

CAS 1 : Grade 1.

Patiente de 89 ans de groupe **O+** hospitalisée en gériatrie pour maladie de l'appareil circulatoire non précisée.

Un CGR lui est prescrit pour anémie symptomatique (Hb : 6.9g/dl).

La transfusion d'un CGR de groupe **A+** est initiée à 12h00 et interrompue 20 minutes plus tard lorsque l'IDE se rend compte de son erreur.

Les seules manifestations biologiques rapportées sont une hyper-bilirubinémie et la positivité du TDA. Pas de manifestations cliniques mentionnées.

La transfusion ABO incompatible a été la conséquence d'une erreur de patient destinataire du CGR au sein de l'ES :

- Prescription d'un CGR à la patiente de groupe **O+**. L'identité de la patiente est notée de façon manuscrite sur l'ordonnance (Nom marital : Mme « P.. »).
- l'IDE, en allant chercher les étiquettes de la patiente a pris par erreur les étiquettes de sa voisine de chambre (Mme « C.. ») qu'elle a apposée sur l'ordonnance (dossiers patients en salle de soins).
- La prescription de CGR, étiquetée au nom de Mme « C.. », a été accompagnée des analyses IH de Mme « C.. ».
- La délivrance, par le dépôt de délivrance, du CGR prescrit a été effectuée conformément aux documents transmis.
- L'aide-soignante qui récupère les colis les amène directement au chevet de Mme « P.. », sans contrôle de concordance.
- Absence de vérification d'identité au lit du malade (orale (patiente interrogeable) ou sur le bracelet).
- CULM réalisé mais mal interprété : l'IDE entoure la réponse « oui » alors que le CGR agglutine en A et pas la patiente

Le CGR est branché, la transfusion débutée à 12h00.

A 12h20, l'IDE revient en salle de soins avec dossier transfusionnel de Mme « C.. » pour remplir le dossier de soins de Mme « P.. » et se rend compte de son erreur. Arrêt immédiat de la transfusion, le cadre et médecin en charge sont informés.

Examen clinique, surveillance +++ des constantes et bilan d'hémolyse.

A noter que l'IDE impliquée pose des transfusions depuis 5 ans. Sa dernière formation d'hémovigilance date de février 2018.

CAS 2 : Grade 1.

Jeune patient de 5 ans de groupe **O+** souffrant de leucodystrophie métachromatique et pris en charge en chirurgie orthopédique pour luxation de la hanche.

Au bloc opératoire, il est transfusé de 20 ml de CGR de groupe **B+** (Hb : 7.4 g/dl)

Pas de conséquences cliniques ni biologiques à l'exception d'une augmentation de l'hémoglobine plasmatique suggérant une hémolyse sans impact sur la fonction rénale.

La transfusion ABO incompatible a été la conséquence d'une erreur d'attribution du CGR au sein de l'ES:

- Le 20/03/2019, 2 demandes de sang à intervalle limité pour 2 blocs chirurgicaux :

- à 12h25, envoi d'un CGR B par pneumatique pour un patient de groupe B du bloc de neurochirurgie (prescription effectuée par le chirurgien).

- à 12h41, envoi d'un CGR O par pneumatique pour le patient de groupe O du bloc de chirurgie orthopédique

(prescription effectuée par l'anesthésiste).

- A 12h34, l'anesthésiste du bloc de chirurgie orthopédique récupère le CGR B destiné au patient du bloc de neurochirurgie sans vérification d'identité et colle l'étiquette de son patient (de groupe O) sur l'accusé de réception.

- Découverte de l'erreur d'attribution du CGR à réception de l'accusé de réception à l'EFS. L'EFS en informe immédiatement le service de soins. La transfusion est arrêtée (20 ml de CGR ABO incompatible ont été transfusés).

- D'après le médecin, le contrôle ultime aurait été réalisé, mais celui-ci n'a pas été retrouvé. La feuille détachée du contrôle ultime ABO n'a pas été remplie au niveau des réactions.

- Pas de conséquence pour le patient de groupe B pour lequel un autre CGR a été délivré après constat de l'erreur. Pas de retard à la transfusion.

CAS 3: Grade 3.

Patient de 95 ans de groupe **O-** hospitalisé pour décompensation cardiaque globale sur cardiopathie ischémique et valvulaire.

Le 09/01/2019, il est transfusé d'un premier CGR O neg pour anémie mal tolérée (Hb à 9), sans incident.

Le 10/01/2019 à 09h10, début de transfusion d'un CGR, de groupe **B-** à ce patient (Hb : 9.9 g/dl).

La transfusion est arrêtée à 09h20, lorsque l'IDE se rend compte de l'erreur. 100 ml de CGR ABO incompatible ont été transfusés.

A 9h30, apparition de frissons accompagnés de douleurs lombaires, marbrures, d'une hypotension (PAS : à 6 cmHg) avec désaturation < 70% et signes d'OAP. Le patient est transféré en service de réanimation après injection de corticoïdes et mise sous O2.

Le patient sort de réanimation le 11/01/2019 pour être transféré en service de pneumologie. Il est toujours sous O2 10 litres au masque.

Depuis la transfusion, aggravation de son état général par aggravation de son insuffisance cardiaque.

La transfusion ABO incompatible a été la conséquence d'une erreur d'attribution du CGR au sein de l'ES.

Il semblerait que les CULM correspondant à ces 2 transfusions aient été réalisés conjointement dans une salle à l'écart des patients.

CAS 4 : Grade 1.

Patiente de 84 ans de groupe **B+** hospitalisée pour altération de l'état général et sténose carotidienne intérieure droite à 75%.

Le 12/01/2019 à 12h20, début de transfusion d'un CGR **A+** à faible débit (Hb : 7.5 g/dl).

La transfusion est arrêtée à 12h30, lorsque l'IDE se rend compte de l'erreur. Le médecin de garde est prévenu.

La seule manifestation clinique observée est une pic fébrile à 38.3°C 2 heures plus tard. Absence de signes cliniques et biologiques d'hémolyse retardée. La transfusion ABO incompatible a été la conséquence d'une erreur d'attribution du CGR au sein de l'ES.

Contexte : 2 patientes : l'une de groupe A+, l'autre de groupe B+ hospitalisées dans le même service et gérées par le même IDE.