

Cas clinique médical – Avril 2015

Céphalée persistante chez un homme jeune sans antécédent : errance médicale, condamnation urgentiste, généraliste et hôpital

Analyse détaillée

Causes profondes

<i>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</i>		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Sans objet</i>	NON
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Sans objet mais on pourrait reprocher à l'IDE d'avoir d'emblée donné un médicament (Triptan par voie nasale) si elle n'a pas référé au médecin pour cette prescription, ce qui apparaît probable compte tenu des horaires. A-t'elle fait le score EVA avant l'administration du médicament ?, c'est probable.</i>	+ ou - le traitement initial et immédiat à l'arrivée (Triptan) oriente peut être la stratégie ultérieure.
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Inconnus</i>	?
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Urgentiste senior</i>	NON
Individus (compétences individuelles)	<i>? Il y a mauvais diagnostic, mais ce n'est pas nécessairement en lien avec une absence de connaissances.</i>	OUI
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>A priori, ne décrit pas d'urgences vitales en même temps et a pris le temps de l'examen, de l'évaluation et d'une stratégie notée.</i>	NON
Patients (comportements, gravité)	<i>NON, mais la présence constante de sa mère a pu jouer un rôle défavorable, du fait de son inquiétude a posteriori justifiée mais perturbant possiblement la relation médecin-patient.</i>	+ ou -

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
Prendre le temps d'un interrogatoire détaillé et reporter les caractéristiques de la céphalée, motif de consultation en urgence	<i>Si l'interrogatoire a été soigneusement fait, nous n'en avons aucune trace : discordance entre le dossier : « céphalée depuis la veille » et les dires ultérieurs de la mère, céphalée depuis le matin. Les caractères de la céphalée ne sont pas notés en dehors du score EVA.</i>	oui

Présence de signes d'accompagnements	<i>Il est noté la photophobie « sans vertige », nausées et vomissements notés ?</i>	Oui mais signes peu spécifiques
Recherche pertinente des antécédents	<i>Effectuée, mais on peut être surpris par le fait que l'absence d'antécédent migraineux n'est pas noté et que la mention d'une HTA dite connue et non traitée s'avère erronée.</i>	OUI La première crise migraineuse ne peut être un des éléments du diagnostic de probabilité.
Examen neurologique et général.	<i>Effectué. Visiblement la prise de PA à 170/90 a focalisé l'attention comme une cause possible, isolée ou associée à une migraine, sans évoquer d'autres diagnostics. L'absence de raideur méningée n'a certes pas aidé...</i>	+ ou -, l'interprétation des chiffres de la PA comme étant potentiellement à l'origine de la céphalée a perturbé la stratégie diagnostique.
<i>Devant le diagnostic de « céphalée hypertensive possible », s'est-on donné le temps d'une deuxième mesure de la PA ?</i>	<i>Non, c'est dommage car à l'arrivée, n'y a-t-il pas « un effet blouse blanche ? »</i>	OUI car une tension unique et modérément élevée ne peut expliquer à elle seule la céphalée. S'est-on donné le temps d'une vérification ? avant de recourir à la première prescription d'un antihypertenseur ?
BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention		
Au deuxième passage, le même jour, d'un patient en fait sans antécédent...	<i>De nouveau l'IDE d'accueil qui fait son travail donne en fait le tempo : migraine</i>	OUI car pas de reconsidération du diagnostic, il est vrai difficile car la céphalée s'était atténuée sans nouveau signe neurologique patent
Pratique d'un bilan ...	<i>Certes fait mais on peut se demander sa pertinence : bilan de coagulation... Cela prend du temps, rassure inutilement.</i>	OUI en fait le seul examen, à posteriori utile, était un scanner
Interprétation du bilan demandé	<i>On peut se demander pourquoi le diagnostic d'infection urinaire a été évoqué... et le traitement probabiliste prescrit (amoxicilline) n'est pas adapté à une prostatite</i>	OUI, a été faussement rassurant et induit des conduites inappropriées alors que

		<i>l'hyperleucocytose n'était en fait qu'un signe accompagnateur d'une autre pathologie non infectieuse</i>
Demande de suivi	<i>Faite d'ailleurs car consultation du MG le lendemain</i>	NON
BARRIERE D'ATTENUATION		
Diagnostic par confrère	<i>Non fait</i>	OUI

Analyse approfondie pour les généralistes et urgentistes de la clinique

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
Prendre connaissance du ou des avis antérieurs	<i>Notion théorique, seule existe l'absence de résultat d'examen et une ordonnance...</i>	NON, impossible
Remettre en cause l'avis du CHU ou de confrères	<i>Oui</i>	OUI, Importante quant au diagnostic différentiel
Reprendre l'interrogatoire	<i>Fait ?? Possible mais non tracé</i>	<i>OUI, car certaines caractéristiques de la céphalée auraient pu orienter compte tenu de l'absence d'antécédent connu du médecin traitant</i>
Refaire l'examen clinique	<i>Fait, mais la raideur de la nuque (constatée tardivement) a été considérée comme banale ou témoin d'une pathologie cervicale alors que l'histoire n'était pas en faveur.</i>	OUI
<i>Remettre en cause le diagnostic d'HTA ???</i>	<i>Difficile car le CHU l'avait dit...mais...</i>	OUI
BARRIERES DE RECUPERATION		
<i>Prendre conscience que c'est la nième consultation pour céphalée ...persistante sans diagnostic précis</i>	<i>+ ou – selon le médecin</i>	Majeure
<i>Demande d'examens complémentaires</i>	<i>Ceux qui l'ont été n'étaient pas les bons...radiographies sans anomalie clinique, demande d'avis ORL sur un symptôme d'acouphènes à replacer dans le tableau clinique</i>	Majeure
BARRIERE D'ATTENUATION		
<i>Prise en charge immédiate en milieu pluridisciplinaire en cas de récurrence du saignement</i>		<i>Sans objet</i>