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

L'ACTU ⚖ JURIDIQUE

Dissection aortique et rétention urinaire itérative

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

1-Résumé

Complication urologique après une pose de prothèse pour dissection aortique et une pose d'endoprothèse pour un anévrisme de l'aorte abdominale

2-Rappel des faits

Homme de 60 ans qui sera pris en charge par le SAMU pour une dyspnée aigüe accompagnée d'une sensation d'étouffement. Aux urgences, il lui sera diagnostiqué une dissection de l'aorte thoracique ascendante. Un scanner mettra en évidence un hématome de la paroi de l'aorte ascendante, des épanchements pleuraux ainsi qu'un hémopéricarde et un anévrisme de l'aorte abdominale. Une cure de dissection aigüe de l'aorte et un remplacement de la crosse de l'aorte ascendant avec pose d'une prothèse sous arrêt circulatoire, hypothermie et CEC seront réalisés. Les suites opératoires se dérouleront sans complication particulière en service de réanimation. A J+7 le patient sera transféré en service de chirurgie cardiaque où il séjournera une dizaine de jours. Il sera ensuite pris en charge dans une Clinique spécialisée en cardiologie. Un scanner de contrôle mettra en évidence un dilatation de l'aorte diaphragmatique et un anévrisme de l'aorte sous-rénale. Un coroscanner sera également réalisé laissant supposer une sténose serrée de l'artère interventriculaire antérieure moyenne. Un bilan cardiologique sera alors effectué et l'indication d'une prise en charge par exclusion endovasculaire de l'anévrisme de l'aorte par endoprothèse couverte sera retenue. Cette intervention sera réalisée sans difficulté particulière. Dans les suites opératoires, il sera demandé l'avis d'un chirurgien urologue en raison de la formation d'un globe vésical lors des tentatives d'ablation de la sonde urinaire. Une échographie éliminera un problème prostatique et une possible cause vasculaire ischémique médullaire sera soulevée. Le chirurgien optera pour le maintien de la sonde durant 3 semaines avant une nouvelle ablation. Cependant cette nouvelle tentative se révélera infructueuse. L'hypothèse d'une vessie neurologique sera évoquée. Lors de la consultation de contrôle avec le chirurgien thoracique aucune anomalie ne sera perçue sur le TDM. Le patient sera cependant hospitalisé un mois plus tard suite à un malaise avec oppression thoracique et dyspnée. Les examens réalisés ne mettront en évidence aucune anomalie. Le patient consultera quelques semaines plus tard un autre chirurgien urologue qui, devant l'échec de l'ablation de la sonde urinaire avec nouvelle rétention vésicale, proposera une résection de la prostate. Le patient présentera cependant une infection urinaire sur sonde vésicale nécessitant un traitement antibiotique. L'intervention sera ainsi réalisée un mois plus tard avec pose d'un cystocath qui sera maintenu lors du retour à domicile. Dans les suites le patient subira des changements du cystocath toutes les 7 semaines et les différents contrôles cardiaques se révèleront satisfaisants.

Analyse Médico-Légale

Cette décision est assez difficile à accepter dans un contexte de dissection aortique puis d'endoprothèse. Cependant, nous ne devons pas oublier que même en cas de chirurgie indispensable nous devons informer le patient de toutes les complications graves connues, y compris exceptionnelles, au risque de se voir reprocher de ne pas avoir permis au patient de se préparer à cette complication. Cela s'indemnise par un préjudice d'impréparation évalué en moyenne entre 1 000 et 5 000 €.

3-Procédure

Le patient saisira la CCI d'une demande d'indemnisation à l'encontre du chirurgien thoracique et cardiovasculaire, du chirurgien urologue ainsi que du CH.

4-Décision

Dans son rapport, l'Expert précise que la complication de rétention urinaire itérative présentée par le patient s'explique par la pathologie initiale de dissection aortique étendue à l'aorte thoracique descendante par ischémie médullaire. Il précise également que l'intervention pour l'implantation d'une endoprothèse a probablement majoré le dommage en rendant la vidange vésicale inopérante. L'Expert conclut toutefois que ces deux interventions ont été réalisées conformément aux règles de l'art et ont permis d'éviter le décès du patient au prix de complications inévitables. Il exclut ainsi la notion d'aléa thérapeutique et ne retient aucun manquement, négligence ou faute de la part de l'ensemble des praticiens.

Dans son avis, la CCI confirme les conclusions expertales. Elle estime cependant que le taux de survenance de la complication médullaire avec tableau urologique, à la suite d'une intervention sur l'aorte thoracique, est de 6 à 9% et que ce risque ne pouvait dès lors être présentait comme une faible probabilité. La Commission conclut ainsi qu'en dépit de s'être acquitté de son devoir d'information le chirurgien thoracique et cardiovasculaire aurait dû informer spécifiquement le patient de ce risque et de ses conséquences compte tenu de sa gravité. La CCI ne retient cependant aucune perte de chance dans la mesure où le patient était contraint à cette intervention compte tenu du risque vital en cas d'abstention. Elle retient toutefois un préjudice d'impréparation pour le patient des conséquences de ce risque qui se sont réalisées.