

**Objectif** : A partir d'un événement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'événements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

### TITRE

**Méningite consécutive à une rachianesthésie pour hystérectomie**

### MOTS CLES

Méningite, rachianesthésie

**CCLIN SUD-OUEST**

**Période de survenue : 2015**

### POINT D'INFORMATION - Message clé

Une rachianesthésie est un acte invasif à risque qui doit être réalisé dans des conditions d'asepsie rigoureuses. La communication entre médecins dans un contexte de remplaçants multiples est capitale pour assurer la sécurité des patients. L'écoute des patients est essentielle.

### CONTEXTE

#### ✦ Description chronologique de l'événement

Admission de Mme M. en gynécologie pour hystérectomie par voie basse. La consultation préanesthésique à J-16 (médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) 1), prévoit une intervention sous anesthésie générale (consentement signé par la patiente), confirmée lors de la visite préanesthésique (MAR 1, J-1). La veille et le matin de l'intervention, la patiente réalise une douche antiseptique. Le jour de l'intervention, l'anesthésie pratiquée est une rachianesthésie (MAR 2). Aucune justification du changement ni consentement de la patiente ne sont retrouvés dans le dossier. Les modalités de pose de la rachianesthésie ne sont pas tracées (lieu, préparation cutanée, tenue, nombre de ponctions) ; aucune difficulté n'est relevée par le MAR. À J2, la patiente présente des céphalées, des nausées, une douleur dans la nuque et une fièvre à 38°3 ; les PNN sont à 17 388 et la CRP à 71. Le MAR (MAR 3) diagnostique un syndrome post-rachianesthésie et prescrit des antalgiques et une antibiothérapie par ceftriaxone. À J3, la ponction lombaire réalisée devant la persistance des symptômes est en faveur d'une cause bactérienne mais sans germe retrouvé ; le MAR 3 prend avis auprès d'un infectiologue qui diagnostique une méningite bactérienne décapitée par le traitement antibiotique initié et préconise un changement d'antibiothérapie pour vancomycine + méropénème sur cathéter veineux central. Le MAR 3 informe la patiente d'un dommage lié aux soins. L'état de la patiente s'améliore et elle quitte l'établissement à J13 avec poursuite de l'antibiothérapie sur cathéter central à domicile. L'évolution est favorable après 3 semaines d'antibiotiques. Le courrier de sortie, antidaté au jour de l'intervention, indique qu'aucune complication n'est apparue lors du séjour. À J29, la patiente revoit son gynécologue en consultation ; elle porte plainte le lendemain pour dommage lié aux soins.

#### ✦ Investigations

Analyse du dossier par la méthode ALARM

#### ✦ Hypothèse

Défaut d'asepsie lors de la pose du cathéter de rachianesthésie

#### ✦ Événements similaires

Très peu de cas de méningite post-rachianesthésie sont rapportés dans la littérature. L'incidence rapportée varie de 3,7/100 000 selon une revue de la littérature de 2008, à 0,1/1 000 selon la SFAR. Les rares cas décrits ont eu pour origine, quand elle a pu être déterminée, un flacon de produit anesthésique multidose (*Serratia marcescens*) ou un probable défaut de port de masque par l'opérateur (streptocoques, dont *S. salivarius*). Le CCLIN Sud-Ouest a déjà reçu plusieurs signalements externes de méningites ou épidurites post-rachianesthésie pour lesquels l'absence de détersion a été retenue comme facteur ayant pu favoriser l'infection.

#### ✦ Circonstances et causes immédiates

- Réalisation d'une rachianesthésie à la place d'une anesthésie générale
- Asepsie non optimale lors de la pose de la rachianesthésie

## ✘ Causes latentes

- Absence de consensus sur les techniques d'anesthésie (anesthésie générale / rachianesthésie) et manque de coordination entre les MAR remplaçants
- Dossier anesthésie non informatisé ; manque de maîtrise par les MAR remplaçants de l'outil informatique (gestion documentaire, dossier patient)
- Pas de protocole détaillé de pose d'un cathéter de rachianesthésie précisant notamment la tenue de l'opérateur, les modalités de la désinfection cutanée, l'hygiène des mains, le champ ou les modalités de changement d'aiguille
- Pas d'outil d'aide à l'observance pour la pose d'un cathéter de rachianesthésie
- Défaut institutionnel d'organisation de la sécurité anesthésique
- Défaut de politique de formation des professionnels à la prévention du risque infectieux

## ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires (établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT ; Tutelles )

Facteurs	Observations	Axe d'amélioration
<b>Etablissement de santé</b>		
Protocole de soins	- Pas de protocole de pose et de gestion d'un cathéter de rachianesthésie ; existence d'un protocole concernant l'antisepsie cutanée avant un geste invasif mais peu détaillé	- Élaboration, validation et diffusion d'un protocole de pose et de gestion incluant la tenue de l'opérateur, l'hygiène des mains, la désinfection cutanée, la technique de pose et de surveillance
Organisation Équipe	- Prise en charge de la patiente par 3 MAR sans transmission d'information et réalisation d'une rachianesthésie alors qu'une anesthésie générale était programmée - Dossier d'anesthésie papier et méconnaissance par les MAR remplaçants des outils informatiques - Défaut de coordination médicale	- Coordination de l'équipe des MAR remplaçants par un référent titulaire - Élaboration, validation et diffusion d'outils pédagogiques simples pour l'accès au DPI et au système documentaire. - Organisation pour systématiser un partage d'information entre IDE, MAR et gynécologue via le dossier de soins et les transmissions
Pratiques	- Pas d'outil d'aide à l'observance pour la pose et la gestion d'un cathéter de rachianesthésie - Défaut probable d'asepsie lors de la pose du cathéter de rachianesthésie - Pas de traçabilité détaillée de la préparation cutanée	- Réflexion en équipe pour l'homogénéisation des pratiques en matière d'AG / ALR - Mise en place d'un outil de traçabilité de la pose et de la gestion d'un cathéter de rachianesthésie - Diffusion et évaluation du protocole de rachianesthésie aux professionnels - Révision de la fiche de traçabilité de la préparation cutanée - Audit préparation cutanée
Politique de gestion des risques	- Défaut institutionnel d'organisation de la sécurité anesthésique - Défaut de formation des professionnels à la prévention du risque infectieux - Réseau de correspondants en hygiène peu fonctionnel	- Appui institutionnel au MAR référent pour définir et mettre en place la gestion des risques en anesthésie : politique de sécurité anesthésique, processus de prise en charge anesthésique des patients, évaluation des risques <i>a priori</i> et mise en œuvre des actions prioritaires - Amélioration de la formation continue en hygiène des professionnels - Cartographie des risques en hygiène
<b>Interrégion - National</b>		
Interface CCLin- Arlin / établissement de santé	- Apport d'éléments complémentaires d'information sur les pratiques en anesthésie	

## ✘ Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

- Surveillance paramédicale ayant permis une alerte rapide du MAR
- Prise en charge fièvre post rachianesthésie revue et demande rapide d'aide au diagnostic et à la prise en charge auprès d'un infectiologue
- Annonce rapide à la patiente d'un dommage lié aux soins
- Défaut de communication ultérieur ayant conduit à la plainte de la patiente
- Importantes difficultés institutionnelles conduisant à du retard dans la mise en œuvre des mesures d'amélioration

## REFERENCES

- ✘ Société française d'anesthésie et de réanimation. Les blocs périmédullaires chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Ann Fr Anesth Reanim. 2007 ; 26(7-8) :720-752.
- ✘ Schulz-Stübner S, Pottinger JM, Coffin SA, Herwaldt LA. Nosocomial infections and infection control in regional anesthesia. Acta Anaesthesiol Scand. 2008 Sep ; 52(8) : 1144-57.

Commentaires à adresser à : Dr AG Venier [anne-gaelle.venier@chu-bordeaux.fr](mailto:anne-gaelle.venier@chu-bordeaux.fr)