

2. EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE

Erreur de prescription hospitalière non récupérée : radio-pharmacie / imagerie

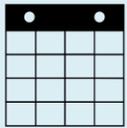
Type d'incident : erreur médicamenteuse/erreur de prescription/mauvais dosage

Domage patient : surdosage en produit radio actif chez un enfant



LES FAITS :

Erreur de prescription lors d'une scintigraphie rénale chez un enfant de 3 ans



J.0 : un médecin d'un service de médecine nucléaire prescrit une scintigraphie au DMSA (acide dimercaptosuccinique marqué au technétium 99) à un enfant de 3 ans pesant 14 Kg. Sur son abaque, la dose nécessaire à l'examen est de 55 Méga becquerel (MBq). Il saisit alors sa prescription sur le logiciel GERA. Ce logiciel propose alors dans le champ réservé à la prescription une dose moyenne standard adulte de 180 MBq. Le médecin efface le chiffre de ce champ pour saisir sa prescription de 55 MBq. Ce faisant, il saisit 155 en lieu et place de 55 et valide sa prescription.

La prescription ainsi validée est transmise immédiatement via le réseau à la radio pharmacie où la préparatrice en pharmacie hospitalière a préparé le médicament radio-pharmaceutique sans faire de lien entre la dose prescrite et le poids indiqué dans le champ correspondant. Le champ « âge » n'était pas renseigné.

La préparation une fois réalisée est transmise à la manipulatrice d'électroradiologie médicale qui vérifie la dose par rapport à la prescription ainsi que l'identité de la patiente mais n'établit pas de lien entre la dose prescrite (adulte) et l'enfant qui est devant elle. Elle injecte donc le produit radio-pharmaceutique.

Enfin, plusieurs heures plus tard, lors de la réalisation de la scintigraphie, le temps d'acquisition est très raccourci : environ 3 minutes au lieu de 10, ce qui interpelle l'opératrice. Pourtant, l'information ne remonte pas jusqu'au prescripteur.

J.3 : L'erreur de dose n'est détectée que 3 jours plus tard, lors d'un contrôle dosimétrique a posteriori effectué par le radio physicien de l'établissement. Une fiche d'anomalie a été aussitôt renseignée par le prescripteur.

J.8 : L'incident est ensuite déclaré à J8 à l'autorité de sureté nucléaire, puis à l'ARS. L'ARS effectue une enquête sur place le jour même.

#	LES DYSFONCTIONNEMENTS	LES CAUSES	LES MESURES PRISES
1	Erreur de saisie informatique Le logiciel GERA, dans la configuration où il est utilisé dans le service, propose un chiffre dans le champ réservé à la prescription. Ce chiffre est un chiffre standard pour les adultes, soit 180 Mbq.	Paramétrage du logiciel susceptible de provoquer des erreurs	Mise à jour du logiciel GERA : mention du poids obligatoire. Adapter le logiciel GERA pour qu'il ne soit plus source d'erreur (alerte quand il y a discordance entre le contenu de certains champs)
2	Défaut de contrôle de la prescription informatique	Défaut de vigilance	Rappel de la nécessité de vérifier soigneusement les prescriptions informatiques.
3	préparation du médicament en radio pharmacie sans détecter l'erreur Le médicament a été préparé suivant la prescription apparue via l'interface pharmacie du logiciel GERA puis contrôlé, libéré et délivré par le préparateur.	Absence de mention de l'âge Non prise en compte du poids du patient	Instauration dans la radio pharmacie d'une vérification systématique de la cohérence entre la dose prescrite et le poids du patient. Privilégier le contrôle de la préparation par un tiers. La libération du produit est une responsabilité du pharmacien.
4	Administration de la préparation sans détecter l'erreur La manipulatrice d'électroradiologie médicale a administré la préparation en se contentant de vérifier le nom du patient et l'activité prescrite. Ayant l'enfant devant elle, elle aurait pu s'étonner qu'on lui administre une dose normalement destinée à un adulte.	Défaut de compétence ou de vigilance des personnels	Mise en place pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale de tableaux récapitulatifs de contrôle. Mise en place d'une évaluation régulière des pratiques. Mettre en place des formations continues adaptées. Tout personnel soignant doit se méfier des automatismes et s'astreindre à une vérification systématique du médicament avant administration, a fortiori s'il s'agit d'une injection.

Principaux enseignements :

- importance cruciale du paramétrage des logiciels,
- la prescription informatique demande une vigilance de tous les instants,
- nécessité d'une libération pharmaceutique systématique des préparations,
- importance du contrôle systématique du médicament avant administration.