difficultés sont apparues en relation avec le report des transfusions au lendemain
 - Destruction des CGR non transfusés car absence de fractionnement de la délivrance
 - Difficulté de finir les transfusions préopératoires avant le transport vers le bloc

En conclusion

Une petite équipe motivée a pu sensiblement améliorer des pratiques qui semblaient au départ difficilement modifiables

Merci pour votre attention

- MERCI A L'IDE QUI A DECLARE
- MERCI AU GROUPE DE TRAVAIL
- MERCI A TOUTE L'EQUIPE DU SERVICE