

## Cas chirurgie Mai 2014

### Retard diagnostique d'une fracture de Monteggia, prise en charge inadéquate

#### Analyse approfondie du retard diagnostique

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>	<i>Respect de la barrière</i>	<i>Contribution relative</i>
Examen clinique le plus complet possible compte tenu de la douleur chez un enfant (douleur du coude, pronosupination...)	Impossible, constat d'un œdème et d'une diminution de la mobilité de l'avant-bras	Non
Exécution d'un bilan radiographique immédiat	Oui, facile dans un centre d'urgence hospitalier même à plus de 20 H.	Non
Conformité technique des clichés initiaux puis lors des contrôles	Pas de précision, a posteriori diagnostic initialement possible selon l'expert; selon un rapport amiable d'un médecin non orthopédiste : « les clichés de profil ne sont pas centrés sur le coude » et la luxation est « difficile à voir ».	Possible
Interprétation des radiographies par le radiologue	Non retrouvée dans le dossier. Existante ????? A priori NON	Importante
Interprétation des radiographies selon les règles et le fait que toute fracture de l'ulna doit faire <b>rechercher</b> une luxation de la tête radiale associée	NON	Majeure
Absence de banalisation d'une fracture du cubitus même peu déplacée chez l'enfant	Non, mais notion théorique plus que pratique compte tenu de la rareté de la lésion de Monteggia et de la fréquence des autres fractures	Moyenne
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
Consultation du spécialiste orthopédiste dans un délai rapide	Oui, rendez-vous fixé dès le premier examen, a eu lieu à J 12	Non
Remise en cause systématique du diagnostic de fracture isolée du cubitus en fonction des bonnes pratiques	Non	Majeure
Relecture attentive lors de la première consultation des radiographies initiales en plus du contrôle sous plâtre	Non ????? on peut imaginer que les radiographies sous plâtre sont de moins bonne qualité	Majeure
Remise en cause du diagnostic à différentes consultations de surveillance puis notamment à l'occasion d'une deuxième chute	Non malgré un suivi parfaitement et régulièrement organisé pour les contrôles	Majeure
Interprétation des radiographies, au fil du suivi étroit, par le radiologue	Non ???	Importante
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
Exécution techniquement conforme d'une intervention après ce juste et tardif diagnostic	OUI sur le diagnostic NON sur la technique	Moyenne
Réintervention face à l'échec de la	NON	Moyenne à

réduction de la luxation		majeure sur les séquelles
Ré intervention ultérieure	OUI, délicate, à risque et d'ailleurs compliquée	Mineure

## ANALYSE DETAILLEE

### Causes profondes

<b>Pour la partie relevant de l'établissement (méthode ALARM)</b>		
<b>Nature de la cause</b>	<b>Faits en faveur de cette analyse</b>	<b>Contribution relative</b>
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Inconnus</i>	NON
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>D'après le dossier, pas de dysfonctionnement de l'organisation des urgences pédiatriques. Mais existe-t-il un protocole pour la relecture des radiographies faites en urgence ou sous plâtre à la demande de l'orthopédiste ?? Toutes les radiographies sont-elles dans le dossier ?</i>	Possible
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Inconnus notamment sur la surcharge de travail des praticiens, « urgentistes » et orthopédiste hospitalier</i>	???? Possible
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>Qualification des premiers praticiens inconnue « docteur X », troisième consultation faite par un interne lors de la deuxième chute A chaque fois, avis orthopédique demandé dans les 8 jours</i>	Possible si premier praticien non senior
Individus (compétences individuelles)	<i>Chirurgiens orthopédistes seniors qualifiés et/ou correspondants en chirurgie pédiatrique,</i>	A priori compétents
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	Consultations en urgence ou sur RDV et radiographies effectuées sans retard Suivi régulier, Chirurgien orthopédiste disponible mais « dans la routine » y compris en consultations privées, tardives par rapport aux faits	Oui
Patients (comportements, gravité)	Aucun problème parents attentifs, suivi régulier, mais enfant exprimant de moins en moins sa douleur pour devenir « comme les autres », sans plâtre	Non