

PRECONISATION OA CHIRPED



Défaillances de drainage dans la prise en charge chirurgicale de l'enfant

Avril 2017

Contexte

Les défaillances de drainage en chirurgie de l'enfant sont assez fréquentes dans la pratique courante et leur gravité peut être significative. Dans le référentiel risque de l'OA CHIRPED, la criticité (fréquence x gravité) a été estimée à 8 sur une échelle de 25.

Compte tenu de cette criticité, le référentiel risque de la spécialité a défini une Situation à Risque (SAR) sur ce thème en 2013 et un questionnaire d'analyse approfondie lui a été adossée en 2015.

Sommaire

Contexte p.1

Analyse des EIAS p.2

Questionnaire p.3 et 4
D'analyse Approfondie

Drainage p.5
idéal

Bibliographie p.6

MOTS - CLES

Enfant Chirurgie

Drainage

Pré – opératoire

Post - opératoire

Drainage « idéal »

Extrait du Référentiel Risques de la spécialité

Fréquence des c	5-Très probable à certain	Inadéquation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire chez l'enfant			
	4-Probable	Matériel inadapté à l'enfant			
	3-Peu-probable	Défaillance de drainage		Erreur Médicamenteuse en chirurgie infantile, de la prescription à l'administration	
	2-Très peu probable		Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire	Erreur d'identification du patient	
	1-Très improbable				
	1-Mineur	2-Significatif	3-Majeur	4-Crève à critique	5-Catastrophique
	Gravité des conséquences				

Lors de la journée de formation et d'échanges annuelle des praticiens engagés dans l'accréditation, le 31 mars 2017, les EIAS (Evènements Indésirables Associés aux Soins) enregistrés dans la base REX (Retour d'Expériences) de la HAS, sur ce thème, ont été examinés.

Trente huit EIAS intitulés « défaillance de drainage : acte, matériel ou surveillance » (Situation A Risque ciblée n°5) ont pu être analysés collégalement par les 22 participants à cette journée afin de dégager les grandes lignes communes aux défaillances de drainage ainsi que les spécificités propres à chaque spécialité (orthopédie, viscérale et urologie).

Une réflexion plus globale sera proposée à la Haute Autorité de Santé et aux membres des autres Organismes d'Accréditation en vue de l'élaboration d'une solution pour la sécurité du patient.

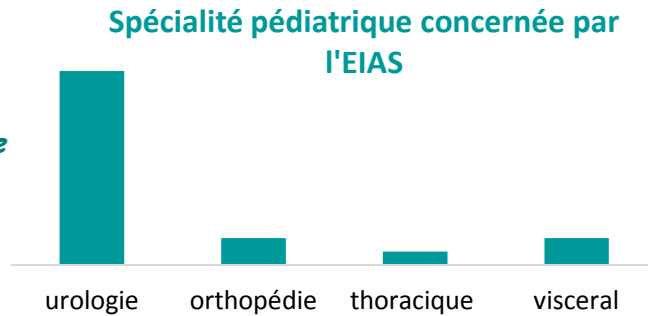
Résultats d'analyse des 38 EIAS liés à une défaillance de drainage

L'analyse des 38 EIAS déclarés a montré la plus grande déclaration des événements sur des défaillances de drainage en urologie. Cependant des grandes lignes à respecter chez l'enfant se dégagent et restent valable pour tout type de drainage.

Quelle spécialité pédiatrique est concernée ?

La majorité des EIAS concernés par des défaillances de drainage est en chirurgie urologique suivie par l'orthopédie et la chirurgie viscérale.

La grande majorité des EIAS signalés concerne les défaillances de drainage en chirurgie urologique

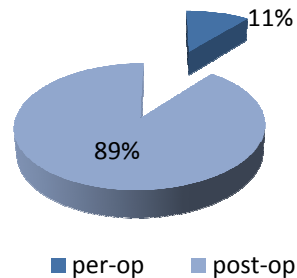
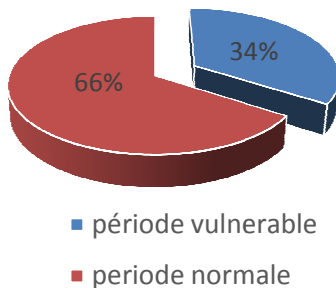


Quand?

Dans 2/3 des cas, le déclarant signale que la période de découverte de l'EIAS est une période normale (hors changement d'équipes ; nuit ou WE..).

Dans la majorité des cas, la découverte de l'EIAS se fait en post opératoire (89% des cas).

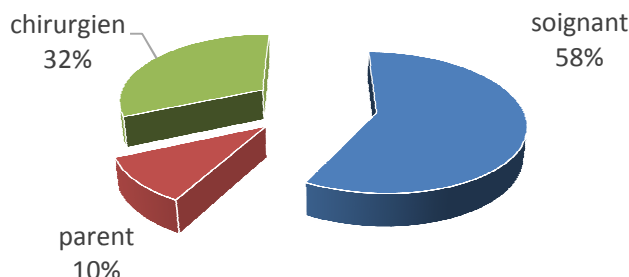
Attention aux changements d'équipe et aux nouveaux professionnels (internes inclus)...



Qui découvre?

Les soignants médicaux (38%) et paramédicaux (58%) découvrent majoritairement le dysfonctionnement mais il faut cependant remarquer que dans 10% cas ce sont les membres de la famille qui souvent, rentrés à domicile, constatent une anomalie quand ils ont été informés de la surveillance et des risques potentiels.

Une famille alertée = Un drainage optimisé



Le questionnaire d'analyse approfondie sur la SAR « défaillance drainage ».

Il doit être renseigné par le déclarant ou être réclamé par l'expert de façon plus systématique. Ce questionnaire, peu rempli du fait du changement informatique de déclaration (SIAM2), est de nouveau accessible.

1. Situation du drainage

1.1 Cavité naturelle

- vessie
- rein
- urètre
- estomac
- rein + vessie
- colon
- intestin grêle
- autre
- non applicable

1.2 Cavité close

- péritoine
- plèvre
- péricarde
- autre :
- non applicable

2 Matériel de drainage

- cathéter
- sonde
- sonde auto-bloquante (ballonnet, JJ, ...)
- sonde non auto-bloquante (Sonde Gastrique, Sonde Urinaire double courant, « queue de cochon », ...)
- lame
- redon
- autre

3 Type de fixation

- aucun
- fil non résorbable
- fil résorbable tressé
- fil résorbable monofilament
- fixation collée
- autre

4 Lieu de Mise en place du drainage

- bloc opératoire
- urgences
- lit du patient
- autre

5 Type d'incident

5.1 Malposition

- initiale
- déplacement secondaire
- blessure d'organe
- autre
- non applicable

5.2 Infection

- soins inappropriés
- prolongation du drainage
- autre
- non applicable

5.3 Perméabilité défectueuse

- calibre insuffisant
- vrille
- couture sous un pansement
- autre
- non applicable

5.4 Aspiration défaillante

- non branché à l'aspiration murale
- non mis en aspiration



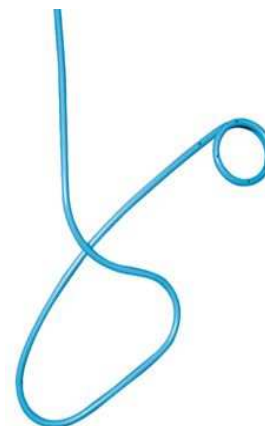
Un questionnaire

d'analyse approfondie de

l' EIAS

insuffisamment

renseigné...



- ne tient pas le vide
- fuite
- autre
- non applicable

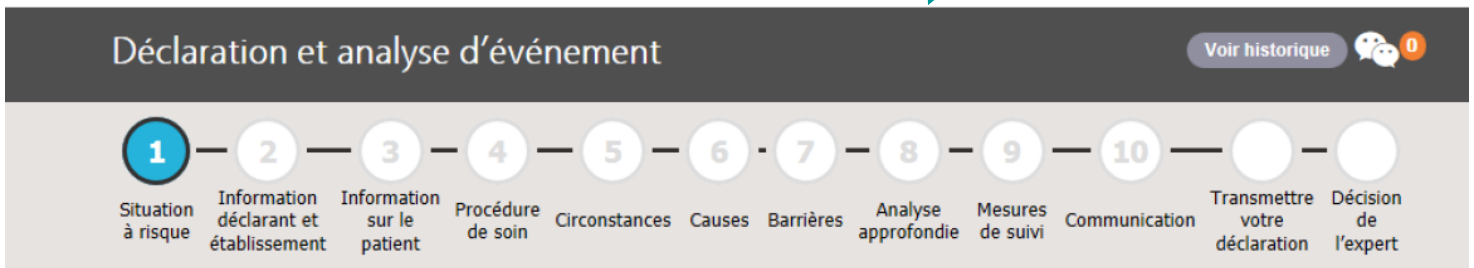
5.5 Ablation

- trop précoce
- accidentelle
- dispositif arraché avec le pansement
- impossible
- incomplète
- autre
- non applicable

5.6 Fixation défailante

- initiale
- secondaire
- non applicable

8



<i>Déclarant</i>	<i>Expert</i>
<p>Pensez à remplir le Questionnaire d'Analyse Approfondi</p> <p><i>(vous le trouvez à l'onglet 8 lors de la Déclaration et l'analyse de votre EIAS)</i></p>	<p>Pensez à vérifier que le Questionnaire d'Analyse Approfondi soit bien rempli</p> <p><i>(sinon demandez-le)</i></p>

Un questionnaire d'analyse approfondie d'un EIAS

A été réfléchi pour nous aider à dégager des

Recommandations

Pensez - y !!

Les 12 règles du drainage idéal en chirurgie de l'enfant

Le drainage est à l'origine d'une chaîne complexe, faite de multiples intervenants et il est important que chacun connaisse son rôle. Cette chaîne comporte des règles et des bonnes pratiques.

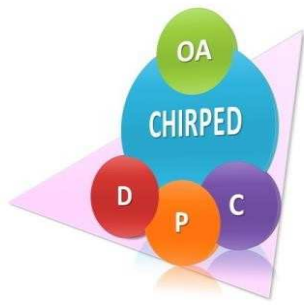
1. **Ne drainer que si nécessaire** et avec du **matériel prévu à cet effet**. Le drainage est-il recommandé ou justifié ? Comment le faire ? Avec quoi ? Le matériel est-il adapté à l'enfant ? A-t-on les bonnes tailles ? Les bonnes longueurs ? ...NE PAS FAIRE DE DRAINAGE AVEC DU MATERIEL « BRICOLE »
2. Les **orifices de sortie** du drainage doivent être **déclives** pour permettre un drainage efficace. **Eviter de sortir** les moyens de drainage **par les cicatrices et/ou les orifices de trocars**. Faire des **trajets en chicane** pour les drains thoraciques.
3. **Adapter le moyen de fixation du drainage à l'immobilisation prévue**. Par exemple : pas de fixation par fil s'il est décidé de mettre un plâtre circulaire après le geste => privilégier une fixation par stéristrips au niveau du point cutané.
4. Penser au **contrôle de l'intégrité du système de drainage à l'ablation** (point 12) de ce dernier. Par exemple, la longueur d'un drain multi perforé est adaptée en coupant **ENTRE** deux œillets, la longueur du système de drainage mise en place (ou celle extériorisée par rapport à la longueur totale) est notée sur les transmissions postopératoires et si possible dans le Compte rendu opératoire.
5. Vérifier que le **drainage est bien fixé** et qu'il est **perméable après fixation**. Une fixation peut être inefficace (le vérifier en tractant doucement sur le système mis en place) et une fixation par fil peut être sténosante. Prudence !
6. En présence de plusieurs drainages, mettre **un repérage directement sur le système de drainage**. Par exemple, un scotch avec le type de drainage et les consignes particulières / aspiration...durée prévisible...
7. **Penser à l'enfant en post opératoire** : l'enfant peut tirer sur les systèmes de drainage ou être agité => laisser le moins de longueur possible accessible (par exemple, faire une boucle de rappel sous le pansement), matelasser le pansement, prudence sur les fixations des systèmes de drainage au lit et sur les parties mobiles (drainage de vessie fixé sur les membres par exemple)...
8. Remplir une **fiche de consignes post- opératoires précises** : lieu de drainage, type de drainage, durée prévue...l'analyse des EIAS montre que les consignes imprécises sont source de défaillance, ce d'autant que les enfants sont pris en charge dans une unité non chirurgicale ou par des équipes peu entraînées.
9. Ne pas quitter **la salle de réveil** sans avoir vérifié que **l'ensemble du système de drainage est opérationnel** (par exemple, vérifier l'absence de fosset sur une sonde urinaire, aspiration sur redon mise en place...)
10. Vérifier dans **le service d'hospitalisation**, au plus proche du geste chirurgical que le système de **drainage est efficace** et que **les consignes sont comprises** par tous (patient et famille compris). Par exemple, vérifier l'absence de couture des systèmes de drainage.
11. **Informé la famille** sur les systèmes de drainage qu'ils ont à prendre en charge à domicile. Les informer sur les attendus, la gestion au quotidien, comment faire en cas d'imprévus, qui prévenir...
12. **Contrôler l'intégrité du système de drainage** à l'ablation de ce dernier (point 4)

Ne drainer que si nécessaire ...

La fixation doit faire l'objet d'une véritable réflexion....



Faire des transmissions post-opératoires précises ...



OA CHIRPED

Bd Béranger
Hôpital Gatién
de Clocheville
37044 Tours
Cédex

hubert.lardy@univ-tours.fr

catherine.lerouzig-dartoy@chu-brest.fr

Bibliographie

- The impact of surgical approach and urinary diversion on patient outcomes in pediatric pyeloplasty. [Bayne AP¹](#), [Lee KA](#), [Nelson ED](#), [Cisek LJ](#), [Gonzales ET Jr](#), [Roth DR](#). J. Urol. 2011
- Complications of trans-anastomotic externalised stents in open pyeloplasty: influence of the method of placement, the duration of stenting, and the associated bladder drainage. [Castagnetti M¹](#), [Berrettini A](#), [Cimador M](#), [Sergio M](#), [Rigamonti W](#), [DeGrazia E](#). Ped SURg Int 2010
- Outcome analysis and cost comparison between externalized pyeloureteral and standard stents in 470 consecutive open pyeloplasties. [Braga LH¹](#), [Lorenzo AJ](#), [Farhat WA](#), [Bâgli DJ](#), [Khoury AE](#), [Pippi Salle JL](#). J Urol 2008
- Drainage of pyelo-ureteral junction surgery: personal technique and review of the literature [Mure PY¹](#), [Mouriquand P](#) Ann Urol 1999
- The Role of Prophylactic Antibiotics After Minimally Invasive Pyeloplasty With Ureteral Stent Placement in Children. [Ferroni MC¹](#), [Lyon TD²](#), [Rycyna KJ²](#), [Dwyer ME³](#), [Schneck FX³](#), [Ost MC³](#), [Cannon GM³](#), [Stephany](#). Urology 2016
- Ureteral stents do not cause bacterial infections in children after ureteral reimplantation. [Uvin P¹](#), [Van Baelen A](#), [Verhaegen J](#), [Bogaert G](#). Urology 2011
- Complications of double J ureteral stents. [el Khader K¹](#). J. Urol 1996
- Horner's syndrome as a rare complication of tube thoracostomy: case reports and review of literature. [Thomas DT¹](#), [Dagli TE](#), [Kiyan G](#). J Pediatr Surg 2013

Pilote de la SSP

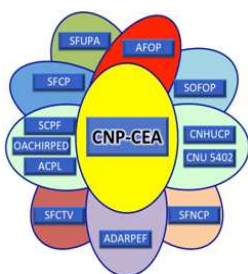
Pr J. BREAUD, expert OA CHIRPED, Nice

Groupe de Travail

Dr S. ABU AMARA, expert OACHIRPED, Rouen
Pr F. AUBER, Besançon
Dr Q. BALLOUHEY, Limoges
Dr MB. BOIMOND, Bordeaux
Dr C. CHALLEMET, Bordeaux
Dr O. CHAMOND, Paris
Dr P. De VRIES, Brest
Dr C. DIMITRIU, Paris
Dr A. FAKRO, Avignon
Dr F. MICHEL, Dijon
Dr C. GARIGNON, St Brieuc
Dr I. GERMOUTY, Brest
Pr JM. GUYS, Marseille
Pr H. LARDY, Tours
Dr C. LE ROUZIC-DARTOY, expert OA CHIRPED, Brest
Pr G. LEVARD, Poitiers
Pr PY. MURE, Lyon
Dr R. POLITI, expert OA CHIRPED, Antony
Dr C. RAQUILLET, Aulnay Sous Bois
Dr A. VICTOR, Quimper
Dr A. WAKIM, expert OA CHIRPED, Paris

RETROUVEZ NOUS
SUR LE WEB

OACHIRPED.FR



Approuvé par le Conseil National
Professionnel pour la Chirurgie de
l'Enfant et de l'Adolescent (CNP-
CEA) le 10 mai 2017.