

Gestion des risques

Revues de Morbidité-Mortalité

Synthèse de la Réunion Morbidité Mortalité Multidisciplinaire

Responsable de la RMM Dr Razazi Keyvan

Etablissement Services Hôpital Henri Mondor
Réanimation Médicale, Médecine Interne.

Date de la réunion 25/06/2014 à 15h30

Présents en séance

Pr Brun Buisson (Chef de service, Réanimation médicale), Pr Michel (PU-PH, Médecine Interne), Pr Mekontso-Dessap (PU-PH, Réanimation médicale), Dr Razazi (PH, Réanimation médicale), Dr Contou (CCA, Réanimation médicale), Dr Carteaux (CCA, Réanimation médicale), Dr Cecchini (PA, Réanimation médicale), Dr Schortgen (PH, Réanimation médicale), Dr Jochmans (PH, Réanimation médicale), Dr Tomberli (CCA, Réanimation médicale), Dr Taconet, Dr Papo, Dr Bagate, Dr Nguyen, Dr Emery (internes, Réanimation médicale), Maxime Ganster, Benoit Lebreton, Jean-Baptiste Binant, Marion Ploquin, Lucie Boisseaux, Jessica Decagny, Liliane Do Vale, Linda Angeon, Imène Biel (IDE ou aides soignants, Réanimation médicale), Annick Sallès (secrétaire).

Nombre de cas analysé : 1

Titre Réadmission et arrêt cardiaque inattendu en post-réanimation

Événement Réadmission précoce et arrêt cardiaque inattendu

Gravité Décès de la patiente

Analyse factuelle

Description du cas

Madame A., 84 ans, est hospitalisée du 12 au 13 juin et du 14 au 16 juin 2014 en Réanimation Médicale pour un hématome du psoas secondaire à une hémophilie acquise. Elle a comme antécédents principaux une cardiopathie de nature indéterminée, une hypertension artérielle, une dyslipidémie et un syndrome dépressif. Quinze jours avant d'être hospitalisée, la patiente présente des gingivorragies, puis des hématomes multiples.

Elle consulte son médecin traitant le 2 juin, qui l'adresse aux Urgences d'Henri Mondor, elle est ensuite transférée en Dermatologie le 3 juin pour la prise en charge d'hématomes multiples. Le bilan biologique retrouve un TCA allongé et un facteur VIII à 1 %. Le diagnostic d'hémophilie acquise est porté avec des anticorps anti-facteur VIII acquis. La patiente est transférée en Médecine Interne le 5 juin pour poursuite de la prise en charge. La patiente va nécessiter des transfusions les 6, 7 et 9 juin, avec 6 culots globulaires au total. Un traitement par Novoseven est débuté le 5 juin pendant 12 heures, puis pendant 48 heures du 7 au 9 juin. La patiente est mise sous corticoïdes à partir du 05 juin associés à du rituximab à partir du 11 juin. La patiente se plaint de douleur de jambe à partir du 11 juin. Un scanner-TAP est réalisé le 12 juin pour recherche d'une néoplasie et rechercher un hématome du psoas. Il n'y a alors pas de déglobulisation. Le scanner retrouve un hématome du psoas iliaque gauche avec saignement actif au temps artériel. En l'absence de déglobulisation, une artéiographie n'est pas réalisée. Elle est surveillée en Réanimation du 12 au 13 juin, où l'hémoglobine chute de 10,1 à 9 g/dl d'hémoglobine. Une insuffisance rénale apparaît avec une augmentation de la créatinine de 72 à 132 μ mol/litre de créatinémie. Du Novoseven est instauré toutes les 3 heures. La patiente remonte en Médecine Interne du fait de la stabilité hémodynamique le 13 juin. Un épisode d'hypotension est cependant noté dans les transmissions infirmières le 13 juin. La patiente ne présente pas d'hypotension en Médecine Interne, mais une déglobulisation associée à une majoration de l'insuffisance rénale et sur un nouveau scanner, une majoration de l'hématome du psoas. La patiente est alors réadmise en Réanimation Médicale le 14 juin, 24 heures après sa sortie.

Au cours du second séjour en Réanimation, la tension artérielle est labile, difficilement prenable, l'hémoglobine est quasi stable ; elle perd 1 point d'hémoglobine en 24 heures. La prise de tension devient difficile du fait d'un hématome du bras très important avec décollement de la peau. Les prises de tension artérielle sont ainsi espacées aux tours de prise

de constante uniquement. La patiente développe des troubles neurologiques à type de refus de soin, sans déficit focal identifié. Dans la soirée du 15 juin, la patiente présente des sueurs importantes et nécessite des soins infirmiers chronophage pour la réinstaller et la scoper. La patiente présente un épisode d'hypotension à 20 heures à 77 de systolique non contrôlé, l'HemoCue fait concomitamment est stable. La patiente présente un arrêt cardiaque en début de soirée. Elle avait été vue pour la dernière fois 10 mn avant lors d'une pose de traitement antalgique. Durant cet intervalle, la patiente est sans surveillance car l'alarme du scope est désactivée involontairement du fait d'une pause sur les alarmes. Malgré les manœuvres de réanimation, la patiente décèdera. On note lors de l'arrêt cardiaque des difficultés pour mettre le lit mécanique à plat, une absence de patch dans le défibrillateur.

Analyse Systémique (selon la méthode ALARM)

Rubrique Patient : L'hémophilie acquise est une pathologie de la personne âgée. La mortalité associée à cette maladie est entre 8 et 22 % selon les séries. La patiente présentait une hémophilie grave, avec un facteur VIII < 1 %, laissant présager de complications graves. Les complications attendues de cette maladie sont les complications hémorragiques (hématome profond, hématome intracrânien, etc.), des complications infectieuses du fait du traitement immunodépresseur, et des complications thrombotiques secondaire au traitement par Novoseven (3 % des cas). Du fait des hématomes diffus et des sueurs, la surveillance était difficile. De plus, un cathéter artériel ne pouvait être mis du fait des troubles de l'hémostase.

Rubrique Acteurs : Du fait de la rareté de la maladie, méconnaissance et sous-estimation de la gravité de la patiente par les réanimateurs et les internistes.

Rubrique Équipe : Défaut de communication entre les médicaux et paramédicaux sur la surveillance et la charge en soins. Un des éléments ayant pu contribuer à cette absence de communication est l'absence de traçabilité des évènements sur la feuille de prescription.

Rubrique Tâches : Aucune cause liée.

Rubrique Environnement : Défaut dans la configuration des scopes : si une alarme se déclanche parce qu'un patient se déscope et qu'une pause 2 mn des alarmes est faite sans que le problème ne soit résolu dans ces 2 mn, le monitorage et les alarmes en rapport avec le scope ECG sont caduques. Il était difficile lors de l'arrêt cardiaque de mettre le lit en position horizontale, difficulté liée au fait que ce soit un lit manuel avec des freins dysfonctionnement.

Rubrique Institution : Le prix très coûteux du Novoseven a contribué à un arrêt précoce de cette prescription en Médecine Interne.

Rubrique Organisation : Aucune cause liée.

Améliorations :

Tâches :

Il a été noté au cours de la réanimation de l'arrêt cardiaque que les patches du défibrillateur n'étaient pas disponibles. La procédure de vérification du nouveau défibrillateur n'avait pas été clairement définie jusqu'alors.

Dans l'optique de corriger les causes systémiques, des mesures d'amélioration concrètes ont été proposées. Pour chaque mesure, un responsable a été désigné ainsi qu'une deadline à l'issue de laquelle la mesure devra être évaluée.

1. Scope : une formation scope Dräger a été réalisée les 26 et 27 juin. Une information sera transmise aux médicaux et paramédicaux sur la nécessité de ne pas inhiber une alarme par une pause de 2 mn sans régler le problème technique. Une déclaration matériovigilance a été faite auprès de l'ANSM.
2. Vérification du défibrillateur : le nouveau défibrillateur, qui fait stimulateur, est rangé au milieu du service. Lors de la vérification, le fonctionnement et la présence du matériel adéquat (patch) seront tracés. Le défibrillateur sera vérifié 2 fois par jour par les infirmières du box 1. Une traçabilité de cette vérification sera faite (mission à accomplir par les cadres, Irma Bourgeon et Carole Mercier).
3. Une demande de nouveaux lits est en cours auprès de la Direction des Equipements (Irma Bourgeon).
4. On rappelle que tout évènement doit être noté, même en dehors des tours de constantes sur la feuille de prescription (exemple : hypotension, etc.).
5. La patiente présentait visiblement de grandes difficultés de surveillance. Elle n'était pas dans une chambre dite « sous les yeux » en post-réanimation. A l'avenir, les patients demandant une surveillance accrue ou une charge en soins lourds devront être mis sur un lit « sous les yeux » ou sur un lit de réanimation selon les disponibilités.
6. On rappelle que les médicaments T2A prescrits pour une indication recommandée sont remboursés en plus du séjour du patient.

Réadmission :

La réadmission précoce est un évènement indésirable en soi. Ces réadmissions sont colligées de façon prospective, on note 4 réadmissions depuis le début de l'année (<1%). Ce pourcentage est faible comparé aux données de la littérature autour de 5 %. La sortie de la patiente dans ce cas avait été décidée collégialement à la visite. On peut tout de même recommander d'être particulièrement vigilant pour les très courts séjours, inférieurs à 24 heures.