Infection et fracture ouverte du poignet

RESUME : Sepsis du poignet après une fracture suite à un accident de moto.

ANTECEDENTS : Aucun.

FAITS : Patient de 38 ans qui sera pris en charge par les pompiers suite à une chute en moto sur circuit. L'homme sera transporté aux urgences où il sera examiné puis hospitalisé en service de chirurgie orthopédique. Il sera mis en évidence une fracture ouverte comminutive et déplacée du poignet droit associée à des excoriations cutanées. Une immobilisation par attelle sera mise en place et le patient sera opéré le lendemain pour une réduction ostéosynthèse par une plaque antérieure ainsi qu'un brochage styloïdien. Les suites opératoires seront plutôt simples mais marquées par un œdème du poignet empêchant la réalisation d'un plâtre circulaire. Le patient sera autorisé à regagner son domicile. Une semaine plus tard et face à l'apparition de douleurs importantes et d'un écoulement purulent par la cicatrice, le patient sera pris en charge en urgences à la Clinique par un chirurgien orthopédiste pour traitement d'un sepsis avec phlegmon étendu à l'avant-bras. Une synovectomie des fléchisseurs avec neurolyse des branches sensitives et nettoyage du matériel d'ostéosynthèse seront réalisés. Des prélèvements bactériologiques seront également effectués et révèleront un staphylococcus aureus résistant. Le patient regagnera son domicile 2 jours après l'intervention avec un traitement antibiotique. Il sera de nouveau hospitalisé 7 jours plus tard suite à la réapparition d'un écoulement important de la cicatrice. Une reprise chirurgicale sera effectuée par un autre chirurgien orthopédiste pour ablation du matériel d'ostéosynthèse avec pose d'un fixateur externe. Un nouveau traitement antibiotique sera alors mis en place. Les suites opératoires seront simples avec une amélioration sur le plan infectieux. Le patient sera réopéré 2 mois plus tard pour une ablation du fixateur externe et remplacement du spacer en ciment par un greffons iliaque droit et une stabilisation par plaque dorsale. Les prélèvements bactériologiques réalisés se révèleront négatifs. La broche radiale sera retiré un mois plus tard en ambulatoire en raison d'un conflit cutanée douloureux. Afin de récupérer une certaine mobilité du poignet, la plaque d'arthrodèse sera retirée 6 mois plus tard. Une radiographie de contrôle montrera l'équivalent d'une pseudarthrose radio-carpienne avec persistance d'un interligne radio-semi-lunaire.

PROCEDURE : Le patient saisira la CCI d'une demande d'indemnisation à l'encontre du chirurgien orthopédiste ayant effectué la première reprise chirurgicale ainsi que des deux établissements où il a été pris en charge.

DECISION : Dans leur rapport les experts, infectiologue et orthopédiste, retiennent un manquement dans la prise en charge initiale pour absence d'administration d'antibioprophylaxie. Compte tenu du type de fracture présentée par le patient, et du délai de 24h entre le traumatisme et la réalisation de l'intervention, la mise en place d'une antibioprophylaxie immédiate et surtout en pré-opératoire est necessaire. Les experts retiennent ainsi une perte de chance de 95% d'éviter une infection du site opératoire, le risque infectieux dans

le cas d'un traumatisme à haute énergie avec contusion importante des parties molles et excoriation cutanée étant évalué dans la littérature scientifique à moins de 5 %. L'infection est ainsi qualifiée de nosocomiale. Par ailleurs, la prise en charge des deux chirurgiens orthopédistes intervenus dans les suites est quant à elle jugée conforme aux règles de l'art.

Dans son avis, la CCI se déclare incompétente pour connaître la demande d'indemnisation présentée par le patient, les seuils de gravité fondant sa compétence n'étant pas atteint. Cette affaire n'a pour l'heure pas connu d'évolution.

ANALYSE DIRECTEUR MEDICAL

L'antibioprophylaxie a fait l'objet d'un important travail en commun entre la Société Française d'Anesthésie et toutes les autres sociétés savantes de chirurgie. Il est indispensable de le respecter et d'en suivre les mises à jour. La responsabilité de l'antibioprophylaxie est commune aux chirurgiens et aux anesthésistes. Il est absolument nécessaire de la tracer sur la feuille d'anesthésie et dans le compte rendu opératoire du chirurgien. Ne pas oublier d'injecter l'antibioprophylaxie dans les 30 min avant l'incision (ou plus pour la vancomycine), de la renouveler au-delà de 4h d'intervention et de doubler les doses pour les patients de plus de 100 kg.