

Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion de Evénements indésirables - Aquitaine



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- La douleur postopératoire reste un signe d'appel, parfois difficile à interpréter, d'une exploration minutieuse à la recherche de complications.
- L'oubli de corps étranger en intra abdominal, reste toujours une possibilité, mais qui peut être récupérée grâce aux barrières comme la check list, le contrôle des dispositifs médicaux stérilisables par l'IDE de bloc opératoire ou les agents de la stérilisation.
- L'appropriation de la check list et son utilité doivent être un temps de formation à part entière de l'équipe du bloc opératoire, et l'adaptation si besoin de la check list est un moyen de cette appropriation.
- Les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différentes catégories de personnel dans les bloc opératoires privés doivent être définis clairement et ...respectés ...

Analyse Approfondie de Cas 23:

Oubli d'un corps étranger intra abdominal durant une intervention chirurgicale
Ré intervention non programmée

Date de parution : Juin 2013

Catégorie : M.C.O

Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 52 ans, est hospitalisée gicale. La patiente se plaint d'une gêne pour traitement chirurgical d'un kyste diffuse et de douleurs modérées mais de l'ovaire. en l'absence d'autre signe clinique, la

Il est prévu une exploration première par cœlioscopie et un deuxième temps curatif par cœlioscopie ou laparotomie selon les résultats de l'exploration.

La taille de la lésion observée, son adhérence aux tissus voisins et au sigmoïde et les doutes sur sa bénignité rendent nécessaire une conversion vers une laparotomie classique par Pfannenstiel pour réaliser l'exérèse dans des conditions de sécurité carcinologique.

Une annexectomie bilatérale, exérèse de nodule sigmoïdien et omentectomie

sont alors pratiquées. Les suites opératoires sont simples et la patiente est autorisée à retourner à son domicile dans les 72 heures après l'intervention. Elle est revue 15 jours après l'opération en consultation chirur-

gicale. La patiente se plaint d'une gêne diffuse et de douleurs modérées mais en l'absence d'autre signe clinique, la symptomatologie est rapportée à l'importance de l'intervention (décollements, endométriose) et le chirurgien prescrit un traitement antalgique simple.

Une semaine plus tard, le dimanche soir, au 21^{ème} jour postopératoire la patiente se rend aux urgences pour douleurs intenses.

Un scanner, montre la présence d'un corps étranger intra abdominal. La patiente est opérée le lendemain matin et le corps étranger, qui est une lame malléable, est retiré. Il n'est pas observé de lésion locale ou de complication liées à la présence de ce corps étranger. Les suites opératoires sont simples.

CARACTÉRISTIQUES:

Gravité:

Intervention non programmée et prolongation de l'arrêt de travail de la patiente

Évolution : Simple

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables. Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet en grande partie d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.





Analyse Approfondie de Cas

Chronologie de l'événement

Le 14/09: Une patiente de 52 ans est prise en charge au bloc opératoire à 10 heures, pour cœlioscopie exploratoire dans un premier temps et annexectomie soit sous cœlioscopie ou laparotomie, pour kyste ovarien. La patiente est opérée sous anesthésie générale. L'équipe du bloc opératoire est constituée : d'une infirmière DE (salariée de l'établissement) en tant que « panseuse », l'anesthésiste, le chirurgien et son aide opératoire IDE (qui est salarié du chirurgien). L'installation est réalisée. La check list sécurité du patient est renseignée sur la partie « avant induction anesthésique ».La check list sécurité du patient au bloc opératoire est renseignée sur la partie « avant intervention chirurgicale ».Lors de la cœlioscopie exploratoire, le chirurgien constate la présence d'une masse de plus de 15 cm de diamètre, avec une zone adhérente postérieure. La décision de conversion en laparotomie est prise, pour être dans les conditions les plus sécuritaires possibles, en raison du doute carcinologique et pouvoir ainsi, réaliser une exérèse la plus large possible. Incision de Pfannenstiel et donc ouverture d'une boite de laparotomie, et demande pour améliorer l'exposition un peu difficile chez une patiente légèrement pléthorique, de matériel supplémentaire sous sachet. Sont donc donné, au chirurgien : un écarteur de Gosset, une valve de Leriche, une lame malléable. Le chirurgien réalise une annexectomie bilatérale, omentectomie. Un changement de gants est réalisé avant la fermeture du péritoine pariétale . Comptage des compresses. Fermeture de l'aponévrose, de l'espace hypodermique puis cutanée . Mise en place du pansement. La check list sécurité du patient est renseignée sur la partie « après intervention » et le critère 10 « confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. » est coché oui et signé par le chirurgien et le coordonnateur de la check list. L'IDE panseuse du bloc opératoire, remplit une fiche de suivi d'intervention, sur laquelle est notée la traçabilité du matériel médical utilisé lors de l'intervention. Figurent sur cette fiche effectivement les étiquettes des différents dispositifs médicaux utilisés au cours de l'intervention, et entre autre l'écarteur de Gosset, la valve de Leriche, la lame malléable, la boite de césarienne n°4, une boite de cœlioscopie n°4, un optique 30°, un lamidey, etc. . L'intervention dure 1h15. L'IDE renseigne aussi une fiche de traçabilité de traitement des dispositifs médicaux stérilisables du bloc opératoire. Le traitement des dispositifs médicaux par les agents de la stérilisation se font en flux continu, et donc dès la fin de l'intervention les divers instruments sont décontaminés, lavés, reconditionnées et stérilisés. Dans la demi- heure suivant une intervention les dispositifs sont pris en charge par la stérilisation. Les habitudes de travail sont basées sur la vérification des boites, vérification individuelle, validée par la signature sur le document. Les instruments sous sachets n'étaient pas « soumis » à signature. Ici sur la fiche remplie au bloc opératoire on retrouve : l'identification de la patiente, la date, salle d'intervention, nom du chirurgien, et l'intervention. La procédure standard est cochée. L'heure du début d'immersion et de fin d'immersion avec signature de l'agent. les différents dispositifs utilisés : la boite de cœlioscopie n°4, les PS X2, le lamidey, la boite de césarienne n°4, l'écarteur de Gosset, la lame malléable. Il est a noté que la valve de Leriche n'est pas inscrit. La partie nettoyage du bac de pré-désinfection et du chariot est cochée mais sans nom, ni signature. La vérification visuelle n'est ni cochée, ni signée. Le conditionnement n'est pas coché mais est signé par l'agent de la stérilisation, sans consigner le fait que : la valve de Leriche n'est pas tracée mais présente et que la lame malléable est tracée mais absente.

Le 17/09: La patiente est autorisée à rentrer au domicile après un séjour sans problème particulier en service de chirurgie. La seule doléance de la patiente en postopératoire immédiat, est à type de douleurs pelviennes, « logiques » dans les suites de l'intervention et de la présence d'endométriose. Ces douleurs sont expliquées par le chirurgien à la patiente. Un courrier est adressé au médecin traitant avec le compte rendu opératoire. Un rendez vous est fixé quatre semaines après l'intervention chirurgicale.

<u>Vers le 29/09</u>: La patiente est revue par le chirurgien pour des brûlures urinaires et une gêne diffuse. Le chirurgien lui ré explique que ses douleurs sont probablement à mettre sur le compte des suites opératoires de la laparotomie et de la présence d'endométriose

Le dimanche 09/10: La patiente se présente aux urgences de l'établissement pour douleurs.

Un scanner est effectué et montre un corps étranger intra abdominal. Le radiologue contacte immédiatement le chirurgien et informe la patiente de la situation. Le chirurgien informe la patiente après avoir vu le scanner et celle-ci est hospitalisée en service de chirurgie pour intervention le lendemain matin.

<u>Le 10/10</u>: Reprise de l'incision de Pfannenstiel de l'intervention du 14/09/2011, La lame malléable est aisément repéré à la palpation dans la partie haute de la gouttière pariéto-colique droite et son extraction ne pose aucune difficulté. Le reste de la cavité abdominopelvienne est inspectée. Un prélèvement bactériologique péritonéal de contrôle est réalisé. Un lavage abondant de la cavité abdominale est effectué. La fermeture est ensuite faite.

<u>Le 12/10</u>: La patiente est autorisée à sortir au domicile. Le chirurgien a prévenu son assurance professionnelle.

La demande de la patiente concerne le préjudice lié à l'arrêt de travail, car nouvellement employée, elle craint les conséquences d'une prolongation de l'arrêt de travail. Déclaration conjointe de la clinique et du chirurgien aux assureurs. La patiente, informée au fur et à mesure a déclaré sa satisfaction quant aux informations claires, transparentes et rapides dont elle a bénéficié. Un accord à l'amiable e été trouvé.

Un courrier explicite sur cet évènement indésirable a été envoyé au médecin traitant le 12/10/2011.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Oubli d'une valve malléable, au cours d'une laparotomie, par inattention et comptage des instruments non réalisé en fin d'intervention, malgré une check list cochée concernant la partie « après intervention » et le critère 10 « confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ». Défaut de la vérification et de la traçabilité des dispositifs médicaux utilisés au bloc opératoire, et notamment les dispositifs dit sous sachet, au bloc opératoire et en stérilisation.

Facteurs latents

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Patient:

Patiente légèrement pléthorique.

Professionnels / facteurs individuels :

Non respect des bonnes pratiques et de l'utilisation concernant la mise en œuvre de la check list opératoire et sa traçabilité. +++

Défaut de formation des personnels infirmiers travaillant au bloc opératoire, notamment le rôle de l'infirmier « instrumentiste » ou « panseur ».+++

Défaut de qualification des personnels infirmiers au bloc opératoire (pas de personnels spécifiques IBODE). ++++

Équipe:

Défaut de communication orale, lors de la check list, dans l'équipe. +++

Défaut de traçabilité lors du remplissage de la check list, au bloc opératoire, remplit de manière « mécanique ».+++
Collaboration insuffisante lors de la vérification des instruments de chirurgie, en service de stérilisation. ++
Défaut de traçabilité lors de la réception, de la prise en charge pour la décontamination, le lavage et la reconstitution des dispositifs médicaux en fin d'intervention au bloc opératoire et en service de stérilisation. +++

Tâches:

Procédure de la check list opératoire non comprise et non appliquée dans les règles. +++

Procédure non adaptée, pour la décontamination, le lavage et la reconstitution des dispositifs médicaux au bloc opératoire et en stérilisation. ++

Environnement:

Support écrit de la traçabilité « traitement des dispositifs médicaux stérilisables » du bloc opératoire insuffisamment précis et non accompagné d'une procédure avec double vérification. +++

Organisation:

Organisation et supervision hiérarchique du personnel infirmier imprécise du fait de la cohabitation de personnel salarié de l'établissement chirurgical et de personnel salarié du chirurgien, rendant difficile le travail d'équipe.

Formation du personnel paramédical, travaillant au bloc opératoire, insuffisante (pas d'IBODE).+++

Défaut de coordination entre le bloc opératoire et la stérilisation, concernant la vigilance et l'importance du signalement d'inadéquation du matériel tracé comme utilisé lors de l'intervention et le matériel réceptionné dans le service de stérilisation.+++

Absence de vérification institutionnalisée, en binôme par exemple, du matériel médical ++

- lors de la réception et des différentes étapes de décontamination
- de lavage
- et de reconditionnement des dispositifs médicaux stérilisables.

Institution

Politique de prévention des risques (plus précisément concernant l'utilisation de la check list) insuffisante ou mal appréhendée. +

Facteurs d'atténuation

L'écoute de la patiente et les investigations complémentaires de sa symptomatologie ont permis de poser le diagnostic et d'enclencher le processus de récupération avant des dommages irréversibles. Une relation de confiance mutuelle était un pré requis indispensable.



Enseignement: Actions / Barrières

Spécifique:

Sensibiliser les infirmiers travaillant au bloc opératoire sur leur rôle primordial concernant la gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire, la traçabilité des activités de bloc opératoire.

Commun:

Mener une réflexion sur l'organisation, le rôle et les fonctions, des différents intervenants au bloc opératoire :

- préciser les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différentes catégories de personnel dans un contexte de travail d'équipe,
- quelque soit l'employeur des personnels concernés;

Elaborer une procédure concernant :

- le comptage des textiles et/ou dispositifs médicaux.
- la traçabilité de la fiche de suivi d'intervention des dispositifs médicaux servis t restitués.
- La réception des dispositifs médicaux stérilisables et leur vérification.
- La réalisation de la check list.
- La répartition des tâches entre les différents acteurs du bloc opératoire.

Former, informer et veiller à l'application des procédures.

Evitabilité (échelle ENEIS) Pour les professionnels : événement très probablement évitable.



Docteur Régine LECULEE Nathalie ROBINSON cadre de santé

CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN 33604 PESSAC Cedex 05 57 62 31 16 regine.leculee @ccecqa.asso.fr nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général:

Former le personnel de bloc opératoire à l'utilisation de la check list « sécurité du patient au bloc opératoire » , en insistant sur le critère 10 et, si besoin, personnaliser cette check list pour faciliter son appropriation par l'ajout de critères supplémentaires adaptés aux actes réalisées.

Références et Bibliographie

- M. Lelarge -Gestions des risques : protocole de comptage des textiles et des lacs inter bloc, n°1, mars 2006
- A. Gonzales-Ojeda Chirurgie 1999 ;124 : 583-8 Corps étrangers oubliés après chirurgie abdominale
- MACSF-oubli de compresse : à qui la faute ? juillet 2011 http://www.macsf.fr/index.html consulté le 31/01/2012
- R. Lebeau- Mali Médical 2004; T XIX, n° 3 & 4, les corps étrangers après chirurgie abdominale à propos de 12 observations.
- C. Gerson Ann Chir 2001 ; 126 : 346-54 responsabilités et coût en chirurgie
- MACSF- IBODE- Textes http://www.macsf.fr/index.html consulté le 31/01/2012
- MACSF- IBODE : une responsabilité complexe http://www.macsf.fr/index.html consulté le 31/01/2012
- MACSF traçabilité des activités au bloc opératoire et des dispositifs médicaux stériles http://www.macsf.fr/
 index.html consulté le 31/01/2012
- MACSF cas pratique : oubli de compresse http://www.macsf.fr/index.html consulté le 31/01/2012
- Ordre national infirmier- rapport de synthèse- enjeux et perspectives pour l'évolution de la pratique et de la formation d'infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat, IBODE. Juin 2010 consulté le 31/01/2012

http://www.ccecqa.fr/activités/événements-indésirables-graves#rex