L'ACTU JURIDIQUE

Incontinence urinaire et sphincter artificiel

RESUME : Persistance d'une incontinence urinaire dans les suites d'une prostatectomie totale pour le traitement d'un cancer de la prostate malgré la mise en place d'un sphincter artificiel.

ANTECEDENTS : Lymphome de la rate, appendicectomie.

FAITS : Homme de 78 ans qui bénéficiera de biopsies prostatiques échoguidées, pour une élévation du taux de PSA, qui mettront en évidence un adénocarcinome de la prostate. Une prostatectomie radicale sera réalisée 2 mois plus tard par un chirurgien urologue. Les suites de l'intervention seront simples et la sonde vésicale sera retirée au 5ème jour post opératoire. Le patient sera revu en consultation de contrôle par son chirurgien et décrira une incontinence urinaire particulièrement invalidante ainsi qu'une infection urinaire persistante. Une fibroscopie vésicale sera réalisée révélant une migration intempestive d'un nœud d'anastomose calcifié et infecté. Il procédera à l'ablation endoscopique des fils d'anastomotiques. Face à la persistance de fuites urinaires à plusieurs mois de l'intervention, et malgré une rééducation vésico-sphinctérienne, le chirurgien décidera d'adresser son patient à un confrère urologue spécialisé pour avis. Ce dernier proposera la mise en place d'un sphincter artificiel et réalisera une fibroscopie révélant une sténose anastomotique traitée par urétrotomie endoscopique. Le sphincter artificiel sera posé 3 mois plus tard sans difficulté particulière et son activation sera faite 6 semaines après l'intervention. Les suites auraient été simples et l'évolution du patient aurait été favorable avec un bon positionnement et un contrôle du sphincter satisfaisant. Malheureusement le patient aurait de nouveau présenté, plusieurs années après, des fuites urinaires à l'effort. La fibroscopie urétro-vésicale n'aurait pas retrouvé d'anomalie mais une fuite du ballonnet de contre-pression sera visualisée par une radiographie. Il sera décidé de procéder au changement du sphincter, intervention qui sera compliquée en post opératoire par l'apparition d'un hématome. Les suites auraient également été marquées par un problème de positionnement du ballonnet sorti de sa loge classique et retrouvé en sous-cutané sans altération de son fonctionnement. Le patient présentera ensuite des fuites urinaires persistantes survenant lors de changements de position notamment entre la station assise et levée.

PROCEDURE : Le patient engagera une procédure en référé à l'encontre du chirurgien urologue ayant mis en place et changé la prothèse, la Clinique ainsi que la CPAM et l'ONIAM estimant que le résultat fonctionnel de ce second dispositif n'est pas satisfaisant.

DECISION : Dans son rapport, l'expert estime qu'il n'existe aucune erreur, imprudence, maladresse, manquement ou négligence en pré, per et post opératoire permettant d'engager la responsabilité du chirurgien. En effet, il retient que la prise en charge de l'ensemble des intervenants a été diligente et conforme aux règles de l'art. Il précise que l'incontinence urinaire séquellaire présentée par le patient découle d'un résultat imparfait de l'implantation itérative d'un sphincter artificiel et qu'il s'agit d'un échec thérapeutique partiel, compte tenu de l'état invalidant du patient avant la pose du premier dispositif. L'expert rajoute par ailleurs que ce fonctionnement insatisfaisant de la prothèse n'est pas en lien avec le déplacement du ballonnet

de contre pression. Cette migration relève d'un aléa thérapeutique propre à ce type d'intervention difficile en raison d'une région anatomique multiopérée (appendicectomie, prostatectomie, première implantation de sphincter).

ANALYSE DIRECTEUR MEDICAL

L'échec thérapeutique n'est nullement fautif si le médecin a respecté les règles de l'art et surtout informé le patient en préopératoire de ce risque : informer d'un échec potentiel avant qu'il ne se produise est une obligation professionnelle.