



Fédération de chirurgie
viscérale et digestive

« Comment réduire les risques associés à la création d'un pneumopéritoine en chirurgie digestive ? »

Annexes

Retour d'expérience : analyse des événements porteurs de risque

L'analyse de la base REX de janvier 2011 à avril 2014 a retrouvé 478 nouveaux EPR/EIAS dont 299 au cours d'une technique fermée et 179 au cours d'une technique ouverte.

- L'analyse des EIAS au cours de la technique fermée montre les éléments suivants :
 - 20 embolies gazeuses essentiellement par ponction du foie (80 %), dans la moitié des cas les chirurgiens déclaraient avoir suivi les recommandations ;
 - 14 plaies des gros vaisseaux dont la majorité (79 %) au cours de l'insertion du premier trocart, les chirurgiens avaient tenu compte des recommandations dans deux cas.En termes pronostiques, les lésions graves représentaient 26 % des déclarations en cas de respect de recommandations et 38 % dans le cas contraire.

- L'analyse des EIAS au cours de la technique ouverte montre que :
 - 102 EIAS étaient des plaies digestives (57 %), dont 94 % de plaies du grêle ou du côlon ;
 - 4 plaies des gros vaisseaux, toutes en l'absence de respect des recommandations.En termes pronostiques, les lésions graves représentaient 33 % des déclarations en cas de respect des recommandations et 57 % dans le cas contraire.

Littérature

1. Pierre F, Chapron C, Deshayes M, Madelenat P, Magnin G, Querleu D. La voie d'abord initiale en coeliochirurgie gynécologique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29: 8-12.
2. Neudecker J, Sauerland S, Neugebauer E, Bergamaschi R, Bonjer HJ, Cuschieri A, et al. The European Association for Endoscopic Surgery clinical practice guideline on the pneumoperitoneum for laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2002; 16: 1121-43.
3. Vilos GA, Ternamian A, Dempster J, Laberge PY. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Laparoscopic entry: a review of techniques, technologies, and complications. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29: 433-65.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preventing entry-related gynaecological laparoscopic injuries. RCOG Green-top Guideline. May 2008; N°49.
5. Varma R, Gupta JK. Laparoscopic entry techniques: clinical guideline, national survey, and medicolegal ramifications. *Surg Endosc* 2008; 22: 2686-97.
6. Use of the Veress needle to obtain pneumoperitoneum prior to laparoscopy. Consensus statement of the Royal Australian & New Zealand College of Obstetricians & Gynaecologists (RANZCOG) and the Australian Gynaecological Endoscopy Society (AGES). College Statement C-Gyn. 7. 1st Endorsed: April 1990. Current: November 2008. Review: November 2010.
7. Collinet P, Ballester M, Fauconnier A, Deffieux X, Pierre F ; Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Les risques de la voie d'abord en coelioscopie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010; 39 (8 Suppl. 2): S123-35.
8. Ahmad G, O'Flynn H, Duffy JMN, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012, Issue 2. Art. N°: CD006583.
9. Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive. Risques associés à la création du pneumopéritoine. *J Chir Visc* 2012 ; 149 (2 Suppl): 1-9.