

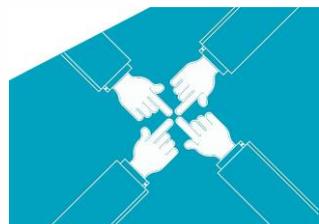
FICHE PARTAGE

Favoriser le partage d'expérience

Janvier 2025



Equipe Régionale d'Appui à la Gestion des Evènements indésirables



Ne nous enflammons pas !

CONTACT

erage@requa.fr

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

INCIDENT

Mme X, 58 ans, est opérée sous anesthésie loco-régionale pour l'ablation d'agrafes au niveau du tibia droit. Elle est en seconde position pour le passage au bloc opératoire. Mme X étant très anxieuse, l'anesthésiste lui administre une prémédication par Hypnovel™.

Après la première intervention qui s'est déroulée sans problème particulier, l'aide opératoire et l'infirmière du bloc opératoire (IBODE) débutent la préparation de Mme X. Une plaque neutre est posée sur le flanc droit de la patiente en prévision de l'utilisation d'un bistouri électrique à usage unique. La plaque est orientée en direction du site opératoire. Le test du générateur, réalisé par l'infirmière, ne montre aucune anomalie. L'induction anesthésique a lieu vers 9h30. Peu après l'induction, un garrot est posé à la racine de la cuisse droite. Une désinfection à la Bétadine® alcoolique 5% est réalisée sur le site opératoire à l'aide d'un badigeon par l'aide opératoire. Les champs opératoires (non adhésifs) sont mis en place par le chirurgien et l'aide-opératoire. Une seconde désinfection par badigeon est réalisée à la Bétadine® alcoolique 5%.

La check-list est débutée par le chirurgien et est réalisée rapidement en l'absence d'éléments majeurs à prendre en compte. Le chirurgien reprend la cicatrice existante au bistouri froid. Le bistouri électrique monopolaire, réglé comme habituellement (120 watts), est ensuite utilisé pour inciser la peau au niveau des agrafes. Dès le début de l'utilisation du bistouri électrique, le chirurgien et l'aide opératoire sentent un dégagement de chaleur. Le chirurgien arrête immédiatement le bistouri électrique, qui est tout de suite débranché. Le générateur n'a pas émis d'alarme. Des flammèches étant visibles sur le site opératoire, elles sont rapidement éteintes avec des compresses par l'aide opératoire. Le chirurgien rince ensuite le site opératoire avec une première cupule de sérum physiologique. L'IBODE cherche un litre de sérum physiologique supplémentaire pour poursuivre le rinçage du site.

Mme X ne s'aperçoit et ne se plaint de rien, l'anesthésie loco-régionale étant en place. Après une discussion bénéfices-risques, il est décidé de poursuivre l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Celle-ci est réalisée en quelques minutes, en utilisant un bistouri froid. Un pansement est réalisé sur la plaie avec du tulle gras et Mme X est conduite en salle de réveil. L'évènement indésirable est mentionné dans la check-list et le matériel est mis sous séquestre après la déclaration de matériovigilance. Le chirurgien et l'anesthésiste informent Mme X de ce qui s'est passé. L'examen de la plaie montre une brûlure au 2^{ème} degré d'environ 10 cm².

Le chirurgien, stressé, décide de stopper son programme opératoire après concertation avec le chef de bloc. Un contact est pris avec le service des grands brûlés le plus proche, et les consignes sont de poursuivre le traitement local par pansement gras stérile et antibactérien.

Mme X, très en colère initialement, choisit finalement de ne pas déposer plainte au vu de l'évolution favorable, mais demande que des leçons soient tirées de cet évènement.

ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS ET CONSÉQUENCE :

Brûlure au 2^{ème} degré sur
la face antérieure de la
jambe

CAUSE IMMÉDIATE

Non-respect du temps de
séchage de la Bétadine
alcoolique™

CONTEXTE

Aux Etats-Unis, le nombre
annuel de feux au bloc
opératoire est estimé
entre 550 et 650 (pour 65
millions d'interventions).

Un feu est le plus souvent
la résultante de
l'utilisation d'un bistouri
électrique (source de
chaleur), d'un gaz comme
l'oxygène (comburant) et
d'un antiseptique
alcoolique (combustible)



DYSFONCTIONNEMENTS ET CAUSES RACINES REPÉRÉES LORS DE L'ANALYSE

Défaillances liées à l'information du patient : /

Défaillances liées aux tâches à accomplir :

- Absence de mesure effective du temps de séchage de la Bétadine® alcoolique
- Absence de préconisations concernant le temps de séchage dans le protocole de préparation chirurgicale de l'établissement
- Absence de protocole d'utilisation du bistouri électrique

Défaillances humaines individuelles : /

Défaillances liées à l'équipe :

- Absence d'échange entre chirurgien et aide-opérateur sur le temps de séchage

Défaillances liées à l'environnement de travail :

- Absence de conduite à tenir en cas de feu de patient, affichée au bloc opératoire

Défaillances liées à l'organisation et au management :

- Absence de conduite à tenir concernant la poursuite du programme opératoire après survenue d'un évènement indésirable grave au bloc opératoire

Défaillances liées au contexte institutionnel : /



BARRIÈRES EXISTANTES

- Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » réalisée.
- Discussion bénéfices-risques sur la poursuite de l'intervention
- Arrêt du programme opératoire pour minimiser le risque de suraccident
- Information immédiate de la patiente
- Déclaration de matériovigilance réalisée pour le générateur et pour le bistouri à usage unique



ACTIONS CORRECTIVES POSSIBLES

Amélioration de l'organisation :

- ✓ Réviser le protocole de préparation cutanée et de désinfection chirurgicale en intégrant un temps de séchage minimal de 3 minutes pour les désinfectants alcooliques
- ✓ Privilégier l'utilisation de champs opératoires adhésifs, permettant de limiter la diffusion de produit alcoolisé
- ✓ Mesurer systématiquement le temps de séchage, avec échange final entre chirurgien et aide opératoire (intégré par exemple au temps de check-list)
- ✓ Proposer, au niveau national, un produit de désinfection alcoolique dont la couleur serait modifiée après séchage
- ✓ Elaborer un protocole d'utilisation du bistouri électrique (position de la plaque neutre, optimisation de la puissance, moyens de lutte contre les arcs électriques, tests avant usage, organisation de la maintenance...)
- ✓ Engager une réflexion institutionnelle sur la conduite à tenir pour la poursuite du programme opératoire après survenue d'un évènement indésirable grave au bloc opératoire

Amélioration de la communication :

- ✓ Afficher au sein des blocs opératoires la conduite à tenir en cas de feu au bloc opératoire
- ✓ Informer le patient sur les risques liés à l'utilisation du matériel au bloc lors du recueil de consentement

Amélioration de la formation :

- ✓ Développer des formations des professionnels à l'utilisation du bistouri électrique
- ✓ Organiser des séances de mise en situation de feu de patient au bloc opératoire

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES, RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

- Bouaziz H. La prévention des feux de patient au bloc opératoire. Société Française des Infirmier(e)s Anesthésistes. Avril 2012.
- HAS-FCVD. Comment gérer les risques associés à l'utilisation du bistouri électrique¹ ? Novembre 2018.
- SFAR. Feu au bloc opératoire et sur patient ; avril 2021 (<https://sfar.org/download/feu-au-bloc-operatoire-et-sur-patient/>).
- Salaria ON, Suthar R, Abdelfattah S, Hoyos J. Perioperative Management of an Airway Fire: A Case Report. A A Pract. 2018 Jan 1;10(1):5-9.