

Décembre 2013- cas médecine

Migration tardive d'un stérilet suite à une perforation méconnue.

Un cas récurrent où mieux écouter la patiente aurait évité beaucoup de problèmes

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION	<i>Barrière respectée dans le cas étudiée</i>	<i>Contribution relative</i>
Discussion du choix de la méthode de contraception chez une multipare, absence de CI à la pose de DIU.	<i>OUI</i>	NON
Pose du DIU par un médecin ayant la compétence et l'expérience de ce geste.	<i>OUI, généraliste bien formé</i>	NON
Patiente informée des rares complications.	<i>Sans doute incomplet</i>	MINEUR
Pose douloureuse, difficile... signal d'alerte à retenir	<i>Pose difficile col spasmé,</i>	MINEUR
Rendez-vous de consultation de contrôle à distance.	<i>Oui prévu six semaines plus tard.</i>	NON
Eléments cliniques d'alerte de complication dans le suivi de la pose	<i>OUI absence de perception des fils, mais le diagnostic déduit d'expulsion est erroné</i>	MAJEUR
BARRIERES DE RECUPERATION en l'absence de respect des barrières de prévention		
Réalisation d'une échographie pelvienne pour attester l'expulsion.	<i>OUI à deux reprises (1996 et 2004) mais insuffisante dans le cas précis, exécution correcte ? endovaginale ?</i>	MAJEUR
Absence de proposition par le radiologue d'un ASP non demandé par le généraliste.	<i>Non proposé (libellé de la demande ?).</i>	MAJEUR
Survenue de symptômes cliniques évocateurs de complication de DIU.	<i>Tardive huit ans plus tard sous la forme d'une suspicion d'infection pelvienne coïncidant avec un déplacement du second stérilet.</i>	MINEUR
Diagnostic de migration évoqué par un spécialiste consulté à deux reprises.	<i>NON mais ce gynécologue n'avait pas la connaissance des faits en 1996 et une échographie pelvienne de nouveau rassurante.</i>	MINEUR
BARRIERE D'ATTENUATION		
Prise en charge de l'infection pelvienne par le généraliste.	<i>OUI correcte avec avis spécialisé à deux reprises.</i>	SANS OBJET
Prise en charge immédiate pour extraire le stérilet dont la situation intra ou extra utérine est précisée une fois le DIU repéré à l'ASP.	<i>NON ni examens complémentaires de localisation ni poursuite en laparotomie après échec de la cœlioscopie lors de la première intervention.</i>	Inefficace
Prise en charge en urgence par le deuxième chirurgien.	<i>Oui avec colostomie de protection.</i>	Salvatrice

ANALYSE AVEC LA GRILLE ALARM		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Institutionnel (contexte économique réglementaire)	<i>Hôpital général avec un service de gynécologie et d'urgences.</i>	NON
Organisation (personnels et matériels, protocole)	<i>Inconnu.</i>	OUI
Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<i>Inconnu Possible indisponibilité de matériel stérile (hystéroscope).</i>	?
Equipe (communication, supervision, formation)	<i>A l'évidence manque de communication entre de nombreux intervenants successifs, source de légitime inquiétude de la part de la patiente et d'un dysfonctionnement lors de la coélicopie malgré un diagnostic suspecté de migration enfin établi.</i>	OUI +++
Individus (compétences individuelles)	<i>A priori compétents.</i>	
Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)	<i>Possible « rajout » de la coélicopie au programme opératoire d'un opérateur n'ayant pas pris connaissance suffisamment du dossier et n'ayant vu que brièvement la patiente le lendemain.</i>	OUI +++
Patients (comportements, gravité)	<i>Sortie précoce (mère de famille) lors de la première hospitalisation, sortie contre avis médical lors de la deuxième.</i>	OUI

ANALYSE DETAILLEE DE L'ACTION DU GENERALISTE PAR LA GRILLE DES TEMPOS		
Détail des défauts de compétences non techniques	La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.	
Tempo de la maladie <i>(éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)</i>	Infection peu symptomatique cliniquement et trompeuse car après retrait d'un deuxième DIU, masquant la cause initiale digestive secondaire à la perforation utérine huit ans auparavant.	++
Tempo du patient <i>(éléments liés aux décisions du patient)</i>	Patientte souhaitant une première hospitalisation rapide empêchant le service hospitalier d'avoir une idée de l'évolution puis sortie contre avis médical Compliance au suivi prescrit par le généraliste Inquiétude (a posteriori légitime) de la patiente face à un vécu « cauchemardesque » de la deuxième hospitalisation.	++
Tempo du cabinet <i>(éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)</i>	Disponibilité sans faille y compris pour obtenir un deuxième avis en urgence	++
Tempo du système médical <i>(éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)</i>	« Réassurance » du fait de l'avis d'un gynécologue hospitalier et surveillance biologique étroite (trop ?) de l'efficacité d'antibiothérapies successives malgré la persistance d'un train fébrile	+