

Rapport du Sou Médical 2007 - ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Les 5 041 sociétaires anesthésistes-réanimateurs du Sou Médical - Groupe MACSF ont adressé 239 déclarations dont 222 pour les seuls anesthésistes-réanimateurs libéraux soit une sinistralité de **19,9 %** (222/1114) (17,2 % en 2006). Parmi elles, 18 plaintes pénales, 3 plaintes ordinaires, 43 assignations en référé, 115 réclamations et 51 saisines d'une CRCI.

85 bris dentaires :

Par ailleurs, 4 autres atteintes ont été attribuées à une intubation endotrachéale : ; .

- 77 lors d'intubations (32 considérées comme difficiles dont 16 dépistées lors de la consultation préanesthésique),
- 4 au cours de l'utilisation d'un masque laryngé,
- 2 attribuées à la mise en place d'une canule oro-pharyngée,
- 2 à d'autres causes (cale-dent, laryngoscopie).

Dans plus de 10 % des cas, l'information sur le risque survenu n'a pas été donnée et/ou l'état antérieur n'a pas été évalué.

Par ailleurs, 4 autres atteintes attribuées à une intubation endotrachéale :

- sténose trachéale (plainte 10 ans après les faits - imputabilité ?)
- dysphonie modérée et transitoire (3)

Anesthésie générale :

25 déclarations concernent des accidents au cours (ou au décours immédiat) d'une anesthésie générale (AG) dont 10 attribués directement ou indirectement à cette technique :

1 lors de l'induction : :

- choc anaphylactoïde à un curarisant (état végétatif chronique) (EVC)

3 en cours d'intervention ::

- décès par collapsus irréversible chez un hypertendu lors de l'ablation d'une tumeur rétropéritonéale (phéochromocytome extra-rénal à l'histologie) ;
- hypoxie après débranchement accidentel du respirateur (séquelles

neuropsychiques modérées) ;

- fracture des deux têtes humérales (sismothérapie sous AG sans curarisation).

■ 6 au réveil (ou dans les premières 24 heures) :

- arrêt cardiaque (AC) brutal en SSPI (42 ans - cardiopathie hypertrophique méconnue - décès) ;
- bradycardie extrême en SSPI (3 ans - intervention pour phimosis - décès - mécanisme ?) ;
- AC lors du transfert bloc - SSPI après endoscopie digestive (59 ans - EVC) ;
- accident vasculaire cérébral (AVC) (3)

Au total, ces 10 accidents ont entraîné 3 décès, 2 EVC et des séquelles neuropsychiques lourdes chez un patient.

Par ailleurs :

- Embolie gazeuse (2) : 48 ans - coelohystérectomie - décès ; 18 ans
- reprise chirurgicale pour plaie méningée après cure de hernie discale - EVC.
- Choc hémorragique : 18 ans - cure de varicocèle par vidéo-chirurgie - décès.
- Erreur de produit : adrénaline 0,5 mg au lieu de lidocaïne lors de l'induction
- HTA avec troubles du rythme et de la repolarisation - absence de séquelles.
- Extravasation de produit anesthésique : atteinte transitoire du nerf radial.
- Thrombophlébite des veines du membre supérieur (jusqu'à la sous-clavière) après pose par une infirmière en SSPI d'un brassard tensionnel sur le bras d'une malade ayant un lymphoedème chronique après curage ganglionnaire ancien.
- Ulcération urétrale après mise en place d'une sonde urinaire sous AG sans désactivation d'un sphincter artificiel - nécessité d'une sonde à demeure pendant plusieurs mois et de la mise en place chirurgicale d'un nouveau sphincter.
- Paralysie du SPE après chirurgie rachidienne attribuée à un déplacement secondaire d'une vis lombaire en raison d'une agitation importante du patient au réveil.
- Brûlure du 2ème degré : enfant de 5 ans - intervention pour phimosis - utilisation du bistouri électrique après désinfection à l'Hibitane® alcoolique (chlorhexidine digluconate).
- Acidose lactique nécessitant une hémodialyse post-opératoire : absence d'arrêt de la metformine chez un diabétique.
- Urticaire généralisée après antibioprophylaxie par bêta-lactamine (allergie connue).

■ Complications positionnelles (4) :

- atteinte des nerfs médian et cubital ;
- nerf médian ;
- SPE ;
- nerf sciatique.

Dans ces 4 cas, l'imputabilité à la position est contestable.

Anesthésie locorégionale :

34 déclarations concernent des anesthésies loco-régionales (ALR).

■ Péridurales (PD) : (3 lors d'accouchement) :

- arachnoïdite - paraparésie séquellaire ;
- douleurs locales résiduelles après un retrait difficile du cathéter.

PD et AG : déficit S1 lors du retrait du cathéter.

PD thoracique et AG (cure d'anévrisme de l'aorte) : paraplégie - imputabilité ?

■ *Rachianesthésie (RA) (10) :*

- 91 ans - prothèse fémorale - décès à J6 - imputabilité ? ;
- méningite bactérienne (3) à Streptocoque oralis, Streptocoque mitis, Staphylocoque aureus ;
- paralysie sciatique (2 dont 1 bilatérale) ;
- paralysie du SPE ;
- céphalées persistantes après brèche dure-mérienne (blood - patch inefficace) ;
- bris d'aiguille (2 dont l'un lors d'une césarienne) - nécessité d'une extraction chirurgicale.

RA et PD combinées : déficit L5/S1 chez un diabétique (imputabilité ?).

■ Bloc interscalénique (5) : atteinte des nerfs médian et cubital ; nerf cubital ; nerf musculocutané (2) ; à une paralysie diaphragmatique.

- Bloc interscalénique et AG : déficit sensitivo moteur diffus - notion ultérieure de vascularite.

- Bloc axillaire : atteinte des nerfs circonflexe et thoracique long.

- Bloc huméral (2) : douleur séquellaire au point d'injection.

- Bloc tri-tronculaire (sciatique, fémoral, obturateur) : atteinte du SPE et, à un moindre degré, du SPI.

- Bloc crural (2) : atteinte du nerf crural ; sepsis local (bloc analgésique).

- Bi-bloc (fémoral, sciatique) et AG : atteinte du nerf sciatique ; atteinte du SPE.

- Bloc crural et AG : atteinte du nerf crural.

2 déclarations concernent la consultation pré-anesthésique :

dont 1 réclamation après un hématome pariétal au décours de la cure d'une hernie inguinale - TS allongé lors de la consultation pré-anesthésique - contrôle demandé mais non réalisé.

45 complications postopératoires

dont 32 ayant entraîné la mort.

Les plus fréquentes et les plus graves d'entre elles sont de nature septique (17 dont 11 décès par choc septique),

- notamment après péritonite par désunion anastomotique après colectomie (4) ;
- gangrène gazeuse après péritonite par perforation caecale après vidéo cure de hernie inguinale ;
- sepsis après prothèse totale de hanche (PTH) (3) ;
- pneumopathie ou médiastinite post-opératoire (2).

Les complications hémorragiques sont plus rares (5 cas dont 4 décès et une amputation du champ visuel) après hémorragie du post-partum, vidéo cure de hernie inguinale, fracture du col du fémur, lipoaspiration.

Six décès sont la conséquence d'une embolie pulmonaire massive et 3 d'une inhalation bronchique.

Deux sont attribués au retard de diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë post-opératoire.

Un autre est survenu chez une femme de 28 ans victime d'une plaie vésicale lors d'une césarienne puis d'une ligature des uretères lors de la réintervention pour suture, entraînant une anurie (mécanisme du décès non élucidé).

Comme précédemment, les reproches portent essentiellement sur le retard de diagnostic de la complication (occlusion, péritonite, anémie aiguë) parfois attribué à un défaut de surveillance, le délai de sa prise en charge, une fois qu'elle a été diagnostiquée, le refus de déplacement et des prescriptions faites par téléphone, le délai d'arrivée notamment pour césarienne (quadriplégie spastique chez un nouveau-né (retard de 55 minutes après réception de l'appel téléphonique), l'absence d'examens biologiques pré ou post-opératoires (notamment taux d'hémoglobine, glycémie...) qui auraient pu faire prévoir certaines complications post-opératoires (choc hémorragique irréversible, coma hyperosmolaire diabétique). En cas de complication infectieuse, l'absence d'antibioprophylaxie, l'inadaptation ou l'insuffisance de surveillance de l'antibiothérapie (notamment en cas d'hypoacousie succédant à un traitement par aminoside) sont souvent soulignées. Ailleurs, une mauvaise gestion péri-opératoire des traitements anticoagulants antérieurs est reprochée : ischémie aiguë en post-opératoire immédiat entraînant l'amputation du membre inférieur après arrêt du Plavix® (clopidogrel bisulfate) 10 jours avant une chirurgie de l'épaule, hématome rénal et péri-rénal après lithotritie chez un patient traité par AVK au long cours. D'autres reproches concernent la prévention thrombo-embolique postopératoire, dénonçant son absence ou son insuffisance en cas d'embolie pulmonaire ou son mauvais contrôle en cas d'hématome notamment compressif avec séquelles neurologiques (chirurgie de la hanche). Non exceptionnellement une mauvaise coordination de l'équipe opératoire, une organisation défailante de la clinique - notamment du standard téléphonique - ou des difficultés de communication entre anesthésistes et chirurgiens sont mises en avant par les plaignants pour expliquer ces retards de diagnostic et/ou de prise en charge.

■ 23 déclarations où la responsabilité de l'anesthésiste ne semble pas a priori engagée :

il s'agit notamment

- de souffrance foetale aiguë (SFA) (4 responsables de 3 décès et d'une infirmité motrice cérébrale) (IMC),
- de paralysie du plexus brachial liée à une dystocie des épaules,

- de complications chirurgicales (syndrome des loges après prothèse du genou ; lésion nerveuse après thyroïdectomie ou cure de syndrome du canal carpien ; AVC après endartériectomie carotidienne)
- et surtout d'infections nosocomiales du site opératoire sans retentissement systémique (5 dont 3 après chirurgie orthopédique).

■ 4 déclarations concernent une activité de réanimation :

- décès d'un polytraumatisé de 21 ans malgré des transfusions massives ;
- paraplégie après une PL hémorragique ;
- bris dentaire lors d'une intubation en extrême urgence (coma convulsif).
- Plainte ordinaire pour propos désobligeants tenus par l'un de nos sociétaires à l'encontre d'un médecin généraliste... qui l'avait mis en cause après le décès d'une enfant de quatre ans.

■ cathéters :

Cathéter artériel radial : syndrome des loges de l'avant-bras avec paralysie radiale séquellaire.

Chambre implantable pour chimiothérapie : malposition avec migration intra-aortique du cathéter nécessitant retrait et repositionnement.

Cathéter veineux central (3) :

- Arrachement accidentel méconnu - hémithorax - choc hypovolémique - décès ;
- malposition avec perfusion intra-pleurale - hypoxie - EVC - décès à 4 mois ;
- septicémie à S. aureus.

■ Activité de régulation médicale (SAMU) :

enfant de 22 mois - appel pour toux sans fièvre - prescription de sirop anti tussif - 3 heures plus tard, accès fébrile suivie d'un AC - hospitalisation - pneumopathie à S.aureus - décès.

■ Activité dans un centre de traitement de la douleur (3) :

- rachianalgésie par cathéter intrathécal : méningite purulente à J5.
- Bloc analgésique épidural cervical (douleurs cervicales et du bras gauche rebelles à tous traitements depuis 5 mois) : douleurs radiculaires du membre supérieur controlatéral.
- Réclamation après échec des traitements prescrits pour une algodystrophie survenue dans les suites du traitement chirurgical d'une épicondylite.

■ Mise en cause pour contamination par le VHC (2).

- Transfusions pour ménométrorragies (1985) : hépatite chronique fibrosante (1990).
- Coloscopie (2006) : hépatite aiguë survenant 4 semaines plus tard.

■ Traumatisme corporel :

Chute de la table d'opération avant la réalisation d'une RA - pas de séquelle apparente - réalisation de la RA - absence de récupération post-opératoire du bloc neurologique - mise en évidence d'une fracture T7/T8 associée à une contusion médullaire - paraplégie séquellaire.