

Retour d'Expérience - Signalement d'infections nosocomiales

Objectif : A partir d'un évènement signalé par un établissement de santé (via le dispositif créé par le décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001), proposer au professionnel de santé une rétro-information synthétique sur la survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, accompagnée de références bibliographiques.

TITRE

Infection de site opératoire "récurrente" en gynécologie obstétrique

MOTS CLES

Streptococcus pyogenes - Obstétrique - Infection de site opératoire (ISO) - Matériel

CCLIN

Sud-Est

PERIODE DE SURVENUE

2008-2009

POINT D'INFORMATION

Savoir garder le niveau de vigilance lors du comptage des champs et des compresses à la fin d'un acte chirurgical y compris dans un contexte d'urgence.

CONTEXTE

- 1- Description chronologique de l'évènement, prise en charge et devenir du patient,
- 2- Circonstances et causes immédiates,
- 3 - Causes latentes (facteurs liés au patient, aux soignants, à la structure, les tâches, l'environnement, l'organisation, le contexte institutionnel).

► Chronologie des évènements

La patiente âgée de 34 ans (deuxième grossesse, obésité de 100Kg) présente une infection de site opératoire (ISO) à la suite d'une césarienne en janvier 2008. L'intervention a été réalisée en urgence dans un contexte d'hémorragie sur un *placenta prævia* ayant nécessité la réalisation d'une hystérectomie d'hémostase en raison d'une hémorragie importante.

Des consultations programmées de gynécologie de janvier à mars 2008 au centre hospitalier de son lieu de résidence (différent du lieu d'intervention), permettent de mettre en évidence un écoulement glaireux important avec une collection cervicale. Le traitement par Bactrim® est prolongé et complété par Oflozet® et Rulid®. La patiente reste apyrétique.

Début mai 2008, persistance des écoulements cervicaux. Devant l'absence d'évolution locale, une hystéroscopie est demandée qui confirme la présence de 2 champs opératoires (35 X 10) situés en position sus-vésicale à droite.

Le 21 mai 2008, il est décidé de pratiquer une laparotomie avec lavage associée à une antibiothérapie (Dalacine®+ Amiklin®+ Flagyl®). A la suite de l'intervention, la patiente présente une hyperthermie à 40°C, cependant les hémocultures resteront stériles.

A J7, la patiente retourne à son domicile avec la poursuite des lavages.

→ **1^{er} signalement externe** au CCLIN et à la DDASS en mai 2008 : collection pelvienne sus-cervicale droite à *Escherichia coli* et *Staphylococcus epidermidis* associée à la persistance de deux champs opératoires.

En mars 2009, la patiente découvre une tuméfaction para-ombilicale gauche dont l'aspect clinique évoque un processus d'infection de la paroi. La patiente signale la réapparition de leucorrhées purulentes qui s'écoulent à travers le col restant. Un scanner abdomino-pelvien pratiqué en urgence montre un abcès péritonéal.

Le 27 mars 2009 au cours de la deuxième intervention, le chirurgien découvre une compresse colonisée par un tissu fibro-cicatriciel (datant de la 1^{ère} intervention).

→ **2^{ème} signalement externe** au CCLIN et à la DDASS en mars 2009 : abcès sous-cutané et péritonéal à *Escherichia coli* suite à la persistance de résidus de compresses.

L'état de la patiente s'est finalement amélioré.

► Mécanisme de transmission

La persistance de résidus de compresses peut expliquer l'abcès sous-cutané et péritonéal.

► Hypothèses

Colonisation des compresses datant de la première intervention.

► Circonstances et causes immédiates

Intervention en urgence avec de multiples intervenants (3 chirurgiens, 2 médecins anesthésistes, 2 internes et 4 panseurs), intervention longue dans un contexte gravissime avec peur de perdre la patiente. Celle-ci a été admise en réanimation en post-opératoire pour un séjour d'une semaine.

► Causes latentes

Absence de comptage exhaustif des compresses et des textiles utilisés.
Terrain d'obésité morbide avec un contexte hémorragique.

► Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

Des échanges ont eu lieu entre l'établissement accueillant la patiente et l'établissement d'origine, ainsi qu'un partenariat entre CCLIN car l'établissement d'origine dépendant d'une autre inter région.

ACTIONS MENEES Mesures correctives engagées et informations faites aux patients et partenaires
(établissement de santé : CLIN, CME, CHSCT, tutelles...)

L'établissement a travaillé sur la traçabilité du comptage des compresses comme le recommande l'OMS, par l'utilisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire proposée par l'HAS.

REFERENCES

Check-list sécurité du patient au bloc opératoire (version 2010)

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_821871/la-check-list-securite-du-patient-au-bloc-operatoire

Manuel V2010 de certification des établissements de santé de novembre 2008, Haute Autorité de Santé

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf

Conférence de consensus sur la gestion préopératoire du risque infectieux (SFHH, 5 mars 2004) Chapitre "traçabilité et l'assurance qualité au bloc opératoire."

http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/consensus/texte_long_preop.pdf

Indicateur de surveillance des infections du site opératoire (SURVISO)

http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/ISO/ISO_accueil.html

Commentaires à adresser à : claud.bernet@chu-lyon.fr