

# Analyse Approfondie de Cas n° 84

## Erreur de côté lors de l'implantation d'une prothèse totale de genou



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

Date de parution : octobre 2020

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques



### ÉLÉMENTS MARQUANTS

Ça arrive encore !  
Erreur de côté en chirurgie, en raison :

- d'une absence de marquage préalable du site opératoire,
- d'une absence d'appropriation et d'exécution correcte de la check list de sécurité au bloc opératoire.

### RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Une patiente de 72 ans consulte un chirurgien orthopédiste pour une arthrose bilatérale du genou, prédominante à gauche. Une arthroplastie avec pose de prothèse totale de genou gauche est programmée. Après la consultation de pré-anesthésie, la patiente est hospitalisée la veille de l'intervention. Elle bénéficie d'une préparation cutanée conforme aux bonnes pratiques. Après une douche préopératoire sans marquage du site opératoire, la patiente est accueillie au bloc opératoire.

L'infirmière du laboratoire fabriquant la prothèse participe à l'intervention. Elle place la table d'instrumentation du côté gauche de la table d'opération.

L'IADE vérifie le dossier et l'identité de la patiente. L'installation chirurgicale et l'instrumentation de la prothèse sont déléguées à l'infirmière du laboratoire. La plaque du bistouri électrique est appliquée sur la cuisse gauche de la patiente. L'appui-bras droit chute au sol et est remis en place. Conjointement, l'appui cuisse est placé à droite au lieu d'être pla-

cé à gauche de la patiente. Cette erreur génère un enchaînement de tâches réalisées du mauvais côté, sans qu'aucune barrière ne vienne l'interrompre .

Au vu de l'installation du patient, la table d'instrumentation initialement positionnée à gauche est déplacée du côté droit.

L'intervention s'engage du côté droit, sans le temps de pause de la check list de bloc opératoire, prévu avant l'incision (« time out » du 2ème temps).

En raison d'une arthrose conséquente du côté droit, l'erreur n'est détectée qu'après la réalisation des coupes osseuses, au moment de la pose du matériel prothétique gauche. L'intervention est poursuivie car les implants latéralisés à droite sont opportunément disponibles.

Cet événement indésirable grave et évitable est annoncé à la patiente dès son réveil. Des excuses sont présentées et des mesures compensatoires sont proposées (intervention du côté gauche à brève échéance).

### CARACTÉRISTIQUES :

**Gravité :** risque de déficit fonctionnel





# Analyse Approfondie de Cas

## Chronologie de l'événement

**Le 8 juin :** une patiente de 72 ans est vue en consultation chirurgicale pour une arthrose du genou bilatérale. L'atteinte du genou gauche est plus importante et la décision est prise de procéder à une implantation de prothèse totale du genou gauche sous anesthésie générale le 18 août.

**Le 26 juillet :** la patiente est vue en consultation pré-anesthésique. Le poids est mesuré à 77 kg et la taille à 1,61 m. Les informations sont délivrées et les consentements éclairés sont signés.

**Mardi 17 août :** la patiente est admise en service d'orthopédie. La macrocible d'entrée est complétée et mentionne la prothèse totale de genou gauche. Une douche à la povidone iodée est effectuée.

**Mercredi 18 août matin :** une 2<sup>ème</sup> douche à la povidone iodée est effectuée. Il n'y a pas de marquage du site opératoire. La dépilation n'est pas nécessaire.

**8h12 :** la patiente est admise au bloc opératoire dans le « sas patient ». Après les procédures de vérification d'identité, la patiente est transférée en zone préopératoire. Une perfusion est mise en place et l'antibioprophylaxie (céfazoline 2g) est administrée.

**8h26 :** la patiente est transférée et installée en salle d'intervention par l'IADE et par l'IDE instrumentiste du laboratoire fournisseur de la prothèse. Ce jour-là, cette IDE est accompagnée d'un élève instrumentiste qu'elle doit former. La plaque du bistouri électrique est appliquée sur la cuisse gauche. L'appui bras droit chute et est remis en place. Simultanément, l'appui-cuisse est positionné à droite au lieu d'être placé à gauche, générant un enchaînement de tâches réalisées du mauvais côté, sans qu'aucune barrière ne les stoppe. Les clichés radiologiques (latéralisés) des genoux de la patiente sont affichés.

**8h45 :** l'anesthésie générale débute. Le chirurgien entre en salle d'opération et vérifie la position à 90° de la jambe droite. Le garrot est positionné sur la cuisse droite. La préparation cutanée et le badigeonnage sont réalisés sur la jambe droite. Le premier temps de la check list ne détecte pas l'erreur (remplissage de la fiche a posteriori par la panseuse).

**9h21 :** l'incision est pratiquée à droite sans réalisation du « time out » du 2<sup>ème</sup> temps de la check list. Durant l'intervention, l'existence d'une importante arthrose unicompartimentale (fémoro-tibiale interne) lors de la dissection ne permet pas d'alerter sur l'erreur de côté. Celle-ci est découverte par l'équipe seulement après la réalisation des coupes osseuses. Les implants latéralisés à droite étant disponibles à ce moment au bloc opératoire, une prothèse droite est posée, sans incident. Le cadre de santé du bloc opératoire signale l'événement à la direction de l'établissement.

**11h21 :** la fermeture du site opératoire est effectuée.

**11h33 :** la patiente est accueillie en salle de surveillance post interventionnelle. L'anesthésiste et le chirurgien annoncent à la patiente le dommage.

**14h35 :** la patiente est transférée en unité d'orthopédie.

Nota Bene : la check list du bloc opératoire a été partiellement complétée :

- Critère 2 non renseigné : vérification de l'intervention et du site opératoire.
- Critères 7 non renseigné : vérifications ultimes croisées dont le site opératoire et critère 8 non renseigné : « time out » ou partage oral des informations essentielles.
- Critères 10 et 11 non renseignés : après intervention.
- Absence de signature du chirurgien.

**Dans l'après midi :** le chirurgien, l'anesthésiste et le cadre de santé poursuivent l'annonce du dommage à la patiente et à son mari en expliquant la pertinence de la procédure enclenchée, étant donné l'existence d'une arthrose importante du côté opéré par erreur. Une proposition de ré intervention du côté gauche dans un délai d'une semaine est soumise à la patiente. L'administrateur et le coadministrateur de l'établissement rencontrent la patiente. Un courrier est adressé au directeur de l'ARS pour déclarer le dommage (complété par un appel téléphonique de l'administrateur). Les suites opératoires sont simples avec cicatrisation dans les délais. Une rééducation précoce est mise en œuvre avec appui autorisé et mobilisation passive sous couvert d'un traitement par héparine à bas poids moléculaire.

**Jeudi 25 août :** un courrier est adressé à la patiente et au médecin traitant avec renouvellement d'explications et d'excuses. La patiente est rencontrée avant son départ en Soins de suite et de réadaptation par le chirurgien. Elle souhaite différer l'intervention à gauche et maintenir son départ en rééducation, tel que prévu initialement.



# Analyse Approfondie de Cas

## Causes immédiates identifiées

Non respect des bonnes pratiques de vérification du site opératoire.  
- Inexécution des 2 premiers temps de la check list du bloc opératoire.  
- Absence de marquage préopératoire.  
Délégation inappropriée de tâche infirmière lors des procédures d'installation.

## Facteurs latents

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

### Patient :

Arthrose bilatérale des genoux  
Peu d'implication avec passivité lors de l'installation au bloc

### Professionnels / facteurs individuels :

Non respect des bonnes pratiques de vérification du site opératoire.+++

Biais attentionnel lors de la mise en place des appuis (focalisation de l'équipe sur les étapes ultérieures de l'instrumentation spécifique de ce dispositif médical et sur son enseignement).++

### Équipe :

Insuffisance de structuration de la synergie d'équipe et faiblesse des échanges (collaboration active mais sans regards croisés, doubles contrôles, transmission d'informations essentielles, ...). +++

### Tâches :

Défaut de procédure de réalisation du marquage du site opératoire.++

Défaut de réalisation de la check list.+++

Défaut de procédure de vérification de la concordance des données pré opératoires dans le dossier. +++

### Environnement :

Pas de facteurs latents retrouvés

### Organisation :

Délégation excessive de tâches débordant le domaine d'attribution usuel des intervenants extérieurs.+++

Politique de prévention des risques (plus précisément concernant l'utilisation de la check list et le marquage du site opératoire) insuffisante ou mal appréhendée. +++

### Institution :

Pas de facteurs latents retrouvés

# Enseignement : Actions / Barrières

## Spécifique :

Mise en œuvre active de la check list du bloc opératoire avec respect des 3 temps de pause et de briefing collégial pour vérifier les points clés de la sécurité d'une intervention.

Audit observationnel (programmé).

Déterminer les situations et les prises en charges impliquant des intervenants extérieurs et définir précisément les tâches pouvant leur être déléguées. Au-delà, déterminer au niveau de l'équipe du bloc opératoire, les situations et les modes opératoires habituels mais non formalisés (codes informels en usage) devant être portés à la connaissance des remplaçants, intérimaires et intervenants extérieurs.

## Commun :

Mise en œuvre des démarches de marquage du site opératoire avec rédaction d'un protocole comportant en outre :

- Les situations où la mise en œuvre est faite par les IDE (pouvant être assimilées à une prescription médicale).
- Les situations de refus par les patients.

Définir la procédure ou le mode opératoire (qui fait quoi, quand) permettant de colliger toutes les sources d'information (dossiers, interrogatoire du patient ou des proches) et de vérifier leur concordance.

## Général :

Le marquage du site opératoire.  
La check list du bloc opératoire.



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

PRAGE/CCECQA  
Hôpital Xavier ARNOZAN  
33604 PESSAC Cedex  
05 57 62 31 16  
[prage@ccecqa.asso.fr](mailto:prage@ccecqa.asso.fr)

## Références et Bibliographie

- Guide du marquage du site opératoire. HAS CEPRAL. [http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1517677](http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1517677)
- Marquage su site opératoire. Projet « high 5s » de l' OMS. HAS .[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1716273/fr/marquage-operatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1716273/fr/marquage-operatoire)
- « Enquête sur le marquage opératoire parmi les médecins accrédités »- Lettre Sécurité du Patient & Pratiques – N° 32 – Janvier.Février 2014
- La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » HAS [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire-](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1518984/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire-)
- Événements porteurs de risques déclarés sur le thème « Erreurs de site opératoire » en chirurgie orthopédique. H. Mendi-zabal1, G. Bollini2, J. Caton2, Y. Nordin2, Y. Masse2, R. Cavagna2, M. Mansat2, T. Bégué2, O. Charrois2. Risques & Qualité • 2013 - Volume X - N° 1
- Solutions pour la sécurité des patients-Préambule-Mais 2007. World Health Organization [www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety\\_solutions\\_french.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/07/patientsafety_solutions_french.pdf)

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