
ANESTHESIA SAFETY NETWORK

RAPPORT TRIMESTRIEL DES ÉVÈNEMENTS PÉRIOPÉRATOIRES
Newsletter #002 - décembre 2016



**TOWARD EXCELLENCE
IN HEALTHCARE**

INTRODUCTION

Anesthesia Safety Network
Newsletter #002 - décembre 2016

Bonjour,

Tout d'abord, je tenais à vous faire un petit point de situation sur l'évolution de cette plateforme. Les premiers mois ont permis de gagner en notoriété et en reconnaissance. Ainsi, la plateforme ANESTHESIA SAFETY NETWORK a remporté le 13 octobre 2016 le 1^{er} prix du « Grand Prix de la Prévention Médicale » remis par le Pr René AMALBERTI au

siège de la MACSF. C'est une source de motivation et un grand honneur d'avoir reçu des mains du Pr René AMALBERTI cette distinction car il est l'auteur de nombreux ouvrages de référence en matière de gestion des risques et de qualité des soins au plan national et international. Cet encouragement a été conforté depuis par des discussions avec le bureau de la SFAR et les responsables de la chair Qualité et Sécurité des patients de l'ESA à Madrid début Novembre. D'autres associations tels que l'A.J.A.R. et l'association i-ALR soutiennent activement ce projet.

QUAND ON PARTAGE UN BIEN MATÉRIEL,
ON LE DIVISE, QUAND ON PARTAGE UN
BIEN IMMATÉRIEL ON LE MULTIPLIE

Loi de Soudoplatoff tirée du livre d'Idriss Aberkane (1)

plateforme. Nous savons que les barrières à la déclaration sont nombreuses (absence d'anonymat et de confidentialité, peur du jugement, manque de temps et processus trop complexe, absence de retour d'information, absence d'intérêt, ...). Cette plateforme vise à palier à bon nombre de ces défauts. Elle n'existe que par l'intérêt que vous lui portez et les données que vous renseignez.

A ce jour, presque 500 inscrits mais seulement une petite cinquantaine de déclarations faites sur la

Continuons à partager nos expériences pour enrichir l'expertise collective !

EDITORIAL

L'accident devient un déchet dès lors qu'il n'est pas analysé et partagé. Outre les conséquences pour le patient, sa famille et les soignants, il représente un gaspillage majeur pour notre système de santé.

Les « erreurs humaines » ne peuvent être éliminées. Il nous appartient de réduire leur fréquence, de récupérer les erreurs et de minimiser leur impact.

A ce titre, les compétences dites non-techniques ont un rôle primordial dans la qualité et la sécurité des soins. Elles regroupent « les compétences cognitives, sociales et personnelles, qui sont complémentaires des qualités techniques. Elles contribuent à la qualité et à la sécurité de la performance attendue » (3). Dans cette newsletter, les déclarants soulignent une nouvelle fois l'importance de certaines d'entre elles comme les processus de décisions en situation de stress, la communication, le travail en équipe, le leadership, la gestion du stress et de la fatigue.

Prendre conscience de nos failles de raisonnement et de décision en situation de crise, mettre en place des stratégies de protection et de récupération des erreurs : voilà nos objectifs
Bonne lecture !

Frédéric MARTIN

DANS LES INDUSTRIES
À RISQUE, PLUS DE 80 % DES
ACCIDENTS SONT DUS À DES
FACTEURS HUMAINS (2)

ABORD VOIES AERIENNES DIFFICILE [1]

Appel en urgence en salle d'intervention d'un anesthésiste en renfort. A son arrivée, patient devant bénéficier d'une chirurgie proctologique programmée sous AG. Désaturation artérielle profonde avec SaO₂ = 27%. Echec de ventilation par MAR (qui avait pris la main de l'IADE pour désaturation et ventilation difficile). Décision du MAR d'intuber le patient. Laryngoscopie et mandrin d'Eschmann (Glotte non vue / intubation à l'aveugle). Intubation œsophagienne. L'aide venu en renfort prend la main et pose un masque laryngé sans difficulté avec restauration d'une oxygénation adéquate et récupération d'une SaO₂ à 98%. Les suites de la procédure seront simples sans séquelles.

Points positifs : *appel à l'aide, disponibilité du renfort.*

Points d'amélioration : *sortir de la fixation sur l'intubation et reconsidérer les alternatives (utilisation d'aides cognitives, approche VORTEX <http://vortexapproach.org/>).*

MOTS CLÉS : *ventilation / hypoxie / erreur de fixation*

ABORD VOIES AERIENNES DIFFICILE [2]

Situation de ventilation difficile et d'intubation impossible chez un enfant présentant un volumineux hémangiome de la lèvre inférieure extensif au pharynx. Réalisation en préopératoire d'une embolisation sans nouvelle évaluation. Il ne semble pas y avoir eu de discussion multi-disciplinaire entre anesthésistes, chirurgiens et radiologues. Lors de la visite pré-anesthésique, l'anesthésiste « n'a vu que le sommet de l'iceberg » et n'a pas pu anticiper les problèmes de gestion des voies aériennes supérieures. La réalisation d'une trachéotomie en urgence a sauvé l'enfant qui a été transféré en réanimation sans avoir été opéré.

Points positifs : *trachéotomie de sauvetage.*

Points d'amélioration : *communication inter-disciplinaire, check-list en équipe pour échanger sur les difficultés potentielles prévisibles.*

MOTS CLÉS : *communication / trachéotomie / conscience de situation*





TURP SYNDROME

Prise en charge à d'une chirurgie de résection endoscopique de la prostate avec soluté de lavage. Patient endormi par une IADE puis relai de la surveillance peropératoire à un médecin anesthésiste non présent en salle d'intervention. Après une heure de chirurgie, devant partir, l'anesthésiste appelle un IADE pour prendre la relève de sa salle sans aucune information autre que l'intitulé de l'intervention : «tu liras la feuille de ta collègue». Constatation immédiate de l'apparition de troubles du rythme cardiaque avec bradycardie. Patient en mydriase bilatérale. Suspicion de TURP syndrome renforcé par le bilan des entrées/sorties avec un différentiel de glycocole de plus de 3 litres. Information du chirurgien, appel de l'anesthésiste responsable. Le premier bilan retrouve une natrémie à moins de 115 mmol/l. Transfert en réanimation pour poursuite de prise en charge. Sortie à J2 sans séquelles immédiates.

Points positifs : *détection d'une complication vitale / point de situation.*

Points d'amélioration : *standardisation du partage d'information lors de la relève (acronyme I-PASS - ©2011 I-PASS Study Group / Children's Hospital Boston). Surveillance par l'équipe du bilan entrée-sortie. Communication avec point de situation entre intervenants.*

MOTS CLÉS : *TURP syndrome / communication / équipe*

DOSSIER INCOMPLET

Anesthésiste intérimaire sur 2 salles (avec 2 IADEs). Interruption de la vérification du dossier avant une promontofixation sous coelio salle 1 car le chirurgien était absent, et que dans la salle 2 le chirurgien était impatient. Pendant l'induction en salle 2, installation de la patiente en salle 1 avec les 2 bras le long du corps et préoxygénation par IADE. L'induction est faite ensuite en salle 1 avec survenue en cours d'intervention d'une plaie veineuse iliaque imposant une conversion par laparotomie pour stopper le saignement (1300ml en 25 min). Hémodynamique maintenue par expansion volémique, contrôle hémocue et anticipation sur une éventuelle commande de PSL. Pas de carte de groupe retrouvée dans le dossier, seulement une détermination demandée à la consultation préanesthésique. Dégagement d'un bras pour réalisation de 2ème détermination (jugulaire externe invisible), RAI et pose de 2ème VVP. Finalement pas de nécessité de transfusion, sortie du bloc à 9 g/dl d'hémoglobine. Après discussion avec le reste de l'équipe, pas de nécessité pour eux de demander une carte de groupe et RAI pour une coelioscopie. Après discussion avec IADE, elle n'a pas non plus vérifié le dossier car elle pensait que l'anesthésiste l'avait fait (elle était elle-même préoccupée par la rentrée scolaire de sa fille et avait d'ailleurs quitté la salle pour lui téléphoner dès la patiente intubée).

Points positifs : *appel à l'aide précoce, prise en charge, débriefing avec l'équipe.*

Points d'amélioration : *cockpit stérile pendant la check-list, fragilisation d'un intérimaire travaillant sur 2 salles.*

MOTS CLÉS : *check-list / distraction / production*



ERREUR MEDICAMENTEUSE [2]

Prise en charge d'un bébé de 4,5 kg en SSPI. Cette unité reçoit majoritairement des patients adultes de neurochirurgie et occasionnellement des patients de neurochirurgie infantile de moins de 10kg. Les MAR du service sont formés à l'anesthésie pédiatrique mais les IDE de SSPI n'ont jamais eu de formation spécifique. Chirurgie pour craniosténose. Analgésie débutée en SSPI par nalbuphine 0,9 mg IVD. La prescription du MAR est parfaitement claire mais différente des habitudes de service (ceci s'explique par son passage récent dans une autre unité de pédiatrie). L'IDE 1 prépare l'analgésie selon la prescription et demande une double vérification de sa préparation par sa collègue IDE 2 (non formée à la pédiatrie). Injection par l'IDE de 9 mg IVD de nalbuphine (10 fois la dose prescrite). L'IDE 2 se rend compte de l'erreur en refaisant le calcul séparément et informe l'IDE 1 qui met en place une oxygénation et prépare le matériel de ventilation ainsi qu'un antidote après avoir prévenu le MAR. Aucun incident constaté pour l'enfant. Réalisation « à chaud » d'un débriefing, d'un signalement à l'encadrement par les IDE. Mise en place de formations complémentaires des IDE en SSPI pédiatrique. Sanction de l'encadrement de secteur avec un blocage de note. Cette anecdote relate l'histoire d'une IDE exposée par sa structure à une activité très spécialisée sans formation initiale ou continue avec une démarche d'amélioration de la qualité et une volonté de ne plus reproduire le même type d'erreur (méthodes de protection active type double Check, demande formation complémentaire, débriefing à chaud, signalement hiérarchie).

Points positifs : *démarche d'amélioration de la qualité constante, l'IDE 3 refuse de gérer des enfants car elle s'estime non compétente. Double contrôle.*

Points d'amélioration : *volonté de la hiérarchie de trouver un coupable, analyse selon London Protocol de Sally Adams et Charles Vincent.*

MOTS CLÉS : *sanction / déclaration / erreur*

ERREUR MEDICAMENTEUSE [1]

Appel pour douleur postopératoire sur une fracture de rotule opérée il y a 72 h avec spasmes musculaires. A l'arrivée, discussion avec la patiente sur les traitements reçus. Prise de solupred 20 mg non prescrit et donné par l'infirmière à la patiente de 90 ans. Après enquête, problème de lecture de prescription et confusion entre nefopam « sublingual 20 mg » et « solupred 20 mg ». Erreur difficile à envisager car un seul médicament par ligne mais IDE « débordée ».

Points positifs : *détection de l'incident par discussion avec la patiente.*

Points d'amélioration : *écriture des traitements en lettres capitales et non en lettres minuscules. Informatisation des prescriptions médicamenteuses.*

MOTS CLÉS : *prescription / erreur / production*

RETARD DE REVEIL EN SSPI

Chirurgie orthopédique sous AG chez patiente présentant un RGO avec hernie hiatale symptomatique. Intubation avec administration IVD de suxamethonium. Passage en salle de réveil 2 heures après l'induction. Retard de réveil avec HTA et tachycardie. Réalisation d'un TOF retrouvant un ratio T4/T1 à 10%. Antagonisation par prostigmine et atropine IVD. Praticien attribue alors la curarisation résiduelle à une erreur d'injection avec administration d'atracurium par l'élève IADE présente (en lieu et place du sufentanil). Obtention d'une réponse aux ordres et ouverture des yeux de la patiente permettant son extubation immédiate. Survenue quasiment de façon instantanée d'une détresse respiratoire avec collapsus des voies aériennes et rapide désaturation. Appel à l'aide de deux anesthésistes en plus de celui («tétanisé» par l'incident) ayant extubé la patiente. Désaturation profonde avec bradycardie, intubation oro-trachéale après première intubation œsophagienne et panique des intervenants. Récupération de l'hypoxémie profonde et transfert en réanimation pour suspicion de déficit en butyrylcholinestérase. Extubation 7 heures après l'induction initiale sans séquelle. Déficit en butyrylcholinestérase confirmé.

Points positifs : *diagnostic de curarisation résiduelle. Prise en charge avec appel à l'aide précoce.*

Points d'amélioration : *excès de confiance sur le diagnostic, biais de confirmation, gestion des processus décisionnels en période de stress, communication d'équipe désordonnée pendant l'urgence, absence de leader établi.*

MOTS CLÉS : **CRM (crisis resource management) / détresse respiratoire / suxamethonium**

DETRESSE RESPIRATOIRE EN SSPI

Patiente opérée sous AG pour colectomie gauche. Installée en fin de programme en SSPI pour surveillance postopératoire. Au réveil, patiente est extubée sans souci après vérification que la décurarisation est effective (réalisation d'un TOF à adducteur du pouce). Dès extubation, patiente très demandeuse de soin et qualifiée de «agaçante» (bouge beaucoup sur son brancard, et, dit avoir soif et froid). Poche de soluté IV vide et décision de mise en place d'un bionolyte 5 % 1000 cc / 24 h prescrit. La VVP est alors également débouchée par IDE. Apparition rapide d'une désaturation profonde avec une patiente s'agitant puis inconsciente et apnée avec désaturation immédiate profonde. Ventilation manuelle au masque en oxygène pur. Tachycardie et HTA notée avec hypoxémie se corrigeant. Pas de contact verbal. Pupilles réactives symétriques. Réalisation d'un dextro normal et d'un TOF objectivant 0 réponse. Diagnostic de curarisation postopératoire sur rinçage de VVP non flushée après injection peropératoire de curare. Induction sous propofol seul pour IOT et ventilation mécanique sans souci. Maintien du propofol IVSE jusqu'à obtention d'une décurarisation effective. Information patiente en postopératoire sur l'incident. Pas de notion de stress post traumatique rapporté.

Points positifs : *prise en charge des fonctions vitales et appel à l'aide des IDE. Diagnostic rapide de l'incident et de sa cause. Equipe efficace.*

Points d'amélioration : *parole rassurante pour patiente dès suspicion du tableau de curarisation avec risque de mémorisation. Mise en place rapide d'un hypnotique. Rinçage systématique de VVP surtout si dispositif trois voies avec valve anti-retour (type Octopus) ou rallonge de perfusion avant extubation.*

MOTS CLÉS : **erreur / médicament / hypoxie**

GESTION DU RIVAROXABAN

Patient sous rivaroxaban et amiodarone pour une ACFA. Opération d'une prostatectomie radicale. Suites initiales simples avec retour à domicile sous HBPM et reprise de rivaroxaban à J10 en postopératoire (chevauchement de 72 h entre HBPM et rivaroxaban). Recommandation téléphonique donnée par l'anesthésiste au chirurgien avant sortie du patient. Survenue d'une hématurie avec hématome pelvien à J15 et dissection de la paroi rectale et de l'anastomose urétrovésicale puis fistule rectale. Apparition d'une fistule recto vésicale dans les suites motivant la réalisation d'une colostomie à J20 et dérivation urinaire de type Bricker.

Points positifs : *prise en charge et surveillance de la complication chirurgicale.*

Points d'amélioration : *prescription écrite, suivi des recommandations GIHP, évaluation bénéfique risque selon score de CHADS2.*

MOTS CLÉS : *surdosage / rivaroxaban / hémorragie*

INCIDENT LORS DE POSE D'UNE PERIDURALE

Pose d'un cathéter péridural analgésique à 5 h 30. Ponction sans problème mais montée du cathéter qualifiée de difficile avec paresthésies fugaces. Test d'aspiration et de déclivité négatifs sur cathéter. Injection dose test de lidocaïne 2% non adrénalinée 3 cc sans particularité. En position allongée, injection fractionnée du bolus initial de 5 cc avec retour « rosé » dans cathéter. Doute persistant sur la position du cathéter, décision de dose test avec lido 2% adrénalinée après test d'aspiration. Ce test d'aspiration objective un reflux de sang rouge. Décision de repose du cathéter avec explication à la patiente et au conjoint.

Points positifs : *repose de cathéter péridural, tests d'aspiration itératifs, absence de tunnélisation, absence de biais d'omission, NO GO.*

Points d'amélioration : *dès premier doute, reconsidérer le bon positionnement de cathéter péridural. Savoir gérer un incident en fin de garde avec la fatigue.*

MOTS CLÉS : *fixation / biais de confirmation / péridurale*

ERREUR DE SITE OPERATOIRE

Patient devant bénéficier d'une urétéroscopie gauche sous AG. Depuis le début de la vacation du chirurgien, nombreux problèmes de matériel allongeant le temps des procédures. Constatation de l'erreur de côté lors de la rédaction du compte rendu opératoire par le chirurgien. La patiente était déjà réveillée en SSPI. Réalisation d'une nouvelle procédure sous AG une heure après la fin de la première intervention. La check-list avait été réalisée en collaboration avec toute l'équipe.

Points positifs : *constatation de l'erreur.*

Points d'amélioration : *check-list interactive avec les l'équipe, conscience par l'équipe des risques d'erreur augmentés en raison du stress et de l'énervement.*

MOTS CLÉS : *erreur / site opératoire / stress*

MEMORISATION PEROPERATOIRE

Patiente obèse opérée d'une chirurgie du dos en fin de journée. Allègement progressif de l'anesthésie inhalée en attendant le brancardier pour le passage de la patiente du décubitus ventral au décubitus dorsal. Patiente en phase de réveil avec équipe « très détendue ». Remarques inadaptées vis à vis du physique de la patiente. En SSPI, patiente en larme ayant entendu les allusions et remarques faites sur son obésité. Incompréhension des soignants et absence de contact verbal direct avec la patiente. Pas de notion d'excuses formulées à la patiente. Discussion à J1 avec la patiente.

Points positifs : *discussion secondaire avec le chirurgien.*

Points d'amélioration : *obligation éthique vis à vis des patients (vulnérabilité). Concept de cockpit stérile lors des phases critiques anesthésiques ou chirurgicales. Limiter distraction en fin de journée.*

MOTS CLÉS : *Mémorisation / réveil / éthique*



SALLE D'URGENCE DEPOUILLEE

Panne sur un ventilateur d'anesthésie dans une salle de chirurgie réglée. Machine défectueuse remplacée par la station d'anesthésie de la salle d'urgence (chaque salle était occupée avec un programme opératoire dense). Survenue d'une urgence vitale immédiate avec hémorragie active intra-abdominale nécessitant l'ouverture de la salle d'urgence. Récupération d'une machine d'anesthésie par deux IADE après avoir constaté l'absence de

matériel opérationnel. Table opératoire non fonctionnelle initialement.

Points positifs : *résilience pour s'adapter à une situation impossible en théorie.*

Points d'amélioration : *travail en équipe, leadership, communication, résistance à pression de production.*

MOTS CLÉS : *production / sécurité / urgence*

Biblio

(1) Aberkane, I. (2016) Libérez votre cerveau ! Traité de neurosagesse pour changer l'école et la société. Paris: Robert Laffont
 (2) Reason, J. (1990) Human Error. Cambridge: Cambridge University Press.
 (3) Flin, R., O'Connor, P. et Crichton M. (2008) Safety at the Sharp End – A Guide to Non-technical Skills. Farnham: Ashgate Publishing Limited

CONCLUSIONS A RETENIR

- Réalisation de la check-list rigoureuse
- Appel à l'aide précoce.
- Partage d'informations lors des changements d'équipe (I-PASS)
- Impact du stress et de la fatigue sur la qualité des soins