L'ACTUALITE JURIDIQUE

Retard de diagnostic d'une ischémie du membre inférieur

Les faits

En l'espèce, une femme de 81 ans a été opérée par un chirurgien orthopédiste pour la reprise d'une prothèse unicompartimentale du genou droit, posée 15 ans plus tôt, pour le traitement d'une gonarthrose invalidante. Ce geste chirurgical est réalisé dans un contexte d'hypertension artérielle, d'obésité morbide, de diabète de type 2, d'épisodes phlébitiques et de fibrillation auriculaire avec traitement par Lovenox en pré opératoire. L'intervention, qui est pratiquée sous rachianesthésie et garrot pneumatique, se déroule sans difficulté particulière. La patiente présente cependant en post opératoire immédiat un malaise avec déglobulisation nécessitant une transfusion de deux culots globulaires. Elle est hospitalisée en réanimation le jour même avec instauration d'une antibiothérapie pour le traitement d'une infection pulmonaire avec expectoration. Dans les suites, un échodoppler artériel et veineux est effectué par un angiologue devant des signes évocateurs d'une ischémie subaiguë du membre inférieur droit et des troubles sensitifs et moteurs. Cet examen se révèle difficile mais retrouve un flux poplité et le long de la tibiale postérieure avec une suspicion de thrombose veineuse tibiale postérieure droite. Le traitement par Lovenox est augmenté et le déficit fonctionnel est interprété par le chirurgien orthopédiste comme une paralysie du nerf sciatique poplité externe. L'évolution se révèle toutefois défavorable avec une insensibilité complète de l'avant pied ainsi qu'un gonflement du mollet droit. Un nouvel échodoppler confirme une thrombose veineuse profonde tibiale postérieure sans atteinte artérielle visible. La patiente est mise sous héparine, avec augmentation progressive du dosage, et les diagnostics de phlébite importante et de traumatisme du SPE sont confirmés. Un angioscanner est alors prescrit par un chirurgien vasculaire qui se révèle négatif. Deux nouveaux contrôles échodoppler sont réalisés et, à l'occasion du second, un anévrisme poplité droit est mis en évidence par l'angiologue. La patiente est opérée par un second chirurgien vasculaire. La dissection est rendue difficile et hémorragique en raison de la position anatomique de l'artère et des adhérences occasionnées par les anciennes interventions du genou. Il est découvert en per opératoire une plaie partielle de la veine poplité ainsi qu'une plaie dilacérée de l'artère poplité pour lesquelles un pontage poplité et une suture de la plaie de la veine seront réalisés avec aponévrotomie de sécurité. Les suites opératoires seront simples avec réalisation d'examens cliniques et de dopplers réguliers. L'évolution se révèle favorable avec une récupération lente de la sensibilité et une vascularisation du pied rétablie malgré quelques phénomènes de nécrose déjà avancés pour certaines zones. La patiente est transférée en service de médecine pour rééquilibrage de son diabète mais malgré une amélioration transitoire de son état de santé elle présentera une augmentation progressive de l'exsudation au niveau de l'aponévrotomie avec constat de nécrose musculaire. Devant une dégradation progressive de l'état général de la patiente, malgré les soins entrepris, cette dernière est transférée en USC où un pyocyanique multi résistant sera mis en évidence avec mise en route d'une traitement antibiotique adapté. Les suites sont marquées par une désunion totale de la plaie poplité après ablation des fils et nécrose du gros orteil. Un angioscanner conclut à une artère péronière thrombosée et à la présence de plusieurs anévrismes au niveau de l'artère tibiale antérieure. Une intervention pour parage de la plaie et résection de tout le muscle nécrotique est effectuée. La survenue brutale dans les suites d'une hémorragie de la loge tibiale, due à une rupture d'anévrisme de l'artère tibiale antérieure, conduira cependant à une décision d'amputation au tiers moyen de la cuisse droite en urgence.

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

La procédure

La patiente a saisi la CCI d'une demande d'indemnisation dirigée à l'encontre du chirurgien orthopédiste, de l'anesthésiste l'ayant pris en charge en réanimation, de l'angiologue ainsi que des deux chirurgiens vasculaires intervenus.

Dans leur rapport, les Experts désignés par la CCI, spécialisés en chirurgie orthopédique et cardiologique, estiment que la survenue d'une plaie vasculaire lors de la pose d'une prothèse de genou est rare sans forcément être fautive. Toutefois, il est reproché ici aux praticiens intervenus auprès de cette patiente la découverte tardive des plaies vasculaires alors que la déglobulisation chronique et les signes cliniques d'ischémie auraient dus alerter l'équipe traitante. Cette prise en charge inadéquate, avec héparinisation importante, a contribué selon les Experts a aggravé le problème de la patiente et a été générateur d'une ischémie du membre inférieur droit entraînant l'amputation ultérieure. Tout en admettant que le diagnostic de plaie vasculaire était difficile, les Experts retiennent toutefois une perte de chance pour la patiente d'éviter l'ischémie de son membre inférieur droit, et secondairement l'amputation, compte tenu du délai très long de découverte de la complication en l'absence d'artériographie ou d'avis spécialisé pris auprès d'un chirurgien vasculaire devant la découverte de signes d'ischémie. Cette perte de chance est évaluée à 80 %, 20 % étant imputé à l'état antérieur de la patiente en raison de plusieurs facteurs de risques. Une responsabilité partagée est ventilée à hauteur de 15 % pour le chirurgien orthopédiste, 50 % pour l'angiologue et 15 % pour l'anesthésiste. Aucune responsabilité n'est retenue à l'encontre des chirurgiens vasculaires.

Dans son avis, la CCI retient elle aussi une perte de chance de 80 % d'éviter le dommage, avec participation de 20 % de l'état antérieur de la patiente, mais un pourcentage de responsabilité différent à l'encontre des praticiens au regard des manquements commis par chacun d'entre eux. Une responsabilité à hauteur de 35 % est ainsi retenue pour le chirurgien orthopédiste, tout comme l'anesthésiste, pour un défaut d'information pré opératoire, une absence de contrôle lors du lâcher du garrot en fin d'opération et de vérification des causes de saignements ainsi qu'un défaut de suivi et de surveillance post opératoire. L'angiologue est quant à lui considéré responsable seulement à hauteur de 10% dans la survenue du dommage de la patiente en raison de l'absence de prescription d'examens complémentaires devant des signes discordants entre les résultats d'imageries et les signes cliniques présentés.

Les Assureurs respectifs des praticiens contestant cet avis, aucune offre d'indemnisation n'a été formulée à la patiente qui a saisi l'ONIAM d'une demande de substitution afin d'être indemnisée pour ses préjudices.

L'ONIAM a par la suite exercé un recours subrogatoire par voie judiciaire à l'encontre des praticiens responsables et de leur Assureur respectif afin d'être remboursé du montant d'indemnisation versé à la patiente.

Décision

Le Tribunal, dans son jugement, entérine purement et simplement les conclusions expertales quant aux manquements retenus à l'encontre des différents praticiens, et à la participation de l'état antérieur fragilisé de la patiente, dans la survenue du dommage. Il évalue le taux de perte de chance à hauteur de 80 % du fait des différents manquements relevés dans la prise en charge ainsi qu'un état antérieur de 20 %. Cette perte de chance est toutefois partagée pour 40 % à l'encontre du chirurgien orthopédiste, 25 % à l'encontre de l'angiologue et 15 % de l'anesthésiste.

Les Assureurs des praticiens responsables sont ainsi tenus de rembourser la somme de 51.875,89 € à l'ONIAM (outre 5.187,58 € de pénalités financières, 2 500 € au titre de l'article 700 du CPC et les dépens de l'instance) qui s'est substitué à ces derniers afin d'indemniser la patiente dans les suites de l'avis CCI rendu.

Ils sont également condamnés à payer 74.344,30 € à l'organisme social de la patiente au titre de sa créance, outre 1 055 € de frais de gestion et 2 500 € au titre des frais irrépétibles.

Analyse médico-légale

Dans les cas de retard de diagnostic, la responsabilité est souvent répartie sur l'ensemble des médecins qui sont intervenus. Chaque praticien engage sa responsabilité propre dans la chaîne de prise en charge médicale.

Le post opératoire est souvent moins impliquant que le pré et le per opératoire. En cas de doute, d'absence de certitude il ne faut pas hésiter à discuter et rediscuter d'un dossier de façon collégiale.

Le post opératoire reste une zone de grand danger et il faut se méfier de la nuit profonde, des jours fériés et des jours de fêtes : périodes où la surveillance est relâchée et l'accès aux examens complémentaires difficile.