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

L'ACTU JURIDIQUE

Surinfection osseuse après ablation d'une plaque d'ostéosynthèse du pilon tibial

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

1-Rappel des faits

Homme de 72 ans victime d'une chute sur une plaque de verglas, à l'origine d'un traumatisme de la cheville droite, alors qu'il est en vacances. Aux urgences de l'Hôpital le plus proche le diagnostic de fracture déplacée du quart inférieur des deux os de la cheville droite est posé. L'homme bénéficie d'une réduction de la fracture fermée et d'une immobilisation par botte plâtrée avant d'être opéré le lendemain par un chirurgien orthopédiste pour une ostéosynthèse par plaques. Les suites post opératoires immédiates ne révèlent pas de difficultés particulières. L'homme a cependant présenté, 2 jours plus tard, une nouvelle chute responsable d'un déplacement secondaire nécessitant une réintervention le lendemain dans le même établissement pour reprise de l'ostéosynthèse et retrait du cube Biosorb qui avait été mis en place, compte tenu de l'état cutané et du risque infectieux. La sortie est autorisée 2 semaines plus tard sans appui avec prescription de soins locaux à domicile à faire réaliser par une infirmière, de Lovenox ainsi que de séances de rééducation. Dans les suites, le patient est suivi au sein d'une clinique proche de son domicile où un contrôle radiographique met en évidence une absence de déplacement secondaire et une persistance de plusieurs plaques minimes de nécrose cutanée superficielle. Un nouveau contrôle radio clinique, 7 jours après, confirme à nouveau l'absence de déplacement et un état favorable concernant l'évolution cutané, sans caractère inflammatoire. Une reprise progressive de l'appui est autorisée quelques semaines plus tard avec constat d'une cicatrisation toujours en cours et de douleurs persistantes. Le patient consulte alors un second chirurgien orthopédiste, suite à la réalisation d'un scanner, qui constate l'absence de consolidation du pilon ainsi que la présence d'une vis intra-articulaire dans la tibio-talienne. Il préconise la poursuite des traitements mis en place ainsi qu'une nouvelle consultation qui est effectuée un mois plus tard. Devant l'absence d'amélioration de la symptomatologie et un conflit des vis avec le talus, le praticien propose une chirurgie d'ablation des vis qui est réalisée un mois après sans difficulté particulière. Le patient regagne son domicile 2 jours après l'intervention sans autorisation d'appui. L'homme se présente toutefois quelques jours plus tard aux urgences de la clinique en raison d'une hyperthermie, d'une jambe œdématiée et apparition d'un suintement au niveau de la cicatrice. Il est hospitalisé en service de chirurgie orthopédique avant d'être transféré vers un CHU où il est réopéré pour l'ablation du matériel et mise en place d'un fixateur externe. Les prélèvements per opératoires mettent en évidence un *staphylocoque aureus méti S* et un *corynebacterium striatum* pour lesquels une antibiothérapie est débutée et régulièrement adaptée. Le patient bénéficie également de l'évacuation d'une collection profonde du tibia droit et d'un lavage chirurgical avec poursuite de l'antibiothérapie. Après plusieurs semaines d'hospitalisation l'homme bénéficie d'une hospitalisation à domicile. Dans les suites, un scanner de la jambe droite montre l'absence de consolidation du foyer fracturaire. Par ailleurs, le patient bénéficie également de plusieurs consultations d'infectiologie au sein du CHU au cours desquelles est évoqué une toxidermie aux antibiotiques motivant leur modification. Quatre mois après la chirurgie et 15 jours après l'arrêt des antibiotiques, l'homme est reçu en consultation d'infections ostéoarticulaires complexes, conjointement réalisée par un chirurgien orthopédiste et un infectiologue, au cours de laquelle il est évoqué la réapparition d'un probable abcès sous cutané au niveau de la face antéro-interne de la jambe. Il est alors proposé au patient une reprise pour drainage et réalisation de prélèvements bactériologiques multiples en vue d'une nouvelle antibiothérapie adaptée et remise en place d'un fixateur externe ou la réalisation d'une amputation de la jambe. Cette dernière option sera finalement choisie par le patient qui bénéficiera d'une amputation trans-tibiale droite trois semaines plus tard au sein du CHU avec une évolution clinique satisfaisante.

2-Procédure

Le patient a saisi la CCI d'une demande d'indemnisation présentée à l'encontre du premier Etablissement hospitalier ainsi que de la Clinique l'ayant pris en charge.
Une première réunion d'expertise a été organisée par un Expert orthopédiste et un Expert infectiologue, conjointement désignés par la CCI, à l'issue de laquelle le patient a étendu la procédure à l'encontre des deux chirurgiens orthopédistes intervenus initialement. De nouvelles opérations d'expertise ont ainsi été réalisées en présence de l'ensemble de ces parties.
Dans leur rapport, les Experts ont conclu que les soins dispensés par l'ensemble des intervenants ont été conformes et que le patient a présenté une complication infectieuse, qualifiée de nosocomiale, survenue au décours de l'intervention d'ablation des vis réalisée à la Clinique et favorisée pour 50 % par son état antérieur (surpoids, tabagisme).

3-Décision

Dans son avis initial, la CCI retenait dans son argumentaire que l'infection ne pouvait être qualifiée de nosocomiale, plusieurs mécanismes possibles pouvant être à l'origine de celle-ci, notamment une porte d'entrée cutanée ou une translocation bactérienne endogène. Elle écartait également toute notion d'accident médical fautif ou d'affection iatrogène. Elle concluait toutefois, et de manière totalement contradictoire, à la présence d'une infection nosocomiale dont l'indemnisation des préjudices revenait à l'ONIAM.
Dans son avis rectificatif, la Commission écarte toute responsabilité des professionnels de santé mis en cause et exclut le caractère nosocomial de l'infection. Elle rejette ainsi la demande d'indemnisation présentée par le patient, en l'absence de survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale. En effet, la CCI estime que l'infection provient d'une contamination d'origine cutanée, consécutive à une désunion cicatricielle favorisée par une obésité et un tabagisme non sevré durant la prise en charge, et la qualifie de communautaire et non de nosocomiale.

Analyse Médico-Légale

La prise en charge de ce patient a été particulièrement lourde. Toutefois, un dossier bien tracé et documenté a permis d'écarter la responsabilité de l'ensemble des praticiens, confirmant la réalisation de leur art conformément aux données acquises de la science. L'ONIAM de son côté va donc refuser toute indemnisation car il considère qu'il s'agit d'une complication de son état antérieur, et non une complication en lien avec les soins.