

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 5, Numéro 8

30 Octobre 2005

Cathéter intrathécal tunnelé pris pour une voie d'accès veineux central

Ce bulletin présente les constatations et les recommandations reliées à un accident impliquant l'identification erronée d'un cathéter intrathécal tunnelé pour une voie d'accès veineux central. La famille de la patiente et l'hôpital espèrent que le partage de cette information réduira le risque d'un accident mortel similaire.

Une patiente souffrant de cancer en phase terminale, recevant des soins à domicile, avait par voie sous-cutanée, un cathéter intrathécal tunnelé et recevait de l'hydromorphone et de la bupivacaïne via une pompe à perfusion continue ambulatoire (CADD). Le cathéter intrathécal de la patiente fut inséré quelques semaines plus tôt dans un centre hospitalier universitaire, et l'administration médicamenteuse fut assurée par le personnel de soins à domicile. Elle fut amenée à un hôpital local à cause de la réapparition d'une douleur sévère et d'un approvisionnement insuffisant de médicaments pour le soulagement de la douleur.

Le médecin à l'admission de l'urgence identifia l'hydromorphone et la bupivacaïne comme "médicament pour la voie épidurale". Toutefois, pour la gestion de la douleur, il demanda l'insertion d'un cathéter intraveineux (IV) périphérique et a prescrit une administration IV de morphine.

La patiente fut transférée à une unité de soins. Une infirmière dans cette unité, remarquant au dossier médical la présence d'une voie épidurale, regarda pour une telle voie, mais son expérience était limitée aux cathéters non tunnelés. On fit une supposition que le cathéter de la patiente était pour une voie d'accès central et la nouvelle documentation dans le dossier médical identifia incorrectement le cathéter intrathécal pour une voie veineuse centrale.

Une ordonnance fut reçue pour continuer le maintien des liquides et de la morphine en IV. Comme la voie IV périphérique était interstitielle, la présumée voie veineuse centrale fut accédée et

la tubulure IV branchée pour l'administration de liquides et de médicaments. La patiente expérimenta une douleur réfractaire et fut transférée à une autre unité de soins spécialisée dans le traitement palliatif de la douleur. L'identification de la voie intrathécale pour une voie centrale continua dans cette aire de soins. Lorsque la patiente expérimenta des crises résultant du large volume de liquide administré par voie intrathécale, un spécialiste de la douleur et une infirmière ont reconnu le cathéter intrathécal et identifièrent l'erreur. La patiente n'a pas repris conscience et mourut plusieurs jours plus tard.

Avec l'augmentation de l'utilisation de cathéters intrathécaux tunnelés pour l'administration de médicaments anti-douleur¹ et avec la grande interconnectivité des appareils médicaux, le potentiel de confusion entre les appareils d'accès intrathécaux et IV demande une attention prioritaire.

Les facteurs suivants ont contribué à cet accident :

- Il n'y avait pas d'identification visible et adéquate permettant de reconnaître immédiatement le cathéter intrathécal. Aucune étiquette ne fut collée sur le pansement, le cathéter, la tubulure de perfusion ou la pompe pour indiquer la voie d'administration.
- Bien que la valve du cathéter intrathécal avait une mention "pas d'accès IV" imprimée sur celle-ci par le fabricant, la valve était recouverte d'un pansement protecteur non transparent.
- Le site de sortie et la valve du cathéter tunnelé étaient localisés dans la région antérieure (sous-clavière) de la poitrine, la localisation exacte où on s'attendrait de trouver le site et une valve d'une voie veineuse centrale. Habituellement, la région abdominale est choisie comme le site de sortie pour un cathéter intrathécal tunnelé; cependant, à cause d'une colostomie

existante, la région antérieure de la poitrine fut choisie pour cette patiente.

- La patiente a reçu des instructions du centre hospitalier universitaire d'aller à l'hôpital communautaire de sa localité si elle rencontrait des problèmes et elle a reçu un paquet à sa sortie contenant les informations sur la localisation du cathéter intrathécal et la thérapie médicamenteuse, ainsi qu'un numéro de téléavertisseur 24h/24 pour toute urgence. Malheureusement, cette information sur le cathéter intrathécal ne fut pas transmise par la patiente et par conséquent n'était pas disponible pour examen au moment de l'admission à l'hôpital.
- Les praticiens de première ligne n'avaient pas une compréhension complète des divers types de cathéters neuraxiaux (incluant épidual et intrathécal).
- La douleur sévère ressentie par la patiente créa une urgence, ce qui a mené les praticiens à négliger de l'information clé (ex : documents reçus par télécopieur de l'hôpital où le cathéter fut inséré).

Recommandations :

- S'assurer que tous les cathéters spécialisés soient étiquetés à la valve d'accès, au point de branchement de la tubulure de perfusion et de la pompe à perfusion.
- S'assurer que le personnel soignant utilise une terminologie exacte, constante et cohérente lors de l'étiquetage et de la description d'appareils, de perfusions et de traitement.
- S'assurer que les pansements appliqués pour protéger les sites du cathéter soient transparents; pour les cathéters spécialisés, une étiquette supplémentaire identifiant le type de cathéter et la voie d'administration devrait être présente.
- Former les praticiens au procédé de confirmation de l'identité des voies par cathéter. Spécifiquement, lorsqu'ils accèdent un cathéter IV central, ils devraient toujours aspirer avant l'injection de tout liquide ou médicament.
- Donner une formation aux praticiens au sujet des cathéters de spécialité comme les cathéters centraux.

- Identifier des personnes-ressources facilement accessibles sur tous les quarts de travail pour fournir une assistance lors de l'utilisation d'instruments peu familiers (ex : anesthésiste sur appel, personnel des soins infirmiers).
- S'assurer que toutes les étiquettes de médicament identifient de façon **proéminente** la voie d'administration.
- Lors de l'insertion d'un cathéter tunnelé à un site de sortie (comme une localisation à la poitrine antérieure) qui pourrait être confondu pour une autre voie, il est nécessaire de mettre l'accent sur la formation et la communication.
- Inclure le patient et la famille dans le processus d'utilisation du médicament, pour faciliter le partage d'informations clé. Chaque fois qu'un cathéter pour usage à long terme est inséré, fournir au patient et aux membres de sa famille qui l'assisteront dans les soins en cours, des cartes d'informations de format portefeuille (similaire aux cartes fournies après l'insertion d'un stimulateur cardiaque) et leur enseigner l'importance de présenter cette information à chaque fois qu'il demande des services de soins de santé. Il a été suggéré qu'un bracelet de type «Medic Alert» fournirait un avertissement supplémentaire à l'équipe soignante.
- Reconnaître que la communication entre le personnel soignant et les membres de la famille devient de plus en plus importante pour les patients dont la condition se détériore et qui pourraient devenir incapables d'agir par eux-mêmes.

En plus des étapes que le personnel soignant peut prendre pour prévenir une erreur d'identification des cathéters, tous les fabricants devraient fournir une identification distincte sur ces appareils. Ultimement, le dispositif de protection idéal serait de revoir la conception des cathéters pour qu'ils soient de type «clé et verrou» et ainsi, le médicament prévu pour usage IV ne pourrait pas se brancher à des voies intrathécales ou épidurales.

Plusieurs publications antérieures ont discuté du mélange entre l'administration intrathécale (ou épidurale) et IV et ont décrit les conséquences dévastatrices découlant de telles erreurs.^{2,3,4,5,6,7,8}

Remerciements :

L'ISMP Canada tient à remercier les experts qui ont participé à la révision de ce bulletin:

Robert N. McKenzie MD; John McBride RPh, BScPhm, MSc; et Catherine O'Neill RN, BScN.

Références :

1. Jones TF, Feler CA, Simmons BP, Melton K, Craig AS, Moore WL, et al. Neurologic complications including paralysis after a medication error involving implanted intrathecal catheters. *Am J Med.*2002;112(1):31-36.
2. Landow L. An apparent seizure following inadvertent intrathecal morphine [lettre]. *Anesthesiology.* 1985;62(4): 545-546.
3. Salvolini U, Bonetti MG, Ciritella P. Accidental intrathecal injection of ionic water-soluble contrast medium: report of a case, including treatment. *Neuroradiology.* 1996;38(4):349-351.
4. ISMP. Accidental administration of iv meds intrathecally. *ISMP Med Safe Alert.* 1998;3(19):1.
5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Preventing vincristine administration errors. Sentinel Event Alert [série sur Internet] 2005;34. Disponible à http://jcaho.org/about+us/news+letters/sentinel+event+alert/print/sea_34.htm. [Cité le 22 Juillet 2005]
6. ISMP. Safety briefs. *ISMP Med Safe Alert.* 1998;3(11):1.
7. Hew CM, Cyna AM, Simmons SW. Avoiding inadvertent epidural injection of drugs intended for non-epidural use. *Anesth Intensive Care.* 2003;31(1):44-49.
8. Sigg TR, Leiken JB. Inadvertent epidural gentamicin administration [lettre]. *Ann Pharmacother.* 1999;33(10): 1123.

Problème dans l'emballage et le conditionnement pharmaceutique – Rencontre avec les parties prenantes

Une rencontre de collaboration entre les parties prenantes, co-dirigée par l'ISMP Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), et appuyée par Santé Canada, fut tenu a Toronto le 20 septembre 2005. Des représentants de compagnies de recherche pharmaceutique du Canada (Rx&D), l'Association canadienne du médicament générique (ACMG), la Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux (SCPH), l'Association Canadienne de Normalisation (ASC), Service d'urgence santé canadien, la Société canadienne des anesthésiologistes, l'ISMP (U.S.), Food and Drug Administration (FDA), HealthPRO procurement Services Inc., les compagnies Medbuy, Baxter (Canada), Hospira Healthcare et des

fabricants pharmaceutiques choisis étaient présents.

L'objectif de la rencontre était de discuter de préoccupations reliées à l'étiquetage et à l'emballage des médicaments, et de développer une approche consolidée pour prioriser les problèmes et pour appliquer des recommandations concernant l'amélioration de l'étiquetage et de l'emballage. Par exemple, l'étiquetage des bloqueurs neuromusculaires est un item de haute priorité.

La déclaration d'incident/accident fut identifiée comme une composante clé pour la compréhension des problèmes en matière d'utilisation sécuritaire des médicaments et pour le développement

de stratégies préventives. Afin de permettre le partage des apprentissages, on a demandé aux parties prenantes d'encourager leurs membres à déclarer les incidents et accidents liés à la médication au Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Pour plus d'information sur le SCDPIM' consultez le site Internet d'ISMP Canada (www.ismp-canada.org).

L'ISMP Canada et l'ICSP, avec le soutien de Santé Canada, vont collaborer pour élaborer le mandat d'un groupe formel visant à aborder les problèmes d'étiquetage et de conditionnement des produits pharmaceutiques.

© 2005 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. La reproduction d'extraits est autorisée à l'interne seulement avec mention de la reproduction partielle. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé. Toute autre demande de reproduction doit être adressée à l'ISMP Canada par écrit.

L'ISMP Canada gère un programme national et volontaire de déclaration d'incidents et d'accidents liés à la médication. L'ISMP Canada a comme objectif d'assurer le partage des expériences afin d'apprendre des incidents et des accidents déclarés. Notre but est de mettre en œuvre des stratégies de prévention et des mesures de sécurité afin de diminuer le risque d'accident préjudiciable et de promouvoir l'utilisation sécuritaire des médicaments dans le milieu de la santé.

Pour déclarer un incident/accident lié à la médication à l'ISMP Canada, vous pouvez : 1) Visiter notre site Web à l'adresse suivante : <http://www.ismp-canada.org>, ou 2) nous écrire à : info@ismp-canada.org, ou 3) nous téléphoner au : (416) 480-4099. L'ISMP Canada garantit la sécurité et la confidentialité des informations reçues. L'ISMP Canada respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

**Un partenaire clé du Système canadien de déclaration et de prévention
des incidents médicamenteux (SCDPIM)**