

FR 2019-01

Date de parution :
Avril 2019

Catégorie :

Spécialité

Médecine

Filière

Hospitalisation
conventionnelle

Population

Tous patients

Nature des actes :

- Thérapeutique
- Diagnostique
- A visée esthétique
- Préventif

FICHE RETOUR D'EXPÉRIENCE

ANALYSE APPROFONDIE

Thrombopénie induite à l'héparine (TIH)

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



Ce que l'on retient

- Risque élevé d'une TIH entre J3 et J5 de l'instauration d'un traitement par Héparine.
- Importance de l'association résultats plaquettaire et pente de chute pour le diagnostic précoce de TIH.
- Importance de la mise en œuvre d'un suivi médical somatique dans les prises en charges chirurgicales.
- Variabilité du délai d'action des anticoagulants oraux après arrêt.



De quoi s'agit-il ?

Thrombose massive étendue des 2 membres inférieurs ayant nécessité l'amputation des orteils consécutive à une thrombopénie induite à l'Héparine chez un patient âgé de 85 ans. Ce patient aux antécédents d'embolie pulmonaire et de cancer de la prostate est habituellement sous anticoagulant oral.

Suite à une chute à son domicile, il présente une fracture du col du fémur dont le traitement chirurgical implique l'arrêt des anticoagulants oraux associé à un relai par HBPM.

Impact patient :

Mise en jeu du pronostic vital-Impotence fonctionnelle permanente liée à l'amputation des orteils.

ANALYSE SYSTÉMIQUE



Points clés de la chronologie des faits

- **Le 05/08** : Admission aux urgences du patient âgé de 85 ans, suite à une chute à domicile occasionnant fracture de l'humérus droit et du col fémoral droit. Le patient présente des antécédents d'embolie pulmonaire (X2) traité par RIVAROXABAN (ACO) et un cancer de la prostate traité.
- **Le 06/08** : Il est admis en service de chirurgie orthopédique, le traitement de RIVAROXABAN est arrêté.
- **Le 10/08** : Intervention pour prothèse de hanche droite avec prescription post-opératoire de Traitement anticoagulant habituel à dose curative par HBPM : ENOXAPARINE SODIQUE 4000UI-2/jour puis 6000UI 2/Jour puis 5000UI-2/j.
- **Le 14/08** : J3 post opératoire, le patient se plaint de douleur abdominale. Un avis du chirurgien viscéral est demandé. Il conclut à l'absence de pb digestif d'ordre chirurgical. Le patient est connu pour une constipation terminale sur hypertonie anale et asynchronisme abdomino-périnéal.
- **Le 17/08** : A J6 post opératoire : l'anesthésiste est appelé par l'IDE pour dégradation de l'Etat Général et malaise en sortie de douche. Un état de choc hypovolémique est constaté et traité par remplissage, ainsi qu'une thrombopénie majeure correspondant à une TIH, confirmée par le bilan biologique complémentaire (anti PF4 -positifs signant). L' ENOXAPARINE SODIQUE(HBPM) est arrêté, la reprise de RIVAROXABAN (ACO) ou DANAPAROÏDE SODIQUE (AC spécifique TIH) dès la remontée des plaquettes est évoquée.
- **Du 17 au 21/08** : absence d'anticoagulation.
- **Le 21/08** : à J11 post opératoire : Appel du médecin de l'équipe mobile de gériatrie par les IDE face à l'apparition de cyanose des Membres Inférieurs, oedèmes et disparition des poulx. Le gériatre diagnostique une Insuffisance Rénale Aiguë. Un doppler réalisé en urgence conclu à une thrombose massive étendue (veines iliaque externe et probablement d'amont, fémorales superficielle, profonde et commune, poplité, tibiales postérieures, fibulaires, gastrocnémiens et soléaires et saphène interne.) des 2 membres inférieurs. Le patient est transféré en service de médecine. Une anticoagulation par DANAPAROÏDE SODIQUE, à dose curative est prescrite.

Causes immédiates identifiées

- Défaut de prise en charge médicale globale

Identification des causes profondes

Catégorie de causes	Causes profondes identifiées
Patient	Début de thrombose probable dès son arrivée au bloc, lié à un délai de prise en charge chirurgicale nécessaire en lien avec son traitement Xarelto® habituel (nécessité d'arrêt avant tout geste chirurgical). Patient impossible à prélever en veineux = nécessité de prélever en artériel. Diagnostic différentiel de sepsis très présent dans les discussions médicales => difficultés d'analyse du cas patient ATCD du patient : embolie pulmonaire X2 + phlébite.
Individu (soignant)	
Équipe	Alerte du laboratoire tardive : lors de la surveillance de traitement HBPM, appel du laboratoire uniquement à la chute des plaquettes à 22000.
Tâches à accomplir	Aucune observation médicale sur le dossier patient entre la prise en charge opératoire et le moment de l'appel de l'anesthésiste lors du problème. La pratique de chirurgie est basée sur des transmissions orales Pas de prise en charge globale médicale du patient organisée dans cette unité.
Environnement de travail	
Organisation Management	Situation sur un weekend et période de congés = diminution des visites médicales en fréquence et en durée.
Contexte institutionnel	

Barrières de sécurité mises en oeuvre par l'équipe

Barrières	Actions
Récupération	Appel de plusieurs spécialistes au regard des éléments cliniques successifs du patient avec échanges oraux (gastroentérologie et chirurgicale viscéral // suspicion d'un sepsis abdominal, anesthésiste // état de choc, gériatre // constatation cyanose des orteils, intervention de l'angiologue pour diagnostic final avec contact pris avec chirurgien vasculaire et référent thrombose du CH.
Atténuation	Mutation en service de médecine post urgence dès validation du diagnostic. Suivi de prise en charge multidisciplinaire en service de médecine : Médecin, angiologue, chirurgiens.

Perception du caractère évitable par les professionnels





Plan d'action (actions de réduction du risque/barrières de sécurité)

Mise en oeuvre d'une alerte par les biologistes sur la cinétique des résultats plaquettaire (dés chute > 40% // Tx initial) en lien avec les critères de suivi de la démarche d'accréditation du laboratoire.	Prévention	Récupération	Atténuation
Sensibilisation médicale sur la traçabilité des observations médicales par écrit sur le dossier patient, au fil de l'eau par chaque intervenant chirurgien ou médecin : soirée thématique médicale au sein du CH, animé par un duo médecin juriste expert externes.	Prévention	Récupération	Atténuation
Organisation / réalisation d'un staff sur la thématique pris en charge d'une TIH en lien avec le staff thrombose de l'ouest d'un protocole de prise en charge d'une TIH avec diffusion auprès des médecins.	Prévention	Récupération	Atténuation
Affectation d'un praticien en service de chirurgie pour assurer une prise en charge globale médicale optimisée des patients.	Prévention	Récupération	Atténuation
Une discussion visant à définir : - une pratique consensuelle : reprise précoce des AOD avec référence aux recommandations - la recherche éventuelle, systématique, de phlébite ou embolie pour tout patient avec ATCD répétitif d'embolie. N'a pas été mise en place au regard de la difficulté à rassembler les experts souhaités (professeurs des universités) au sein du CH.	Prévention	Récupération	Atténuation



Références

- Thrombopénie induite par l'héparine - Elalalmy - CH Thonon - Aspen France - 2016
- Recommandations sur la surveillance plaquettaire d'un traitement par héparine de bas poids moléculaire. - AFSAPSS - 2011
- Conférence thrombopénie induite par l'héparine SFAR - 2002

