Flash
sécurité patient

MESURER
& AMÉLIORER
LA QUALITÉ

Oubli de matériel chirurgical et infections associées aux soins

Les bons comptes font les bons soins

17 octobre 2024

Ça peut aussi vous arriver

Évènement 1

OUBLI D'UNE COMPRESSE ENTRAÎNANT UNE PÉRITONITE

Une femme quadragénaire accouche par césarienne. À la fin de l'intervention, le comptage des compresses indique une compresse manquante. Après une recherche manuelle dans l'abdomen de la patiente et un cliché radiographique infructueux, le chirurgien décide de suturer la patiente. Dans les jours suivants, elle présente une occlusion intestinale et une péritonite entraînant une réintervention chirurgicale et un allongement de sa durée d'hospitalisation.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Une compresse a été oubliée dans l'abdomen de la patiente.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- La césarienne a été réalisée lors d'une garde, pendant la nuit, et dans un contexte d'urgence.
- Plusieurs éléments ont augmenté le risque d'oubli et compliqué la recherche de la compresse manquante :
  - la nature hémorragique de l'intervention (utilisation d'un grand nombre de compresses) ;
  - l'utilisation de compresses de petite taille ;
  - l'obésité de la patiente.
- La table d'opération n'était pas adaptée à la corpulence de la patiente, ce qui explique la mauvaise qualité de la radiographie réalisée en peropératoire (celle-ci était « coupée » sur les côtés, là où se trouvait la compresse manquante).
- Le chirurgien était convaincu que la compresse manquante n'était pas dans le champ opératoire.
- Il y avait une mauvaise communication au sein de l'équipe.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Évènement 2

OUBLI D'UNE PINCE DE HALSTEAD ENTRAÎNANT UNE PÉRITONITE

Une femme trentenaire est opérée en urgence pour une rupture utérine entraînant une hémorragie massive et nécessitant une hystérectomie d'hémostase avec salpingectomie. Quelques jours après l'intervention, elle présente une douleur abdominale persistante. Un scanner permet de diagnostiquer une péritonite sur corps étranger et une réintervention est réalisée.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Une pince de Halstead a été oubliée dans l'abdomen de la patiente.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- L'intervention a été réalisée en urgence et en fin de journée chez une patiente avec un pronostic vital engagé.
- L'oubli de la pince a été favorisé par :
  - l'absence d'instrumentiste ;
  - l'inexpérience de l'externe qui a remplacé l'instrumentiste ;
  - le défaut de transmission concernant la présence d'une pince dans la cavité intra-péritonéale.
- Il y a eu un défaut de communication entre le chirurgien et son équipe concernant la vérification du matériel en fin d'intervention.
- Il n'y a pas eu *a posteriori* de contrôle de la complétude de la boîte d'instruments avant son envoi en stérilisation.

Évènement 3

OUBLI D'UN CHAMP OPÉRATOIRE ENTRAÎNANT UN SEPSIS

Une patiente âgée d'une vingtaine d'années est opérée d'une sleeve gastrectomy. Au sixième jour, elle est réopérée en urgence par laparoscopie pour une fistule gastrique. Elle est à nouveau opérée au 22e jour par cœlioscopie exploratrice avec une conversion en laparotomie, pour un état septique avec collection abdominale. La patiente étant encore fébrile 48 h plus tard, une tomodensitométrie (TDM) abdominale est réalisée et montre la présence d'un corps étranger. Elle est réopérée en urgence pour la troisième fois.

Que s'est-il passé ? *Cause immédiate*

Un champ opératoire a été oublié dans l'abdomen de la patiente lors de la laparotomie.

Pourquoi est-ce arrivé ? *Causes profondes, barrières absentes ou défaillantes*

- Les IBODE intérimaires ne connaissaient ni le bloc ni son matériel.
- La conversion de l'intervention en laparotomie a entraîné une sollicitation importante des IBODE pour préparer le matériel.
- Les IBODE sont sorties plusieurs fois de la salle pour aller chercher le matériel dans la réserve.
- Un défaut de communication avec le chirurgien a entraîné une erreur sur le matériel demandé.
- Il y a un défaut de comptage des champs opératoires.

Mots clés : *oubli de matériel chirurgical – textilome – corps étranger* – check-list – *infection*

...

Pour que cela ne se reproduise pas

Bien qu'il soit difficile d'établir avec précision son incidence et sa prévalence, l'oubli de matériel chirurgical est une problématique récurrente dans la gestion des risques liés aux soins chirurgicaux. Dans environ 80 % des cas d'oubli de matériel, le compte en fin d'opération avait pourtant été déclaré comme correct[1]. Ces oublis peuvent être à l'origine d'infections associées aux soins pour le patient, et sont juridiquement considérés comme étant de la responsabilité de l'équipe, voire de l'établissement[2].

Pour éviter de tels oublis, il est important de :

- → **repérer les circonstances favorisant l'oubli de matériel et les partager au sein de l'équipe : complications per-opératoires (notamment hémorragie), obésité, contexte d'urgence, interruption de tâches, changements de procédure, période de vulnérabilité (dont les changements d'équipe) et personnels intérimaires ;**
- → **compter les compresses, champs et instruments avant, pendant et à la fin de l'intervention ;**
- → **utiliser des compresses radio-opaques standardisées (de même taille et forme)[3] ;**
- → **toujours lever le doute lorsque l'on suspecte l'oubli de matériel ;**
- → **veiller au strict respect de la place de chacun au bloc opératoire afin d'éviter les glissements de tâches ;**
- → **mieux communiquer au sein des équipes : en particulier, s'assurer à voix haute de la complétude des informations échangées sur le matériel utilisé lors de l'intervention ;**
- → **veiller à adapter la *check-list* aux pratiques des équipes pour favoriser son appropriation et sa meilleure utilisation ;**
- → **former régulièrement les équipes exerçant au bloc opératoire au risque d'oubli de textile/instrument et aux outils de prévention existants, notamment à la méthode de réalisation du compte des textiles ;**
- → **sensibiliser le service de stérilisation à identifier et avertir de l'absence d'un instrument dans une boîte.**

1. Zejnullahu VA, Bicaj BX, Zejnullahu VA, Hamza AR. Retained surgical foreign bodies after surgery. Open Access Maced J Med Sci 2017;5(1):97-100.
2. Article L1142-1 alinéa 1 du Code la santé publique.
3. Guideline for prevention of retained surgical items. AORN Journal 2015;102(6):P11-P3.
4. Haute Autorité de santé. Les *check-lists* pour la sécurité du patient [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

La collection « Flash sécurité patient »

La collection « Flash sécurité patient » sensibilise les professionnels de santé à la gestion des risques à partir d'évènements auxquels ils ont été confrontés et déclarés dans les bases de retour d'expérience nationales des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). **La HAS ne modifie pas et n'interprète pas les EIAS déclarés par les professionnels et sélectionnés dans les FSP.**
Ce flash s'intéresse aux EIAS relevant d'infections associées aux soins liées à l'oubli de matériel chirurgical. Ils sont toujours liés à une succession de dysfonctionnements. Pour ce flash spécifique, les évènements décrits ne le sont pas dans leur ensemble et les analyses reportées ont été focalisées sur les causes profondes liées à l'oubli de matériel chirurgical.

Pour en savoir plus

Cima RR, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. Journal of the American College of Surgeons 2008;207(1):80-7.

Weprin S, Crocerossa F, Meyer D, Maddra K, Valancy D, Osardu R, *et al.* Risk factors and preventive strategies for unintentionally retained surgical sharps: a systematic review. Patient Safety in Surgery 2021;15(1):24.

Haute Autorité de santé. Déclarer les évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

Haute Autorité de santé. Flash Sécurité Patient [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Textilome : comment l'éviter ? [En ligne]. Paris: AP-HP; 2024.

La HAS remercie l'équipe NOA de Santé Publique France, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et l'Institut mutualiste Montsouris qui ont participé à la relecture de ce flash.

HAS HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé — Octobre 2024