

Analyse Approfondie de Cas 6 :

Oubli de

Compresse intra abdominale



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

Date de parution : Juin 2013

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



ÉLÉMENTS MARQUANTS

- Le travail en bloc opératoire est une affaire d'équipe !
- Le compte des textiles en bloc opératoire est une affaire de multiples vérifications.
- La traçabilité de ce compte doit être assurée et homogène.
- Attention aux changements de marché intempestifs tant dans la qualité des compresses que dans leur emballage (les compresses ne sont pas systématiquement par paquet de 5 !!!). Les utilisateurs doivent être concertés.
- Une IBODE instrumentiste n'est pas superflue...c'est une professionnelle qui limite les erreurs lors des interventions.

RÉSUMÉ / SYNTHÈSE DE L'EI

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. Quelques jours plus tard, une résection curative du colon gauche avec rétablissement de la continuité et conservation de la colostomie est effectuée. Enfin environ 45 jours après cette seconde intervention, la colostomie est fermée. Une fistule sur l'anastomose sigmoïdienne est drainée.

Un mois plus tard, au cours d'une consultation de suivi, le scanner révèle un corps étranger intra abdominal évoquant une compresse. Le patient et sa famille sont avertis, mais 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 éventration sur la cicatrice de fermeture de colostomie est diagnostiquée.

La cure chirurgicale de l'éventration est réalisée, au cours de laquelle la compresse sera récupérée. La présence de cette compresse a entraîné l'érosion de l'intestin grêle et du colon, provoquant 2 fistules nécessitant une résection et mise en place d'une colostomie. L'évolution sera favorable. La fermeture de la colostomie en accord avec le patient sera réalisée à distance.



CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Ré intervention pour oubli de corps étranger chez un patient asthénique et âgé.

Évolution favorable mais avec une qualité de vie perturbée par une colostomie et des soins prolongés.

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

7 mai : un patient de 89 ans, en surcharge pondérale avec antécédents d'hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, hyper uricémie et adénome de la prostate, est admis en urgence pour occlusion abdominale.

8 mai : intervention pour colostomie de décharge, latérale transverse droite en amont d'une tumeur sigmoïde. L'intervention, d'une heure, se déroule sans difficulté. Pas de trace du comptage des compresses dans le registre de bloc opératoire mais sur la fiche de liaison bloc service ; ce comptage est correct.

28 mai : ablation de la tumeur (résection curative du colon gauche, rétablissement de la continuité et conservation de la colostomie pour protéger les anastomoses). L'intervention de 3 heures, le comptage des compresses est réalisé, tracé et correct.

6 juillet : fermeture de la colostomie par abord local. Mise en place d'une lame de drainage par laquelle s'extériorise des selles révélant une fistule colique. Durée de l'intervention 1h30. Le comptage des compresses est tracé et correct. La cicatrisation est spontanée et le patient part en convalescence. En RCP, décision de ne pas indiquer de chimiothérapie, et suivi régulier.

Août : le patient est revu à titre systématique, dans le cadre de son suivi, pour un bilan d'évaluation. Il est asthénique, mais autonome sans signes particuliers cliniques. Le bilan biologique est normal. Pas de douleurs. Un scanner de contrôle par contre montre un corps étranger intra abdominal évoquant la présence d'une compresse sous l'angle colique droit. Le patient et sa famille sont aussitôt informés. La nécessité de ré intervention est expliquée. Mais le patient très fatigué et asymptomatique choisit en accord avec le chirurgien de réaliser une surveillance clinique, biologique et radiologique.

Plusieurs contrôles sont réalisés sans révéler de complication.

En janvier : découverte d'une éventration sur la cicatrice de fermeture de colostomie.

Le 25 janvier : une intervention pour cure d'éventration et ablation du corps étranger intra abdominal est réalisée. Le corps étranger est une compresse de 40cmX40cm retrouvée sous l'angle colique droit. Cette compresse a entraîné une érosion de l'intestin grêle provoquant 2 fistules qui nécessitent une résection et la mise en place d'une colostomie. Les suites opératoires sont d'évolution favorables.

A la demande du patient, la fermeture de la colostomie est programmée dans les mois suivants.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Erreur de comptage des compresses au cours d'une des trois interventions pratiquées avant la découverte de la compresse.
Oubli d'une compresse au cours d'une des trois interventions pratiquées .

Facteurs latents

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

Patient :

Surcharge pondérale, antécédents médicaux, asthénie.

Professionnels / facteurs individuels :

Mauvaise disposition mentale (réorganisation récente de la planification de travail au sein du bloc opératoire, et conflit avec la direction). ++

Non respect des bonnes pratiques concernant le comptage des compresses (mauvaise compréhension de la traçabilité du comptage). +++

Défaut de connaissance de l'utilisation du tableau de comptage des compresses. +++

Équipe :

Mauvaise composition de l'équipe : absence d'IBODE instrumentiste et présence d'une élève IDE.+++

Défaut de communication orale dans l'équipe :

- absence d'alerte sur la mise en place de compresses dans la cavité abdominale en présence d'un saignement.
- comptage des compresses reposant sur une seule personne, alors que cette information doit être partagée entre tous les membres de l'équipe opératoire.+++

Déséquilibre dans la répartition des tâches.

Tâches :

Procédures absentes sur les modalités de comptage des compresses et des textiles au bloc opératoire. +++

Planification des tâches imprécise. +++

Environnement :

Fournitures inadaptées

changement de marché du fournisseur de compresses

- le nouveau dispositif présente des caractéristiques différentes beaucoup plus absorbantes
- la capacité de rétraction est plus importante avec risque pour les compresses de passer inaperçues, lorsqu'elles sont très imbibées. +

Équipement inadapté : tableau de traçabilité des compresses ou textiles non explicite. ++

Organisation :

Changement récent d'organisation interne : mise en place d'astreintes le mois précédent avec incertitudes sur la planification du travail. ++

Indisponibilité d'un personnel spécifique : l'absence d'instrumentiste complique la procédure chirurgicale reposant sur le chirurgien et l'aide opératoire. +++

Organisation et formalisation du comptage des textiles au bloc opératoire non définie. +++

Institution :

Problèmes de financement : contraintes financières obligeant l'établissement à modifier l'organisation du travail au bloc opératoire avec mise en place d'une astreinte IBODE. ++

Facteurs d'atténuation

Identification et récupération de l'EI à distance au prix de comorbidités importantes.
Les barrières possibles n'ont pas été activées faute d'une appropriation et d'une application stricte des procédures de comptage des compresses au bloc opératoire.



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique:

Rédaction et mise en œuvre d'une procédure unique et validée de bonnes pratiques de comptage

Commun :

- Améliorer les supports de traçabilité de comptage des textiles, les uniformiser tant sur le dossier patient que sur le registre de bloc opératoire que sur le tableau en salle d'intervention.
- Connaître et respecter les recommandations des sociétés savantes concernant les bonnes pratiques sur le comptage des textiles en bloc opératoire.
- Uniformiser l'utilisation de la check list au bloc opératoire.
- Rédiger une charte de fonctionnement dans les bloc opératoire.
- Adapter les ressources humaines à l'activité du bloc opératoire en fonction des interventions.
- Être vigilant au détournement d'attention ou des tâches lors de présence de stagiaire au cours des interventions

Évitabilité (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 :

Etablir un protocole national du comptage des textiles au bloc opératoire, en collaboration avec les sociétés savantes ad hoc .

Références et Bibliographie

- Atul A. Gawande, David M. Studdert, E. John Orav et al; «Risk factors for retained instruments and sponges after surgery»; New England Journal of Medicine, January 16, 2003, 348;3
- Verna C. Gibbs, Andrew D. Auerbach; "The retained surgical sponge" Agency for Healthcare Research and Quality; <http://archive.ahrq.gov/clinic/ptsafety/chap22.htm> (consulté en mars 2010)
- Gonzales-Ojeda. A, Rodriguez-Alcantar. OA, Arena-Marquez. H et al, "Corps étrangers oubliés après chirurgie abdominale" ; 1999, Chirurgie, 124 :583-8
- Leclerc. C, Petit. L ; « Accidents et « presque accidents » au bloc opératoire Présentation et analyse de situations vécues » ; 2006, Risques et Qualité, vol 3, N°4
- Gerson. C, Bons-Letouzey. C, Sicot. C ; 3 Responsabilité et coût en chirurgie » ; 2001, Annales chirurgicales, 126: 356-54
- « Oubli de compresses : compter n'est pas jouer » dossier MACSF ; <http://www.macsf.fr/vous-informer/archives/oubli-de-compresses-compter-n-est-pas-jouer.html> (consulté en septembre 2009)
- Watrelot Antoine ; « Une tumeur dont la fréquence est sous-estimée : le textilome » ; 2006, ASSPRO-info.com, Le journal de la prévention du risque opératoire, N°9
- Lelarge. M ; « Gestion des risques. Protocole de comptage des textiles et lacs » 2006, Interbloc, tome XXV, N°1, 34-37
- Alliance Mondiale pour la sécurité des soins ; « Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies » 2008, Organisation mondiale de la santé
- SOFERIBO ; « Comptage des « textiles » en bloc opératoire Guide technique » ; 2010, UNAIBODE
- HAS ; La check-list au bloc opératoire ; 2010, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/fr/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

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