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

L'ACTU JURIDIQUE

Néphrectomie pour sténose urétérale

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

1-Rappel des faits

Patient de 43 ans qui se présente aux urgences en raison d'une colique néphrétique droite. Ce dernier a été traité un an plus tôt pour un calcul urétéral gauche par urétéroscopie. Le scanner abdomino pelvien réalisé montre un calcul de 8 mm enclavé dans l'uretère lombaire droit. Le patient est opéré par un chirurgien urologue qui réalisera une urétéroscopie. Les suites opératoires sont marquées par un alitement à domicile de plusieurs jours en raison de douleurs lombaires et de fièvre. Il est de nouveau hospitalisé en vue de la réalisation d'une urétérorénoscopie souple avec mise en place d'une sonde double J. En per opératoire il est constaté l'existence d'une plaie urétérale hémicirconférentielle postérieure séquellaire de la précédente intervention avec fuite de produit de contraste autour. En post opératoire, une hématurie importante est retrouvée. La sonde double J est laissée en place pendant un mois. A la suite d'un épisode de dyspnée inhabituelle, un scanner thoraco abdomino pelvien est réalisé mettant en évidence une dilatation des cavités pyélocalicielles droites chroniques. Le patient est alors adressé par son médecin traitant à un second chirurgien urologue au CHU qui constate la présence d'un obstacle lithiasique au dessus d'une sténose urétérale lombaire droite. Une urétéropyélographie rétrograde associée à un traitement endoscopique est programmée mais les conditions locales en per opératoire retrouvent une sténose infranchissable au niveau de l'uretère lombaire en regard de L3. Une néphrostomie par voie percutanée est alors réalisée. Les suites de ce geste sont marquées par des douleurs. Une échographie abdominale met en évidence une cellulite à l'abouchement cutané de la sonde pour laquelle des soins locaux sont réalisés. Le patient est revu en consultation par le chirurgien urologue qui note une petite suppuration au niveau de l'orifice de néphrostomie percutanée. Il est réalisé par la suite une néphrectomie totale droite par voie coelioscopique robot assistée mais devant les difficultés opératoires, le chirurgien urologue décide d'une conversion en chirurgie ouverte par voie sous costale droite. Les suites opératoires sont marquées par un épisode occlusif avec fièvre nécessitant un traitement par antibiothérapie à large spectre, Tazociline puis par Augmentin, pendant 5 jours associé à un traitement anticoagulant pendant 21 jours. Le patient présente alors un épisode fébrile spontanément résolutif de 24 heures et une collection suppurée à la partie basse de la cicatrice qui est évacuée et pour laquelle des soins locaux sont effectués. Le résultat anatomopathologique du rein droit met en évidence une pyléonéphrite chronique sans foyer suppuratif. En raison d'une hyperthermie avec sensibilité en flanc gauche et en fosse iliaque droite un scanner abdomino pelvien est effectué à la recherche d'un point d'appel infectieux profond. Cet examen révèle trois collections abcédées de la fosse lombaire droite. Une antibiothérapie par Tazocilline est mise en place et un drainage de l'abcès est réalisé par ponction sous scanner avec mise en place d'un drain dans la loge rénale. Le résultat bactériologique révèle alors un staphylocoque aureus multi sensible pour lequel l'antibiothérapie est adaptée avec arrêt de la Tazocilline et relais par Orbenine pendant 8 jours. L'évolution se révèle favorable par la suite.

2-Procédure

Suite à ces complications, le patient va engager une procédure en référé-expertise à l'encontre des deux chirurgiens urologues, du CHU et de la CPAM.

3-Décision

Dans son rapport l'Expert judiciaire retient un défaut d'information au patient sur les risques encourus à l'encontre du premier chirurgien urologue ainsi qu'un manque de prudence lors de la 2nde intervention qui a eu pour conséquence une sténose de l'uretère lombaire à l'endroit même où était située la plaie urétérale constatée sur les clichés de radioscopie réalisée au cours de cette procédure. Par ailleurs, le suivi post opératoire est jugé non conforme en raison de l'absence de bilan d'imagerie entre les deux gestes endoscopiques. Ce manquement est responsable d'un retard de diagnostic de la sténose urétérale et est à l'origine de la dégradation de la fonction rénale et d'une perte de chance de 99 % d'éviter une néphrectomie droite (la littérature scientifique signalant 1% de risque de sténose tardive post urétéroscopie).

Il est reproché par ailleurs au second chirurgien urologue l'absence d'analyse d'urine pré opératoire sur la sonde de néphrostomie et de prélèvement cutané au niveau de l'abouchement de la sonde.

L'Expert retient également une erreur imputable au CHU pour la réalisation d'une analyse d'urine ne permettant pas de connaître l'état bactériologique des urines en provenance du rein droit. L'infection présentée par le patient est quant à elle qualifiée de nosocomiale et imputée aux soins effectués par le CHU et le 2nd chirurgien urologue en raison d'un manque de précaution.

Enfin, il est également retenu une prise en charge tardive de cette infection liée à un défaut d'organisation du CHU, le drainage de l'abcès ayant été réalisé 3 jours après le diagnostic.

Analyse Médico-Légale

Il n'existe pas de « petite » chirurgie. Il est obligatoire dès lors d'informer les patients de tous risques opératoires, y compris graves.

Les sociétés savantes éditent des documents d'information de grande qualité que nous vous conseillons naturellement d'utiliser. L'Association Française d'Urologie (www.urofrance.org) a notamment mis en place une fiche pour chaque intervention spécifique.

En cas de complication chirurgicale, il ne faut pas hésiter à organiser des scanners ou tout autre examen à distance pour affirmer un retour ad integrum.