

Résection prostatique sans prise en compte d'une infection urinaire à germe multi-résistant sur sonde à demeure

Jugement

Expertises

Deux expertises étaient successivement demandées par la CRCI, toutes deux confiées à des professeurs d'université, chefs de service d'urologie, avec un sapiteur professeur d'université, chef de service d'anesthésie-réanimation lors de la première. Leur analyse des faits était identique.

Le patient était décédé d'un choc septique lié à une infection généralisée incontrôlable, qui avait été provoqué par une intervention de résection transurétrale de la prostate chez un patient porteur d'une sonde à demeure avec infection urinaire à germe multi-résistant. La dissémination bactérienne avait été favorisée par l'ouverture de larges sinus veineux et la pression liée au liquide de lavage nécessaire à la bonne réalisation de l'intervention chirurgicale.

Les deux expertises retenant la responsabilité des médecins de l'hôpital public, du chirurgien urologue et de l'anesthésiste ayant réalisé la consultation de pré-anesthésie. En revanche, elles excluaient la responsabilité du médecin traitant qui n'avait vu le patient qu'une seule fois le 30 mai et n'avait pas été informé par l'hôpital des résultats de l'ECBU ainsi que celle de l'anesthésiste ayant dormi le patient, le deuxième expert urologue estimant qu' « *il n'appartenait pas à l'anesthésiste au moment où il doit endormir de vérifier la totalité du dossier* ». Aux médecins de l'hôpital public, il était reproché de ne pas avoir tenu compte des résultats des ECBU qu'ils avaient demandés en prescrivant des antibiotiques auxquels le germe isolé dans les urines n'était pas sensible et surtout de pas avoir communiqué ces résultats alors qu'ils étaient anormaux, aux praticiens de la clinique.

A l'urologue, il était reproché de ne pas avoir respecté la règle de vérifier systématiquement la stérilité des urines avant toute résection de prostate. Cette recommandation était citée en toutes lettres dans la fiche d'information de l'Association Française d'Urologie à remettre à tout futur opéré : « *une analyse d'urines est réalisée avant l'intervention pour vérifier la stérilité des urines ou traiter une éventuelle infection ce qui pourrait conduire à repousser la date de votre intervention* ». Même si l'urologue n'avait pas été tenu au courant par les médecins de l'hôpital public des résultats anormaux des 3 ECBU pratiqués, au minimum,, une bandelette urinaire aurait dû être réalisée le matin même de l'intervention ou la veille au soir, qui aurait alerté en montrant de nombreux leucocytes. Compte tenu de la sensibilité du germe retrouvé chez le patient, il aurait fallu prescrire de l'Amiklin® 48 heures avant le geste chirurgical de façon à intervenir avec des urines disposant d'un pouvoir bactéricide à l'égard du germe en cause ce qui aurait considérablement minimisé le risque de choc septique et probablement sa gravité.

Pour les experts, la raison invoquée par l'urologue pour ne pas avoir vérifié l'ECBU préopératoire -« *les malades porteurs de sonde à demeure sont constamment colonisés* »- n'était pas suffisante.

L'anesthésiste qui avait réalisé la consultation de pré-anesthésie rappelait, ce que confirmait l'urologue, que l'organisation à l'intérieur de la clinique prévoyait que « *les anesthésistes réanimateurs n'avaient pas la responsabilité de la gestion des ECBU des patients devant être opérés en chirurgie urologique*. L'expert remarquait qu'il n'existait pas à la date des faits reprochés, de procédure écrite confirmant que la responsabilité des ECBU revenait aux seuls chirurgiens. En outre, il soulignait qu'au cours de la consultation pré-anesthésique, il appartenait à l'anesthésiste de vérifier que toutes les conditions étaient réunies pour éviter une quelconque complication. Celui-ci avait, d'ailleurs, prescrit une antibioprophylaxie « standard » avant que le patient ne descende au bloc opératoire. Celle-ci (Rocéphine®) était inactive sur le germe en cause.

Enfin, le second expert urologue retenait la responsabilité de la clinique qui aurait dû mettre à la disposition des praticiens des moyens leur permettant d'assurer une prise en charge efficace dans les cas difficiles, et notamment un transfert rapide vers une structure de soins adaptée.

Pour cet expert, le décès du patient était imputable pour 25 % aux médecins de l'hôpital public, 30 % au chirurgien urologue, 25 % à l'anesthésiste ayant réalisé la consultation pré-anesthésique et 20 % à la clinique.

Décision CRCI

Se fondant sur les deux rapports d'expertise et les pièces versées au dossier, la CRCI retenait, dans la survenue du décès du patient, la responsabilité des médecins de l'hôpital public, du chirurgien urologue et de l'anesthésiste ayant réalisé la consultation de pré-anesthésie. En outre, faisant siens les termes du rapport du second expert urologue selon lesquels « *l'anesthésiste ne peut pas être le médecin qui se contente d'endormir le malade sans avoir une vision globale de son état* », la Commission estimait que, comme son associé, le praticien qui avait endormi le patient aurait dû s'assurer que la stérilité des urines de son patient avait été vérifiée. En revanche, il ne lui apparaissait pas que le retard dans le transfert du patient vers un plateau technique plus adapté à son état, puisse être attribué à un défaut d'organisation de la clinique mais plutôt à un problème récurrent de manque de place au sein des établissements de santé. Dès lors, elle ne retenait aucune faute dans l'organisation de la clinique.

Au total, la Commission préconisait comme partage de responsabilité : 40 % pour le chirurgien urologue, 20 % pour chacun des deux anesthésistes et 20 % pour l'hôpital public.