



Mai 2018



ERAGE

Equipe d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables

*Le cas présenté est un cas fictif,
élaboré à partir de plusieurs prises en charge de patients au sein de la région*

La compresse de la discorde

INCIDENT

Mme X, 81 ans, vit à domicile avec le soutien de ses enfants. Elle est autonome, mais présente une certaine fragilité suite à une pathologie néoplasique en voie de rémission. Le 3 octobre en fin de matinée, elle fait une chute chez elle. Après son transfert aux Urgences, les examens radiologiques permettent de diagnostiquer une fracture du col fémoral. Un avis chirurgical est demandé, et la décision est prise de poser chez Mme X une prothèse intermédiaire de hanche le jour-même.

L'intervention débute à 17h. L'équipe est composée d'un chirurgien et de trois IBODE : un instrumentiste, un circulant, et un aide opératoire. Un infirmier anesthésiste est également présent en salle, et le médecin anesthésiste est joignable pour intervenir rapidement si besoin. Vers 17h40, l'infirmier circulant compte 29 compresses alors que 30 ont été sorties en début d'intervention. Il énonce le compte, et la compresse manquante est recherchée par les différents professionnels dans les poubelles, les champs opératoires... Le chirurgien cherche également au niveau de la voie d'abord, mais ne trouve rien. Au vu de la corpulence de la patiente (poids de 45 kilogrammes), le chirurgien doute que la compresse puisse être encore au niveau du site opératoire. La compresse étant marquée par un fil radio-visible, une radioscopie sous amplificateur de brillance est proposée par un IBODE, mais le chirurgien estime que la scopie prendra trop de temps chez cette patiente fragilisée. Après 10 minutes de vaines recherches, vers 17h50, le chirurgien prend donc la décision de fermeture, pensant que la compresse doit être cachée dans les champs opératoires.

Après la fermeture, les différents professionnels continuent à chercher la compresse manquante, mais sans succès. L'information est tracée sur la check-list du bloc opératoire et sur la fiche de suivi d'intervention à destination du service de chirurgie. Le chirurgien prescrit un contrôle radiologique le lendemain matin.

Celui-ci est effectué le 4 octobre, et il met en évidence la présence de la compresse. Une réintervention est programmée le 6 octobre. La compresse, qui se trouvait au-dessus du cotyle, est enlevée lors de l'intervention qui dure une quinzaine de minutes.

Evènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins et conséquence

- Oubli de compresse au cours d'une intervention chirurgicale (textilome ou gossypiboma), ayant entraîné une ré-intervention.



ERAGE

Erage - RéQua - 26 rue Proudhon - 25000 Besançon
03 81 61 68 10 - 03 81 61 93 28 - erage@requa.fr

DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES

REPERES LORS DE L'ANALYSE

Cause immédiate

Fermeture du site opératoire sans le compte exact de compresses et sans recours à la scopie de contrôle

Défaillances liées à l'équipe :

- Travail en équipe peu développé, d'où des échanges limités entre les professionnels médicaux et paramédicaux
- Absence d'annonce par le chirurgien de la mise en place de compresses dans le site opératoire
- Pas d'échange entre chirurgien et anesthésiste sur l'état de la patiente et la balance bénéfices-risques (prolongation de l'intervention versus ré-intervention)

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Pas de protocole formalisé concernant le comptage des compresses
- Pas de conduite à tenir partagée face à un mauvais comptage de compresses

Défaillances individuelles :

- Décision de fermeture du site opératoire malgré le compte inexact des compresses

Défaillances liées à l'organisation :

- Pas de contrôle de scopie per-opératoire
- Changement récent d'organisation au sein du bloc, induisant des conflits latents

Barrière(s) existante(s)

- Réalisation de la check-list (avec notamment le comptage des compresses)

ACTIONS CORRECTIVES PROPOSEES

- Elaboration pluri-professionnelle d'une procédure pour minimiser le risque de laisser un objet étranger (compresses, aiguilles...) dans le site opératoire. Cette procédure pourra notamment aborder (en précisant le rôle de chacun) :
 - la limitation de l'ouverture de paquets (initialement et en cours d'intervention)
 - les comptages initial, intermédiaire (éventuellement) et final
 - les moyens de limiter l'oubli de compresses au sein du site opératoire (annonce par le chirurgien de la mise en place d'une compresse, marquage par pince...)
 - la conduite préconisée en cas de compte inexact (scopie per-interventionnelle, radiologie de contrôle, information du patient et/ou de l'entourage...)
- Modification de la fiche de suivi interventionnelle pour détailler les comptages (initial, intermédiaire et final, et la distinction éventuelle entre compresses rendues et restantes)
- Standardiser l'utilisation de la check list au bloc opératoire
- Réflexion sur la mise en place :
 - d'outils (balises) permettant de prévenir que le comptage est en cours et d'éviter ainsi les interruptions de tâches et donc les distractions
 - de panneaux de comptage des compresses (countway system)
 - de scanners pour identifier et compter des compresses à codes-barres

Références

- Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med 2003;348:229-35.
- Putnam K. Guideline for prevention of retained surgical items. AORN J;102:P11-3.
- Lelarge M. Gestion des risques. Protocole de comptage des textiles et lacs. Interbloc 2006;25:34-7.



ERAGE

Erage - RéQua - 26 rue Proudhon - 25000 Besançon
03 81 61 68 10 - 03 81 61 93 28 - erage@requa.fr