

FICHE RETOUR D'EXPERIENCE ANALYSE APPROFONDIE EI

Choc toxi-infectieux sur voie veineuse périphérique d'insertion profonde (MIDLINE)

• Date : 21/02/2024

• Spécialité : MCO

• Filière : Médecine

Population :
Personne âgée de
plus de 75 ans

Nature des actes :

○ Thérapeutique

Sources : collaboration FORAP, fiche REX Qualirel (réadaptation), guide HAS EIAS 2021, documents internes PASQUAL.

Fiche REX élaborée à partir de l'analyse réalisée par les acteurs impliqués dans l'événement, mise à disposition dans une visée pédagogique, ne se substituant pas aux publications et recommandations en vigueur.



Accroche, de quoi s'agit-il ?

L'EIGS est choc toxi-infectieux (en lien avec un dispositif médical, type MIDLINE) chez un patient de 77 ans survenu dans un service de médecine polyvalente, générant une prise en charge en service de réanimation".

Impact patient :

Mise en jeu du pronostic vital et transfert en service de réanimation pour suite de la prise en charge



Résumé de l'événement

Patient de 77 ans porteur d'un MIDLINE (J12) en raison d'un besoin d'hydratation importante. Patient polyopathologique ayant fait un séjour en réanimation 15 jours avant.

Au cours du week-end, l'IDE de jour signale au médecin de garde le samedi matin la présence d'une inflammation au niveau du point de ponction du MIDLINE sans autre signe clinique.

Au cours des 48h, il y a une aggravation de l'inflammation du point de ponction et une altération de l'état général du patient avec des signes d'infection, nécessitant l'intervention de l'interne de garde des urgences et un transfert en réanimation le lundi. Les hémocultures et la culture du MIDLINE sont positives à staphylococcus aureus sensible à la méthicilline.



Chronologie de l'événement indésirable

Quand ?	Qui ?	Quelle action ?	Comment ?
10/10 Journée		L'IADE pose un MIDLINE en basilique gauche sur demande médicale au regard du capital veineux précaire du patient : pose selon les recommandations de bonne pratique, traçabilité de la pose sur la feuille de suivi de MIDLINE.	
10/10 20h15		L'IDE refait le pansement car pansement taché de sang et non occlusif.	
11-12/10		L'IDE de nuit trace que le pansement est taché	
12/10 00h45		Le patient appelle l'IDE de nuit car le bouchon du MIDLINE s'est déconnecté, écoulement de sang. L'IDE trace le nettoyage et le rinçage.	
17/10		L'IDE de jour met un bouchon sur le MIDLINE pour permettre au patient de se rendre à sa consultation d'écho doppler en ville	
18/10		L'IDE de jour refait le pansement du MIDLINE, et trace que le point de ponction est inflammatoire	
20/10		L'IDE de jour pose un culot globulaire à 16h20, l'IDE de nuit trace une fin de transfusion à 19h45. L'IDE de nuit relate que le pansement est saturé de sang, refait le pansement du MIDLINE et remarque le point de ponction inflammatoire (information à postériori)	
21/10 Début de matinée		L'IDE de jour demande au cadre de garde la conduite à tenir face à un point de ponction de MIDLINE qu'elle trouve inflammatoire. Le cadre de garde préconise de refaire le pansement.	
21/10 Fin de matinée		L'IDE de jour informe le médecin de garde et lui demande de vérifier le point de ponction du MIDLINE.	
21/10 Fin de matinée		Le médecin de garde observe le point de ponction et estime que cela peut attendre lundi.	



Chronologie de l'événement indésirable

Quand ?	Qui ?	Quelle action ?	Comment ?
21/10 Début d'après-midi		L'IDE et l'AS ne retrouvent pas de signe clinique ni de paramètre (Tension Artérielle, fréquence cardiaque, température et saturation en oxygène) pouvant faire suspecter un problème	
21/10 Fin d'après- midi		L'IDE de jour transmet les informations dans le dossier du patient et à l'IDE de nuit lors des transmissions orales de fin de service.	
21/10 Nuit		L'IDE de nuit constate que l'inflammation du point de ponction est plus importante que la veille. Elle constate également l'absence de retour veineux sur le MIDLINE au moment de vouloir réaliser le bilan sanguin (information à postériori)	
22/10 7h		L'IDE de nuit transmet à l'IDE de jour (même que la veille) que le point de ponction est plus inflammatoire et qu'il faut revoir avec le médecin de visite (transmissions orales)	
22/10 Matinée		Le médecin de visite dit à l'IDE de jour qu'elle dispose de 3 minutes pour faire les transmissions. (information à postériori) L'IDE de jour, ne transmet pas l'inflammation du MIDLINE.	
22/10 14h		L'IDE de jour observe que le point de ponction du MIDLINE est encore plus inflammatoire et plus induré. Elle demande conseil auprès d'une IDE d'un autre service. Elle refait le pansement. A la prise des paramètres, il n'y a pas de particularité.	
22/10 18h		L'IDE de jour profite du passage du cadre de garde (différent de la veille) pour avoir son avis et lui exprimer son inquiétude.	
22/10 18h30		L'IDE de jour constate que le patient a des difficultés pour rester en position assise. La prise de la température révèle une hyperthermie à 39°2, le bras du patient est rouge, chaud, induré et œdématisé. La fréquence cardiaque est à 120 bpm.	
22/10 18h40		L'IDE de jour appelle l'interne de garde du SAU. Celui-ci prescrit l'ablation et la mise en culture du MIDLINE, la réalisation d'hémoculture et la pose d'une perfusion pour pouvoir administrer des antibiotiques.	



Chronologie de l'événement indésirable

Quand ?	Qui ?	Quelle action ?	Comment ?
22/10 19h		L'IDE de jour demande de l'aide à l'IDE de nuit qui prend son poste pour reperfuser le patient et réaliser le bilan sanguin. Le MIDLINE est retiré et mis en culture, il est impossible de faire les hémocultures (pas de retour veineux). Lors de l'ablation du MIDLINE, il y a un écoulement purulent, le bras présente un important œdème.	
22/10 Nuit		L'interne de garde prescrit une antibiothérapie (Tazocilline 4gx2/j) et une échographie du bras à prévoir pour le lundi matin. Le bilan sanguin montre une CRP à 105 (contre 26 le 18/10)	
23/10 6h		L'IDE de nuit alerte l'interne du SAU pour une fréquence cardiaque à 122 bpm et une température à 38°2. Il prescrit une injection de paracétamol et prends avis auprès de son médecin senior qui préconise d'ajouter de la gentamycine à l'antibiothérapie. L'injection de gentamicine est réalisée immédiatement	
23/10 Matinée		Le patient bénéficie d'un échodoppler du bras qui mets en évidence une thrombose. Les antibiotiques sont poursuivis et une prescription de calciparine à dose curative y est ajoutée. Le médecin de médecine demande la pose d'un nouveau MIDLINE au regard du capital veineux précaire (hématome au niveau de la perfusion du bras droit). Les résultats du bilan de 6h sont les suivants : CRP à 203 mg/ avec une augmentation des globules blancs.	
23/10 15h		Le patient est transporté en SSPI pour la pose d'un nouveau MIDLINE. Les tentatives de pose se soldent par un échec	
23/10 17h		Le médecin du service de médecine prend avis auprès d'un réanimateur au regard des risques et des antécédents du patient. Le patient est admis en réanimation pour suite de prise en charge et pose d'une voie veineuse centrale.	
24/10 5h36		Le patient fait un arrêt cardiaque par torsade de pointe sur une kaliémie à 3,5. Un massage cardiaque avec délivrance de choc externe est réalisé et le patient est intubé et ventilé.	
25/10		Extubation du patient	
03/11		Sortie de réanimation	



Identification de la (des) cause(s) immédiate(s)

Retard à l'ablation du MIDLINE dont le point de ponction était inflammatoire



Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Patient de 77 ans polypathologique, hospitalisé en réanimation 15 jours plus tôt pour une déshydratation et une insuffisance rénale avec hyperkaliémie sur hyper-débit de sa stomie. ATCD : Néoplasie prostatique, colite ischémique (colostomie terminale)
Professionnel	Jeune diplômée (3 mois de diplôme) 3 semaines d'autonomie pour l'IDE de jour.
Équipe	Oublis de transmissions orales et transmissions écrites insuffisantes. Défaut de régularité dans la traçabilité de surveillance du MIDLINE (document spécifique non utilisé) Equipe inquiète de son avenir au regard des difficultés de recrutement médical. Le médecin de garde n'est pas du service.
Tâches à accomplir	Méconnaissance du protocole de surveillance des MIDLINE
Environnement de travail	Jeune IDE qui a eu d'autres situations inhabituelles à gérer. La traçabilité de surveillance du MIDLINE n'est visible rapidement dans le dossier patient informatique,
Organisation & management	Absence de livret d'accueil du nouvel IDE (connaissance des protocoles).
Contexte institutionnel	Service de médecine en difficulté à cause du manque de médecin. Difficultés de recrutement médical sur le territoire et présence de médecins intérimaires



Analyse des barrières de sécurité

Barrières Description	Type Prévention Récupération Atténuation	Existence Existante Inexistante	Efficacité Oui Partielle Non
Existence d'un protocole de surveillance des MIDLINE	Prévention	Existante	Partielle car non connu de l'IDE
Encadrement des nouvelles IDE	Prévention	Existante	Partielle car pas de listing des protocoles à connaître
Organisation de la continuité de présence médicale	Prévention	Existante	Oui , tableau de garde des médecins le WE et continuité par le SAU
Ablation du MIDLINE et mise en culture	Récupération	Existante	Oui , l'ablation a permis de limiter les conséquences
Mise en place d'antibiotique et transfert en réanimation	Atténuation	Existante	Oui, prescription antibiotiques probabilis en attente de résultats des hémocultures



Évitabilité

Évitable

Probablement évitable

Probablement inévitable

Inévitable



Plan d'action

Action proposée <i>Objectif et description</i> <i>Barrières de prévention / protection</i>	Responsable	Mesure, suivi	Echéancier
Réaliser un audit de pratique sur le suivi des MIDLINES auprès des IDE et médecins	Coordination des soins Cadre de santé de médecine IADE du bloc opératoire	Validation de la grille d'audit	Fin mars
Actualiser la procédure en y intégrant la conduite à tenir	Médecin hygiéniste	Validation par le CLIN	02/04/2024
Diffuser la procédure de pose, de traçabilité, de suivi, de retrait des MIDLINES actualisée	Service QGDR	Date de diffusion	Avril 2024
Intégrer la fiche de traçabilité dans le dossier patient informatisé	Coordonnation des soins		Juin 2024
Réaliser « un mois, un thème » autour de la traçabilité dans le dossier médical et paramédical	Service QGDR		Avril 2024
Diffuser le RETEX : présentation en CSIRMT, COPIL qualité et diffusion sur Bluemedi	Service QGDR		Avril 2024

Personnes ayant participé à l'analyse pluridisciplinaire

Coordonnateur des soins et direction QGDR
Service QGDR
Cadre de santé, adjointe à la direction des soins
Cadre du service de médecine
Médecin du service de médecine
IDE du service de médecine
IADE du bloc opératoire
Cadre du service de réanimation
Chef du service de réanimation
Médecin hygiéniste
Cadre supérieur du pôle de médecine et spécialité

Un retour au déclarant de l'Événement Indésirable a-t-il été réalisé ?

Si oui, sous quelle forme ?

Le déclarant a été informé du RETEX et il avait la possibilité d'y participer.
Les actions ont été transmises via le logiciel de déclaration.
Diffusion sur l'ensemble du CH du RETEX par affichage

Un entretien avec le patient / la personne accompagnée et/ou les proches dans le cadre de l'analyse a-t-il été réalisé ?

Si oui, de quelle manière ? Avec qui ?

Il n'y a pas eu entretien avec le patient ni un proche après l'analyse, ils avaient été informés de l'évènement le jour du transfert en réanimation



Références bibliographiques

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles en lien avec l'Événement Indésirable

SF2H. Risque infectieux et soin : Prévention des infections liées aux cathéters périphériques vasculaires et sous-cutanés.
Recommandation, mai 2019

OMEDIT Centre-Val de Loire. Fiche de bonnes pratiques : MIDLINE / PICC line ? Différences entre cathéters émergeant au-dessus du pli du coude du patient. 2018, disponible sur : http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/9100.pdf

CH Léon Bourgeois. Protocole de gestion et de réfection de pansement de type PICCLINE ou MIDLINE. Décembre 2016