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 fermeture d'iléostomie

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

1-Rappel des faits

Femme de 72 ans opérée par un chirurgien digestif pour une résection recto-sigmoïdienne par coelioscopie avec anastomose intra-péritonéale dans un contexte de cancer du rectum T1N0 mis en évidence 2 mois plus tôt dans le cadre d'un programme national de dépistage. Une résection endoscopique par dissection sous muqueuse, ne passant pas en zone saine, a été réalisée initialement. Elle bénéficie 5 jours après l'intervention d'un drainage pour une collection pelvienne constatée (isolement d'un E.coli et d'une Klebsiella pneumoniae) et de la pose d'une iléostomie de décharge. Devant une évolution satisfaisante, la patiente est autorisée à regagner son domicile après ablation de la baguette de protection et un traitement antibiotique de 9 jours. Au cours des 3 semaines suivantes, la patiente présentera toutefois une perte de poids conséquente et un abdomen météorisé. Devant l'altération générale de son état de santé, dans un contexte de déshydration et de tachycardie, elle reconsulte son chirurgien qui diagnostique un syndrome sub occlusif sur une probable sténose de l'iléostomie. Elle est hospitalisée et réopérée le lendemain pour la fermeture iléale avec rétablissement de la continuité effectuée par coelioscopie. En post opératoire immédiat un avis anesthésique est demandé devant une patiente tachycarde, très algique avec un abdomen ballonné mais souple. A la demande du chirurgien et de l'anesthésiste elle est également vue par un autre chirurgien viscéral qui conclut à une absence de signes de gravité ou d'urgence mais préconise la réalisation d'un scanner et un transfert en réanimation en cas d'aggravation. Le médecin anesthésiste sollicite quant à lui la réalisation d'un dextro et d'un dosage d'hémoglobine, qui se révèlent sans anomalie, et prescrit un remplissage par Voluven et une échographie, qui est finalement annulée devant l'amélioration clinique. Cette dernière est transférée par la suite en service d'hospitalisation traditionnelle de chirurgie. Devant une patiente douloureuse, l'anesthésiste de garde est appelé dans la nuit et effectuera un remplissage vasculaire par sérum physiologique. L'examen clinique met en évidence des marbrures isolées de manière transitoire au niveau des genoux attribuées à la tachycardie et à l'hypertension réactionnelles à la douleur. Il est prescrit de la morphine en injection intraveineuse directe et, devant une amélioration de la douleur décrite par la patiente, il est effectué une surveillance. La patiente confirme être soulagée lors d'un nouveau passage de l'anesthésiste 2h plus tard. Malheureusement, elle présentera au petit matin un arrêt cardiaque. Malgré une réanimation cardio-pulmonaire avec massage cardiaque externe, intubation -ventilation et bolus d'Adrénaline le décès sera constaté quelques minutes plus tard.

2-Procédure

Les ayants droit de cette patiente ont saisi la CCI d'une demande d'indemnisation dirigée à l'encontre du chirurgien digestif, de l'anesthésiste et du second chirurgien intervenu en post opératoire, de l'anesthésiste de garde, et de la Clinique.

Dans leur rapport les Experts, chirurgien viscéral et réanimateur-infectiologue, concluent que le décès est en lien avec une mauvaise appréciation pré, per et post opératoire d'une déshydratation évoluant depuis 3 semaines avant l'intervention d'anastomose colo rectale basse à l'origine d'une hypovolémie post opératoire relative. Selon eux, la prolongation de cette hypovolémie a abouti à une décompensation cardio-respiratoire par épuisement des possibilités de compensation cardio vasculaire chez une patiente âgée, bien que sans comorbidité majeure, mais dont les capacités adaptatives cardiaques sont diminuées. Les causes exactes du décès ne peuvent toutefois être précisées en l'absence d'autopsie. Les Experts retiennent une prise en charge non conforme dans les suites de la fermeture d'iléostomie en raison d'un défaut de surveillance prolongée en SSPI, de la diurèse, des paramètres hémodynamiques, et de l'absence d'un remplissage vasculaire plus conséquent et de la réalisation d'un bilan biologique. Ces manquements sont à l'origine d'une perte de chance d'éviter le décès post opératoire évaluée à 70 %, dont 42% imputés à l'anesthésiste en charge de la patiente et 28% à l'anesthésiste de garde.

S'estimant insuffisamment informée pour trancher, la CCI a sollicité une contre-expertise en présence d'un Expert anesthésiste-réanimateur et d'un Expert chirurgien digestif afin d'évaluer si les transmissions entre praticiens ont été conformes et si les éléments biologiques et cliniques étaient de nature à conclure à une déshydration majeure.

Les nouveaux Experts concluent quant à eux que la transmission entre les acteurs des soins a été correcte et conforme aux pratiques et que les examens biologiques ne montraient pas de perturbations permettant de conclure à une déshydration majeure, celle-ci s'appréciant également sur les données de l'examen clinique. Ils attribuent le décès à une somme de facteurs (état de dénutrition et de déshydration, d'immunodépression et choc septique) tout en rappelant l'incertitude de la cause du décès en l'absence d'autopsie.

3-Décision

Dans son avis, la CCI retient une perte de chance à hauteur de 30 % d'éviter le décès imputée uniquement à l'anesthésiste de garde. Pour la Commission, la sous-évaluation de l'état de la patiente et l'absence de transfert en réanimation par ce praticien, conformément aux préconisations du chirurgien viscéral, ont compromis les chances de la patiente d'obtenir une amélioration de son état de santé ou d'échapper à son aggravation.

Analyse Médico-Légale

Cette affaire montre bien la difficulté, voir l'impossibilité, pour la justice de rendre une décision impartiale quand les Experts ont des avis divergents. L'incertitude des causes de la mort fait basculer le dossier vers la certitude de soins non conformes. Le doute profite toujours au patient.

Cette décision montre bien l'importance des autopsies à visée scientifique et l'importance de la traçabilité des examens cliniques et prescriptions de chaque intervenant médical.