

Analyse Approfondie de Cas 8 :



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine

Infection du site opératoire Ré-Intervention non programmée

Date de parution : Juin 2013

- Catégorie : M.C.O. Chirurgie Orthopédique
- Nature des soins : Thérapeutiques



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Les personnes âgées avec troubles cognitifs sévères, sont déstabilisées par une hospitalisation, ce d'autant plus qu'il y a traumatisme et douleur ; la décompensation des troubles est fréquente.
- La PEC de la douleur est délicate chez la PA fragile : les antalgiques morphinomimétiques doivent être titrés, en monothérapie de préférence .
- L'organisation des blocs doit permettre d'intercaler les semi urgences dans les programmes opératoires pour éviter un retard de 5 jours, préjudiciable ici.
- La prise en charge « médicale » des patients en milieu chirurgical doit être assurée et coordonnée.

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

La patiente de 94 ans est hospitalisée en urgence pour une fracture du col du fémur gauche consécutive à une chute à son domicile où elle vit en toute autonomie.

Elle est opérée pour une arthroplastie de hanche avec mise en place d'une prothèse intermédiaire 5 jours après son admission en raison de difficultés organisationnelles.

Son séjour est marqué par d'importants troubles du comportement avec désorientation et épisodes d'agitation débutés environ 4 heures après son admission et difficilement maîtrisés tout au long de son hospitalisation.

La patiente est transférée en SSR au 9^{ème} jour post opératoire. Elle est ré hospitalisée 6 jours plus tard en raison d'une infection du site opératoire

compliquée de signes généraux.

La ré-intervention consiste en une évacuation lavage drainage d'une collection péri prothétique et un traitement antibiotique adapté est instauré.

L'évolution est ensuite favorable et la patiente est transférée en SSR 1 mois plus tard.

L'analyse est réalisée au sein de l'établissement, sous forme d'une analyse collective par l'équipe de gestion des risques.



CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Ré-intervention pour évacuation d'un abcès péri prothétique.
Hospitalisation prolongée.
2 séjours en SSR.

Évolution ultérieure sans complications .

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

Jeudi 14 mai à 23 h 45 : admission au service des urgences, d'une patiente âgée de 94 ans, en provenance de son domicile dans une famille d'accueil, pour traumatisme de la hanche gauche suite à une chute, avec suspicion clinique de fracture du col du fémur, confirmée à l'examen radiologique.

Le chirurgien orthopédiste pose une indication opératoire. Un bilan préopératoire est réalisé en prévision d'une intervention le lendemain.

Un traitement antalgique est débuté par Perfalgan® 1g en IV sur une voie veineuse périphérique.

Dans la nuit du 14 au 15 mai, la patiente est transférée en service de chirurgie en chambre double. Elle est algique avec une EVA à 8/10. Une traction collée de sa jambe est installée à visée antalgique.

À 4 h 30 la patiente arrache sa voie veineuse.

À 7 h la patiente arrache à nouveau sa voie veineuse, elle est extrêmement confuse et désorientée.

Le médecin anesthésiste contacte le médecin traitant de la patiente pour connaître ses antécédents : troubles de la mémoire, HTA et insuffisance cardiaque.

Vendredi 15 mai : La patiente est préparée en vue d'une intervention dans la journée avant d'être reprogrammée au lendemain en raison du planning opératoire chargé.

La patiente n'est pas algique, elle est sous Perfalgan® 1g x4/jour en IV et Topalgic® 50 mg x 4/jour en IV.

Un traitement anticoagulant est débuté par Lovenox® O,4 ml à 19 h (Kardégic® arrêté à son entrée aux urgences).

Dans la nuit du 15 au 16 mai : la patiente arrache le dispositif de traction provoquant une lésion cutanée superficielle, la traction n'est pas réinstallée. La voie veineuse, elle aussi arrachée, n'est pas reposée, le traitement est passé per os. Par la suite, la patiente bien que très perturbée reste assez calme.

Samedi 16 mai : L'intervention prévue est à nouveau annulée pour des raisons organisationnelles.

Dimanche 17 mai : La patiente présente toujours un comportement perturbé.

Dans l'après-midi, elle est retrouvée debout hors de son lit malgré une contention avec des barrières de lit.

Mardi 19 mai au matin : La voie veineuse est reposée en vue de l'intervention programmée pour ce jour.

La préparation cutanée pré opératoire avec pose d'un champ opératoire est effectuée. Malgré la prescription d'une contention avec des liens au niveau des poignets et des barrières de lit, la patiente se détache et arrache la perfusion ainsi que le champ opératoire et son change complet.

À 15h : la préparation cutanée pré opératoire est renouvelée avec difficulté et à nouveau arrachée par la patiente et non refaite.

À 16h50 : a patiente est admise au bloc opératoire, la préparation cutanée est refaite et l'antibioprophylaxie par Kefandol® est réalisée 30 mn avant l'incision. La chirurgie dure 35 minutes et le réveil se fait sans incident. Après un passage de 1h30 en SSPI, la patiente est réinstallée dans sa chambre. Les prescriptions comportent la poursuite de l'antibioprophylaxie, le traitement antalgique et anti thrombotique ainsi que la transfusion de 2 CGR le lendemain. La jambe opérée est en légère rotation interne corrigée par l'installation d'un drap roulé entre les jambes, le pansement est protégé par un jersey tubulaire, la perfusion par une bande d'Elastomouss®.

À 21h : la patiente s'agite ; une contention par liens de poignets et barrières de lit est installée. Malgré un état plus calme, la contention est maintenue.

Mercredi 20 mai : La patiente est confuse mais calme. Elle est transfusée avec deux CGR (un le matin et un dans l'après-midi).

À 15 h 45, malgré la contention, la patiente arrache un drain de Redon.

Jeudi 21 mai 12 h : Le deuxième Redon toujours productif est retrouvé désadapté. Il est remis en aspiration mais le vide ne tient pas dans le flacon. Le pansement est souillé et refait. Dans l'après-midi, la patiente est mise au fauteuil. L'antibioprophylaxie est terminée et a été administrée en conformité avec les prescriptions.

Vendredi 22 mai : Le second drain de Redon est enlevé. La patiente est levée.

Elle est retrouvée un peu plus tard dans la journée déambulant dans le couloir.

Du 23 au 28 mai : Episodes répétés de déambulation et d'agitation.

La patiente s'arrache le pansement de manière récurrente, nécessitant sa réfection de deux à trois fois par jour.

28 mai : La patiente est transférée en SSR sur un autre établissement (J9).

3 juin (J15) : Nouvelle hospitalisation pour infection de la plaie opératoire et hyperthermie. Les agrafes sont enlevées. Il existe un écoulement purulent et une zone de désunion. Le prélèvement bactériologique du liquide d'écoulement retrouve un Staphylocoque doré sensible à tous les antibiotiques.

5 juin (J17) : Reprise au bloc pour évacuation-lavage d'une collection péri prothétique. La patiente est mise sous antibiotiques.

2 juillet : L'évolution est favorable et la patiente est transférée en SSR.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Gestion non conforme des mesures de prévention du risque infectieux opératoire (respect de la préparation cutanée dans le service de soins) en raison :

- d'une agitation non maîtrisée de la patiente.
- d'un état confusionnel majoré par le traitement antalgique par tramadol.
- d'un retard de programmation de l'intervention chirurgicale.

Facteurs latents

Patient :

État de santé complexe :

- patiente très âgée +
- troubles amnésiques et cognitifs majeurs : syndrome confusionnel +++
- compliance aux soins impossible +++
- Pas d'entourage familial

Influence forte : +++

Influence moyenne : ++

Influence faible : +

Professionnels / facteurs individuels :

Manque de formation et d'expérience du personnel paramédical : ++

- défaut de connaissance théorique et technique sur la prise en charge des états d'agitation chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs ++
- absence de formation aux transmissions ciblées

Équipe :

Déficiência de concertation et de coordination : +++

- chirurgien seul pour assurer le suivi médical pré et post opératoire au-delà des 48 premières heures .
- effectif d'anesthésistes insuffisant pour couvrir de façon optimale cette période. ++
- pas de staff ou de visites communes pour organiser la priorisation et la programmation des urgences chirurgicales. ++
- faible recours à l'équipe mobile de gériatrie. ++

Supervision médicale réduite.

Mauvaise qualité des informations dans le dossier de soins : pas d'utilisation des macro-cibles de transmissions +

Tâches :

Retard de programmation de 4 jours entre la date initialement prévue de l'intervention et la réalisation effective du geste chirurgical.+++

Difficultés à réaliser une préparation cutanée pré opératoire fiable en unité d'hospitalisation en l'absence d'une programmation précise du jour et de l'heure d'intervention. +++

Incertitude sur la préparation cutanée réalisée au bloc opératoire, par défaut de traçabilité.

Absence de protocole ou d'aides à la décision concernant la prise en charge des états d'agitation chez les personnes âgées présentant des troubles cognitifs. ++

Environnement :

Charge de travail excessive : ++

- réduction de personnel avec une vacation horaire en moins
- composition de l'équipe infirmière et aide-soignante inadaptée et insuffisante pour le nombre de patients avec pathologies complexes

Organisation :

Défaut de coordination entre le service de soins et le bloc opératoire +++

- pas de priorisation de la patiente présentant une agitation et un état confusionnel ++
- organisation du bloc opératoire ne permettant pas la programmation des urgences semi-différées dans des délais acceptables ++

Gestion des ressources humaines inadéquate :

- redéploiement des effectifs avec mise en place d'une astreinte opérationnelle
- conflit social au bloc du fait des réorganisations +

Politique de formation continue insuffisante

- demandes de longue date non satisfaites de formations ciblées sur la PEC des personnes âgées avec déficit cognitifs ++
- pas de plan de formation aux transmissions ciblées adaptée au déploiement de la démarche

Institution :

Contraintes financières restreignant le recrutement de nouveaux professionnels et le maintien des lignes de gardes

Inadéquation des ressources humaines aux objectifs d'activité de la spécialité

Culture de sécurité insuffisante

Facteurs d'atténuation

Diagnostic rapide avec antibiothérapie adaptée possible



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique :

Antalgiques ayant des effets neuropsychiques type tramadol, à employer avec prudence chez les patients âgés avec altération de la fonction rénale et syndrome confusionnel => majoration de la confusion et de l'agitation.

Commun :

Organisation des bloc opératoire (ressources humaines, ouverture des salles) apte à admettre la programmation des « semi-urgences » dans des délais acceptables.

Programmations au bloc à réajuster selon des critères de priorisation des urgences et des « semi-urgences »

Prise en charge « médicale » et médicamenteuse à assurer et coordonner en milieu chirurgical, particulièrement chez les personnes âgées poly pathologiques avec une conciliation médicamenteuse :

Médecins ou assistants généralistes ± anesthésistes ± équipe mobile de gériatrie ± équipe mobile douleur...



Évitabilité (échelle ENEIS)

Pour les professionnels : événement très probablement évitable



Plateforme Régionale et Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

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 :

Adéquation des ressources humaines, en qualité et quantité à la charge effective de travail et non au nombre de lits en chirurgie.

Références et Bibliographie

- « Etats confusionnels aigus » Z. Stanga et all; Forum médical Suisse, 23 octobre 2002
- « Altération cognitive post opératoire chez le sujet âgé » P. Pfitzenmeyer et all ; Presse médicale, 2001 ; 30 : 648-52
- « Le syndrome confusionnel post opératoire chez les malades âgés » P. Sikias ; La revue de gériatrie, tome 29, n°5, mai 2004
- « Prise en charge de la douleur post opératoire » Référentiel de pratiques professionnelles, SFAR, CFAR ; juin 2005
- Conférence de consensus « gestion préopératoire du risque infectieux » SF2H, Paris, 2004
- Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle, SFAR 2010 (N.B. : Référence postérieure à cet EIG)

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