



Jean-Yves PY¹, Elisabeth PELISSIER², Elisabeth DELAUDAUD³, Danielle REBIBO⁴

Cette nouvelle rubrique de *Spectra Biologie* est consacrée à la pratique de l'acte transfusionnel. Son objectif consiste à présenter la mécanique d'un dysfonctionnement et les réponses apportées à celui-ci. Cet objectif s'inscrit pleinement dans le concept éditorial de la revue : le partage des connaissances et des expériences selon un traitement didactique dans le but d'améliorer la pratique et la performance.

L'erreur de rangement des examens d'immuno-hématologie

I- Introduction

La gestion de risque dans l'acte transfusionnel est contemporaine de la naissance de ce dernier. Les premières personnes à avoir transfusé ont vite su que la transfusion sanguine pouvait permettre de survivre comme elle pouvait tuer. La découverte par Karl Landsteiner du groupe sanguin ABO a constitué un progrès déterminant mais n'a pas pour autant effacé le risque transfusionnel. Depuis un siècle se poursuit inlassablement la maîtrise progressive de tous les risques traditionnels ou émergents de la transfusion sanguine. Cette maîtrise est l'ambition de l'hémovigilance, une activité mise en place à partir de 1994 dans les établissements de santé (ES) et de transfusion sanguine et les organismes de tutelle.

Le comité d'hémovigilance de l'Etablissement Français du Sang (EFS) s'est rapproché de la revue pour proposer d'illustrer à partir de cas concrets cette gestion de risque au quotidien. Pour initier cette démarche, il était logique de se focaliser sur le premier des risques du point de vue historique : l'incompatibilité ABO. La génétique des populations fait que cette menace pèserait sur 1/3 des 2 000 000 de transfusions érythrocytaires réalisées chaque année en France si elles se faisaient au hasard. Fort heureusement, cette occurrence n'est que d'une dizaine de cas par an, mais elle devrait être nulle.

L'accident ABO comporte toujours une erreur au niveau du contrôle ultime fait au lit du malade avant transfusion, mais elle est précédée d'une ou de plusieurs autres erreurs. La rubrique s'attachera donc à présenter les cas selon la nature de l'erreur initiale. Ce premier article aborde une variante des problèmes d'identité, par la présentation de deux cas concrets d'erreur de rangement des examens d'immuno-hématologie.

II – Erreur de rangement des examens d'immuno-hématologie, présentation des cas concrets

1. Cas n° 1 (décembre 2004)

Mme F., opérée d'une prothèse de hanche, est transfusée quelques jours plus tard pour anémie. Quinze minutes après la pose du premier concentré de globules rouges (CGR), la patiente présente une réaction qui fait arrêter la transfusion, découvrir l'erreur ABO et administrer les soins requis. La suite sera sans complication ou séquelle.

¹EFS Centre Atlantique – Site d'Orléans – 14, avenue de l'Hôpital – 45072 Orléans cedex – Tél. : 02 38 49 93 21 – E-Mail : jean-yves.py@efs.sante.fr

²EFS Ile de France – Site de Saint-Vincent-de-Paul (UGRQ) – 82, avenue Denfert Rochereau, 75014 Paris – Tél. : 01 53 91 23 90 – E-Mail : elisabeth.pelissier@efs.sante.fr

³EFS Centre Atlantique – Site de La Rochelle – avenue du Dr Schweitzer – 17019 La Rochelle – Tél. : 05 46 28 92 92 – Fax : 05 46 41 46 80

E-Mail : elisabeth.delavaud@efs.sante.fr

⁴EFS Services Centraux – Pôle Vigilances (SPR) – 20, avenue du Stade de France – 93218 La Plaine Saint-Denis Cedex – Tél. : 01 55 93 96 65 – Fax : 01 55 93 96 70
E-Mail : danielle.rebibo@efs.sante.fr

L'erreur de rangement des examens d'immuno-hématologie

2. Cas n° 2 (janvier 2005)

M.G., opéré pour décaillotage huit jours après une première chirurgie, est transfusé pour anémie. Au milieu de la transfusion du premier CGR, le patient commence à réagir, mais le produit sera transfusé en entier avant de s'apercevoir de l'erreur ABO. Une CIVD va apparaître qui nécessitera la transfusion d'une cinquantaine de produits sanguins, ainsi qu'une insuffisance rénale qui conduira à une dialyse quotidienne pendant un mois.

III - L'analyse des dysfonctionnements

Par rapport au référentiel que constitue la circulaire 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel, les dysfonctionnements observés dans ces deux cas ont été les suivants :

- pas d'anomalie dans la demande d'examens d'immuno-hématologie ni dans la réalisation de ces examens (les patients sont O) mais erreur de rangement des résultats à leur arrivée dans l'ES ;
- lors de la demande de produits sanguins, l'ES adresse à l'EFS une ordonnance correctement remplie et la carte de groupe d'un autre patient (sans aucune homonymie possible sur le nom, le prénom ou la date de naissance) qui est de groupe A sans voir la discordance d'identité ;
- lors de la distribution des produits sanguins, l'EFS enregistre le patient à partir de l'ordonnance et son groupe à partir de la carte fournie sans voir la discordance d'identité, et distribue donc des concentrés de globules rouges A ;
- lors de la réception des produits sanguins, l'ES compare le groupe des produits reçus avec celui de la carte de groupe sanguin utilisée initialement, sans voir la discordance d'identité ;
- lors de l'acte transfusionnel, au lit du patient, l'ES ne procède pas au dernier contrôle d'identité sur l'ensemble des documents ;
- le contrôle ultime de compatibilité est fait avec un kit valide, avec même une erreur technique dans le cas n° 2, et il est de surcroît mal interprété ;

- la surveillance du patient aurait dû conduire dans le cas n° 2 à l'arrêt de la transfusion, qui aurait peut-être limité les complications.

Au total, la première erreur réside dans le rangement des cartes de groupe sanguin reçues par l'ES. On voit ensuite au moins trois personnes successivement manipuler un document en ne regardant que le résultat qu'il contient, mais pas à qui il appartient. Enfin, chaque étape du contrôle ultime pré-transfusionnel est entachée d'une erreur, d'abord procédurale puis de connaissance, et la surveillance est déficiente dans un des deux cas.

IV - Les actions correctives

Les actions correctives initialement mises en place ont été, selon les cas :

- pour éviter de ranger un document dans un mauvais dossier, les patients devront amener leur carte de groupe lors de la consultation d'anesthésie,
- dossiers médicaux avec feuilles perforées plutôt que chemises,
- entrée des patients et opérations de commande et de distribution des produits avancées dans l'après-midi pour éviter la fin de journée (moins de personnel et surcharge de travail),
- prescription au lit du patient, avec dossier sur le lit,
- mise en place d'un bracelet d'identification du patient au bloc opératoire,
- sensibilisation générale des personnels concernés, tant à l'ES qu'à l'EFS, autour du cas et du respect des procédures, notamment de contrôle de concordance des identités et de compatibilité.

On peut bien entendu également regretter que la transmission électronique des résultats de laboratoire vers un dossier de patient informatisé, mise en place par l'arrêté du 26 avril 2002, soit encore loin d'être une réalité partout.

V - Conclusion

Les deux cas présentés constituent une variante intéressante des problèmes d'identité qui sont souvent aujourd'hui au centre de la sécurité sanitaire. Un document de laboratoire ne porte pas seulement un résultat, mais aussi une date et une identité. L'utilisation d'un document dans un processus de soin suppose que le soignant l'ait d'abord rattaché sans ambiguïté au patient dont il s'occupe, avant de prendre en compte le résultat qu'il porte.