



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



L'ACTU JURIDIQUE

Douleurs abdominales dans les suites d'un oubli de compresse



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

1-Rappel des faits

Femme de 36 ans adressée par son médecin traitant à un chirurgien orthopédiste en raison de douleurs lombaires intenses, irradiant dans les membres inférieurs, nécessitant une prise de morphiniques. La patiente présente un spondylolisthésis de grade 2-3 confirmé par l'imagerie. Il lui est proposé un traitement chirurgical qui sera effectué deux semaines plus tard. L'intervention est réalisée par abord postérieur et consiste à une libération bilatérale des racines L5 et S1, associée à une réduction du spondylolisthésis L5-S1, suivie d'une fixation de ce dernier par vis et tiges ainsi qu'une greffe osseuse entre la partie postérieure de S1 et les transverses de L5. Les suites immédiates ne présentent aucune anomalie particulière et sont marquées par une amélioration avec diminution des sciatalgies mais persistance de lombalgies. Un corset est prescrit à la patiente pour une durée de 2 mois ainsi que des séances de rééducation par kinésithérapie. Lors de la consultation de contrôle, les radiographies post opératoires confirment une bonne mise en place du matériel. Toutefois, il est constaté lors d'une nouvelle consultation à deux mois post opératoire une désolidarisation de la tige par rapport à la vis inférieure à droite. Devant cette constatation il est proposé une réintervention à la patiente. Celle-ci a lieu 10 jours plus tard et consiste au remplacement des 2 vis précédentes par des nouvelles d'un diamètre supérieur. Une mobilité est mise en évidence entre la tige et la vis S1 à gauche et un franc débricolage à droite. Les suites immédiates seront simples et le corset sera maintenu. A l'issue de l'intervention, il est indiqué à la patiente la nécessité d'un complément de chirurgie par voie antérieure afin que la fusion entre les corps vertébraux de L5 et S1 se fasse pour éviter toute nouvelle désolidarisation du matériel postérieur, soumis à de fortes contraintes. Cette troisième intervention est réalisée trois jours plus tard au sein du même Etablissement par un second chirurgien orthopédiste et consiste au retrait du disque L5-S1 pour la mise en place d'une cage en métal afin d'assurer une fixation antérieure. Dans les suites la patiente présente une nette amélioration de ses douleurs sciatiques avec disparition progressive de celles-ci ainsi qu'un bon résultat radiologique. L'évolution clinique se révèle parfaitement favorable. Toutefois, au cours d'une nouvelle consultation à 6 mois post opératoire, il est fait état de la présence d'une compresse radio-opaque dans le pelvis visible sur le précédent bilan radiologique. Un scanner confirme la présence d'une compresse intra-abdominale résiduelle. La patiente est adressée à un chirurgien viscéral qui procédera sans difficulté à l'ablation de la compression sous coelioscopie. Cette intervention mettra en évidence des adhérences au niveau du site. S'agissant de l'évolution clinique ultérieure, une coelioscopie est réalisée 5 ans plus tard, pour des douleurs pelviennes et un état d'infertilité, révélant des lésions tubaires bilatérales avec oblitération tubaire droite et adhérences péri-tubaires gauches.

2-Procédure

La patiente a engagé une procédure en référé à l'encontre des deux chirurgiens orthopédistes, de la Clinique, des organismes sociaux en vue de la mise en place d'une mesure d'expertise judiciaire.

3-Décision

Dans son rapport, l'Expert, chirurgien orthopédiste, confirme le diagnostic et l'indication opératoire posés pour la première intervention, tout comme le choix et la réalisation technique. S'agissant de la réintervention chirurgicale, celle-ci est considérée comme justifiée mais le geste technique fait l'objet de discussion. En effet, l'Expert estime que le débricolage, survenu en raison de l'absence de fusion intercorporéale, démontre qu'il était impératif de mettre en place une cage intersomatique. Dès lors, il est reproché au chirurgien orthopédiste de ne pas avoir informé d'emblée la patiente de la nécessité d'une troisième intervention, qui s'imposait de manière inévitable par abord antérieur. Il est retenu pour ce retard d'information un préjudice moral d'impréparation pour la patiente, à l'origine d'un stress temporaire supplémentaire. S'agissant enfin de la troisième intervention, l'Expert conclut que l'oubli de compresse intra-abdominale est imputable à une maladresse fautive dont la responsabilité est partagée pour 50 % chacun entre le second chirurgien orthopédiste et l'Etablissement. Enfin, l'Expert estime que l'existence d'adhérences au niveau de la zone où se trouvait la compresse rend hautement probablement (à hauteur de 75%) le fait que les adhérences péri-tubo-ovariennes soient en lien avec le corps étranger.

Analyse Médico-Légale

Nous avons encore chaque année des mises en cause pour des oublis de compresses. Ces affaires sont toujours reconnues comme fautives. En effet, il convient de rechercher par tous les moyens la compresse perdue (révision du champ opératoire, ASP en salle, scanner post opératoire etc).

Il est donc capital de prendre le temps de compter les compresses en fin d'intervention ainsi que de se donner les moyens de les rechercher et de le tracer dans le compte rendu opératoire.

Enfin, il faut, dans la mesure du possible, n'utiliser que des grandes compresses « marquées » et bannir les non marquées et les petites compresses.

