

Retard transfusionnel par non prise en compte des résultats de biologie

Présenté par le Dr. Martine BESSE-MOREAU



Antécédents:

Obésité:130Kg/168cm, BMI à 45 Diabète insulino-dépendant, HTA, tabagisme actif Coronaropathie: stents actifs 2007 & 2008, BPCO + syndrome d'apnée du sommeil Néphrectomie en septembre 2010

Traitement:

Kardégic 75mg, <u>Plavix</u>, Exforge5-80, Lasilix spécial, Hypérium, Zyloric, Triple insulinothérapie Ventoline, Inexium, Xatral



Description de l'évènement : le cas

<u>Historique</u>

Hospitalisation en pneumologie du 16 au 20/09/2010:

préparation à chirurgie urologique (syndrome obstructif) Arrêt du traitement Kardégic -Plavix

Intervention en urologie le 21/09/2010:

Néphrectomie droite pour tumeur urothéliale Résection endoscopique d'une polypose multifocale récidivante

Hospitalisation en réa du 21 au 27/09 (surveillance post- opératoire)



Description de l'évènement : le cas

Hospitalisation en urologie du 27/09 au 01/10/2010:

Evolution : reprise de la miction avec créatinine stable. Reprise de l'association Kardégic, Plavix à la sortie du patient.

Le 06/10/2010 arrivée aux urgences

Tableau de rétention aiguë : caillotage vésical secondaire à la chute d'escarre (J15 de la résection des polypes vésicaux).

Mise en place d'une sonde vésicale (hématurie persistante)

Avis du cardiologue = arrêter le Plavix & maintenir l'Hb > 10g/dl

Sortie le 20/10 : fibroscopie vésicale prévue le 24/11



Description de l'évènement : le cas

Le 20 novembre aux Urgences :

Hématurie + Hb à 9,1g/dl le patient reçoit 2 CGR

Hospitalisation du 22/11/2010:

Hématurie récidivante, mise en place d'une sonde et décaillotage.

Son Hb est à 7,4g/dl : il est transfusé de 3 CGR le 22/11

Le 25 novembre:

Hématurie persistante Hb à 7,9g/dl, transfusion de 2 CGR

Résecteur long commandé (non disponible auprès du fournisseur)

Demande de prêt auprès d'un CHU : Refus par le conseil de pôle



le 26/11: ablation de la sonde vésicale

le 27/11: Hb à 8,6 g/dl pas de transfusion

le 29/11: Hb à 7,2g/dl = transfusion de 2 CGR

le 1er/12: Hb à 7,2g/dl = transfusion de 2 CGR

le 2 /12 : Staff : caillotage vésical majeur

- endoscopie impossible faute de résecteur long,
- uro-scanner contre-indiqué car créatinine à 250 µmol/l
- IRM impossible du fait de l'obésité du patient
- CAT : cystectomie proposée, car hématurie incontrôlable avec risque cardiovasculaire++; arrêt du Kardégic

Le patient est informé du risque d'IDM et de la nécessité de transfuser : il refuse la cystectomie



<u>le 3/12</u>: Hb à 7,3g/dl = transfusion de 2 CGR

<u>Le patient refuse la cystectomie</u> (son urologue est en visite HAS)

le 7/12: Hb à 7,8g/dl = pas de transfusion

<u>le 8/12</u>: Hb à 6,3g/dl = transfusion de 2 CGR + décaillotage. Le patient refuse toujours la cystectomie

Le 9/12 A.M: Hb à 7,9g/dl = transfusion de 2 CGR

Douleur thoracique rétro-sternale, sensation d'étouffement

Appel réa:

- Embolie Pulmonaire ? IDM?
- ECG: sus décalage de ST
- dosage troponine à 0,018 µg/l

Le 9/12 P.M: Hb à 9,2g/dl, troponine à 0,098 μg/l



Le 10/12 A.M: Hb à 9,2g/dl, = transfusion de 2 CGR,

- ECG non modifié, troponine à 2,94 μg/l
- Pas d' hypercapnie donc pas d'embolie pulmonaire
- Reprise du Kardégic

Les 11 et 12/12:

troponine à 1,77µg/l, Hb 11,5g/dl, créatinine >200µmol/l

Le 13/12: Hb à 10,1g/dl et troponine à 0,373 μg/l

La décision de la résection sous AG est prise par le patient et sa famille malgré le risque vital important



Le 14/12 A.M:

cystectomie est réalisée et patient est transféré en Réa

Le 14/12 P.M: Hb à 10,7g/dl = transfusion de 2 CGR

troponine à 0,227 µg/l, créatinine à 218µmol/l

Le 14/12 soir: Hb à 11,8g/dl, troponine à 0,194 μg/l

Le 15/12: Hb à 11g/dl, troponine à 0,228 μg/l

Les jours suivants l'Hb avoisine les 10g/dl : le patient n'est plus transfusé et il n'a plus de douleur thoracique...



En quoi est-ce un problème?

Non respect de la consigne du cardiologue de maintenir l'hémoglobine à un taux supérieur à 10g/dl

- Prise en charge par un trop grand nombre de médecins : 4 urologues et 3 anesthésistes
- Devant la persistance de l'hématurie et du caillotage , le contrôle d'Hb aurait dû être quotidien
- ➤ La quantité de CGR prescrits a été invariablement de 2 US compensant la perte mais n'obtenant pas une Hb > 10g/dl

Pas de transfusion les 26, 27, 30/11 ni les 2, 4, 6, 7, 9/12



Pourquoi cela-est-il arrivé?

> Facteurs liés au patient :

polypathologie très lourde + refus de la cystectomie par absence du praticien qui le suivait (en visite HAS).

> Facteurs concernant l'équipe :

Mauvaise communication entre les différents praticiens, Non respect des recommandations du cardiologue (Hb >10g/dl),

Retard dans la programmation du dosage de l'Hb.

> Facteurs institutionnels:

Absence de résecteur long



Autres questions

- Qu'est-ce qui aurait pu empêcher la survenue de l'El?
 - 1) de disposer d'un résecteur long
 - 2) d'harmoniser le suivi médical transfusionnel.
- Est-ce que tout a été mis en œuvre pour éviter cet EI? NON
- Défenses manquantes:
 - Absence de coordination dans le suivi transfusionnel



Faut-il revoir le système/l'organisation dans lequel l'El est survenu?

Actions correctrices:

- 1) Achat d'un résecteur long disponible pour les 2 services d'urologie et les 2 services de gynécologie
- 2) quand un senior s'absente, le suivi de ses malades à risques est délégué à un autre senior du service
- 3) l'interne du service prend en charge le suivi quotidien des patients à risques et en cas de doute en réfère au sénior

<u>REX</u>

Information faite à tout l'établissement de l'achat d'un résecteur long disponible dans le service où a eu lieu l'El



CAS PRATIQUES:

ERRARE HUMANUM EST, PERSEVERARE DIABOLICUM