

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Lecture de l'évènement

Absence d'arrêt d'un anticoagulant oral en pré-chirurgie

Jeannette, 81 ans, vit à domicile avec son mari Jean, 80 ans, qui est son aidant principal.

Elle est hospitalisée au sein du Pôle Santé Eula pour une pose de prothèse de hanche, programmée le 20/05

- Antécédents médicaux : hypertension artérielle, ACFA avec antécédent embolique, coxarthrose primaire douloureuse, troubles neurocognitifs majeurs
- Traitement médicamenteux : Apixaban (ELIQUIS®) 5 mg 1-0-1 (ordonnance décembre 2022); Nébivolol 5 mg/Hydrochlorothiazide 12,5 mg (TEMERIT DUO®) (ordonnance mars 2023)

Le 19/05/2023, Jeannette est admise dans le service de chirurgie. Lors de l'entretien avec Jean, le médecin apprend que l'Apixaban n'a pas été arrêté le 17/05 comme cela est prévu lors d'une chirurgie de ce type. La chirurgie doit être décalée. Jean a apporté à la consultation pré-anesthésique (CPA), il y a 8 jours, l'ordonnance comprenant le Nébivolol 5 mg/Hydrochlorothiazide 12,5 mg (TEMERIT DUO®).

Contexte et généralités

La population ≥ 65 ans est à haut risque d'évènement indésirable médicamenteux (EIM). Des études estiment que les EIM concernent **31,9%** (Page et al., 2006) à **46,2%** (Passarelli et al., 2005) des personnes âgées hospitalisées. Environ **28%** de ces EIM potentiels sont jugés évitables (Trivalle et al., 2011)

Gestion des AOD lors d'intervention CHIRURGICALE OU DE PROCÉDURE INVASIVE programmée				
		APIXABAN	RIVAROXABAN	DABIGATRAN
RISQUE FAIBLE DE SAIGNEMENTS	Interrompre	- 24h avant l'intervention - Si $15 < \text{ClCr} < 29$ mL/min : ≥ 36 h avant l'intervention	- 24h avant l'intervention - 12h avant si xarelto 2,5 mg	- 24h avant l'intervention - Si $30 < \text{ClCr} < 50$ mL/min : >48 h avant l'intervention, 7* des délais d'interruption du traitement en proportion de l'insuffisance rénale, jusqu'à 96 heures au moins pour les patients à haut risque de saignement
	Reprendre	- Au moins 6h après l'intervention dès qu'une hémostase adéquate est obtenue.	- En cas d'accident hémorragique peropératoire : reprendre dès qu'une hémostase adéquate est obtenue, habituellement 24h à 72h après le geste, et que l'état clinique du patient le permet. Dans l'attente, et si une thromboprophylaxie veineuse est indiquée, utiliser l'héparine au moins 6 heures après l'intervention.	
RISQUE MODÉRÉ OU MAJEUR DE SAIGNEMENTS OU CHIRURGIE MAJEURE	Interrompre	- 48h minimum avant l'intervention		- 48h minimum avant l'intervention - Si $30 < \text{ClCr} < 50$ mL/min : 4 jours avant l'intervention, 7* des délais d'interruption du traitement en proportion de l'insuffisance rénale.
	Reprendre	- Dès qu'une hémostase adéquate est obtenue, habituellement 24h à 72h après le geste, et que l'état clinique du patient le permet. Dans l'attente, et si une thromboprophylaxie veineuse est indiquée, elle peut alors être assurée par l'utilisation d'héparine au moins 6 heures après l'intervention.	- Idem en cas d'accident hémorragique peropératoire.	
TRÈS HAUT RISQUE DE SAIGNEMENTS (Ex : chirurgie intracrânienne)	Interrompre	Délais augmentés		
	Reprendre	Dès qu'une hémostase adéquate est obtenue		

NB : Schéma de reprise post opératoire des AOD en accord avec les recommandations en vigueur mais à adapter aux situations cliniques avec une balance bénéfices/risques parfois défavorable à la reprise anticipée des anticoagulants oraux mais plutôt en faveur du maintien des héparines plus longtemps

29

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

Facteurs contributifs possibles Organisationnels

- Pas de communication ville-hôpital-ville pluriprofessionnelle organisée en amont de l'hospitalisation

Actions et barrières Humains

- Réalisation d'un bilan médicamenteux avant hospitalisation (BMAH) par le pharmacien d'officine puis récupération lors de la CPA des données colligées

- Absence de repérage du risque de discontinuité de la PECM du patient vulnérable de la consultation pré anesthésique
- Patiente non autonome avec troubles neurocognitifs + mari aidant principal âgé de 80 ans n'ayant pas apporté l'ordonnance avec l'AOD lors de la CPA

- BMAH par le pharmacien hospitalier avec entretien pharmaceutique auprès du patient/aidant lors de la CPA qui vise à s'assurer que le patient/aidant a compris toutes les informations sur sa PECM (exemples : précautions à prendre si traitement par anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire : relais éventuels entre la voie orale/injectable etc.)
- Remise lors de la CPA, au patient/aidant, d'un document stipulant la conduite à tenir sur l'arrêt d'un anticoagulant oral

Techniques

- Traitement médicamenteux du patient réparti sur deux ordonnances
- Pas d'utilisation/communication via des outils numériques sécurisés avec notamment, le partage exhaustif des informations sur la prise en charge médicamenteuse des patients
- Déploiement de l'ordonnance numérique permettant d'éviter les doubles prescriptions et d'assurer la traçabilité des prescriptions médicales
- Déploiement des outils numériques sécurisés (DMP, logiciel de soins pharmaceutiques, messagerie)

RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR LES ERREURS MÉDICAMENTEUSES



Quiz

VRAI ou FAUX

- La conciliation médicamenteuse (CM) permet de prévenir les erreurs médicamenteuses en assurant la sécurisation du parcours de soins et en garantissant sa continuité

Vrai!

La conciliation médicamenteuse est un **processus formalisé** qui permet de **prévenir/intercepter les erreurs médicamenteuses tout au long de la trajectoire de soins du patient**. Elle associe le **patient** et repose sur le **partage d'informations** ainsi que sur la **coordination pluriprofessionnelle**. Elle permet de rendre plus efficace le parcours de soins en **améliorant la pertinence des prescriptions**.

→ L'étude de Bonnet-Zamponi et al. a montré que la CM de sortie permet de **diminuer de près de 40%** le nombre de **réhospitalisations** dans la population > 75 ans.

→ L'étude REPHVIM (Pourrat et al., 2014) a déjà montré que la **CM de sortie** associée à une communication au pharmacien d'officine permettait de **diminuer la prévalence des dysfonctionnements médicamenteux**, particulièrement en chirurgie

- Les modalités d'arrêt et de reprise des AVK, en cas de chirurgie programmée à haut risque hémorragique impliquent systématiquement un relai préopératoire par héparine

Faux !

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

		Relai préopératoire : Mesurer l'INR 7 à 10 jours avant l'intervention			Arrêt des héparines		Contrôle de l'INR la veille		Relai postopératoire		Reprise des AVK	
		Fluindione Previscan*	Warfarine Coumadine*	Acénocoumarol Sintrom*								
RISQUE THROMBOEMBOLIQUE ÉLEVÉ	NON	Arrêt des AVK 4 à 5 jours avant										
	OUI	Arrêter l'AVK 4 à 5 jours avant l'intervention Filtre cave à discuter en cas d'ETV <1 mois			- 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	
INR EN ZONE THÉRAPEUTIQUE	NON	Commencer l'héparine* à dose curative 48 heures après la dernière prise de l'AVK										
	NON	Commencer l'héparine à dose curative 24 heures après la dernière prise de l'AVK										
		Avis de l'équipe médico-chirurgicale doit être pris pour moduler les modalités du 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

Arrêt des AVK en cas de chirurgie réglée - Groupe d'Intérêt en Hémostase Périlopératoire APIHP - recommandations HAS

- Les endoscopies diagnostiques avec biopsie sont des procédures à haut risque hémorragique

Faux !

Les endoscopies diagnostiques avec biopsie sont des procédures qui confèrent un risque minime d'hémorragie. La BSG et l'ESGE suggèrent de poursuivre un traitement par AVK et recommandent d'omettre la dose matinale d'AOD le jour de la procédure.

Pour en savoir plus : [Gestion des antiagrégants et anticoagulants en endoscopie \(recommandations BSG/ESGE 2021\)](#)

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 \(HAS, Juin 2018\)](#)
- [Module de formation « Répondre aux attendus sur la conciliation des traitements médicamenteux » \(OMÉDIT Centre-Val de Loire et OMÉDIT Normandie, Décembre 2022\)](#)