



## Sommaire :

- Généralités
- Oubli de compresse intra abdominale
- Oubli d'une lame malléable intra abdominale
- Check list per opérateur



# OUBLI DE CORPS ETRANGER INTRA ABDOMINAL

## De l'utilité de la check-list et de la culture sécurité dans les blocs opératoires.

La fréquence des oublis de corps étrangers après chirurgie abdominale est difficile à établir car toutes les observations ne sont pas rapportées. Cependant les auteurs s'accordent pour dire que c'est une complication rare dont la prévalence se situe entre 0,02 % et 0,1% des interventions.

L'oubli d'un corps étranger en chirurgie abdominale peut survenir même en l'absence de toute difficulté opératoire et aucune équipe chirurgicale n'est à l'abri de cette complication iatrogène grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital des patients.

Le nombre de déclarations en responsabilité professionnelles ne semble pas réduit ni par l'existence de procédures et protocoles de plus en plus rigoureux au bloc opératoire, ni par l'émergence de la chirurgie mini-invasive sous coelioscopie. (MACSF dossier du 08/07/2011 : oubli de compresse : à qui la faute ?)

<http://www.macsfr.fr/vous-informer/actes-de-soins-professionnel-sante/-erreur-medicale-professionnel-sante/-oubli-de-compresse-responsabilites.html>

Le comptage des dispositifs médicaux ( DM ) se fait sous la responsabilité conjointe du chirurgien et de l'infirmier ( e ) de bloc opératoire, pendant l'intervention, et de fait, sous la responsabilité du cadre de bloc opératoire.

Mais l'absence de texte réglementaire obligeant le comptage des dispositifs médi-

caux ...et la check list de la HAS, mal assimilée et mal comprise par les professionnels ne favorisent pas la sécurisation absolue de ces étapes cruciales de vérifications pré, per et post opératoire.

Des recommandations professionnelles sont pourtant émises par les différentes sociétés savantes, tant sur la rédaction de protocole que sur l'inventaire des facteurs « favorisant » cet oubli ou erreur. On peut citer ainsi :

- des erreurs du fabricant qui délivre un nombre erroné de compresses par rapport au nombre indiqué sur l'emballage.
- Un comptage réalisé trop tôt par rapport à la fermeture.
- La fatigue et le relâchement en fin d'intervention.
- Les changements d'équipe Infirmière en cours d'intervention.
- Un changement imprévu de la procédure opératoire.
- Les interventions en urgence, hémorragiques...
- L'indice de masse corporelle élevé.

(Liste non exhaustive...)

Pour réduire le risque d'oubli, des grilles d'évaluation du comptage des textiles ou des dispositifs médicaux ont été élaborées pour aider à l'application des procédures.

Des barrières pour limiter le

risque peuvent être mises en place:

- La professionnalisation du métier d'infirmière de bloc opératoire.
- La répartition précise et anticipée des tâches entre le chirurgien, l'infirmière instrumentiste et l'infirmière panseuse ou circulante.
- Comptage des DM [un par un] en début d'intervention.
- Relever, sur la feuille de suivi d'intervention, les DM servis et les DM restitués.
- Conserver les emballages vides jusqu'à la fin de l'intervention.
- Donner l'exclusivité à l'IDE circulante pour la distribution des DM.
- Utiliser des textiles radio opaques.
- Réaliser les différents temps de la check list de façon rigoureuse.
- Tracer la mise en circulation de DM réutilisables au cours d'une intervention et vérifier la présence de tous les DM à l'arrivée en service de stérilisation ou lors de la phase de décontamination (concordance)
- Informer des changements de marché: des conditionnements peuvent être différents

Liste non exhaustive..



## 1/ Oubli de compresse.

Un patient de 89 ans est opéré en urgence, pour occlusion abdominale.

Une première intervention pour colostomie de décharge, latérale transverse droite en amont d'une tumeur du sigmoïde est réalisée. Le comptage des compresses n'est pas noté dans le registre de bloc opératoire mais tracé correctement sur la fiche de liaison bloc service.

Quelques jours plus tard, une résection curative du colon gauche avec rétablissement de la continuité d'emblée et conservation de la colostomie est effectuée.

L'intervention dure 3 heures, le comptage des compresses est réalisé, et la traçabilité du compte est correcte.

Enfin environ 45 jours après cette seconde intervention, la colostomie est fermée. Une fistule sur l'anastomose sigmoïdienne est drainée.

La durée de l'intervention est d'1h30. Le comptage des compresses est tracé et correct.

Un mois plus tard, au cours d'une consultation de suivi, le scanner révèle un corps étranger intra abdominal évoquant un « textilome ».

Le patient et sa famille sont informés. Devant l'asthénie du patient, d'un commun accord, il est décidé de ne pas intervenir chirurgicalement, mais d'effectuer une surveillance clinique, biologique et radiologique étroite.

Cinq mois plus tard, une évéstration sur la cicatrice

de fermeture de colostomie est diagnostiquée.

La cure chirurgicale de l'évéstration est réalisée, au cours de laquelle on procède à l'exérèse de la compresse oubliée. Il s'agit d'une compresse de 40cm X 40cm retrouvée sous l'angle colique droit.

La présence de ce « textilome » a entraîné l'érosion de l'intestin grêle et du colon, provoquant 2 fistules nécessitant une résection et la mise en place d'une nouvelle colostomie en amont.

L'évolution sera favorable.

La fermeture de cette nouvelle colostomie sera réalisée à distance, en accord avec le patient .

« comptage des compresses réalisé, tracé et correct. »



## Comptage et traçabilité ...le compte ne fait pas tout...

Dans cette expérience, malgré une traçabilité effectuée, le compte n'y est pas ! Et on ne sait pas au cours de laquelle des trois interventions, une compresse est perdue.

Des règles précises pour le comptage des textiles, instruments, aiguilles, etc. doivent être écrites mais surtout mises en application.

La démarche de comptage des dispositifs médicaux réalisée en salle d'opéra-

tion permet de réduire le risque potentiel d'oubli.

Des protocoles stricts : qui fait quoi, quand, etc. doivent être appliqués avec une rigueur « non négociable ».

Les compresses doivent être radio opaques.

Le rôle de l'IDE ou IBODE ici est essentiel. Il s'inscrit dans une démarche qualité, pour garantir la sécurité du patient.

Le cadre de santé s'assure de la diffusion et de l'application de la démarche. Le contrôle effectué par le cadre accroît la sécurité du patient et du personnel.



## 2/Oubli de lame malléable

Une patiente de 52 ans, est hospitalisée pour traitement chirurgical d'un kyste de l'ovaire.

Il est prévu une exploration première par coelioscopie et un deuxième temps curatif par coelioscopie 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, une exérèse de nodule sigmoïdien et une omentectomie sont alors pratiquées.

La check list sécurité du patient au bloc opératoire 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 co-

ché « 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 les étiquettes des différents dispositifs médicaux utilisés au cours de l'intervention (à usage unique ou non), et entre autre une lame malléable. L'IDE renseigne aussi une fiche de traçabilité de traitement des dispositifs médicaux stérilisables du bloc opératoire sur laquelle on retrouve la lame malléable. La vérification par le personnel de stérilisation 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 qu'un écarteur de Leriche soit non noté et présent, et que la lame malléable soit notée, mais non présente.

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 chirurgicale. 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<sup>ème</sup> 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 (la lame malléable) est retiré. Il n'est pas observé de lésion locale ou de complication liée à la présence de ce corps étranger. Les suites opératoires sont simples.



« confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. »



## Check list et facteurs de récupération . . .

Dans ce retour d'expérience, nous pouvons retenir que les dispositifs médicaux sous sachets devraient bénéficier, comme pour les compresses, de facteurs de récupération de l'oubli, via la conservation des emballages, par exemple. La fiche de traçabilité de ces dispositifs existe, mais n'a pas permis la récupération de l'oubli (grâce à l'identification de la non concordance) dans cet exemple.

Une autre barrière qui aurait pu être efficace, est celle de la vérification par le personnel de la stérilisation de l'inadéquation de ce qui est tracé et ce qui est réceptionné. Enfin la check list est remplie de façon « automatique » et la démarche n'est pas encore, semble-t-il, complètement appropriée par l'équipe. Elle aurait pu être une barrière de récupération efficace.

L'accompagnement à la mise en œuvre de la check list est probablement une étape primordiale qui demande un temps de formation à part entière.





La check-list est un programme qui permet de réduire la morbi-mortalité postopératoire de près de 30 %. Le principe en est simple : vérifier de manière partagée au sein de l'équipe une série de critères considérés indispensables pour toute intervention chirurgicale et le cas échéant, tracer la décision prise en cas de non-conformité, afin de mettre en œuvre des améliorations spécifiques

La check-list HAS « sécurité du patient au bloc opératoire » est déployée depuis janvier 2010 pour toutes les spécialités chirurgicales. Aujourd'hui, les professionnels reconnaissent qu'elle concourt à améliorer la sécurité des patients. Pourtant, elle ne semble pas très adaptée à toutes les caractéristiques ou interventions qui comporte des spécificités liées à la prise en charge du patient.

Au sein d'un établissement, un groupe de travail multidisciplinaire peut être constitué pour adapter la check-list aux spécificités du bloc opératoire.

La HAS a élaboré en collaboration avec les sociétés savantes et organisations professionnelles, d'autres check-list. Deux sont spécifiques à l'endoscopie « Sécurité du Patient en endoscopie digestive » et « Sécurité du patient en endoscopie bronchique », une autre à la radiologie interventionnelle « Sécurité en radiologie interventionnelle ».

Une check-list en obstétrique est en cours d'expérimentation.

Pensez à consulter le site de la HAS pour connaître les adaptations réalisées.

Vous pouvez adapter cette check-list en ajoutant des critères, mais sans en retirer !



Identification du patient  
Étiquette du patient ou  
Nom, prénom, date de naissance

## CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01

HAS  
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle  
de l'établissement

Bloc : ..... Salle : .....  
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....  
Chirurgien « intervenant » : .....  
Anesthésiste « intervenant » : .....  
Coordonnateur(s) check-list : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
Temps de pause avant anesthésie	
1 L'identité du patient est correcte :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés : • idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique • la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
4 La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non*
5 L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements • pour la partie chirurgicale • pour la partie anesthésique <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
6 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre de mesures adéquates : Le patient présente-t-il un : • risque allergique • risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque • risque de saignement important	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
Temps de pause avant incision	
7 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE • identité patient confirmée • intervention prévue confirmée • site opératoire confirmé • installation correcte confirmée • documents nécessaires disponibles (notamment imagerie)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
8 Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (Time out) • sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) • sur le plan anesthésique <i>Acte sans prise en charge anesthésique</i> (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
9 L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement. La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/R <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention  
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION	
Pause avant sortie de salle d'opération	
10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe : • de l'intervention enregistrée, • du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. • de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. • si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? <i>Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A.</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Non* <input type="checkbox"/> N/A
11 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UNE *	
SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe Chirurgien      Anesthésiste / IADE      Coordinateur CL	

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE (1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UNE \*) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.