



Chronologie et analyse d'un accident ayant abouti à la transfusion d'un CGR A à un patient de groupe O

Dr Maryse PUNTOUS, CHU de Bordeaux

Présenté par Mme. Brigitte LE CORVAISIER à la Vème journée de transfusion
pratique - Institut Montsouris - 06 octobre 2011

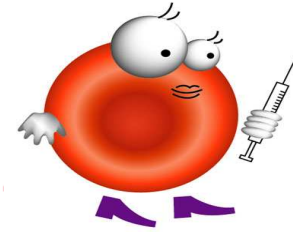


9^{ème} Journée du REHAL 24 Novembre 2011

Unité de Sécurité Transfusionnelle
et d'Hémovigilance



LE CONTEXTE



- Service de chirurgie, activité soutenue
⇒ renfort de l'équipe par une IDE du roulement
- 15h45 : livraison de 2 mallettes correspondant à une commande de PSL pour 2 patients
 - Mr X de groupe A : 2 CGR A
 - Mr Y de groupe O : 2 CGR O
- Contrôle à réception des PSL : effectué suivant les bonnes pratiques par l'IDE du roulement
- Cette IDE vient de réaliser une transfusion pour un autre patient et va prendre en charge ces 2 nouvelles transfusions

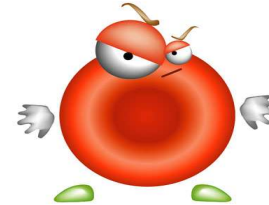


Facteurs de risques / Dysfonctionnements

Arrivée de 2 colis en même temps

«Travail à la tâche» de l'IDE de renfort : enchaînement des 3 actes transfusionnels

Profil de l'IDE :



- Etudes en France mais a exercé pendant 15 ans en Suisse : pas de contrôle de compatibilité au lit du malade.
- Dans l'établissement depuis 2 ans mais n'a pas eu la formation en sécurité transfusionnelle organisée en interne dans l'établissement
- A un problème médical sérieux devant être traité par chirurgie dans les jours prochains



Dans la salle de soins

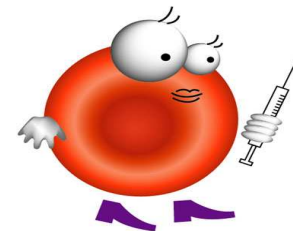
L'IDE prépare les transfusions pour chacun des 2 patients :

□ Un plateau individuel avec

o 1er CGR à transfuser

o La carte de groupe

o Le bordereau de délivrance sur lequel elle colle l'étiquette du CGR correspondant



□ Le 2ème CGR est identifié et mis dans le réfrigérateur du service (*procédure validée par l'ES*)



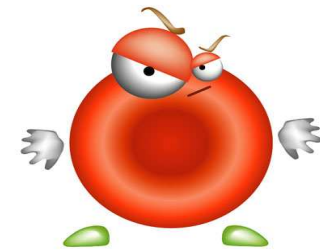
Facteurs de risques / Ecart de procédures

Facteurs de risques

- o Gestion de 2 actes transfusionnels en même temps, par le même agent

Ecart de procédure

- o Pré-étiquetage en salle de soins alors qu'il doit être réalisé au lit du malade



Transfusion de Mr X (groupe A)

- L'IDE se rend dans la chambre de Mr X
avec le plateau destiné à Mr Y (groupe O)
- Elle fait les contrôles ultimes au lit du malade
 - o Contrôle de l'identité du patient
 - o Contrôle «**concordance documents**» entre le CGR et le bordereau de délivrance
 - o Contrôle ultime de compatibilité
 - agglutination avec **l'anti-A pour le patient**
 - pas d'agglutination pour le CGR = non iso-groupe mais compatible



16 h : l'IDE débute la transfusion

Elle assure la surveillance du patient **pendant 10 mn** et quitte la chambre pour poursuivre son activité



Dysfonctionnements



o Contrôle de concordance document incomplet

- Pas de lien entre l'identité du patient
- et celle notée sur le bordereau de délivrance et la carte de groupe (Mr Y)

o Contrôle ultime de compatibilité

- Compatible
- Mais non cohérent avec les documents : agglutination du patient avec l'anti A alors que la carte de groupe sur le plateau (celle de Mr Y) est de groupe O
- Pas de contrôle de la mention « réservé à la transfusion isogroupe » apposée sur le CGR

Ecart de procédure

Durée de surveillance : 10 mn



Transfusion de Mr Y (groupe O)

L'IDE se rend dans la chambre de Mr Y avec le plateau destiné à Mr X (groupe A)



Elle effectue les contrôles ultimes au lit du malade de la même manière :

- o Contrôle de l'identité du patient
- o Contrôle concordance documents



entre le CGR et les mentions inscrites sur le bordereau de délivrance



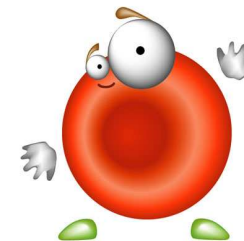
Contrôle ultime de compatibilité

En théorie les résultats devaient être :

Mr Y (groupe O) : pas d'agglutination

Mais résultats incohérents avec la carte de groupe sur le plateau (= celle de Mr X, groupe A)

CGR : agglutination en A



Interdiction de transfuser



MAIS....

En pratique L'IDE a noté

- une agglutination avec l'anti-A
- pour le patient
- et pour le CGR



16h20 :



l'IDE débute la transfusion d'un CGR A à un patient O

Elle assure la surveillance du patient **pendant 5 mn**



Dysfonctionnements



- Contrôle de concordance document incomplet
 - pas de lien entre l'identité du patient
 - et celle notée sur le bordereau de délivrance et la carte de groupe (Mr X)
- Contrôle ultime de compatibilité : ininterprétable à J+1
Pb technique ? Erreur d'interprétation ? Intime conviction ?

Ecart de procédure

Durée de surveillance : 5 mn



La suite...

Vers 16H30 : l'IDE est appelée car **Mr Y** présente une dyspnée aiguë

Elle **arrête la transfusion** et appelle le médecin



Ce patient est un patient fragilisé, septique, ayant déjà présenté un épisode de dyspnée dans les jours précédents.

La responsabilité de la transfusion n'est pas évoquée à ce moment là.

Le médecin décide de transférer le patient en **salle de réveil** pour surveillance rapprochée.



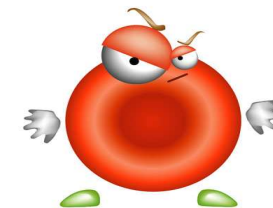


Facteurs de risques

Difficultés de diagnostic en raison de l'état du patient avant transfusion

Ecart de procédure

SSPI non destinée à ce type de prise en charge



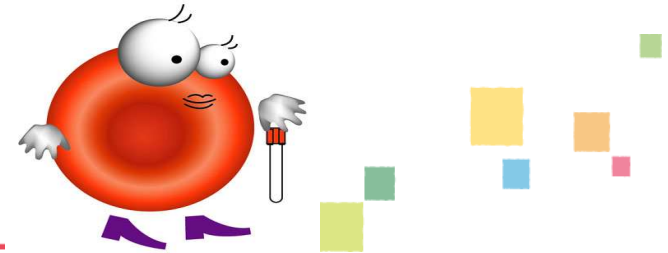
En salle de réveil

Mr Y arrive en salle de réveil avec :

- la transfusion du 1er CGR en cours !!!
- toujours le bordereau de délivrance et la carte de groupe de Mr X
- le 2nd CGR à transfuser resté en attente et bien identifié (groupe O)



En salle de réveil



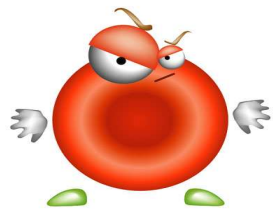
L'IADE en charge du patient réalise le contrôle de compatibilité
du 2^{ème} CGR

- o Pas d'agglutination ni pour le patient ni pour le CGR alors que le CGR en cours de transfusion est de groupe A
- o Il refait une carte : même résultat

L'erreur de poche est suspectée et la transfusion est arrêtée !

Il est 17h (début de la transfusion 16h20)





▣ **Transfusion reprise ?? Par qui ??**

▣ **Dysfonctionnement**

o Pas de contrôle de concordance documents



▣ **Ecart de procédure**

o Contrôle à l'avance de la 2ème poche par l'IADE

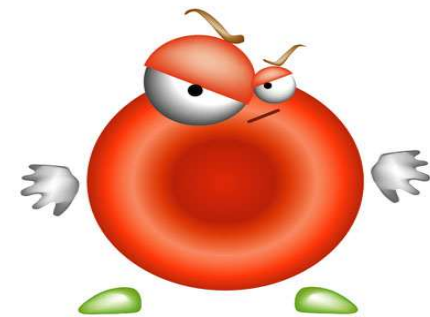
***C'est cet écart de procédure qui permettra
(enfin...) de révéler l'accident ABO***



La fin...

Le patient est transféré en réanimation en état de choc par incompatibilité ABO

- SDRA (mais sepsis)
- Hémolyse
- CIVD
- Insuffisance rénale anurique



Evolution fatale à J+21



Causes immédiates	Evitable	Non évitable	Sans objet
Liées à un produit de santé Inversion de 2 CGR	X		
Liées à une procédure de soins <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparation simultanée de 2 transfusions pour 2 patients différents ▪ Travail de l'IDE en supplément « à la tâche » sans secteur identifié 	X X		
Liées à une erreur humaine <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle de concordance documents (pré-remplissage partiel en salle de soins, pas de lien identité patient documents) ▪ Contrôle ultime de compatibilité 	X X		



Causes profondes	Evitable	Non évitable	Sans objet
Liées à l'organisation des activités <ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail « à la tâche » de l'IDE de renfort ▪ Gestion simultanée de plusieurs actes transfusionnels 	X X		
Liées à la communication			X
Liées à la composition des équipes de soins <ul style="list-style-type: none"> • IDE sans formation au sein de l'ES depuis son embauche • Souci de santé IDE : problème de concentration possible 	X	X	
Liées aux locaux, équipements, fourniture...			X
Liées à un défaut de culture de sécurité <ul style="list-style-type: none"> • Pré-étiquetage en salle de soins 	X		
Liées à la gestion des ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> • Absence de formation en sécurité transfusionnelle de l'IDE 	X		
Liées à un défaut de politique de l'ES	X		

Actions correctrices



Revoir les organisations

- Eviter au maximum la gestion simultanée de 2 actes transfusionnels par la même IDE
- Supprimer (si possible...) le travail « à la tâche » pour l'IDE en renfort

Revoir les procédures

- Modification de la procédure « Conduite à tenir en cas d'EIR »
- Ajout de la mention « **Contrôle d'identité obligatoire** avant de reprendre la transfusion»



Actions correctrices



Revoir les actions de formation

⇒ Temps de formation renforcé (2h 3h30)

⇒ Contenu revu :

- o TP sur le CULM : réalisation et interprétation d'une carte de contrôle ultime, exercices de compatibilité,
- o Mises en situation
- o Insistance +++ sur l'identité du patient
- o Présentation de l'accident ABO
- o *Rappel surveillance de 15'*



Actions correctrices



Revoir les actions de formation

→ Intervention de l'Hémovigilance lors de la journée d'intégration des nouveaux IDE

- Présentation des procédures et des documents propres à l'ES
- Réalisation et interprétation d'une carte de contrôle ultime





MERCI DE VOTRE ATTENTION

