Médirisq est un cabinet de courtage créé par des professionnels de santé pour des professionnels de santé

L'ACTU JURIDIQUE

Décès dans les suites d'une embolisation d'un fibrome utérin

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

1-Rappel des faits

Patiente de 33 ans suivie par un gynécologue pour des ménorragies dans un contexte d'endométriose. Au cours d'une échographie pelvienne il est mis en évidence la présence d'un kyste ovarien permettant de poser un diagnostic d'utérus fibromateux. Devant l'inefficacité d'un traitement instauré par Lutenyl la patiente est adressée à un chirurgien vasculaire qui lui propose la réalisation d'une embolisation utérine. Cette intervention est réalisée deux semaines plus tard sans difficulté particulière. Toutefois, la patiente présente en SSPI une tension artérielle systolique et des diastoliques basses. Elle bénéficie alors d'un remplissage vasculaire qui est suivi d'un épisode d'hypotension motivant la prescription d'éphédrine. Un bilan biologique révèle alors une anémie sévère pour laquelle le chirurgien vasculaire est contacté en urgence. Il prescrit la réalisation d'une échographie abdominale et sollicite également l'avis d'un second chirurgien vasculaire suite à l'examen clinique de la patiente retrouvant un abdomen tendu. Une décision conjointe est prise de réaliser une angiographie en urgence pour complément d'embolisation. Lors de cette reprise aucune fuite artérielle n'est constatée et une transfusion de deux culots globulaires est effectuée. La patiente est transférée par la suite en service de soins intensifs où elle présente un nouvel épisode hypotensif avec abdomen tendu et douloureux pour lequel le médecin anesthésiste réanimateur de garde prescrit un remplissage par Gelofusine, Ringer Lactate et augmentation de la Noradrenaline. Un nouveau remplissage vasculaire et des transfusions seront effectués suite à une nouvelle dégradation de son état. Un angioscanner pelvien met également en évidence un important épanchement intra-péritonéal, un hématome sous et rétro péritonéal attribué à un saignement actif visualisé au niveau d'une branche de l'artère hypogastrique droite. Une seconde reprise chirurgicale est réalisée pour une oblitération complète de cette artère, la mise en place de coils et la pose d'un stent couvert sur l'ostium de l'artère hypogastrique. La patiente est transférée, intubée et ventilée, en service de réanimation polyvalente dans un autre Etablissement. A son arrivée un œdème pulmonaire aigu massif est mis en évidence avec des difficultés de ventilation. Malgré diverses transfusions, une épuration extrarénale continue et une ECMO mises en place en urgence, l'état de cette patiente évolue vers un syndrome de défaillance multiviscérale avec syndrome de détresse respiratoire aiguë, état de choc, syndrome d'hypertension abdominale sévère et insuffisance rénale aiguë. Une décompression abdominale est réalisée et un VAC est mis en place. Devant une nouvelle aggravation hémodynamique une exploration abdominale est réalisée avec résection intestinale devant l'évolution des lésions ischémiques sur l'ensemble de l'intestin grêle et du côlon. Devant l'importance des aspirations digestives, un scanner abdominopelvien objective une nécrose de l'anse de stomie et une nécrose sous-cutanée pour lesquelles une laparotomie exploratrice est effectuée avec réalisation d'une nouvelle résection et d'une transposition de la stomie dans l'hypochondre gauche. Malheureusement, la patiente présente dans les suites une nouvelle dégradation avec une défaillance multiviscérale réfractaire conduisant à son décès.

3-Décision

Dans son avis, la CCI a fait sienne les secondes conclusions expertales en minorant cependant la part de responsabilité attribuée à chaque praticien. Elle conclut à une perte de chance de 80 % d'éviter le décès de la patiente en raison des divers manquements soulevés, imputée pour 40 % au chirurgien vasculaire, et de 20 % chacun pour les deux anesthésistes et 20 % pour l'Etablissement, responsables du défaut de surveillance en SSPI. La réparation de 20 % restants des préjudices liés au décès de cette patiente est mise à la charge de l'ONIAM.

2-Procédure

Le mari de la patiente a saisi la CCI d'une demande d'indemnisation dirigée à l'encontre du chirurgien vasculaire et de la Clinique.

Dans leur rapport les Experts, chirurgien vasculaire et infectiologue, retiennent que l'indication d'embolisation des artère utérines était parfaitement justifiée et que la réalisation technique a été conforme. Ils émettent toutefois d'importantes réserves quant à la responsabilité des médecins anesthésistes, non mis en cause, en raison de manquements dans le suivi de la patiente en SSPI. Il est notamment reproché des dysfonctionnements dans la surveillance post opératoire à l'origine d'une reprise chirurgicale trop tardive constitutive d'une perte de chance majeure pour la patiente. Les Experts retiennent un retard de diagnostic de l'état de choc et de la thérapeutique ayant conduit à la persistance de ce dernier et à de multiples défaillances d'organes ainsi qu'une prise en charge du syndrome hémorragique post-embolisation tardive.

Dans son avis, la CCI a invité le mari de la patiente à régulariser une extension de procédure à l'encontre des cinq médecins anesthésistes intervenus dans la prise en charge de son épouse.

Dans leur nouveau rapport les Experts ont retenu cette fois un comportement non conforme du chirurgien vasculaire concernant les modalités opératoires de la 1ère reprise chirurgicale et le délai avant la 2nde reprise chirurgicale pour laparotomie exploratrice estimée tardive. Selon les Experts l'angioscanner objectivant un hématome important avec saignement aurait dû conduire immédiatement à une laparotomie exploratrice, d'hémostase et de décompression. Ils confirment également le retard de diagnostic du choc hémorragique imputé à deux anesthésistes réanimateurs présents en SSPI pour absence de reconnaissance de la gravité de l'état de la patiente. Les Experts concluent ainsi à une perte de chance de 50 à 70 % d'éviter le décès en raison de ces manquements imputés pour 50 % au chirurgien vasculaire et pour 35% et 15% aux deux MAR.

Analyse Médico-Légale

Ce dossier, humainement difficile, montre au combien il est important de maintenir une collaboration étroite au sein de l'équipe médicale (cf. Code de déontologie médicale - Articles 32 33 et 34).

Le Conseil de l'Ordre National rappelle que chaque médecin doit être soucieux individuellement du résultat final de la prise en charge du patient même si celle-ci est collective. Chacun assumera sa responsabilité personnelle.