



SÉCURISATION DES TRAITEMENTS EN RADIOTHÉRAPIE

FOCUS
SUR UN ESR
RÉCURRENT

#2



LATÉRALITÉ

Les événements significatifs de radioprotection (ESR) déclarés montrent la persistance des erreurs de latéralité, qui conduisent à irradier des tissus sains à la place des lésions à traiter. L'ASNR en a recensé 4 en 2023 et 3 en 2024. Cette fiche opérationnelle a pour but de mettre en avant des recommandations pour rendre l'organisation des centres plus robuste en améliorant la détection et la prévention de ce type d'erreur. Elle vient en complément du Bulletin La sécurité du patient n°6 « Les erreurs de côtés ».

1 personne sur 6 éprouve des difficultés à distinguer la droite de la gauche.

QUAND/OUÛ DOIT-ON PROCÉDER À DES CONTRÔLES DE LATÉRALITÉ ?



- Toutes les étapes de prise en charge peuvent être source d'erreur de latéralité, de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au traitement. L'analyse des derniers événements a notamment montré que les conditions de travail dégradées au moment de la prescription médicale et de la délinéation (interruption de tâches, surcharge de travail, déconcentration et non-accès à l'ensemble des documents et examens d'imagerie) favorisent les erreurs de latéralité (étapes identifiées comme les plus à risques en orange). Des barrières de prévention et des barrières de détection pour éviter l'émergence d'une erreur de latéralité devront être mises en place selon l'organisation et les outils disponibles. Le retour d'expérience des ESR révèle que malgré la multiplicité des barrières de vérification, une erreur de latéralité peut se reproduire. Aussi, l'évaluation régulière des barrières mises en place et de leurs conditions d'applications (charge de travail, pénurie de personnel, interruptions de tâches, etc.) s'avèrent indispensables pour renforcer leur robustesse. Il est en particulier nécessaire d'analyser la pertinence des vérifications multiples et de les adapter aux évolutions des erreurs humaines.

ÉLÉMENTS À QUESTIONNER

- Les situations à risque suivantes ont-elles fait l'objet d'une analyse des risques et d'une mise en place de barrières : informations discordantes dans les documents des patients, évolutions des repères anatomiques à la suite de changements technologiques, données manquantes, antécédents de cancers sur une même localisation, une localisation proche ou contralatérale, etc. ?
- Les barrières de sécurité visant à éviter l'erreur de latéralité au moment de la prescription médicale ont-elles été formalisées : qui, quoi, quand, comment ?
- La cohérence entre la prescription dans le Record and Verify (R&V) et les comptes-rendus médicaux et l'imagerie diagnostique, fait-elle l'objet d'un contrôle formalisé ?
- L'implication du patient et sa sollicitation (vérification auprès du patient de la latéralité, moyens de vérification par les manipulateurs en électroradiologie médicale (MERM) au scanner, au pupitre de traitement, etc.) font-elles l'objet d'une formalisation (checklist, mémo-liste, livret d'information au patient...) ?
- Une nomenclature univoque et partagée est-elle définie pour identifier la latéralité des volumes cibles et organes à risque (langue, indication de la latéralité, localisation, couleurs, multiples volumes cibles, prise en compte des antécédents) ?
- Une représentation graphique de la localisation du ou des volumes cibles complète-t-elle la prescription notamment pour les organes pairs et a-t-elle été intégrée dans le système d'information de radiothérapie (SIRT) ?
- Les dernières évolutions des technologies (délinéation bilatérale automatique, système surfacique, accélérateur en anneaux qui ne permettent plus de visualiser le côté traité, etc.) et des pratiques du service (absence des clips chirurgicaux, cicatrices invisibles ou non représentatives du site tumoral, tatouages des repères de centrage, ...) remettent-elles en cause l'efficacité des barrières en place ?
- Les éventuelles difficultés à discriminer la droite de la gauche par les professionnels sont-elles prises en compte (information des équipes, partage de ses difficultés avec les autres membres de l'équipe, promotion d'un climat de confiance, etc.) ? Des mesures ont-elles été prévues pour traiter ces difficultés ?

POURQUOI FAIRE CES CONTRÔLES ?

- Détecter le plus tôt possible une erreur de latéralité (éviter leur propagation et l'effet « tunnel ») ;
- Éviter l'irradiation d'organes à risque et de tissus sains.

COMMENT ÉVALUER L'EFFICACITÉ DE CES CONTRÔLES ?

- Réaliser des audits des pratiques (dénomination des prescriptions, validation des contours, validation des dosimétries, vérification des dossiers, ...)
- Questionner les conditions de travail qui fragilisent ces contrôles sur la latéralité ;
- Relever les signalements par les professionnels, y compris médicaux, les presque-accidents et les barrières qui ont fonctionné ou pas (exemple : erreur de coté sur le compte rendu de RCP à signaler et corriger, découverte d'une erreur lors de l'usage d'une checklist, ...)
- Analyser en comité de retour d'expérience (CREX) les causes profondes de chaque événement concernant la latéralité. En cas de survenue de plusieurs événements significatifs de radioprotection, mener une analyse comparative afin d'identifier une situation risquée générique et déterminer des actions correctives plus globales.

EXEMPLES D' ACTIONS MISES EN PLACE

- Harmonisation de la nomenclature et indication de la latéralité dans le nom du plan de traitement et des volumes :
Exemple : Poumon_D, Sein_G, Parotide_G, PTV_[n°séquence][n°volume]_[latéralité]_[dose] :
PTV_11_G_50, PTV_12_D_60 ;
- Association d'une couleur à la latéralité dans les documents associés à la prescription ;
- Représentation graphique de la localisation tumorale, accessible à tous les professionnels, renseignée par l'oncologue-radiothérapeute ;
- Formalisation des contrôles de latéralité (qui contrôle, quand et comment) pour s'assurer que l'ensemble des étapes à risque sont bien contrôlées, notamment celle de la prescription médicale dans le système d'information d'oncologie (OIS) et celle du contourage :
 - Définition des acteurs réalisant le contrôle ;
 - Identification de la ou des étapes de préparation du traitement où le contrôle doit être réalisé ;
 - Définition des modalités de contrôle : sur la base de quel document ? Pour prévenir quel risque d'erreur ?
- Pour vérifier la prescription médicale, se référer à au moins deux documents extérieurs au service de radiothérapie (compte-rendu opératoire, compte-rendu d'anatomopathologie, d'imagerie...).
- Questionnement des conditions de travail qui fragilisent ces contrôles ;
- Sensibilisation du patient : un livret d'information est donné au patient explicitant son rôle en tant qu'acteur de sa sécurité ;
- Sensibilisations régulières sur les événements indésirables de latéralité ;
- Correction ou annotation de toute erreur de latéralité détectée (nom de volumes, nom de plans, courriers, comptes-rendus...)
- Intégration, dans le *Record & Verify* (R&V) ou dans les *checklists*, d'une zone dans laquelle la latéralité ou le lien avec la prescription indiquant le volume à traiter devront être renseignés (ne pas se contenter de simples cases à cocher).

RÉSUMÉ DES PRATIQUES POSSIBLES

- Nomenclature des volumes ;
- Représentation schématique ;
- Définition de contrôles pertinents, complémentaires et indépendants ;
- Compensation de la perte ou de la modification des repères liés aux évolutions technologiques et pratiques cliniques ;
- Sensibilisation des professionnels aux difficultés de discrimination droite / gauche ;
- Implication du patient ;
- Audit / observation des pratiques.



Tumeur dans le cadran supéro-interne gauche.