

Objectif : à partir d'un évènement qui est signalé par un établissement de santé, **apprendre et faire partager les connaissances** concernant les circonstances de survenue et la prise en charge de l'épisode par les différents partenaires, **pour éviter la survenue d'évènements comparables**. Une référence bibliographique illustre la démarche. Un retour d'expérience est un partage d'expérience : ce n'est ni un référentiel ni une conduite à tenir.

TITRE

Cas groupés d'ISO en chirurgie bariatrique

MOTS CLES

By pass, abdominoplastie, Infection du site opératoire, obésité, PICC, douche pré-opératoire

CCLIN SUD-OUEST

Période de survenue : 2012

POINT D'INFORMATION - MESSAGE CLE

Importance d'une organisation permettant de prioriser les soins. Intégrer une aide systématique des patients pour la douche.

CONTEXTE

✘ Description chronologique de l'évènement

Survenue de 4 cas d'infections du site opératoire (ISO) en deux mois en chirurgie bariatrique, ce qui est inhabituel pour le service. Les micro-organismes sont issus de la flore cutanée et digestive. L'EOH réalise des investigations et met en place plusieurs actions d'amélioration notamment en resensibilisant les professionnels aux précautions standards. Les 4 mois suivants surviennent cependant 7 ISO supplémentaires. Les investigations par l'EOH se poursuivent via des observations de pratiques. Un signalement externe est réalisé et le CCLIN et l'ARLIN se rendent sur site pour réaliser une analyse des causes en partenariat avec les différents acteurs. Un plan d'action est élaboré. Au total 9 ISO post-by pass et 2 post-abdominoplastie sont comptabilisées en 6 mois, survenant entre 5 et 7 jours après la chirurgie, avec un taux d'attaque sur cette période de 8,7 % soit 2 à 3 fois supérieur au taux de complication infectieuse usuel pour cette équipe chirurgicale. L'évolution des patients a été favorable. Deux mois après cet épisode, un douzième cas d'ISO est survenu après chirurgie de bypass (infection à SARM, évolution favorable). Une visite complémentaire de l'ARLIN dans le service d'hospitalisation et les observations de l'EOH ont permis de compléter le plan d'action. A distance de l'évènement, le taux d'ISO est revenu à la normale dans ce service (3,1 %).

✘ Investigations

- Etude descriptive et épidémiologique, recherche active de cas additionnels,
- Analyse des causes.

✘ Hypothèse et mécanisme de transmission

Transmission directe sur le site opératoire ; transmission croisée dans le service.

✘ Évènements similaires

Au CCLIN Sud-Ouest, un seul épisode d'ISO isolée post chirurgie bariatrique a été signalé. Les études publiées sur le sujet rapportent des taux entre 4 et 16 % d'ISO. Parmi les facteurs de risque d'ISO connus sont à noter l'augmentation de la durée de l'intervention (supérieure à 3 h) et une antibioprophyllaxie non adaptée.

✘ Circonstances et causes immédiates

- Douche pré-opératoire du patient obèse potentiellement non optimale et non vérifiée systématiquement
- Portes d'entrée potentielles : certains patients avec état cutané dégradé (excoriations, mycoses)
- Bloc opératoire : ouverture-fermeture très lente des portes perturbant le traitement d'air
- Gestion des pansements complexe avec multiples pansements secs aux orifices de coelioscopie et mobilisation quotidienne des lames.

✘ Causes latentes

- Patients considérés comme de plus en plus lourds sur la période avec multiples comorbidités et IMC moyen passé de 42 à 46 entre 2011 et 2012
- Difficultés ressentie par les soignants pour aborder avec le patient obèse la douche pré-opératoire
- Hausse du nombre de patients porteurs de PICC augmentant la charge en soins ; PICC posé presque systématiquement en pré-opératoire car impression d'une plus grande simplicité d'utilisation que le cathéter court chez le patient obèse, débat existant sur l'indication entre radiologues et anesthésistes
- Réduction du personnel paramédical dans le service
- Précautions standard dans le service non optimales (port de bijoux)
- Interruptions de tâches en service suite à de nombreux appels téléphoniques.

Facteurs favorisant	Observations	Axe d'amélioration
Patients	<p>Nombreuses co-morbidités : Obésité, ASA 2/3, état cutané parfois dégradé, portage de SARM connu pour l'un des patients.</p> <p>Psychologie : rapport à l'obésité du patient (image de soi) qui compromet la prise en charge par un tiers (ex : douche pré-opératoire ou en cours d'hospitalisation). Difficultés ressenties par les soignants pour aborder avec le patient obèse la douche pré-opératoire.</p>	<p>Réflexion sur un examen cutané systématique lors de la consultation pré-opératoire dans un objectif de traitement de plaie ou de mycose pré-existante. Réflexion sur une stratégie de dépistage pré-opératoire chez les patients connus porteurs de SARM dans un objectif de décolonisation.</p> <p>Sensibilisation et éducation thérapeutique à persévérer, la douche doit être présentée comme un élément factuel capital du soin de manière positive ne devant pas occasionner de gêne ni de réserve. Réaliser une aide à la douche systématique et prévoir un support écrit de communication.</p>
Professionnels, Equipe	Alerte donnée par le chirurgien	
Tâches	<p>Ouverture précoce des boîtes de chirurgie, et des drains en début d'intervention.</p> <p>Gestion des pansements complexe avec multiples pansements secs aux orifices de coelioscopie, mobilisation quotidienne des lames et changement des flacons de drainage quotidien même si drain non productif.</p> <p>PICC posé presque systématiquement en pré-opératoire car impression d'une plus grande simplicité d'utilisation que le cathéter court chez le patient obèse. Débat existant sur l'indication entre radiologues et anesthésistes. Durée moyenne de 6,5 jours. Absence de protocole actualisé de gestion de ces dispositifs et absence de formation des professionnels du service. Hausse de la charge en soins liée à ces dispositifs.</p> <p>Précautions standard dans le service non optimales (port de bijoux).</p>	<p>Revoir les ouvertures précoces en trouvant une organisation adaptée.</p> <p>Revoir avec les chirurgiens les prescriptions de soins post-opératoires.</p> <p>Revoir les indications et la gestion des PICC : pose uniquement lorsque indication justifiée, rédiger un protocole d'utilisation et former les professionnels.</p> <p>Assurer le non port de bijou (alliance incluse)</p>
Environnement de travail	<p>Bloc opératoire : lenteur ouverture/fermeture des portes, nombre d'allées et venues limitées</p> <p>Charge de travail accrue en service de soins du fait d'une réduction du personnel paramédicaux, de patients plus lourds (PICC, comorbidités, patients infectés) et d'accueil d'une activité d'ORL avec une hausse d'activité sur la période.</p>	<p>Permettre une ouverture-fermeture des portes de bloc rapide.</p> <p>Assurer un nombre professionnels adapté à la charge des soins : politique de renforcement de l'équipe si 2 patients infectés présents dans le service et réflexion pour recruter un professionnel paramédical supplémentaire</p>
Organisation	Interruptions des soins en service dus à de nombreux appels téléphoniques	Alternative et organisation à trouver pour la gestion des appels téléphoniques et ainsi réduire les interruptions de soins.
Interrégion - National		
Interface ARLIN – CCLIN établissement de Santé	Signalement externe, échanges sur l'analyse des causes	

Commentaires sur la prise en charge de l'évènement

Pas de retard dans l'identification et la prise en charge des infections. Bon partenariat avec l'EOH dès le signalement en interne. Demande de rencontre avec l'ARLIN pour questions et échange sur les pratiques de soins.

REFERENCES

- ✘ Gestion pré-opératoire du risque infectieux : conférence de consensus. SFHH. 2004. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2004_chirurgie_textelong_SFHH.pdf
- ✘ Chopra T et coll. Epidemiology and outcomes associated with surgical site infection following bariatric surgery. Am J Infect Control. 2012 Nov;40(9):815-9.
- ✘ Goubaux B et coll. Prise en charge périopératoire du patient obèse. EMC - Anesthésie-Réanimation, Volume 1, Issue 2, April 2004, Pages 102-123.
- ✘ Chopra T et coll. Preventing surgical site infections after bariatric surgery : value of perioperative antibiotic regimens, Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2010;10(3):317-328