

Retour d'expérience d'une erreur d'administration médicamenteuse en oncologie.

Association diffuseur et 5FU : danger de mort !



MOLINIER Alicia ; BASSOUA Valérie ; VALLAT.Jérôme ; SEREE DE ROCH Xavier
Service Pharmacie, CH Montauban, 100 rue Léon Cladel, 82000 Montauban



PRESENTATION DU CAS

Un homme de 74 ans a été hospitalisé en urgence pour la prise en charge d'une intoxication au 5FU (protocole : herceptin, cisplatine et 5FU) suite à une erreur de choix de diffuseur portable (débit de 10 ml/h au lieu de 2 ml/h). Le diffuseur a été stoppé après 17h d'administration.

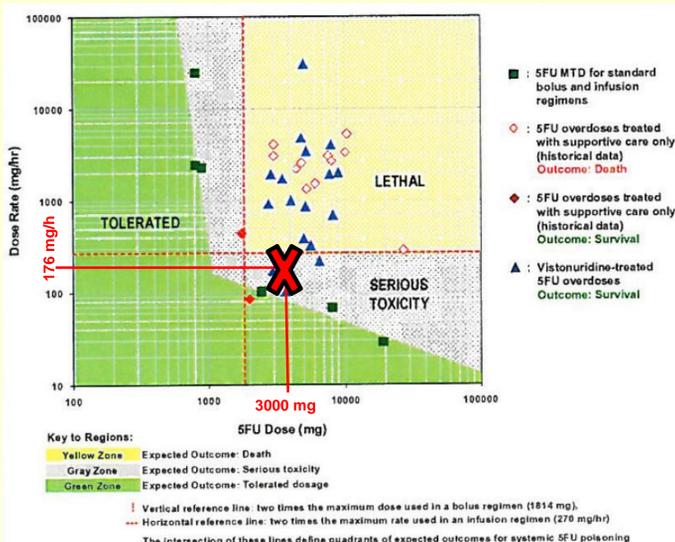
→ le patient a reçu **3g de 5FU en 17h au lieu de 5g en 5 jours.**



10 ml/h



2 ml/h



Revue de la littérature :

X risque hématologique sévère
Existence d'un antidote à administrer rapidement (dans les 96h) :
la **vistonuridine** (1) a été importée du Royaume Uni après accord de l'ANSM et de notre direction (50 000€ la cure).

Le patient a fait l'objet d'une surveillance pendant 2 semaines qui n'a pas révélé de séquelle.

(1) Barmat M, et al. Uridine triacetate: An orally administered, life-saving antidote for 5FU overdose, Proc Am Soc Clin Oncol 2010

L'objectif de l'analyse est de mettre en évidence des actions correctives pour sécuriser le circuit du diffuseur de 5FU. L'analyse des causes profondes a été réalisée à partir de la méthode REMED avec la présence d'un gestionnaire des risques, d'un oncologue, de pharmaciens, de préparateurs, de cadres infirmiers et de la direction.

| Facteurs contributifs | Actions correctives |
|---|---|
| Ecart 1 : lié au DM associé | |
| Conditionnement et format similaire entre deux diffuseurs de débit différent | Révision des emplacements de stockage |
| Ecart 2 : lié à la méthode | |
| Produit photosensible, poche opaque mise en place par le préparateur empêchant le contrôle du DM par le pharmacien et l'IDE | poche opaque mise en place lors de l'administration par l'IDE |
| Ecart 3 : lié aux moyens humains | |
| Oubli du réapprovisionnement du stock des diffuseurs à l'unité des chimiothérapies | Formation des préparateurs par le pharmacien sur les produits cytotoxiques, leurs risques/effets indésirables et la préparation des produits en volume et en débit Sensibilisation de l'équipe à la communication |
| Signalement tardif des préparateurs du doute sur le DM | |

DISCUSSION ET CONCLUSION

Suite à l'analyse, un travail d'information sera proposé à l'OMEDIT pour sensibiliser les pharmacies de la région aux risques et aux conséquences d'une erreur de diffuseur, dispositif de plus en plus utilisé pour favoriser le retour à domicile. Ce travail permettra d'informer les pharmaciens de l'existence d'un antidote au 5FU encore peu connu en France.