

Markus Stockmeyer, Cercle de qualité de Klingental, Bâle¹

Positive incident reporting (PIR) – l’enseignement tiré de la réussite

Le rapport d’incident critique (CIR, *critical incident reporting*) fait partie intégrante de tout cercle de qualité. Pourquoi n’aborderions-nous pas de la même façon un cas particulièrement bien réussi, une de ces histoires dont le dénouement nous donne un sentiment de fierté? En fin d’année dernière, notre CQ s’est offert un PIR (*positive incident reporting*). Il ne sera probablement pas intégré dans la gestion de qualité. Cependant, nos histoires sans prétention d’exactitude scientifique ont le mérite de donner confiance dans notre métier. Nous ne pouvons que recommander le PIR à chaque CQ, car les expériences positives apportent aussi leur enseignement.

Douleurs chroniques et prothèse totale de la hanche

Une femme de 60 ans bénéficiaire de l’AI consulte son médecin de famille une fois par mois en raison de douleurs chroniques et d’épisodes dépressifs récurrents. La patiente souffre depuis sa naissance d’une scoliose structurale évoluée. Elle supporte mal les préparations de morphine, même en dosage minimal. Une médication associant le paracétamol et un neuroleptique atypique à faible dose a toutefois fait ses preuves. La patiente s’est trouvée à plusieurs reprises en traitement stationnaire en raison de sa suicidalité. De plus, un abus de benzodiazépine a été constaté. Il faut encore relever son status de tuberculose péritonéale et non moins de quatre opérations de l’abdomen.

En été 2007, la patiente est saisie de douleurs dorsales violentes et son médecin de famille l’envoie chez un spécialiste en chirurgie du dos afin d’envisager des mesures permettant de stabiliser cette grave scoliose structurale. Il présume qu’une coxarthrose droite cause cette douleur. Effectivement, la patiente se plaint de mobilité restreinte et de douleurs dans la hanche droite. Une mise en place élective de prothèse de la hanche est indiquée. Deux semaines avant l’opération, la patiente est atteinte de diarrhée aiguë et ne peut donc pas être opérée. Un CT de l’abdomen révèle des processus expansifs dans le lobe hépatique droit et dans le rein. On procède à une biopsie du sein gauche. Elle met à jour une altération fibrotique. Une diverticulose est détectée par coloscopie. Par la suite, les processus expansifs du foie se révèlent être des hémangiomes. Résultat de l’analyse du rein: un kyste compliqué. La diarrhée cesse spontanément et la patiente peut quitter l’hôpital après dix jours.

Lors de la première consultation, la patiente, moralement éprouvée, est visiblement soulagée de voir son médecin de famille: elle

retrouve enfin un interlocuteur pour discuter «normalement» de ses problèmes. De son côté, le médecin de famille est soulagé de trouver sa patiente aussi sereine et de n’avoir manifestement rien omis. La hanche droite est indolore sans opération. C’est maintenant la hanche gauche qui fait mal. Toutefois, avant la prochaine hospitalisation, beaucoup d’eau devra encore couler sous les ponts du Rhin.

Hospitalisée pour une infection des voies urinaires

Une patiente de 36 ans originaire de l’Inde s’annonce au cabinet médical avec de la fièvre associée à de la dysurie et de la pollakiurie. Mariée, mère de cinq enfants, elle vit en Suisse depuis quatre mois. La CRP est à 159 mg/l. De plus, la loge rénale droite est clairement douloureuse à la percussion. On prélève un échantillon en vue de l’analyse bactériologique d’urine et le médecin prescrit un traitement avec 500 mg de ciprofloxacine deux fois par jour. Son état s’améliore dès le jour suivant. La fièvre diminue.

L’examen bactériologique révèle des *E. coli* résistants à tous les antibiotiques courants (souche positive produisant des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE). En accord avec l’infectiologue, la patiente est hospitalisée en chambre isolée et de l’invanz® lui est administré par voie intraveineuse pendant dix jours.

Une discussion très animée au sein de notre CQ dut être interrompue au bout de 10 minutes. Après avoir été négligés dans la pratique quotidienne, les examens bactériologiques d’urine seront à nouveau prescrits plus souvent. La résistance multiple devrait s’expliquer par la facilité avec laquelle les antibiotiques s’obtiennent dans les pays asiatiques.

Stress à l’hôpital

Une patiente de 40 ans souffrant de polyménorrhée vient au cabinet pour un certificat médical. Son Hb est de 8,4 g/dl. L’échographie montre un processus expansif d’une taille de 15 cm dans le petit bassin. L’indication urgente d’un cancer du col de l’utérus résulte des autres examens effectués au Frauenspital. La généraliste tombe des nues: un frottis PAP effectué l’année précédente ne révélait rien de particulier chez la patiente. Elle doit mettre sa patiente en congé maladie en raison d’une décompensation psychique. En peropératoire, la néoplasie se révèle toutefois être une tumeur bénigne de l’utérus: la forte inflammation associée a induit en erreur

¹ Les autres membres du CQ sont: A. Schwank, R. Mascarin, E. Reiffer, D. Schnyder, R. Heusser, S. Peters.

lors des examens radiologiques en faisant croire à une formation maligne. Il s'agirait d'un cas extrêmement rare. Notre collègue (médecine générale FMH) continue à garder confiance dans les examens gynécologiques.

Interaction médecin de famille – patiente

Une patiente de 64 ans évoque des problèmes très divers. Ce qui lui pèse le plus, c'est une méchante histoire de calomnie dans l'association des éleveurs de chats. La généraliste pose provisoirement une anamnèse de perte confuse de motivation et de perte de poids. Elle a l'impression que quelque chose n'est pas en ordre et demande des analyses de laboratoire étendues. VS: 60 mm, Hb: 9,5 g/dl, CRP: 97 mg/l. On lui trouve un souffle systolique 4/6. Autrement, status normal. La généraliste pense à une endocardite et elle aimerait pousser les investigations dans ce sens. Le cardiologue ne trouve pas nécessaire de la prendre en consultation pour une échographie thoracique du cœur avant la semaine suivante. Notre collègue (il faut dire aussi qu'elle avait travaillé en infectiologie) ne lâche pas prise et demande un examen stationnaire à l'hôpital universitaire. Tout s'organise, mais la patiente appelle un jour plus tard: elle doit s'occuper de ses animaux et ne peut pas entrer à l'hôpital. Il ne reste à notre collègue qu'à en prendre note et à attendre.

Deux semaines plus tard arrive un rapport du transfert aux soins intensifs. Diagnostic: endocardite destructive subaiguë de la valve mitrale à streptocoques *viridans*. Un remplacement de la valve mitrale est prévu pour le mois suivant. La collègue est fort étonnée de voir sa patiente revenir dans son cabinet dans le cadre d'un contrôle rapide.

Il ne peut plus attacher ses chaussures? A l'hôpital!

Un typographe de 65 ans, à la retraite depuis peu, souffre d'une légère hypertension artérielle. Jusque-là il avait vécu en bonne santé. Il se présente au cabinet en automne: il a de plus en plus de peine à gravir les escaliers. Une radiographie du thorax indique une légère cardiomégalie, le BNP se situe à 133 pmol/l. Deux jours plus tard, le patient revient comme prévu pour un contrôle. La dyspnée a augmenté. Il ne peut plus se baisser, ni attacher ses chaussures. Le patient présente un souffle holosystolique nettement audible sur tous les points. Il est hospitalisé pour une suspicion diagnostique d'insuffisance cardiaque aiguë. L'échocardiographie montre une insuffisance sévère de la valve mitrale et une rupture probable des cordages tendineux. On a pu exclure les origines coronaires de la dyspnée. Six jours plus tard, le patient est soumis à une reconstruction de la valve mitrale. La péjoration aiguë de son état entre les deux consultations était certainement due à la rupture des cordages tendineux. Il faut considérer le passage de la vie active à la retraite comme une phase vulnérable.

Dyspnée et méthotrexate

Une patiente de 80 ans est traitée par méthotrexate pour une *polymyalgia rheumatica*. Elle s'annonce au cabinet pour une dyspnée aiguë sans douleurs thoraciques. Rien à signaler dans la radiographie thoracique. La pneumopathie du méthotrexate est ainsi exclue. Comme on ne trouve pas d'autre cause de la dyspnée (BNP normal) et que l'origine cardiaque est improbable, le collègue annonce la patiente pour une scintigraphie pulmonaire. L'examen démontre une embolie pulmonaire massive. La patiente est alors anticoagulée. On a renoncé à la recherche d'une tumeur et à l'investigation pour thrombophilie.

Et un troisième cas de reconstruction de la valve mitrale

Un patient de 80 ans souffrant d'une fibrillation auriculaire déjà connue arrive au cabinet avec une forte dyspnée à l'effort. L'hémoglobine se situe à 8,2 g/dl. Le patient reçoit deux concentrés érythrocytaires. En adaptant le traitement antihypertenseur, le patient se sent mieux. Un souffle systolique pousse à effectuer une cardioéchographie. On découvre alors une insuffisance mitrale sévère et une sténose de l'aorte. L'indication pour la solution opératoire est posée. Le patient décède le cinquième jour après l'opération. Quoi de positif dans l'issue de ce cas-ci? Ce patient avait une épouse vivant à la maison et nécessitant des soins. Le médecin put établir un réseau d'aide à domicile et d'hôpital de jour, permettant à l'épouse, qui aurait dû être hospitalisée en tant que personne dépendante de soins, de rester dans son environnement habituel et à son domicile.

Dr Markus Stockmeyer
Klingentalstrasse 58
4057 Bâle
stockmeyer@freesurf.ch

Tous les articles des Cercles de Qualité acceptés par la rédaction de PrimaryCare à la publication seront désormais honorés du montant de 500 CHF. Ce soutien à l'activité des Cercles de Qualité est dû au sponsoring de l'entreprise Pfizer (voir également l'éditorial de PrimaryCare 23/2002 (<http://www.primary-care.ch/pdf/2002/2002-23/2002-23-251.pdf>)). Nous précisons que ces articles sont écrits indépendamment du sponsoring et ne sont proposés à la publication qu'après review de la rédaction.