

## Cas clinique – juillet 2019

### Décès par coma hypoglycémique d'un homme de 82 ans au cours d'un épisode infectieux: les dangers d'une Insulinothérapie inadaptée et mal contrôlée

Par C. SICOT

#### ANALYSE DES BARRIERES

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
<i>Diagnostic de pneumopathie à la Cordarone fondé sur des arguments conformes aux bonnes pratiques</i>	<i>Absence d'information dans le dossier pour confirmer ou non le diagnostic de pneumopathie à la Cordarone ?</i>	
<i>- Prescription d'un traitement corticoïde conforme, aux recommandations en cas de pneumopathie à la Cordarone</i>	<i>-NON " (...) Les corticostéroïdes ne sont indiqués que s'il n'y a pas d'amélioration un mois après le retrait de la Cordarone (...) (référence 1)</i>	<i>Importante</i>
<i>- Contact pris avec le médecin diabétologue suivant le patient avant de modifier son traitement insulinique</i>	<i>-NON</i>	<i>Importante</i>
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>En cas d'injection SC d'insuline rapide à distance d'un repas, -1) faire prendre une collation-à tout malade conscient  -2) si la prise d'une collation n'est pas possible mise systématique sous perfusion de glucosé à 10%</i>	<i>Absence de mise en place de l'une ou l'autre de ces deux recommandations, (à 22 h 00) alors que la recommandation 2) était mentionnée dans le protocole de la clinique</i>	<i>Importante</i>
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>- Mise systématique sous perfusion de glucosé à 10% en cas d'hypoglycémie constatée (cf protocole de la clinique)</i>	<i>-NON (à 05 h30→glycémie à 0,50 g/l)</i>	<b>MAJEURE</b>

#### ANALYSE DETAILLEE

##### Causes profondes

<b>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</b>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	<i>néant</i>	
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<i>-Absence de formation de l'infirmière intérimaire pour assumer sa tâche : (surveillance d'un protocole d'insulinothérapie en fonction de la glycémie chez un malade diabétique)</i>	

	<p>(protocole existant dans la clinique mais notion ignorée du personnel chargé de l'appliquer)</p> <p>-A priori, absence de contre-visite médicale en fin de journée dans le service de médecine ce qui aurait permis, en raison de l'erreur commise à 18 h 00, de rappeler à l'infirmière intérimaire, les règles de la surveillance d'un protocole d'insulinothérapie</p> <p>-Organisation imprécise concernant l'appel du réanimateur sur place ou du médecin d'astreinte à domicile en cas d'urgence chez un patient hospitalisé</p>	<b>Majeure</b>
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	NON	
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	- A priori, absence de communication entre médecin et infirmières pour s'assurer de la bonne application des prescriptions et des consignes de surveillance des patients	<b>Importante</b>
<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<p>→<u>Pneumologue</u></p> <p>-Prescription d'une corticothérapie non fondée,</p> <p>-Prescription d'une insulinothérapie non adaptée, à doses excessives et sans prendre en compte le risque d'hypoglycémie</p> <p>→<u>Médecin d'astreinte</u></p> <p>-Méconnaissance du traitement d'une hypoglycémie insulinique</p> <p>- Prescriptions téléphoniques sans se déplacer rapidement malgré la gravité potentielle de la complication qui lui avait été signalée (hypoglycémie)</p> <p>→<u>Infirmière intérimaire</u></p> <p>-Incompétence pour prendre en charge un protocole d'insulinothérapie chez un patient diabétique</p> <p>-Surveillance approximative de l'état de conscience (sommolence? coma?)</p> <p>-Traitement inadapté en cas de troubles de la conscience dus à une hypoglycémie insulinique (prise de confiture !! )</p> <p>-Retard d'appel du médecin d'astreinte</p>	<b>MAJEURE</b>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	NON	
<b>-Patients (comportements, gravité)</b>	- Patient âgé avec une polyopathie	<b>Sans rapport avec l'accident survenu</b>

## Références

1) Bonniaud P. Toxicité pulmonaire de l'amiodarone . Rev Mal. Resp 2005, 22, 124-6

2) Phung OS, Scholle SM, Talwar M, Coleman CI. Effect of noninsulin antidiabetic drugs added to metformin therapy on glycemic control, weight gain, and hypoglycemia in type 2 diabetes. *JAMA*. 2010;303(14): 1410-8.