

Aide au questionnaire
Incident à la création du pneumopéritoine
et à l'introduction du premier trocart

1. Date de l'EPR

Le

2. Informations concernant l'établissement de soins

Dans quelle catégorie d'établissement s'est produit L'EPR que vous rapportez :

- CHU
- Public non CHU
- Privé
- PSPH

3. Information concernant le praticien

Etiez-vous l'opérateur lorsqu'est survenu cet EPR ? Oui Non

Quel était votre statut à la date de l'EPR ?

- Salarié
- Libéral
- Libéral + salarié (attaché)
- Salarié + activité libérale

L'EPR est-il survenu dans le cadre de votre activité Salariée Libérale ?

Année de Thèse :

Nombre d'années d'exercice depuis la fin du clinicat :

Nombre total d'interventions depuis votre début d'exercice (évaluation) :

Moins de 1000 de 1000 à 5000 de 5000 à 10 000 plus de 10 000

Nombre total de laparoscopies pratiquées depuis votre début d'exercice (évaluation) :

Moins de 500 de 500 à 1000 de 1000 à 5000 plus de 5000

4. Informations concernant le patient

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance / âge à la date de l'EPR.....ans

Poids :kg

Score ASA : ASA 1 ASA 2 ASA 3 ASA 4 Ne sait pas

Abdomen cicatriciel : Oui Non

Si oui :

Antécédent(s) de laparotomie(s) de laparoscopie(s) des deux

Présence de cicatrice(s) médiane(s) latérale(s)

Antécédent(s) d'hémopéritoine ou de péritonite : Oui Non

Nombre d'intervention(s) abdominale(s) antérieure(s) :

5. Informations concernant la situation clinique

Intervention en ambulatoire ? Oui Non

Intervention :

- programmée
- non programmée

Délai entre admission et intervention ?

- < 6h
- 6 à 12h
- plus de 12h

Intervention réalisée la nuit (20h-8h) ? Oui Non

Intervention réalisée le samedi ou le dimanche ? Oui Non

Distension abdominale (occlusion, iléus ...) ? Oui Non

Contracture abdominale ? Oui Non

Sujet 'très musclé' ? Oui Non

Peau 'épaisse' ou 'résistante' ? Oui Non

Anesthésie avec curarisation ? Oui Non Ne sait pas

Relâchement abdominal sous anesthésie, jugé par l'opérateur :

- Excellent (permet d'empoigner et de soulever la paroi)
- N'a pas gêné la procédure
- Semble avoir gêné la procédure
- Sans objet (le relâchement n'influence pas ma technique d'insufflation)

6. Informations concernant l'indication

Laparoscopie diagnostique thérapeutique

Chirurgie fonctionnelle (ex. RGO, Obésité) : oui non

Codification CCAM :

Le patient avait-il été informé des risques

- de l'intervention prévue ? Oui Non
- propres à une laparoscopie ? Oui Non
- de l'éventualité d'une conversion en laparotomie ? Oui Non

7. Informations concernant le matériel utilisé

Le matériel habituel a-t-il été utilisé ? Oui Non

La disponibilité du matériel a-t-elle été vérifiée avant le début de la procédure ? Oui Non

Le bon fonctionnement du matériel a-t-il été vérifié avant le début de la procédure ? Oui Non

Disposait-on d'un matériel de remplacement ? Oui Non

L'insufflateur comportait-il (en état de fonctionnement) :

- Une mesure de la pression intra-abdominale ? Oui Non
- Une mesure du débit d'insufflation ? Oui Non
- Une mesure de la quantité de gaz insufflée ? Oui Non
- Une indication de la réserve de gaz dans la bouteille ? Oui Non

8. Informations concernant la réalisation de l'acte selon le matériel utilisé :

Aiguille de ponction de type Veress :

- A usage unique ? Oui Non
 - Son fonctionnement a-t-il été correct ? Oui Non
 - Lieu de ponction péri-ombilical hypochondre gauche autre
 - Incision cutanée avant la ponction ? Oui Non
 - Moucheture aponévrotique avant la ponction ? Oui Non
 - Soulèvement de l'aponévrose par une pince ? Oui Non
 - Soulèvement de la paroi par la main ? Oui Non
 - Aiguille tenue par son corps et par deux doigts ? Oui Non
 - Perception du ressaut caractéristique ? Oui Non
 - Aspiration à la seringue ? Oui Non
 - Test d'insufflation exsufflation à la seringue en verre ? Oui Non
 - Test à l'eau ? Oui Non
 - Auto test de pression de l'insufflateur ? Oui Non
 - Pression initiale quasi nulle ou négative ? Oui Non
 - Ascension lente de la pression intra abdominale ? Oui Non
 - Pneumopéritoine homogène à la percussion ? Oui Non
 - Débit d'insufflation régulier ? Oui Non
 - Débit initial gêné par contact avec épiploon ou viscère ? Oui Non
 - Manipulations visant à améliorer le fonctionnement de l'aiguille ? Oui Non
 - En cas de premier échec de ponction, deuxième ponction ? Oui Non
- Si oui :
- au même site ou site différent
 - Open laparoscopie oui , non
 - Dans tous les cas, l'absence de lésion vasculaire ou viscérale liée à la création du pneumopéritoine a-t-elle été vérifiée dès introduction du premier trocart ? Oui Non

Pénétration directe du premier trocart avant tout pneumopéritoine :

- Lieu de ponction péri-ombilical médian autre
- Moucheture aponévrotique avant la ponction ? Oui Non
- Soulèvement de l'aponévrose par une pince ? Oui Non
- Soulèvement de la paroi par la main ? Oui Non
- Contrepression par la main ? Oui Non

Open laparoscopie

- Visualisation de l'aponévrose directe par incision cutanée de 10/15mm nécessitant élargissement cutané > 10/15 mm
- Soulèvement de l'aponévrose par une pince ? Oui Non
- Etanchéité assurée par :
 - trocart assurant lui-même son étanchéité
 - bourse péritonéale
 - suture aponévrotique
 - suture cutanée
 - développement d'un emphysème pariétal

9. Description de l'EPR

Exemples :

Procédure arrêtée patient endormi par non disponibilité ou non fonctionnement d'un matériel

Problème d'étanchéité gênant la procédure

Emphysème pariétal, emphysème médiastinal, épiploïque

Mauvaise tolérance hémodynamique ou ventilatoire

Hypercapnie

Embolie gazeuse non EIG ?

Plaie vasculaire ou viscérale non EIG (constatée et réparée)

Hématome sous capsulaire du foie

Plaie capsulaire de brides de péri hépatite
Etc...

10. Conséquences constatées

.....

.....

.....

11. Conséquences potentielles

.....

.....

.....

12. Informations sur les causes et l'évitabilité

.....

.....

.....