

"Décès suite à une sédation vigile dans un centre dentaire lié à une association médicamenteuses contre-indiquée"

par le Dr Béatrice AKNINE – Chirurgien-dentiste conseil MACSF



## Tableau d'analyse des causes profondes

*Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.*

*Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale*

Facteurs de la grille ALARM	Éléments de contexte – Causes identifiées
Facteurs liés au patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient âgé de 80 ans mesurant 1m60, pesant 60 kg, non-fumeur sans trouble cognitifs. Le patient a un bon niveau de compréhension et a compris le plan de traitement proposé. Il est accompagné par sa sœur lors des consultations</li> <li>• Patient traité par Rhytmol® pour trouble du rythme (tachycardie ? arythmie ?...), prescrit par médecin cardiologue. Le compte rendu de la consultation préanesthésique comporte la notion de « Rhytmol® » pour palpitations.</li> <li>• Antécédents médicaux : glaucome, arthrose, herpès, zona.</li> <li>• ATC chirurgicaux : prothèse totale de hanche à gauche, appendicectomie.</li> </ul>
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<p>1. Absence de protocole en rapport avec les actes en cause dans l'événement.  <b>Règle sur l'anesthésie locale non respectée</b> : dosage en fonction du poids/âge très certainement à l'origine du premier malaise (injection de 8 capsules = 13.6 ml de solution donc 544 mg d'articaine, au-delà de la dose maximale en plafond). Le poids du patient n'est pas noté sur le dossier médical donc la dose d'anesthésique n'a pas pu être rapportée au poids.</p> <p>2. Pour la seconde intervention : absence de protocole sur la sédation vigile par voie IV avec utilisation de Valium® + Atarax® couplée à une anesthésie locale (surdosage massif).  <b>Règle sur la sédation vigile associée aux actes de chirurgie-dentaire.</b></p> <p>3. Absence de check-list sur le matériel obligatoire dont il faut disposer lors d'une sédation vigile par voie IV pour le contrôle des constantes et en cas d'accident.</p> <p>4. Absence de protocole de gestion de l'urgence vitale au centre dentaire.  Un avis spécialisé avant la mise en œuvre d'une anesthésie par sédation vigile + anesthésie locale aurait dû être demandé, à la fois par le chirurgien-dentiste et par le médecin anesthésiste : absence de bilan de syncope demandé en préopératoire, absence d'EEG avant le jour de l'intervention. <b>Les investigations n'ont pas été poussées par le médecin anesthésiste en préopératoire.</b></p> <p>5. Absence de protocole de calcul de la dose maximale d'anesthésique local à administrer par le chirurgien-dentiste en fonction du poids et de l'âge du patient, avec double contrôle par le médecin anesthésiste.  Absence de protocole de surveillance de la profondeur de la sédation en peropératoire.</p> <p>6. Absence de vérification continue de la réponse normale aux commandes verbales.</p> <p>7. Surveillance de la circulation qui porte sur les battements cardiaques, la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la circulation périphérique, l'électrocardiogramme. Le site d'anesthésie devait bénéficier d'un moniteur électrocardiogramme, d'un appareil de mesure automatique de la pression</p>

	<p>artérielle, d'un oxymètre de pouls. Le patient classé en ASA 2 requiert un niveau d'environnement 2 (électrocardioscope et oxymètre de pouls).</p> <p><b>Dossier médical/traçabilité</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour la première intervention : absence de demande d'avis du médecin cardiologue sur l'indication d'une chirurgie-extractions multiples/implantations immédiates et les précautions à prendre en matière anesthésique : type d'anesthésique local à utiliser (les anesthésiques avec adrénaline ne sont pas utilisés chez un patient présentant un trouble du rythme) puis pour la seconde intervention : autorisation et précautions à prendre pour une sédation consciente en IV.</li> <li>• Absence de traçabilité du compte rendu hospitalier : le chirurgien-dentiste, tout comme le médecin anesthésiste, n'ont pas demandé le compte-rendu du centre hospitalier suite au premier malaise. Aucune correspondance avec le CH.</li> <li>• Aucune demande d'avis pour l'intervention programmée (2<sup>e</sup> intervention).</li> <li>• Difficulté du fait de deux lieux différents en préopératoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- dossier du cabinet dentaire non accessible au médecin anesthésiste,</li> <li>- dossier du médecin anesthésiste à sa clinique (lieu d'exercice inhabituel).</li> </ul> </li> </ul> <p>Absence de consentement éclairé à l'anesthésie par sédation vigile par voie IV, ni de feuille d'information.</p>
<p><b>Facteurs liés à l'individu (professionnels)</b></p>	<p><b>Chirurgien-dentiste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La relation patient/praticien était bonne. Relation de confiance : malgré le premier malaise, le patient est venu consulter pour la suite de la mise en œuvre de son plan de traitement.</li> <li>• Interprétation des résultats d'examens réalisés au CH sur les dires du patient suite au premier malaise.</li> <li>• Tenu du dossier médical de façon incomplète : absence de mention sur le poids, et sur le groupe sanguin dans le dossier médical.</li> <li>• Erreur par méconnaissance sur le calcul des doses maximales d'anesthésique en fonction du poids et de l'âge du patient une première fois (intervention de 02/2020 et une seconde fois : intervention de 03/2020).</li> <li>• Reproduction des erreurs du fait de l'absence d'analyse de l'étiologie du premier accident associé aux soins ayant conduit le patient aux urgences du CH.</li> <li>• Méconnaissance de la toxicité de l'anesthésique local.</li> <li>• Méconnaissance de la sédation vigile par voie IV : la dose d'anesthésique local doit être ajustée du fait de la sédation vigile.</li> <li>• Méconnaissance en pharmacologie.</li> <li>• Absence de demande d'un avis au médecin (cardiologue) en préopératoire.</li> <li>• Aucune formation à la pratique des actes de chirurgie sous sédation vigile : c'est une première fois avec un praticien qu'il ne connaît pas : JAMAIS LA PREMIERE FOIS SUR UN PATIENT !</li> <li>• Absence de formation aux gestes d'urgence.</li> <li>• Méconnaissance du centre de la réglementation en vigueur.</li> </ul> <p><b>Médecin anesthésiste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance de la réglementation en vigueur en matière de sédation vigile par voie IV : nécessité de matériel de surveillance et nécessité de matériel d'urgence.</li> <li>• Méconnaissance des recommandations de l'ANSM (2015), en matière d'utilisation de l'Atarax® 100 mg chez le sujet âgé, des interactions avec le Rythmol®, de la dose maximale journalière.</li> <li>• Méconnaissance du dosage maximal des anesthésiques locaux, de l'adaptation de la dose en cas de sédation, de leur toxicité.</li> </ul>

	<p><b>Communication avec le patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Point non abordé dans le dossier mais d'après les pièces consultées : insuffisance d'échanges d'informations sur le plan médical général entre les professionnels de santé et le patient après le premier accident.</li> <li>• Aucune notion d'information sur la sédation vigile délivrée par le médecin anesthésiste, aucune notion de consentement éclairé du patient sur les risques d'une sédation consciente : aucun consentement éclairé ni aucune fiche d'information n'ont été remis.</li> <li>• Seule l'information sur le plan de traitement dans son aspect purement odontologique a été respectée : remise d'un consentement éclairé, d'une fiche d'information préopératoire (dans le contexte de la première intervention : intervention uniquement sous AL).</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés à l'équipe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de briefing préopératoire sur l'état de santé du patient.</li> <li>• Absence de briefing sur les médicaments de la sédation vigile et produits anesthésiques locaux : vérification des contre-indications, vérification des interactions.</li> <li>• L'intervention chirurgicale était planifiée et avait été différée suite au premier malaise. Le plan de traitement sur le plan dentaire a été modifié avec pose de deux implants supplémentaires à la mandibule (sans effet sur l'EIGS).</li> <li>• Absence de planification entre le chirurgien-dentiste et le médecin anesthésiste sur le protocole d'anesthésie locale dans le cadre d'une sédation vigile.</li> <li>• Absence de contrôle par le médecin anesthésiste entre l'interaction de l'Atarax® injecté en IV et la prise de Rythmol® par le patient : risque de QT long, la dose à ne pas dépasser est de 50 mg chez un sujet âgé.</li> <li>• Absence de vérification par le médecin anesthésiste du matériel mis à sa disposition pour la surveillance du patient : le patient était monitoré par un oxymètre de pouls sans électrocardioscope donc absence d'électrocardioscope indispensable à la surveillance du patient pendant une sédation vigile par voie IV.</li> <li>• Problème de communication partagée en préopératoire entre médecin anesthésiste et chirurgien-dentiste : aucun briefing sur l'état de santé du patient, sur l'étiologie du premier malaise, sur les doses d'anesthésiques à administrer, sur le matériel nécessaire à la surveillance et à l'urgence.</li> <li>• Absence de répartition des tâches : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état médical général du patient permettait-il une intervention sous sédation vigile par voie IV ? : tâche du médecin anesthésiste.</li> <li>- Communication en amont des informations médicales sur le patient entre les praticiens (chirurgien-dentiste vers le médecin anesthésiste).</li> <li>- Les documents médicaux n'ont pas été demandés au patient ; les professionnels se sont référés à ses dires : mise à jour du questionnaire médical si nécessaire en cours de traitement en cas de survenue d'un incident (chirurgien-dentiste/médecin anesthésiste).</li> </ul> </li> <li>• Absence d'avis médical préopératoire obligatoire alors que le patient avait présenté des problèmes de santé pouvant interférer avec l'anesthésie (chirurgien-dentiste).</li> <li>• Défaut de coordination dans l'équipe : définition non claire des responsabilités de chacun dans l'équipe. Difficulté dans la recherche d'informations auprès d'un autre professionnel spécialiste : médecin cardiologue (structure externe au centre).</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés à l'environnement de travail</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de liste de matériel nécessaire en termes de surveillance du patient et de gestion de l'urgence éventuelle (la question aurait pu être abordée par la responsable du centre qui permet une pratique exceptionnelle/le chirurgien-dentiste/le médecin anesthésiste externe à la structure).</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de vérification du matériel d'urgence (médecin anesthésiste/Centre) : absence d'un vasopresseur et d'intralipides qui vont frapper les anesthésiques locaux et diminuer le taux circulant de toxique.</li> <li>• Absence de contrôle de l'existence d'une procédure affichée et connue de tous : personnel soignant et non soignant en cas d'urgence vitale pour le patient.</li> <li>• Absence d'un électrocardioscope : point non vérifié par le médecin anesthésiste avant intervention. Le centre n'effectue que rarement ce type d'intervention, le médecin anesthésiste aurait dû veiller à apporter le matériel nécessaire ou, dans le cas contraire, si le centre décide d'avoir recours à cette pratique, il doit veiller à posséder tous les équipements nécessaires.</li> <li>• Absence de défibrillateur disponible en cabinet. Le médecin anesthésiste a réalisé un MEC sur le fauteuil. La victime n'a pas pu être mise au sol du fait d'un handicap physique du médecin anesthésiste.</li> <li>• Présence d'un oxymètre de pouls insuffisant pour surveillance cardiaque de la patiente. Présence du matériel de première urgence type kit oxygène</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés à l'organisation et au management</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de protocole décrivant précisément les modalités de la sédation vigile au fauteuil lors des soins dentaires (procédure à écrire en amont en collaboration chirurgien-dentiste/médecin anesthésiste. LE CENTRE DEVIENDRAIT ALORS UN SITE D'ANESTHESIE). Rôle de chacun des intervenants non défini.</li> <li>• Absence de check-list préopératoire avec calcul des dosages en anesthésie locale avec ou sans sédation vigile (chirurgien-dentiste) et double contrôle des doses par le médecin anesthésiste : les doses auraient dû être réduites du fait de la sédation.</li> <li>• Absence de vérification par le centre que le médecin anesthésiste disposait bien de tout le matériel nécessaire pour la surveillance du patient (réglementation en vigueur à connaître par le centre et par le médecin anesthésiste).</li> <li>• Les circuits de décision et de délégation des tâches en matière d'urgence vitale au cabinet dentaire n'ont pas été définis en amont : affichage du numéro d'urgence 15 ou 18 à l'accueil et dans le bureau du responsable du centre et appel <u>sans délai</u> dès l'apparition du malaise.</li> <li>• Gestion des ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>- On ne connaît pas les liens qui unissaient le médecin anesthésiste au Centre. Quid des critères de sélection ? Quid sur l'interrogation en amont du médecin anesthésiste à ce type de procédure. Première collaboration du médecin anesthésiste au sein du Centre. Aucune préparation en amont à la fonction sous traitée « anesthésie par sédation vigile par voie IV par un praticien externe à la structure ».</li> </ul> </li> <li>• Aucune démarche qualité et de gestion des risques mise en place.</li> </ul>
<p><b>Facteurs liés au contexte institutionnel</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de soutien du praticien par le responsable du centre et le reste de l'équipe : « Absence de la Culture de l'erreur », aucune notion de seconde victime.</li> <li>• Absence de soutien entre les deux praticiens qui se rejettent la responsabilité.</li> <li>• Contexte réglementaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les contraintes réglementaires pesant sur les centres sont floues en 2020.</li> <li>- Décret récent demandant la constitution d'un Comité de sécurité au sein des Centres de santé en ville.</li> <li>- Méconnaissance de l'existence des structures de vigilance et d'appui dans la mise en œuvre de la prévention et de la gestion des risques associés aux soins et également absence de culture de signalement des EI et de l'obligation de déclarer un EIGS.</li> <li>- L'ARS a été informée par le Conseil Départemental de l'Ordre.</li> <li>- Absence de mise en place de réunion retour type RMM ou CREX.</li> </ul> </li> </ul>