



Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des
Événements Indésirables - Aquitaine



ÉLÉMENTS MARQUANTS

Certaines pathologies rares sont de diagnostic plus difficile que d'autres.

Les techniques d'imagerie de plus en plus innovantes et réalisables à toute heure, permettent de gagner un temps précieux lorsque la séméiologie clinique est imprécise.

Encore faut-il pouvoir lire les images !!!

Que deux structures voisines, partenaires pour la prise en charge de patients d'une unité neuro vasculaire aient des systèmes de partage et d'archivage (PACS) des images différents est une gêne et surtout un facteur de risque.

C'est grâce à une confiance réciproque et une ambiance de travail non conflictuelle que les échanges entre professionnels sont à même de palier les défaillances de l'environnement, en l'occurrence les PACS différents.

Des temps de concertation partagée entre spécialistes d'établissements différents doivent être structurés.

Analyse Approfondie de Cas n° 58 :

Retard à la prise en charge d'un adénome hypophysaire

Date de parution : Décembre 2017

- Catégorie : MCO
- Nature des soins : Thérapeutiques

RÉSUMÉ/ SYNTHÈSE DE L'EI

Un homme de 66 ans est brutal- de contrôle est prescrite, en ambula- ment réveillé au milieu de la nuit par toire (rendez vous fixé 10 jours plus des céphalées violentes. Il se rend tard). Deux jours plus tard, le patient dans le service des urgences d'une présente à nouveau des céphalées clinique. Un scanner puis une IRM très invalidantes et son médecin trait- sont effectués et montrent une hy- tant le réadresse au service des ur- pertrophie hypophysaire qui n'est gences de la clinique. Le traitement pas relevée. Le patient est pris en par AINS qui avait été prescrit à charge et un traitement symptoma- l'UNV est interrompu. Devant le ta- tique des céphalées est entrepris. Les bleau clinique qui s'aggrave avec ap- céphalées s'amenuisent et le patient parition d'une paralysie du nerf ocu- est autorisé à retourner à son domi- lomoteur commun (III) droit, un scan- cile. Lorsqu'il se lève pour rentrer ner avec injection est réalisé. Il per- chez lui, il est pris de nausées impor- met d'établir le diagnostic d'apo- tantes. Il reste donc en observation plexie hypophysaire. Un médecin aux urgences. En fin de journée il est contacte en urgence le service de transféré dans l'unité neuro vascu- neurologie du centre hospitalier puis laire (UNV) du centre hospitalier. Le un neurochirurgien d'une clinique neurologue qui l'examine prend con- pouvant accueillir le patient. Le pa- naissance du dossier constitué à la tient est transféré le lendemain dans clinique mais ne relève pas l'hyper- cette clinique. Il bénéficie de l'ex- trophie hypophysaire. Au bout de 3 rèse de la lésion de la loge hypophy- jours d'hospitalisation le patient est saire par abord transphénoïdal le autorisé à regagner son domicile lendemain de son hospitalisation. Les avec un traitement antalgique en suites opératoires sont simples et raison de la rétrocession de la symp- sans complication à 6 mois.

CARACTÉRISTIQUES :

Gravité :

Complication à type de paralysie du III^{ème} nerf crânien droit résolutive.

professionnels concernés des 2 établisse-
ments.

Organisation en place :

Une organisation est en place pour assu- rer le signalement et l'analyse des évène- ments indésirables.

Les évènements indésirables graves et considérés comme tels intègrent une évaluation de la gravité.

Une analyse est réalisée. Elle associe les





Le 4 juillet à 1h20 : Un homme de 66 ans est réveillé brutalement par de violentes céphalées. Malgré la prise de paracétamol et devant l'intensification des symptômes, son épouse l'amène au service des urgences d'une clinique. Ayant de multiples antécédents, dont 2 embolies pulmonaires traitées par anti vitamines K (AVK), il connaît les effets secondaires liés à cette médication ainsi que les recommandations à suivre.

À 4h : Le patient est accueilli dans le service des urgences. Ses constantes hémodynamiques sont correctes.

Une évaluation de la douleur par échelle numérique (EN) est estimée à 5/10. Un traitement est initié. Il comporte du paracétamol et des anti-nauséux en intraveineux ; une titration de morphine est réalisée.

Un scanner (TDM) du crâne avec injection et un bilan sanguin sont prescrits. Les résultats biologiques s'avèrent normaux. Le TDM est réalisé sans injection et conclut que l'imagerie est non contributive. **À 9h50 :** le patient peut rentrer à domicile. Alors qu'il se dirige vers la sortie du service, il est pris de vives nausées l'empêchant de marcher. Les nausées sont déclenchées par la station de bus. Il est de nouveau installé dans un box. Aucune anomalie n'est relevée sur l'électrocardiogramme. Une IRM avec injection, du crâne et de son contenu est demandée. L'examen indique « Pas de signe de lésion ischémique. Grande taille de la glande hypophysaire qui pourra être explorée ultérieurement par IRM. Un avis neurologique est nécessaire ».

À 15h25 : Le médecin urgentiste décide d'hospitaliser le patient en neurologie au centre hospitalier. Le neurologue demande que le patient soit dirigé directement à sa consultation. Un courrier de transfert reprenant l'historique et les résultats des différents examens réalisés est donné au patient. **À 18h :** Le neurologue voit le patient pendant sa consultation qui a déjà pris du retard du fait de plusieurs urgences. Dans la salle d'attente, les patients s'impatientent. Le brancard ne rentrant pas dans le bureau, le patient est examiné dans le couloir. Le médecin retrouve des céphalées brutales, sourdes, en casque, sans signe neuro-focal. L'échelle numérique de la douleur est évaluée à 3/10 sous traitement morphinique. Le patient présente des nausées importantes au passage en position orthostatique. La recherche de troubles oculomoteurs est négative. Même si les CD complets des images de l'IRM et du TDM sont transmis, le médecin ne peut consulter que les planches imprimées et le compte rendu du radiologue en raison de l'incompatibilité des PACS (système d'archivage et de partage) entre la clinique et l'hôpital. Pour lire le CD, une manipulation inconnue au praticien est nécessaire. Le compte rendu n'est pas jugé contributif et les planches imprimées examinées font poser un diagnostic de thrombose du sinus caverneux. Le patient est hospitalisé en UNV pour traiter les céphalées et rechercher leur étiologie.

Du 4 au 6 juillet : Le patient présente toujours des céphalées dont la douleur est évaluée entre 6 et 0/10. Un traitement par antalgique et anti inflammatoire est poursuivi. L'INR et la TSH sont normaux. Le samedi 6 juillet au matin, le patient semble soulagé. Il évoque un effort physique avec hyper flexion-extension du cou avant le début de la symptomatologie. Une IRM avec visualisation des carotides, artères vertébrales et focalisation sur le sinus caverneux est demandée en urgence, auprès d'un cabinet externe, pour suspicion de dissection carotidienne. Le rendez vous est fixé au 16 juillet. Le patient est autorisé à rentrer chez lui avec comme consigne de revenir aux urgences du CH si son état de santé se dégrade. Un courrier de sortie, daté du 9 juillet, est envoyé à son médecin traitant. Le traitement de sortie comporte pour un mois : une AVK, un α -bloquant, un antalgique et un anti inflammatoire pour 6 jours. Aucun contrôle de l'INR n'est prévu.

Du 8 au 10 juillet : Devant de nouvelles céphalées altérant la qualité de vie, le médecin traitant arrête le traitement par anti-inflammatoire et prescrit un collyre pour une gêne oculaire.

Le 11 juillet dans la matinée : Le patient présente une ptose de la paupière droite et une dysurie. Le patient est réhospitalisé aux urgences de la clinique. Il est examiné par un médecin urgentiste qui prescrit la pose d'une voie veineuse périphérique, une injection de corticoïdes 2/ jour et un α -bloquant. Une sonde vésicale à double courant est posée. Une échographie prostatique montre une hypertrophie prostatique homogène sans retentissement rénal ou vésical. Le médecin urgentiste contacte par téléphone le neurologue du CH pour l'informer de l'hospitalisation et des signes cliniques récents et non connus lors du séjour du patient en UNV. Il est évoqué une possible paralysie du nerf oculomoteur commun (III) droit. Le neurologue demande une IRM injectée, avant de donner un avis médical. **À 18h30 :** Devant la ptose palpébrale droite par paralysie du III droit sans syndrome de Claude Bernard Horner, le patient est examiné par un ophtalmologue. Il demande en urgence une consultation neurologique. Le patient refuse d'être pris en charge par le service de neurologie du CH et contacte un ami cardiologue exerçant à la clinique. L'ophtalmologue le convainc de la nécessité d'être transféré en service de neurologie. **À 21h :** L'urgentiste et l'ophtalmologiste contactent le neurologue pour demander la prise en charge du patient dans le service de neurologie. Le neurologue demande les résultats de l'IRM sollicitée plus tôt. L'examen n'a pas été réalisé. Les trois médecins argumentent leur point de vue et perdent patience. Les échanges sont houleux et improductifs. **À 21h45 :** Un scanner cérébral injecté est réalisé. L'examen montre « un macro adénome hypophysaire de 20 mm avec ostéolyse du plancher sellaïre avec envahissement du sinus sphénoïdal et du sinus caverneux droit arrivant au contact de la carotide interne en la refoulant pouvant expliquer la paralysie du III droit, refoulement du diaphragme sellaïre. Exophtalmie bilatérale axiale » témoignant d'une apoplexie hypophysaire. Le radiologue contacte un confrère neurochirurgien d'une clinique hors région. Le traitement par AVK est interrompu. Le patient accepte le transfert.

Le 12 juillet : Le patient est transféré. Le neurochirurgien confirme la nécessité d'effectuer un geste chirurgical dès le lendemain.

Du 13 au 17 juillet : L'exérèse de l'adénome hypophysaire par abord transphénoïdal est réalisée. Les suites opératoires sont simples. Il présente une légère insuffisance gonadotrope. Le patient regagne son domicile avec une prescription d'hydrocortisone à dose décroissante. Il bénéficie d'une prise en charge par un endocrinologue et un ophtalmologue.

Le 24 septembre : Le patient est examiné par le neurochirurgien. Les suites opératoires sont simples avec régression de la paralysie du III droit.



Analyse Approfondie de Cas

Causes immédiates identifiées

Défaut de coordination entre les différents acteurs médicaux lors des prises en charge successives.
Absence de diagnostic étiologique des céphalées lors de la première hospitalisation à l'UNV.
Traitement AINS instauré chez un patient sous AVK
Bilans radiologiques insuffisamment contributifs :
- insuffisance d'adéquation entre indications, prescriptions et réalisations
- insuffisance de consultation des examens réalisés.

Influence forte : +++
Influence moyenne : ++
Influence faible : +

Facteurs latents

Patient :

Patient anxieux et diversement confiant dans les équipes médicales selon les interlocuteurs. ++
Traitement dits à risques : AVK pour antécédents d'embolies pulmonaires ; traitement AINS concomitant.
Tableau clinique d'adénome hypophysaire incomplet avant l'apparition de signes en faveur d'une apoplexie hypophysaire.
(Le diagnostic d'adénome hypophysaire peut être erroné ou tardif et difficile, fait reconnu dans les publications relatives à cette pathologie. confère la bibliographie).+++

Professionnels / facteurs individuels :

Insuffisance dans la rédaction de l'interprétation des images de TDM et IRM du crâne du 4 juillet (exophtalmie non vue, indication d'IRM dans le CR d'IRM, absence d'alerte formelle sur la présence d'un adénome hypophysaire de grande taille).+++
Défaut de connaissance technique concernant la visualisation des CD de radiologie par un praticien hospitalier et réserve excessive dans la recherche d'aide pour leur consultation lors de l'hospitalisation en UNV. +++
Charge de travail élevée dans le service d'UNV. ++
Insuffisance de qualités relationnelles entre collègues (tempéraments tranchés, communication indirecte via les urgentistes) +++

Équipe :

Défaillance de communication entre les différents praticiens entraînant un manque de collaboration et un fonctionnement individualiste au détriment de la prise en charge du patient.+++
Difficultés récurrentes d'expression des désaccords et des préoccupations par l'ensemble des praticiens impliqués dans la prise en charge.+++
Absence de temps de concertation partagé et organisé entre les spécialistes de la clinique et de l'hôpital qui ont une exclusivité d'exercice (neurologie, urologie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire, réanimation, etc.) pour l'étude des dossiers communs et la mise en place des procédures de prise en charge.+++

Tâches :

Défaut de réalisation d'examen (TDM injecté demandé et TDM non injecté réalisé ; IRM injectée demandée et TDM injecté réalisé).++ IRM demandée en urgence et programmé tardivement en externe.
Soins ne relevant pas du champ d'action du service (pas de neurologie à la clinique) mais transfert retardé du patient vers le service adapté (UNV) lors du premier passage aux Urgences (4 juillet).++
Absence de stratégies écrites et validées des conduites à tenir pour les patients nécessitant une prise en charge spécialisée, localisé sur un établissement différent que celui qui accueille le patient (neurologie, ophtalmologie, urologie, chirurgie thoracique....).Défaut de traçabilité des diagnostics et diagnostics différentiels évoqués et des balances bénéfiques-risques (clinique et hôpital).++

Environnement :

Locaux de consultation inadaptés à l'examen de patients en brancard.
PACS (système d'archivage et de partage) différents pour la clinique et l'hôpital.++
Ambiance de travail conflictuelle et délétère entre certains praticiens.+++
Charge de travail importante en neurologie, en particulier pour les médecins (UNV) malgré l'effectif renforcé récemment.++

Organisation :

Absence de stratégie de communication autour de la qualité, de la sécurité et de l'évaluation des soins entre les services des urgences de la clinique et les services spécifiques de type UNV de l'hôpital.+++
Défaillance organisationnelle dans la réalisation des examens IRM en urgence.++
Formation informatique insuffisante pour la lecture des examens de radiologie.++
Défaut de coordination entre services. +++

Institution :

Absence de convention signée entre les établissements pour les prises en charge de spécialités (neurologie....)+



Enseignement : Actions / Barrières

Spécifique: Formation interne à l'utilisation des outils informatiques spécifiques.

Commun :

Mise en place d'un groupe de travail composé de praticiens des 2 sites, pour constituer des procédures de conduites à tenir avec des arbres décisionnels « simples » afin de structurer la prise en charge des patients complexes, relevant de spécialités de localisation exclusive sur l'un ou l'autre site.

Structuration des parcours patients au sein des filières, spécialité par spécialité, avec mise en place de rencontres régulières de concertation.



Plateforme Régionale d'Appui
à la Gestion des Événements Indésirables - Aquitaine

Docteur Régine LECULEE
Nathalie ROBINSON cadre de santé
CCECQA Hôpital Xavier ARNOZAN
33604 PESSAC Cedex
05 57 62 31 16
regine.leculee@ccecqa.asso.fr
nathalie.robinson@ccecqa.asso.fr

Général : mise en place de CREX et RMM (par exemple imagerie—urgences) intra et inter établissement lors de coopérations et partenariats au sein du réseau des urgences et lors des relais privé-public ou public-privé pour certaines activités (pédiatrie, neurologie, psychiatrie....).

Références et Bibliographie

- Circulaire DHOS/O4 n°2007-108 du 22 mars 2007 relative à la mise en place des unités neurovasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.
- Imagerie des adénomes hypophysaires – J.F. Bonneville – La presse médicale ; tome 38 ; n°1 ; janvier 2009.
- Apoplexie hypophysaire – Cas clinique – V. Biousse – revue de neurologie 2005 ; 161 :5. 587-589
- Une complication inhabituelle d'un traitement anticoagulant : l'hémorragie hypophysaire – O. Dupuy – la revue de médecine interne 31 (201) e1-e2
- Apoplexie hypophysaire : un piège diagnostique. A propos de 12 observations – E. Vidal – Bulletin de la SNFMI n°24 – 1990 TOME XI
- L'apoplexie hypophysaire – Sachez la détecter ! J. Goguen- octobre 2006 ; volume 6, numéro 8 – endocrinologie conférences scientifiques www.endocrinologieconfernees.ca
- Collège des enseignants d'endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Item 220 : adénome hypophysaire -2011.
- SFMU – chapitre 58 : céphalées : principales étiologies, démarche diagnostique. D. Saliou-Martin et E. Querellou.