

## Syndrome coronarien aigu atypique : consultations aux urgences et renvoi à domicile sans diagnostic

par le Dr Christian SICOT



### Tableau d'analyse approfondie des barrières

*Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement.*

*Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale*

BARRIERES DE PREVENTION		Contribution relative
Diagnostic de syndrome coronarien aigu évoqué.	<b>OUI</b> Dès l'admission du patient aux urgences de la clinique.	
Demande d'examens complémentaires pour affirmer (ou éliminer) le diagnostic de syndrome coronarien aigu.	<b>OUI</b> Prescription d'un ECG et d'un dosage de troponine (H0 - H3).	
Elimination du diagnostic de syndrome coronarien aigu conforme au dosage de troponine.	<b>NON</b> Selon le laboratoire, le taux normal de troponine était $\leq 30$ ng/L. Le premier dosage de troponine (H0) était à 38 ng/L et le second (H3) était encore plus élevé à 42 ng/l.	<b>MAJEURE</b>
Conduite thérapeutique adaptée au contexte clinique.	<b>NON</b> Renvoi du patient à domicile avec prescription d'un antalgique morphinique, alors qu'il aurait dû être transféré en réanimation cardiologique pour bénéficier d'une coronarographie rapide, en débutant le traitement d'un syndrome cardiologique aigu (IDMNST). <b>Voir Commentaire</b>	<b>MAJEURE +++</b>
<b>BARRIERE DE RECUPERATION</b>		
Demande d'un avis cardiologique (clinique possédant un service de cardiologie avec 9 spécialistes).	<b>NON</b>	<b>MAJEURE</b>
Recherche d'un autre avis médical par le patient.	<b>OUI</b> Mais non-remise en cause de l'avis du médecin des urgences de la clinique, par l'équipe des urgences du CHU.	<b>MAJEURE +++</b>
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
Prise en charge dans le service de chirurgie cardio-vasculaire et de réanimation cardiologique du CHU.	<b>OUI</b> Mais après la survenue d'un arrêt cardio-circulatoire ayant entraîné une défaillance multi-viscérale irréversible.	<b>Décès du patient</b>

## Tableau d'analyse détaillée des causes profondes

Pour la partie relevant de la clinique (méthode ALARM)		
Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
<b>Institutionnel</b> (Contexte économique réglementaire)		
<b>Organisation</b> (Personnels et matériels, protocole)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la clinique, important centre médico-chirurgical, avec un service de cardiologie (9 spécialistes) et un service de radiologie (avec scanner, IRM).</li> <li>• Absence d'information sur les médecins de garde dans la clinique sur place ? au téléphone ? notamment en cardiologie.</li> </ul>	?
<b>Environnement du travail</b> (Effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient s'étant présenté à 1 h dans la nuit du samedi au dimanche, ce qui ne lui a pas permis de bénéficier de l'avis d'un cardiologue présent sur place.</li> <li>• Toutefois le Dr A. ne semble pas avoir tenté de joindre par téléphone l'un des cardiologues de la clinique.</li> </ul>	?
<b>Équipe</b> (Communication, supervision, formation)	Voir plus haut	
<b>Individus</b> (Compétences individuelles)	<p>Médecin de garde aux Urgences de la Clinique (Dr A.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de prise en charge d'une douleur thoracique conformément aux recommandations de la Société Française de Cardiologie, notamment chez un patient avec plusieurs facteurs de risques cardio-vasculaire. <b>Voir Commentaire</b></li> <li>• Diagnostic ne prenant pas en compte le taux normal de troponine indiqué par le laboratoire et ne tenant pas compte de son élévation initiale et lors du second dosage.</li> <li>• Absence de demande d'un avis cardiologique pour s'assurer de la conformité de son diagnostic (absence de SCA) au contexte clinique.</li> </ul>	<b>MAJEURE +++</b>
<b>Tâches à effectuer</b> (Disponibilité et compétence)	?	
<b>Patients</b> (Comportements, gravité)	Tableau de SCA bien décrit par le patient porteur par ailleurs de plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire.	<b>NON</b>