L'ACTUALITE JURIDIQUE

Infarctus aigu du myocarde : *à qui profite le doute ?*

Les faits

Un homme de 62 ans est hospitalisé en urgence au sein d'un centre cardiologique pour des douleurs thoraciques et de l'épaule gauche augmentées à la respiration, dans un contexte de diabète de type 2, d'hypercholestérolémie, de dyspnée permanente de stade 2 et d'hérédité coronaire. L'examen clinique et l'électrocardiogramme réalisés sont interprétés comme normaux par le cardiologue en charge du patient. Un bilan biologique ainsi qu'une échocardiographie ne révèlent également aucune anomalie. Le cardiologue conclut à des douleurs thoraciques d'allure pariétale sans argument pour un syndrome coronarien aigu. Le patient est autorisé dès lors à sortir. Cinq jours plus tard l'homme consulte à nouveau au centre pour des douleurs thoraciques atypiques. L'auscultation cardio-jugulaire est jugée normale tout comme le nouvel ECG réalisé qui se trouve non modifié par rapport au précédent et conduit à la même conclusion d'absence de syndrome coronarien aigu. Un mois plus tard un bilan cardiologique préopératoire est réalisé en vue d'une chirurgie colique pour le traitement d'un polype sur une éventuelle ischémie. Un scanner thoracique et une échocardiographie mettent en évidence un emphysème centrolobulaire, une insuffisance mitrale minime, sans épanchement péricardique ni valvulopathie significative, révélant un bloc de branche gauche complet et méconnu. Une coronarographie associée à une artériographie sélective par voie radiale droite sont également effectuées montrant des lésions tritronculaires. Un traitement par Karadégic et Atorvastatine est mis en place, en plus du traitement par Seretide pour une pathologie pulmonaire chronique, lors de la sortie du patient pour retour à domicile. Une semaine plus tard une scintigraphie myocardique avec test de stimulation pharmacologique par Rapiscan complétée par une scintigraphie myocardique de repos sont réalisés à l'Hôpital et concluent à une hypofixation septale et inférieure non réversibles pouvant correspondre dans le contexte de lésions tritronculaires à la présence de "myocarde hibernant". Le dossier de ce patient est discuté au centre cardiologique en réunion médico chirurgical pluridisciplinaire et une décision collégiale est prise de ne pas effectuer de revascularisation coronaire en pré opératoire de la chirurgie colique et de réaliser cette intervention sous traitement médical anti-ischémique avec réévaluation. Une nouvelle scintigraphie de stress sous traitement, auquel s'ajoutent du Bisoprolol et du Discotrine, et un nouveau test de stimulation pharmacologique et au repos, sont réalisés à la recherche d'une ischémie myocardique. Les résultats de ces examens montrent un aspect peu modifié par rapport aux précédents mais une amélioration de la perfusion de repos en antéro-septal et en inférieur. Une nouvelle réunion de concertation pluridisciplaire est réalisée concluant à une décision d'angioplastie transluminale de l'IVA. L'intervention de chirurgie colique pour sigmoïdectomie par voie laparoscopique est finalement réalisée un mois et demi plus tard à l'Hôpital et se déroule sans difficulté particulière. Le patient retourne à domicile quelques jours plus tard et sera revu par la suite en consultation de contrôle par son chirurgien qui confirme une évolution post opératoire favorable. Une nouvelle échocardiographie d'effort est effectué au centre cardiologique cinq mois plus tard afin de réévaluer la situation du patient qui se plaint d'un gène dans la poitrine et d'un essoufflement inconstant lors d'activité physique. Cet examen se révèle négatif cliniquement, électriquement et échocardiographiquement sur bloc de branche gauche et ne montre aucun trouble du rythme. Le cardiologue maintient le traitement médical sous surveillance et réévaluation à l'effort. Malheureusement l'homme décédera de manière subite deux jours plus tard à domicile.

contact@medirisq.fr / 04 76 70 9000 / www.medirisq.fr

La procédure

L'épouse du défunt saisi la CCI d'une demande d'indemnisation présentée à l'encontre du cardiologue. A l'issue de la première réunion d'expertise, l'Expert cardiologue considère que l'épreuve d'effort a été mal interprétée par le cardiolgue et imposait compte tenu de son résultat des explorations complémentaires en urgence qui, si elles avaient été réalisées, auraient permis d'éviter le décès du patient. Il conclut à une perte de chance de survie pour le patient à hauteur de 50 % imputé au cardiologue.

Sur la base de ce rapport d'expertise, la CCI s'estime insuffisamment informée sur le mécanisme du décès et sur certaines parties de la prise en charge du patient. Elle ordonne dès lors une nouvelle expertise confiée à un nouvel Expert cardiologue avec extension des mises en cause à l'encontre du centre cardiologique ainsi que de l'Hôpital ayant pris en charge le patient.

Cette seconde expertise relève que la réalisation d'une échocardiographie d'effort était conforme aux règles de l'art et que celle-ci s'est déroulée conformément aux bonnes pratiques. L'interprétation de l'examen est par ailleurs confirmée en l'absence d'argument objectif permettant de justifier une majoration du traitement médical ou la réalisation d'examen complémentaire, notamment une coronarographie. L'Expert estime en revanche qu'un dérivé nitré d'action rapide aurait dû être prescrit au patient et retient ainsi une perte de chance de 5 % de survie du patient. A ce sujet, l'Expert retient comme cause vraisemblable du décès une mort subite par troubles du rythme ventriculaire (ou rupture cardiaque) compliquant un infarctus aigu du myocarde, tout en précisant qu'en l'absence d'autopsie cette origine ne peut être déterminée avec certitude.

Décision

Dans son avis, la CCI écarte quant à elle toute responsabilité du cardiologue relevant que la prise en charge du patient a été conforme aux règles de l'art. Elle confirme que la réalisation du test d'effort était justifié et a été mené conformément aux données acquises de la science. La question de l'absence de prescription d'un dérivé nitré d'action rapide est estimée secondaire, la cause du décès du patient demeurant incertaine. En l'état de ces observations, la Commission rejette ainsi la demande d'indemnisation de la femme de ce patient, le décès ne pouvant être rattaché de manière directe et certaine à un acte de prévention, de diagnostic ou de soins, fondant la compétence de la Commission.

Analyse médico-légale

Ce dossier est humainement difficile pour le patient, et sa famille, mais également pour le cardiologue qui voit sa responbailité retenue à 50 % pour une perte de chance de survie.

La Commission de Conciliation et d'Indemnisation a été sensible aux arguments médicaux apportés durant la défense de cette affaire.

Ce dossier illustre bien que la certitude de la vérité médicale est parfois difficile à affirmer. L'adage "le doute profite au patient ", pour une fois, sera à l'avantage du médecin.