Choc septique sur phlegmon du pouce

RESUME : Fasciite nécrosante à streptocoque A après une plaie par couteau de cuisine responsable d'une amputation du bras et des deux pieds.

ANTECEDENTS : Appendicectomie, kyste de l'ovaire opéré, allergie à la pénicilline et intolérance au Tramadol.

FAITS : Femme de 52 ans qui se blessera au niveau du pouce droit avec un couteau de cuisine. Devant l'apparition de fièvre et de douleurs abdominales, ainsi que d'un gonflement au niveau du pouce, elle consultera quelques jours plus tard un médecin généraliste. Il sera noté l'existence de lésions abcédées avec apparition d'un œdème et d'une collection. La patiente sera adressée à un CH et prise en charge par un chirurgien orthopédiste pour une excision de l'abcès du pouce et de la main droite avec évacuation de la collection sous cutanée associée à un lavage abondant et une libération des 2 nerfs collatéraux. Des prélèvements peropératoires seront également réalisés et un traitement anti-inflammatoire sera prescrit. Il sera décidé de ne pas instaurer d'antibiothérapie compte tenu du caractère superficiel de l'abcès. La patiente regagnera son domicile. Les suites seront cependant marquées par une majoration des douleurs du pouce remontant jusqu'en haut du bras associées à un état fébrile justifiant une nouvelle hospitalisation. Une immobilisation par attèle en surélévation sera mise en place mais l'état de la patiente se dégradera malheureusement. Les résultats des prélèvements bactériologiques révèleront un streptocoque A et un staphylocoque aureus multi sensible. Face à l'apparition d'une main sub-ischémique et un aspect cyanosé de l'avant-bras une exploration et un lavage drainage seront effectués. Un avis infectiologue sera demandé et une double antibiothérapie intraveineuse sera débutée. La patiente sera par la suite transférée en service de réanimation en raison d'un état de choc septique avec cyanose des extrémités inférieures et supérieures. Elle sera reprise en urgence pour un débridement et une nécrosectomie mais l'importance de l'œdème ainsi que l'aspect ischémique de plusieurs doigts conduiront finalement à une amputation trans-humérale droite. La patiente présentera par la suite une CIVD et une insuffisance rénale, nécessitant plusieurs séances d'hémodialyse, ainsi qu'une déglobulisation brutale. L'antibiothérapie sera adaptée permettant une évolution lente mais favorable. Cependant, des amputations au niveau métatarso-phalangienne du pied droit et trans-épiphysaire des métatarses du pied gauche avec détersion du talon droit devront être réalisés.

PROCEDURE : La patiente saisira la CCI d'une demande d'indemnisation à l'encontre du remplaçant de son médecin traitant, du chirurgien orthopédiste ainsi que des Etablissements l'ayant prise en charge.

DECISION : Dans son rapport l'expert estime que la prise en charge d'un abcès de pouce sans administration d'antibiotique est discutable devant un éventuel caractère superficiel et est incohérent avec la réalisation d'un prélèvement microbiologique. Par ailleurs, il soulève que l'administration d'anti inflammatoire sans antibiothérapie associée, prescrit par l'anesthésiste, n'est pas conforme. Il retient également que la mise en place de manœuvre de réanimation aurait dû avoir lieu dès l'apparition des signes de choc septique, cette

absence ayant eu pour conséquence un retard important de prise en charge. Dès lors, l'expert conclut que ces fautes constituent une perte de chance importante pour la patiente de ne pas évoluer vers le choc septique et les amputations.

Dans son avis, la CCI retient la responsabilité du chirurgien orthopédiste pour l'absence d'administration d'une antibiothérapie probabiliste ainsi que du second Etablissement hospitalier pour retard de prise en charge du choc septique malgré l'apparition de signes de gravité évocateurs. Elle confirme par ailleurs que la prescription d'anti-inflammatoire sans couverture d'antibiotique n'est pas conforme mais écarte la responsabilité de l'anesthésiste estimant qu'aucune étude épidémiologique prospective n'établit que ce type de molécule permet ou favorise un passage de la colonisation à celui de l'infection massive au Streptococcus pyogenes.

ANALYSE DIRECTEUR MEDICAL

L'infection à streptocoque A reste une infection torpide foudroyante. Biologistes et Médecins doivent se tenir rapidement informés pour ne pas perdre de temps et agir en toute puissance avec avis d'un infectiologue. Devant toute infection atypique, une fois les prélèvements effectués, il faut attaquer immédiatement les antibiotiques probabilistes et éviter les AINS qui favorisent l'évolution de l'infection.