



Comment réduire les erreurs de site d'exérèse de lésions cutanées ?

Deux exemples d'événements indésirables

1. « Femme de 82 ans adressée par le dermatologue au chirurgien plasticien pour une exérèse d'un EOA basocellulaire de l'aile du nez droite. La patiente se présente avec un courrier du dermatologue. Il n'y a pas de photo ni de schéma joints malgré le caractère extrêmement discret de la lésion. L'intervention, jugée non complexe et non urgente, est réalisée en ambulatoire sans Cs préopératoire. Un repérage de la zone à exciser est réalisé au bloc avec un dispositif grossissant (x 6) et la participation de la patiente. L'examen de la pièce réalisé en extemporané montre des marges saines.

Une couverture de la perte de substance est réalisée par un lambeau. Revue une semaine plus tard en consultation, la patiente exprime son mécontentement car la zone à opérer, d'après elle, se situe trop haut. Cela est confirmé par le résultat d'anapath qui montre une zone dyskératosique sans dégénérescence. Le chirurgien demande alors au dermato-

logue prescripteur de localiser la lésion par un dessin. Une réintervention est réalisée permettant, cette fois, l'exérèse de la lésion maligne ».



2. « Exérèse d'un carcinome basocellulaire de la joue gauche. Au moment du geste opératoire, le patient, un homme de 66 ans, me dit que la lésion n'est quasiment plus visible. Je vois une petite érosion persistante, et je décide donc de l'enlever.

Or, la lésion pour laquelle il avait consulté 2 mois plus tôt était située immédiatement à côté d'un naevus tubéreux situé 2 cm plus haut sur la joue. M'ayant dit que la lésion avait disparu, mon attention ne s'est pas portée sur la lésion initiale, mais sur une autre lésion située un peu plus bas. Les 2 lésions étant proches, le

patient n'a pas réagi lors du geste opératoire, mais lors de sa sortie du secteur ambulatoire. L'absence de photos et d'un repérage précoce est à l'origine de cet événement ».

L'organisme agréé d'accréditation PLASTIRISQ a identifié dès 2008 le risque « d'erreur de patient, de côté ou de site lors d'une intervention » comme un sujet important et méconnu car il existe peu de littérature. Chacun a entendu « des histoires de chasse » ou plus rarement des commentaires sur des suites judiciaires, mais peu de médecins ont pris des mesures pour réduire ce risque.

Sur les 5 000 événements enregistrés dans la base de retour d'expérience en chirurgie plastique depuis 2008, l'analyse a mis en évidence un risque accru en chirurgie dermatologique. 85 événements ayant conduit à des erreurs de site opératoire (à l'exclusion des erreurs de patient) en chirurgie dermatologique ont été étudiés de façon approfondie afin de mettre en évidence les causes à l'origine de cette situation à risque.

La solution pour la sécurité proposée vise à réduire les causes profondes identifiées.

Contexte de la situation à risques

Deux mécanismes différents peuvent conduire à un défaut d'exérèse d'une lésion cutanée :

- une erreur de localisation (intervention sur un mauvais site) ;
- une exérèse insuffisante (rendue difficile par une biopsie préalable).

Ce risque est majoré :

- par la nature des lésions :
 - patient porteur de multiples lésions cutanées augmentant le risque de confusion (visage ou corps),
 - patient porteur d'autres lésions perturbant la lecture ou modifiant les données locales : pathologies tumorales intercurrentes, cicatrice,
 - lésion rendue quasi invisible par la biopsie : fréquent sur le visage, notamment le nez, et pour les tumeurs de petite taille sur l'ensemble du corps,
- par la multiplicité des intervenants lors de la prise en charge : correspondant, chirurgien, soignants ;
- par une coopération difficile avec le patient : confusion, désintérêt, difficultés d'expression, patient mal informé préalablement.

Conséquences :

- reprise chirurgicale immédiate ou différée ;
- oubli de lésions, perte de chance et évolution défavorable de la maladie.

Causes de la situation à risques

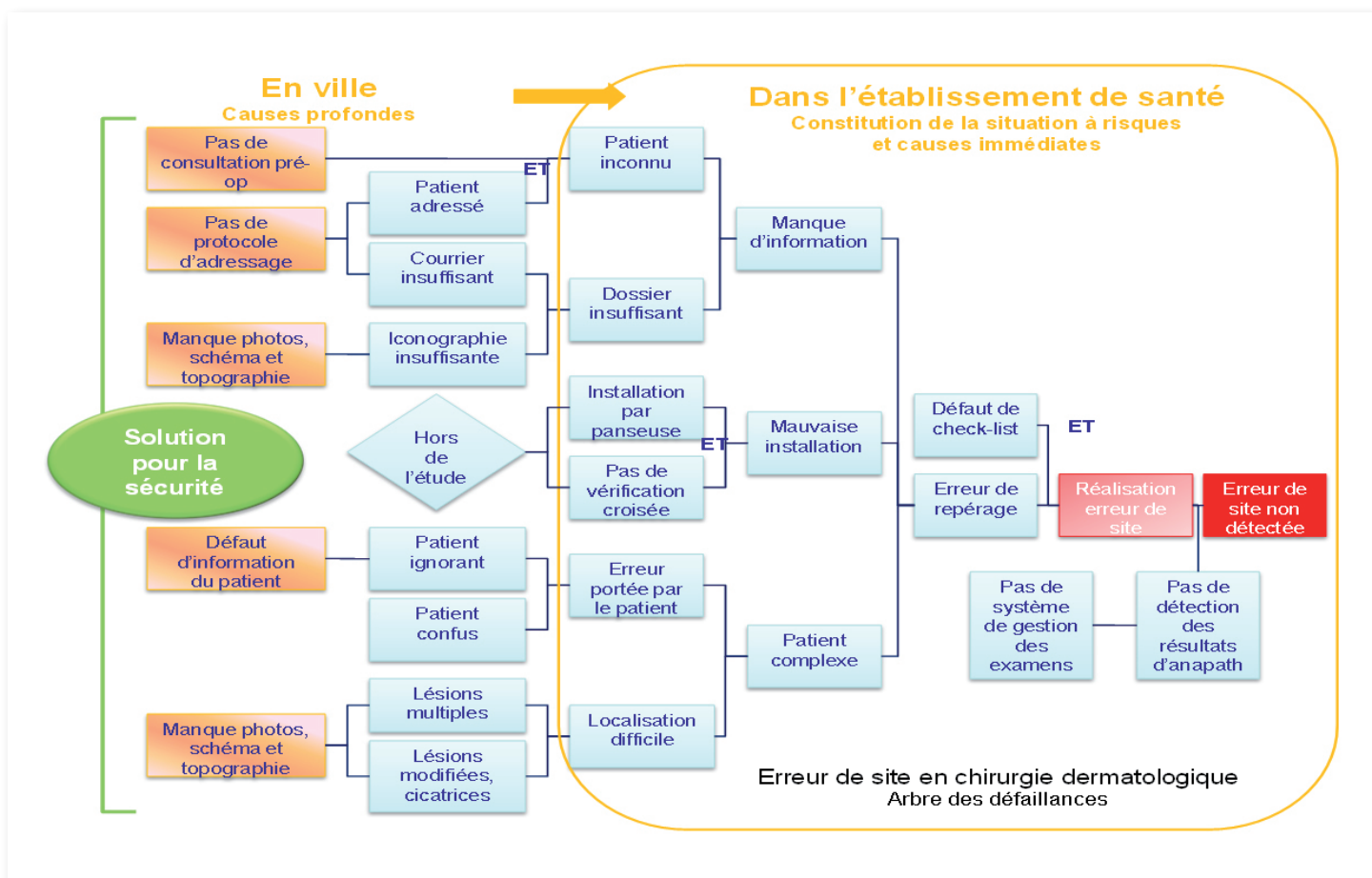
Une défaillance de communication

- Entre le correspondant (dermatologue ou médecin généraliste) et l'opérateur.
- Notamment une imprécision dans la localisation de la lésion.

Une prise en charge opératoire trop rapide

- Un opérateur n'ayant pas réalisé de consultation préopératoire.
- Temps de repérage et/ou de marquage préopératoire insuffisant (mais il faut prendre en considération les contraintes liées aux différentes formes de prise en charge, notamment pour les interventions réalisées en consultation externe).
- Non-utilisation de la check-list.

Une défaillance dans le suivi postopératoire des résultats d'anatomopathologie.



Solution pour réduire la situation à risques

La solution développée propose de mettre en place :

- des actions de prévention avec ① l'utilisation d'un support standardisé de communication, ② la réalisation de photos numérisées ;
- une action de récupération, si l'événement survient, avec ③ la gestion sécurisée des examens d'anatomopathologie ;
- ainsi que ④ le rappel de bonnes pratiques.

① PRÉVENTION : la fiche de liaison en chirurgie dermatologique

Cette fiche complète la correspondance habituelle réalisée entre les praticiens en fournissant l'essentiel des informations de repérage anatomique sur le recto (avec un schéma). Le verso de la fiche comprend une zone de commentaire complémentaire si nécessaire.

Fiche de liaison en CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE	
Coordonnées du correspondant (ou tampon) Nom : Prénom : Adresse : Téléphone :	Identification du patient (ou étiquette) Nom : Prénom : Date de naissance : N° de SS :
Diagnostic clinique Carcinome basocellulaire... <input type="checkbox"/> Carcinome épidermoïde... <input type="checkbox"/> Mélanome... <input type="checkbox"/> Reprise... <input type="checkbox"/> Autre... <input type="checkbox"/> Précisez :	Date de la C.S. : Nombre de lésions <input type="text"/> Commentaires :
Repérage Côté : Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Face : Ant <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Repères anatomiques : à mm à mm	
Aspect Diamètre (si circulaire) : Longueur : Largeur : Autres informations : (couleur, asymétrie...)	
Photos Réalisées : OUI NON Date : Photos jointes : OUI NON Photos remises au patient : OUI NON	
Biopsie Réalisée : OUI NON Date : Résultat joint : OUI NON Orientation de la pièce : Fil àH Fil àH	

Il s'agit d'un support de transmission utilisable entre les professionnels intervenant auprès du patient.

- Idéalement, la fiche est initialisée par le praticien posant le diagnostic (dermatologue, omnipraticien).
- Cette fiche suit éventuellement le patient lors de ses consultations ultérieures.
- Elle est complétée en tant que de besoin (dermatologue, chirurgien, anatomopathologiste, etc.).

La fiche est transmise par les moyens habituels de correspondance utilisés entre les praticiens (courrier postal, par le patient lui-même, etc.).

La fiche rejoint en secteur hospitalier le dossier médical du patient. Elle est présente dans le dossier lors de l'intervention.

Une copie de cette fiche est jointe au compte rendu opératoire adressé au médecin correspondant.

NB : Cette fiche est un support pouvant favoriser l'information et la participation du patient à sa prise en charge. Si elle lui est confiée, il doit avoir reçu une information complète et bénéficié d'une consultation d'annonce dans le cas de pathologies cancéreuses.

2 PRÉVENTION : la réalisation de photos numérisées des lésions

La réalisation de photos numérisées des lésions est un élément indissociable de la fiche de liaison précédente. Ces clichés, réalisés avant l'exérèse, permettent de définir avec précision la localisation et le type des lésions. Ils représentent des documents médicaux de première importance.



Réalisez deux types de clichés : 2 photos

Après avoir identifié la lésion avec des repères au crayon dermique (flèches, cerclage, limites cliniques, etc.) réalisez :

- un **cliché régional** permettant de situer la lésion par rapport à des repères anatomiques ;
- un **cliché en gros plan** permettant de visualiser la lésion (couleur, forme) et sa taille (utilisation d'une règle millimétrique).

Avec quels appareils ? 2 possibilités (non exclusives)

- **L'appareil du patient** ou de son entourage (appareil photo, téléphone portable) : le patient se charge alors de transmettre les clichés aux autres professionnels. La confidentialité et le secret médical sont préservés dans la chaîne de transmission ;
- **L'appareil du praticien** : les clichés sont pris par le prescripteur de la démarche thérapeutique.

Ils sont transmis par des moyens sécurisés ou imprimés et joints à la fiche de liaison.

3 RÉCUPÉRATION: le suivi des résultats d'anatomopathologie

Malgré toutes les précautions prises pour prévenir une erreur de site, le praticien doit considérer que le risque n'est pas réduit à zéro. Organiser dans son cabinet un suivi systématique des prélèvements d'anatomopathologie en attente après une chirurgie peut permettre de détecter des situations où le résultat est discordant et de les récupérer.

Types d'actions à mettre en œuvre

- Traçabilité des examens : suivi quantitatif, cahier d'enregistrement des envois et des retours, cohérence entre nombre d'opérés et nombre de résultats.

- Validation systématique des résultats par l'opérateur.
- Consignation des résultats interprétés dans le dossier du patient.
- Envoi systématique d'une copie des résultats au médecin correspondant.

4 Rappel de bonnes pratiques

Favoriser la participation du patient

- L'utilisation des solutions proposées précédemment va globalement améliorer l'information du patient (et faciliter le devoir d'information du praticien), la recherche de son consentement, ainsi que renforcer son implication lors de la phase chirurgicale.
- Utiliser un miroir en consultation et au bloc (et prévoir, si nécessaire, la présence des lunettes du patient au bloc).
- En cas de doute : reporter l'intervention et revoir le correspondant.

Renforcer certaines phases opératoires

- Systématiser un temps de repérage et/ou de marquage opératoire avec si possible la participation

du patient (stopper la chirurgie en cas de discordance jusqu'à confirmation).

- Vérification du contenu du dossier opératoire.
- Réaliser une check-list opératoire (dont *time-out*).

Renforcer le suivi post-opératoire

- Si les résultats d'anatomopathologie sont discordants :
 - ▶ contacter le médecin correspondant ;
 - ▶ revoir absolument le patient ;
 - ▶ annonce du dommage ;
 - ▶ programmer une réintervention.

Qui est concerné ?

Cette SSP est recommandée en chirurgie dermatologique lorsque le nombre ou la situation des lésions font craindre un risque d'erreur de repérage et particulièrement lors de la prise en charge de lésions malignes (carcinome basocellulaire ou épidermoïde, naevus modifié ou atypique, mélanome malin et mélanome de Dubreuilh).

Sont concernées toutes les activités de chirurgie plastique ou de dermatologie conduisant à l'exérèse d'une lésion cutanée. Cette activité peut se dérouler en médecine de ville ou en établissement de santé : en soins externes, en ambulatoire ou en hospitalisation.

McGinness a réalisé une étude sur le risque d'erreur de repérage des lésions après biopsie. Le patient se trompe dans 16,6 % des cas, le chirurgien dans 5,9 % des cas et les deux ensemble dans 4,4 % des cas. L'utilisation de photographies pré-opératoires permet de repérer à 100 % le site opératoire (4).

L'étude réalisée auprès de 300 chirurgiens Mohs par Ke M révèle que 14 % des plaintes pour défaut de pratique sont en lien avec une erreur de site en chirurgie dermatologique (5) et conclut que la photographie est utile pour repérer précisément les sites de biopsie.

En conclusion de sa revue de littérature, Lauren Y conclut que l'utilisation d'un protocole d'identification du site de chirurgie dans un modèle de sécurité des soins est une étape utile pour prévenir l'occurrence des erreurs de site en chirurgie dermatologique (2).

Littérature

1. Dr Jean-Pierre Reynaud. « L'importance du dossier photographique en chirurgie plastique et esthétique ». ASPRO-INFOS n° 15, avril 2008 ; www.asspro.fr/pdf/lettre_asspro-info/ai15_photos_videos.pdf
2. Lauren Y Cao BS; « Patient safety in dermatology : A review of the literature »; Dermatology Online Journal, Volume 16 Number 1, Janvier 2010
3. Starling J 3rd, Coldiron BM; "Outcome of 6 years of protocol use for preventing wrong site office surgery"; J Am Acad Dermatol. 2011 Oct;65(4):807-10. Epub 2011 Jul 20.*
4. McGinness JL, Goldstein G; "The value of preoperative biopsy-site photography for identifying cutaneous lesions"; Dermatol Surg. 2010 Feb;36(2):194-7. Epub 2009 Dec 21
5. Ke M, Moul D ; "Where is it? The utility of biopsy-site photography"; Dermatol Surg. 2010 Feb;36(2):198-202. Epub 2009 Dec 21
6. Cao LY, Taylor JS ; "Patient safety in dermatology: a review of the literature"; Dermatol Online J. 2010 Jan 15;16(1):3
7. Gallagher TH ; "A 62-year-old woman with skin cancer who experienced wrong-site surgery: review of medical error"; JAMA. 2009 Aug 12;302(6):669-77. Epub 2009 Jul 7
8. Perlis CS, Campbell RM; "Incidence of and risk factors for medical malpractice lawsuits among Mohs surgeons"; Dermatol Surg. 2006 Jan;32(1):79-83
9. Elston DM, Taylor JS ; "Patient safety: Part I. Patient safety and the dermatologist"; J Am Acad Dermatol. 2009 Aug;61(2):179-90; quiz 191
10. Elston DM, Stratman E ; "Patient safety: Part II. Opportunities for improvement in patient safety"; J Am Acad Dermatol. 2009 Aug;61(2):193-205; quiz 206
11. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du Carcinome baso cellulaire de l'adulte ; ANAES recommandations pour la pratique clinique Mars 2004 ; www.fascicules.fr/data/consensus/dermato-carcinome-basocellulaire-ANAES-2004-complet.pdf
12. S. Négrier, P. Saiag ; Recommandations pour la Pratique Clinique : Standards, Options et Recommandations 2005 pour la prise en charge des patients adultes atteints d'un mélanome cutané MO ; Texte court ; www.sfdermato.org/doc/formation/melanome.pdf
13. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du carcinome épidermoïde cutané (spinocellulaire) et de ses précurseurs. Recommandations (mai 2009) ; Annales de dermatologie et de vénéréologie (2009), 136, S166-S175 ; www.sfdermato.org/doc/CEC_Reco.pdf
14. Haute Autorité de Santé, Service évaluation des actes professionnels ; « Conditions de réalisation des actes d'exérèse de lésion superficielle de la peau » ; Juillet 2007
15. Annonce d'un dommage associé aux soins ; Haute Autorité de Santé 2012 ; www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1065443/parution-du-guide-annonce-d-un-dommage-associe-aux-soins?xtmc=&xtcr=7

Pour en savoir plus



PLASTIRISQ - Accréditation des médecins qualifiés en CPRE

26 rue de Belfort - 92400 Courbevoie

Coordinateur accréditation : Yves Hepner

www.plasticiens.org



Société Française de Dermatologie (SFD)

25 rue La Boétie - 75008 PARIS

Groupe chirurgical de la SFD

www.sfdermato.org



Société Française de Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique (SOF.CPRE)

26 rue de Belfort - 92400 Courbevoie

Haute Autorité de Santé

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Chef de projet : Philippe Chevalier

www.has-sante.fr (rubrique accréditation des médecins)



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

