2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

FICHES D'INCIDENTS GRAVES EN BRETAGNE CHEZ LES PATIENTS ALLOGREFFES

Dr F. HERVE

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG

INCIDENTS DÉCLARÉS

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

INCIDENT 2011

Le 02/03/2011 à 22h00 le service de thérapie cellulaire de Rennes délivre une MO allogénique pour une patiente née en 1969

- patiente A+ D+C+E-c+e+ K- (RH:1,2,-3,4,5 KEL:-1)
- donneur AB+ D+C+E-c-e+ K- (RH:1,2,-3,-4,5 KEL:-1)

- La consigne est mise le 04/03/2011 de transfuser en
  - CGR A+ D+C+E-c-e+K- (RH:1,2,-3,-4,5 KEL:-1)après épreuve de compatibilité érythrocytaire,
  - en plasma AB,
  - en concentrés plaquettaires A sans anticorps immuns anti-B.
- Le 08/03/2011, délivrance erronée par l'EFS de 2 CGR A- D-C-E-c+e+ K- (RH:-1,-2,-3,4,5 KEL:-1) irradiés, choix tenant compte du groupe de la patiente avant greffe mais ne respectant pas la consigne d'allogreffe.
- Il n'y a pas d'alerte informatique, les CGR étant compatibles avec le groupe de la patiente, qui reste dans le logiciel médico-technique.

L'erreur est détectée par l'IDE du service à réception des culots.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

INCIDENT 2011

- Les CGR sont retournés à l'EFS et détruits, nouvelle délivrance conforme pour la patiente.
- Aucune conséquence pour celle-ci, la transfusion n'était pas urgente.

Actions mises en place à l'EFS :

- immédiatement : rectification de l'erreur
- le 10/03/2011 : rajout du protocole RH-4 interdisant la délivrance de CGR phénotype RH4 chez cette patiente (qui reste RH4 dans le logiciel médico-technique)
- rappel de la vigilance pour le respect des consignes d'allogreffe en réunion de service distri/del
- déclaration d'une FIG sur e-FIT par le correspondant d'hémovigilance de l'EFS

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

INCIDENT 2014

Le 13/02/2014, patient né en 1972 le service de thérapie cellulaire de Rennes délivre 2 poches de CSP allogénique au patient né en 1972.

- patient A+ D+C+E+c+e+ K+ (RH:1,2,3,4,5 KEL:1)
- donneur A+ D+C+E-c+e+K+ (RH:1,2,-3,4,5 KEL:1)

- La consigne est mise le 13/02/2014 :
  - transfuser en CGR A+ D+C+E-c+e+ K+ (RH:1,2,-3,4,5 KEL:1) après épreuve de compatibilité érythrocytaire,
  - en plasma A,
  - en concentrés plaquettaires A ou O sans anticorps immuns anti-A.
- Le 25/02/2014, erreur de la technicienne de l'EFS qui délivre 2 CGR phénotype E+ (RH:3) ne respectant pas la consigne transfusionnelle (mais compatible avec le groupe du patient qui reste dans le logiciel médico-technique).
- L'erreur est non vue par la technicienne IH qui a fait la compatibilisation, ni par l'IDE qui transfuse le premier CGR, mais avant la pose du second.

Le CGR E+ (RH:3)non transfusé est détruit, et une nouvelle délivrance conforme est faite pour le patient.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

INCIDENT 2014

CONSIGNES TRANSFUSIONNELLES POST-ALLOGREFFE
DE CELLULES SOUCHES HEMATOPOÏETIQUES (CSH)
Ce document remplace la carte de Groupe Sanguin

Nom : R[redacted] Prénom : C[redacted] Né(e) le : 13/03/1972 Sexe : M	**CONDUITE A TENIR :** Transfuser en CGR. : A+ D+C+E-c+e+ Kell+ Après épreuve directe de compatibilité érythrocytaire Transfuser en Plasma : A
Allogreffe le : 13/02/2014 G.S. Receveur A+ D+C+E+c+e+ Kell+ G.S. Donneur A+ D+C+E-c+e+ Kell+	Transfuser en Concentrés Plaquettaires : A ou O sans anticorps immuns anti-A
Type de greffon : M.O. : ☐ CSP : ☒ USP : ☐	PSL IRRADIES ET CMV INDIFFERENT

Date : 11/02/2014

Visa du biologiste responsable du laboratoire :
Dr Laurence DELUCIN — Dr Marguerite DELAMARE

Etablissement Français du Sang – Bretagne – Rue Pierre-Jean Giraste – BP 91614 – 35016 RENNES CEDEX TEL 02.99.84.42.22 – Télécopie 02.99.54.83.20

Document destiné au DOSSIER TRANSFUSIONNEL

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite

INCIDENT 2014

Actions mises en place à l'EFS

- immédiates : responsables hémovigilants prévenus (EFS et ES), correction de l'erreur pour le 2è CGR avant transfusion
- ajout du protocole RH-3, alertant en cas d'erreur (sans blocage informatique)
- déclaration d'une FIG par le correspondant d'hémovigilance de l'EFS
- rappel de la vigilance au personnel de distri/délivrance dans les dossiers des patients allogreffés et présentation de l'incident en réunion de service

Actions mises en place dans l'ES

- déclaration de l'EI en interne
- rencontre du correspondant d'hémovigilance et de l'IDE
- intégration de cet EI dans les formations continues destinées aux personnels de l'ES
- surveillance de la RAI du patient (qui n'a pas développé d'anticorps anti-RH3)

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

MESURES PRISES A L'EFS BRETAGNE SITE DE RENNES A LA SUITE DE CES 2 INCIDENTS

Le jour de la greffe :

- Envoi systématique par le responsable de thérapie cellulaire ou son remplaçant d'un mail destiné au responsable distri/del, son adjoint, le cadre du service, avec copie aux biologistes du laboratoire IHE pour informer de l'allogreffe,
- Transmission de la carte de consignes d'allogreffe systématique en pièce jointe
- L'envoi de ce mail est complété d'un appel téléphonique au moment du départ du greffon de l'EFS.
- Intégration des consignes et des protocoles dès réception du mail par un des destinataires, avec vérification systématique par un autre des destinataires du mail.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

INCIDENT 2010

Patiente née en 1973, hospitalisée en hématologie à Vannes en février 2010 pour récidive de LAM; le 02/02/2010, commande de 2 CGR à l'EFS avec transmission de la carte de groupe retrouvée dans le dossier de la patiente, datant de 2007

-patiente transfusée en 2007 dans cet établissement

-groupe sanguin A+

- Délivrance de 2 CGR de groupe A (patiente connue A+ dans le LMT de l'EFS Bretagne)
- Lors du contrôle ultime de compatibilité au lit de la patiente, découverte d'une incompatibilité : patiente de groupe O
- La patiente signale alors avoir été allogreffée en 2008 au CHU de Nantes, établissement dépendant d'un EFS autre que l'EFS Bretagne.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

INCIDENT 2010

Actions mises en place :

- retour des CGR A à l'EFS pour destruction
- récupération des consignes d'allogreffe auprès de l'ES greffeur, mise en place immédiate des consignes (transfusion de CGR O) et des protocoles (CGR O phénotypés, compatibilisés, irradiés)
- destruction des documents de groupage antérieurs à la greffe
- transfusion avec retard, sans conséquence pour la patiente
- déclaration d'une FIG par le correspondant d'hémovigilance de l'ES

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

DISCUSSION

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

- Les deux premiers incidents soulignent l'importance de la collaboration étroite à l'EFS entre
  - le laboratoire IHE qui remplit la carte de consigne d'allogreffe,
  - le service de thérapie cellulaire qui délivre le greffon
  - et le service de délivrance qui rentre dans le logiciel médico-technique les consignes et les protocoles.

- Le protocole allogreffe permet de respecter la compatibilité ABO, puisqu'il empêche informatiquement une délivrance de CGR non compatibles avec le receveur et le greffon. Les autres protocoles provoquent un message d'alerte en cas de non-respect.

Dans ces deux incidents, la mise en place immédiate du protocole RH-4 (pour le premier) ou RH-3 (dans le deuxième cas) aurait alerté par un message informatique au moment de la délivrance, permettant d'éviter ces deux erreurs.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

- Le troisième incident démontre l'absolue nécessité de bien informer un patient,
  - dès qu'il est allogreffé, de l'importance de conserver comme unique document de groupage la carte de consigne qui lui a été remise,
  - de ne pas oublier son statut d'allogreffé à vie et de le signaler à chaque hospitalisation
  - Le risque est d'autant plus élevé quand les patients se font greffer dans un CHU ne dépendant pas de leur lieu d'habitation, puisque les données à l'EFS des receveurs ne sont pas nationales.

2018 © 13ème Congrès de la SFVTT, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.