Fiche RETEX
Continuité des traitements médicamenteux en chirurgie

N°41 • Avril 2026

Thématique

Rupture de la continuité médicamenteuse lors d'une intervention chirurgicale

Catégorie

Sanitaire - Chirurgie

Résumé de l'EIGS

Un patient âgé, opéré pour un carcinome épidermoïde, a été victime d'un infarctus du myocarde à la suite de l'arrêt de son traitement pour la procédure chirurgicale. L'information insuffisante et la traçabilité incomplète des consignes ont conduit à une rupture dans la continuité médicamenteuse.

Pour un patient sous traitement anticoagulant devant subir une procédure chirurgicale, la balance bénéfice-risque entre les risques hémorragique et thrombo-embolique est une zone extrêmement délicate. C'est le paradoxe de la focalisation : en se concentrant exclusivement sur le premier risque, le second peut facilement être occulté.

Le message se doit donc d'être clair et accompagné auprès du patient : un traitement à poursuivre nécessite une vérification aussi rigoureuse qu'un traitement qui doit être arrêté.

©SRA Grand Est – Fiche RETEX N°41 – Avril 2026

Chronologie des faits

Un patient âgé est pris en charge pour une chirurgie dermatologique semi-urgente dans un contexte de carcinome épidermoïde. Il présente des antécédents cardiovasculaires comprenant la pose récente d'un stent coronaire 3 mois plus tôt, et est traité par un anticoagulant oral direct (AOD) et double anti-agrégation plaquettaire. Selon les recommandations, l'un des 2 antiagrégant a été arrêté récemment par son cardiologue, le deuxième devant être conservé à vie.

En amont de l'intervention, une discussion collégiale entre le chirurgien et l'anesthésiste conclut au caractère semi-urgent de la chirurgie, avec décision d'arrêter l'AOD tout en maintenant l'antiagrégant restant. Lors de la consultation d'anesthésie, les consignes médicamenteuses sont expliquées oralement au patient et notifiées par écrit avec un entretien axé sous l'angle des traitements à arrêter. La traçabilité des traitements à poursuivre est incomplète et repose essentiellement sur des informations orales.

À J-1 préopératoire, lors de l'appel téléphonique réalisé par l'équipe soignante, la vérification porte principalement sur l'arrêt des traitements identifiés comme devant être suspendus. Le patient confirme avoir arrêté ses médicaments, sans qu'une vérification explicite de la poursuite de l'antiagrégant ne soit évoquée.

Le jour de l'intervention, les différentes étapes de sécurisation, comprenant l'accueil du patient, la visite préanesthésique et la check-list du bloc opératoire avant induction, confirment l'arrêt de l'anticoagulant, sans interrogation ciblée sur la poursuite des traitements autorisés. L'intervention chirurgicale se déroule sans complication immédiate. Le patient est autorisé à rentrer à domicile le jour même, avec une ordonnance de sortie mentionnant la reprise différée de l'anticoagulant.

Moins de 24 heures après l'intervention, le patient est admis aux urgences pour un infarctus du myocarde, nécessitant un transfert au centre hospitalo-universitaire. Malgré la prise en charge spécialisée, le patient décède. Lors des échanges ultérieurs avec l'épouse du patient, il apparaît que celui-ci avait interrompu l'ensemble de ses traitements avant l'intervention, suite à la consultation pré-anesthésique, y compris l'antiagrégant qui devait pourtant être poursuivi sans interruption tout au long de son parcours chirurgical.

Pourquoi est-ce un EIGS ?	Méthodologie de la recherche des causes profondes
Cet évènement peut être considéré comme un évènement indésirable grave associé aux soins car la rupture de traitement antiagrégant précédent la chirurgie n'était pas recommandée et peut avoir favorisée la survenue de l'infarctus du myocarde. Il s'agit donc bien d'un EIGS au sens du décret du 25 novembre 2016.	Méthode ALARM-E

Cause(s) immédiate(s) identifiée(s)

- **Arrêt non intentionnel du traitement antiagrégant avant l'intervention chirurgicale, alors que celui-ci devait être poursuivi**. Cette interruption a entraîné une rupture de la protection antithrombotique chez un patient porteur d'un stent coronaire récent, favorisant la survenue d'un infarctus du myocarde dans les suites précoces de l'intervention.

Que s'est-il passé ?

Causes profondes

Facteurs individuels liés au patient

- Antécédents : antécédents cardiovasculaires significatifs avec la pose récente d'un stent coronaire
- Traitement : bithérapie anticoagulant et antiagrégant plaquettaire rendant la gestion péri-opératoire des traitements complexe et à risque

Facteurs liés à l'équipe

- Communication entre professionnels : communication insuffisamment structurée concernant les consignes médicamenteuses et ne comportait pas d'alerte spécifique sur la nécessité de vérifier la poursuite des traitements maintenus
- Informations écrites : pas de mention claire, visible et systématique des traitements à poursuivre

Facteurs liés aux tâches à réaliser

- Protocoles : absence de protocole institutionnel standardisé formalisant clairement la gestion péri-opératoire des traitements anticoagulants et antiagrégants, distinguant de façon explicite les traitements à arrêter et ceux à poursuivre
- Aides à la décision : absence de support structuré pour sécuriser la poursuite des traitements maintenus
- Définition des tâches : aucune étape du parcours chirurgical n'intègre de contrôle systématique de l'observance des traitements devant être poursuivis, favorisant une rupture de la continuité thérapeutique

Facteurs liés aux organisations définies

- Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement : absence de dispositif institutionnel formalisé et harmonisé concernant la gestion péri-opératoire des traitements anticoagulants et antiagrégants, relevant du pilotage qualité et sécurité des soins

Facteurs liés à l'environnement de travail

- Informatique : les outils informatiques et administratifs disponibles ne permettaient pas de formaliser de manière claire, visible et standardisée les consignes médicamenteuses préopératoires, en distinguant explicitement les traitements à arrêter et ceux à poursuivre

Barrières de sécurité qui ont fonctionné :

- Barrière de prévention : concertation pluridisciplinaire avec avis cardiologique en amont de l'intervention
- Barrière de récupération : les étapes du parcours chirurgical (consultation d'anesthésie, appel J-1, accueil, visite préanesthésique, check-list) ont permis de sécuriser l'arrêt des traitements identifiés comme devant être suspendus
- Barrière d'atténuation : prise en charge rapide en urgence, avec transfert vers un centre spécialisé

Barrières de sécurité qui n'ont pas fonctionné :

Barrières de prévention :

- Les consignes médicamenteuses préopératoires, essentiellement orientées vers les traitements à arrêter, n'intégraient pas de manière suffisamment explicite et formalisée les traitements à poursuivre
- L'absence d'un support écrit standardisé et partagé a limité la compréhension du patient et la lisibilité des consignes pour les professionnels.

Barrières de récupération :

- Les étapes du parcours chirurgical (consultation d'anesthésie, appel J-1, accueil, visite préanesthésique, check-list) n'incluaient pas de contrôle systématique de l'observance des traitements devant être poursuivis
- La dépendance à l'auto-déclaration du patient, sans recoupement ni outil de confirmation, n'a pas permis de détecter l'arrêt inapproprié du traitement antiagrégant
- L'absence de signal d'alerte spécifique pour les patients à haut risque cardiovasculaire (stent récent) n'a pas permis de renforcer les contrôles à ce stade

Enseignements : Actions d'amélioration

1. Standardisation des consignes médicamenteuses préopératoires avec la mise en place d'un formulaire structuré dans le DPI, distinguant clairement les traitements à arrêter et ceux à poursuivre

2. Amélioration de la traçabilité des consignes dans le dossier patient avec le renforcement de la documentation des décisions thérapeutiques et de leur diffusion à l'ensemble des professionnels

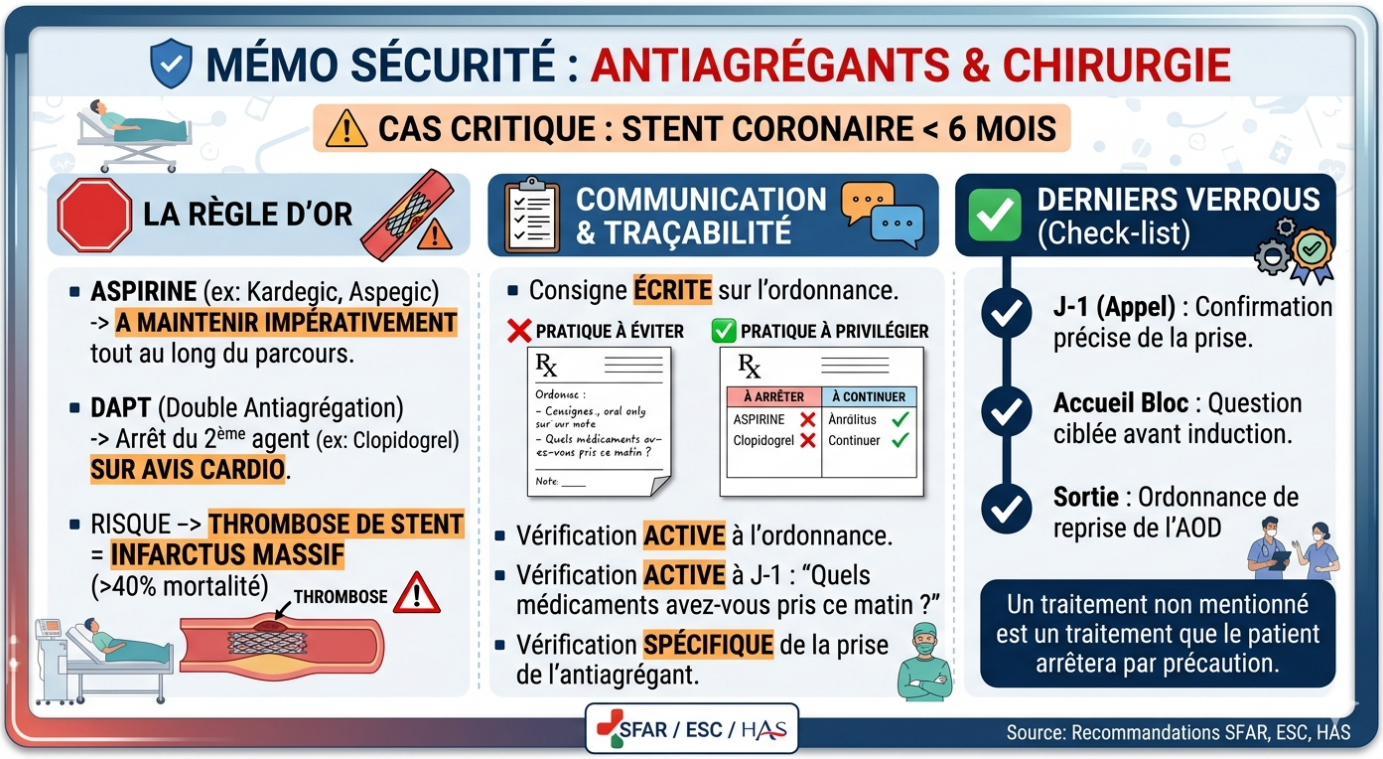
3. Renforcement de l'information et de l'implication du patient avec l'élaboration d'une fiche pédagogique dédiée aux patients sous anticoagulants et antiagrégants

4. Mise en place d'un système de rappel automatisé avec le déploiement d'un dispositif de rappel (SMS) incluant les traitements à arrêter et à poursuivre, avec confirmation attendue du patient

5. Sécurisation des étapes de vérification du parcours avec l'ajout d'une rubrique spécifique sur l'observance globale des traitements lors de l'appel J-1 et des check-lists

Recommandations « Antiagrégants & Chirurgie »

Le piège à éviter : ne pas se focaliser uniquement sur les traitements à arrêter. L'omission d'un message clair sur le maintien d'un traitement peut entraîner un risque tout aussi important que d'oublier de suspendre un médicament.



Sources :

- HAS 2012. Bon usage des agents antiplaquettaires. Disponible ici
- HAS 2018. Les check-lists pour la sécurité du patient (item : traitements). Disponible ici
- SFAR 2018. Godier A, et al. Gestion des agents antiplaquettaires pour une procédure invasive programmée. Propositions du Groupe d'intérêt en hémostase périopératoire (GIHP) et du Groupe français d'études sur l'hémostase et la thrombose (GFHT) en collaboration avec la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR). Disponible ici
- 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery: Developed by the task force for cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC), European Heart Journal, Volume 44, Issue 42, 7 November 2023, Page 4421. Disponible ici

Pour aller plus loin :

- SFAR 2024. Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri-opératoire. Actualisation des recommandations formalisées d'experts de la SFAR de 2011. Disponible ici
- SFAR 2024. Prévention des Erreurs Médicamenteuses en Anesthésie-Réanimation. Disponible ici
- HAS 2024. Flash Sécurité Patient. Gestion périopératoire des anticoagulants. Patients – aidants – soignants : « coagulez-vous ! ». Disponible ici