

# RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



## Lecture de l'évènement

### Absence de relais d'un traitement anticoagulant à dose curative post-chirurgie

Mme. Marie, 77 ans, est admise en SSR le 06/10/2022 dans les suites d'une chirurgie orthopédique. Une prescription de Lovenox® (Enoxaparine) 15 000 UI x 2/jour est réalisée jusqu'au 17 octobre inclus, sans relai vers l'AVK (habituellement traitée par fluindione) chez une patiente avec antécédent d'ACFA. L'interne du SSR souhaite en effet modifier la prescription de fluindione par l'Elivis® (Apixaban) et attend la validation de son senior. Le 21 octobre, la patiente présente une altération brutale de son état de santé, avec hémiparésie du membre supérieur gauche. Il est constaté un arrêt de l'HBPM sans relais vers un anticoagulant oral.

La patiente décède le 25/10/22 d'un AVC ischémique.

Le risque thrombotique chez cette patiente est élevé compte tenu d'un antécédent d'AVC, il y a 1 an.

## Contexte et généralités

Les modalités d'arrêt et de reprise des AVK en cas de chirurgie programmée dépendent du **risque hémorragique** de la chirurgie et du **risque thromboembolique**.

		Relai préopératoire :				Arrêt des héparines	Contrôle de l'INR la veille	Relai postopératoire	Reprise des AVK	
		Mesurer l'INR 7 à 10 jours avant l'intervention								
		Fluindione Previscan®	Warfarine Coumadine®	Acénocoumarol Sintrom®						
Risque hémorragique	Faible	poursuite								
	élevé	arrêt								
		Risque thromboembolique								
		Faible	Elevé							
		poursuite								
		relais								
		ARRÊT DES AVK 4 à 5 JOURS AVANT								
		NON								
		OUI								
		ARRÊT L'AVK 4 à 5 JOURS AVANT l'intervention								
		Filtre cave à discuter en cas d'ETV <1 mois								
		Commencer l'héparine* à dose curative 48 heures après la dernière prise de l'AVK								
		Commencer l'héparine à dose curative 24 heures après la dernière prise de l'AVK								
		- HNF IVSE : arrêt 4 à 6 h avant								
		- HNF SC : arrêt 8 à 12 h avant								
		- HBPM : dernière dose 24 h avant								
		Objectif INR < 1,5 ou <1,2 si neurochirurgie								
		Si INR > 1,5 : Administration de 5 mg de vitamine K per os								
		+ INR de contrôle le matin de l'intervention								
		Héparine à dose curative à réintroduire 6h à 48h après selon le risque hémorragique et thromboembolique. Sinon prévention MTEV habituelle **								
		Reprendre dès que possible les AVK, idéalement dans les 24h. Maintenir l'héparine jusqu'à l'obtention de 2 INR>2 consécutifs								
		Reprendre les AVK dès que possible. Maintenir l'héparine jusqu'à l'obtention de 2 INR>2 consécutifs								
		Avis de l'équipe médico-chirurgicale doit être pris pour moduler les modalités des relais								

Risque hémorragique	Risque thromboembolique		
	Faible	Elevé	Relais
Faible	poursuite	poursuite	
élevé	arrêt	relais	

Risque	Valve mécanique	ACFA	MVTE
	Risque modéré		autres
Risque élevé	Toutes les valves mécaniques	AVC / Embolie	EP < 3 mois TVP Prox < 3mois MVTE récidivante

RELAI

\* Etudes réalisées sur les HNF et HBPM dose curative en 2 injections par jour (pas de données sur les HBPM dose curative en 1 injection/jour ni sur Fondaparinux)  
 \*\* Recommandations en vigueur à adapter aux situations cliniques avec une balance parfois défavorable à la reprise anticipée des anticoagulants oraux mais plutôt du maintien des héparines plus longtemps  
 \*Validité en Médecine Périnatale APSP - recommandations HAS

Extraits du [guide régional de bon usage des anticoagulants](#)

## Facteurs contributifs possibles

- Interne ayant prescrit l'anticoagulant, absent la semaine du 17/10 au 22/10. Pas de communication auprès du senior, que le traitement par HBPM s'arrête le 17/10
- Pas de planification du relais par anticoagulation orale et absence de prolongation du Lovenox® (Enoxaparine), par l'interne, en attendant la décision du senior sur la molécule à privilégier par voie orale (Fluindione ou Apixaban)

## Actions et barrières

- Mise en place d'un temps d'échange hebdomadaire entre l'interne et le senior avec réévaluation des prescriptions de chaque patient + surveillance des relais lors de la validation pharmaceutique
- Proposer une sensibilisation/formation de l'équipe médicale/paramédicale sur les médicaments à risque, en lien avec le pharmacien référent de la structure

## Organisationnels

## Humains

- IDE intérimaire n'ayant pas l'habitude du logiciel de prescription-administration → absence de communication de l'IDE auprès du senior à l'alerte de fin de traitement

- Mise en place d'un plan de formation des nouveaux arrivants sur la prise en charge médicamenteuse incluant le logiciel de prescription-administration et les médicaments à risque + remise d'un livret d'accueil

## Technique

## Environnementaux

- Absence d'interne dans le secteur entre le 17/10 et le 22/10 + deux postes vacants IDE et un arrêt maladie IDE → nombreuses interruptions de tâche (IT)

- Réaliser un état des lieux des IT, restituer les résultats à l'équipe avec réflexion collective autour des facteurs humains et organisationnels puis mise en place d'un plan d'action. Utiliser la [boîte à outils de l'OMÉDIT Normandie](#)

# RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



## Quiz

### VRAI ou FAUX

- En cas de **chirurgie programmée à haut risque hémorragique**, chez un patient traité par **AVK, sans risque thromboembolique élevé**, il n'est pas recommandé de faire un relais préopératoire et postopératoire par héparine
- Lors d'un **relais d'une héparine vers un Anticoagulant oral Direct (AOD)**, il est recommandé de faire une période de recouvrement, le temps de l'action de l'AOD

### Vrai!

		Risque thromboembolique	
		Faible	Elevé
Risque hémorragique	Faible	poursuite	Poursuite
	élevé	arrêt	relais

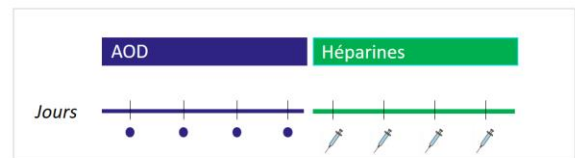
[Extrait du guide régional de bon usage des anticoagulants](#)

### Faux !

## AOD et Héparines

**Pas de période de recouvrement** concernant les relais :

- AOD → **héparine**
- **Héparine** → AOD
- AOD → AOD



- **Débuter** le nouvel anticoagulant à l'heure prévue de l'administration du précédent anticoagulant.
- Si administration continue du médicament parentéral : première prise de l'AOD au moment de l'arrêt du médicament parentéral

43

- Dans le cadre du traitement de la **fibrillation auriculaire (FA)** chez un patient de 85 ans avec un poids de 50 kg, la **posologie d'Apixaban** est de 5 mg toutes les 12h
- L'erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants constitue un « **Never event** »

### Faux !

Dans le cadre du traitement de la FA, diminution de la posologie d'Apixaban à 2,5 mg/12h si patient avec ClCr : 15-30 ml/min ou au moins 2 de ces caractéristiques :

- $\geq 80$  ans
- poids  $\leq 60$  kg
- Créatininémie  $\geq 1,5$  mg/dl (133  $\mu$ M)

### Vrai!

Cette erreur est un événement indésirable grave évitable qui ne devrait plus survenir lorsque des mesures de prévention adéquates sont mises en œuvre. La [liste des never events](#) publiée par l'ANSM en 2012 peut être une piste de réflexion pour définir en équipe la liste des médicaments à risque

## Pour aller plus loin

- [Guide pratique de bon usage des anticoagulants \(OMÉDIT Normandie, novembre 2022\)](#)
- [Module de formation « Maîtriser l'utilisation des médicaments à risque » \(OMÉDIT Centre-Val de Loire et OMÉDIT Normandie, Novembre 2021\)](#)
- [Module de formation « Prévenir les erreurs liées aux médicaments Anticoagulants Oraux Directs – « Never Events AOD » \(OMÉDIT Centre-Val de Loire, Février 2019\)](#)
- [Thèse « Démarche interrégionale d'optimisation de la pharmacothérapie chez le sujet âgé. Exemple des anticoagulants. Soutenue en octobre 2022](#)
- [Les anticoagulants oraux \(HAS, Juin 2018\)](#)