



## Fréquence et nature des incidents peropératoires en chirurgie vasculaire

62

Lear R, Riga C, Godfrey AD et al.: Multicentre observational study of surgical system failures in aortic procedures and their effect on patient outcomes

British Journal of Surgery 2016; doi: 10.1002/bjs.10275

La chirurgie vasculaire a connu des développements importants, notamment avec la multiplication des procédures mini-invasives, mais aussi l'introduction de nouvelles méthodes et de toute une série de dispositifs médico-techniques. Suite à ces avancées, les équipes travaillant dans ce domaine doivent faire face à des exigences élevées au niveau de la technique, de la communication et des procédures. Cela étant, il est intéressant de savoir à quelle fréquence des situations dangereuses surviennent pendant les interventions, de quel type d'événements il s'agit et quelles en sont les conséquences. Lear et al. présentent l'étude LEAP (Landscape of Error in Aortic Procedures) consacrée au recueil des incidents et des erreurs se produisant durant des opérations de l'aorte par chirurgie ouverte ou par chirurgie endovasculaire (EVAR).

20 équipes en chirurgie vasculaire de dix hôpitaux anglais ont participé à l'étude. Pendant la première phase, elles ont appris à utiliser l'ICECAP, un outil permettant d'identifier et de saisir de façon structurée les incidents (« failures ») au stade postopératoire. A titre d'entraînement, elles ont appliqué cet instrument à 88 procédures au total en présence d'un formateur chargé de les accompagner. Lors de la seconde phase de l'étude, les équipes chirurgicales ont relevé de façon autonome les incidents peropératoires à l'aide de l'ICECAP. Après l'intervention, elles devaient évaluer d'un commun accord s'il y avait eu un incident et, dans l'affirmative, le noter et le classer. Une distinction était établie entre les incidents mineurs et les incidents graves, ces derniers impliquant un retard peropératoire d'au moins 15 minutes, un préjudice causé au patient ou un risque significatif de préjudice. Le préjudice était défini comme une atteinte au patient attestée par une réaction physiologique (instabilité circulatoire p. ex.) ou par la nécessité de réaliser un acte invasif supplémentaire. Tous les incidents documentés et les complications ont été analysés et classés par deux experts. Sur un total de 185 interventions, les équipes ont relevé 799 incidents peropératoires, ce qui correspond à trois incidents par procédure ou à un événement par heure d'opération (médiane). Les plus fréquents concernaient l'équipement (34 %), en particulier la non-disponibilité de matériel nécessaire (endoprothèses p. ex.). Parmi les événements fréquents figuraient aussi des problèmes sans lien direct avec la procédure (22 %), en majorité des distractions. En outre, 13 % des incidents étaient liés à la communication. Un grand nombre d'événements (63 %) ont occasionné un

retard peropératoire (90 heures au total, réparties entre 185 procédures).

Près de 100 incidents ont été qualifiés de graves et beaucoup d'entre eux avaient pour origine des problèmes de communication entre des sous-groupes de l'équipe (chirurgie et radiologie p. ex.). Sur 185 patients, 12 ont subi un préjudice peropératoire. Suite à une communication peu claire, les mauvaises pinces ont par exemple été retirées, ce qui a causé une perte sanguine importante, non détectée immédiatement, puis une hypotension sévère. Les incidents peropératoires graves étaient associés à de lourdes conséquences pour les patients (réopération, complication majeure, décès). Le fait que l'opérateur principal n'ait pas l'habitude de travailler avec certains éléments de l'équipement était un prédicteur important de la survenue d'un incident (parmi d'autres facteurs).

L'étude montre que de nombreux incidents peropératoires en chirurgie vasculaire sont liés à l'équipement et au matériel ou à une communication déficiente, notamment entre professionnels de disciplines différentes. La chirurgie vasculaire utilise aujourd'hui une large palette de dispositifs nouveaux et variés. Si cette évolution est bénéfique, elle peut aussi engendrer des risques pour la sécurité des patients. Prévenir les incidents tels que ceux qui sont décrits dans l'étude permettrait également d'éviter des retards et, partant, des coûts importants.

La méthode choisie, à savoir le relevé par consensus directement après l'opération, présente des points forts et des points faibles. Inconvénient : l'équipe peut manquer de recul à ce stade et l'autodéclaration des incidents risque d'être faussée. Toutefois, l'ICECAP est un instrument très structuré et on observe une concordance élevée entre les données des équipes et du formateur dans l'évaluation des situations lors de la première phase. Avantage : l'ICECAP requiert une discussion immédiate des incidents au sein de l'équipe, ce qui permet d'en tirer des enseignements au niveau local, de recueillir des expériences et de définir des mesures si nécessaire.

### Prof. David Schwappach, MPH

Directeur recherche et développement de Sécurité des patients Suisse – Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne

Lien vers le résumé :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27557606>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.