

Cas paramédical - décembre 2010

Retard diagnostique et de prise en charge d'un hématome rachidien post-opératoire

JUGEMENT

Expertise

Lors de l'expertise, le chirurgien confirme être passé voir son patient le lendemain de l'intervention mais qu'effectivement il ne l'a pas vu à J2 car il était souffrant. Il pensait qu'il serait vu par un médecin anesthésiste mais il ne l'avait pas demandé lui-même.

L'expert questionne le chirurgien et l'établissement pour déterminer s'il existe un protocole spécifique de surveillance post opératoire pour les patients médullaires. Ceux-ci confirment l'absence de protocole spécifique. Le chirurgien confirme qu'après avoir constaté un discret déficit des releveurs le soir de l'intervention, le 24 janvier, celui-ci lui semblait sans gravité et il n'a donc pas fait de prescription spécifique de surveillance.

Le kinésithérapeute a l'habitude de travailler avec des neurochirurgiens et des orthopédistes et il considère qu'à J2 l'état du patient n'était pas alarmant. Pour lui, la constatation du déficit moteur entrainait dans le cadre d'un lever difficile. Il avait prévenu le personnel infirmier de l'échec de ce premier lever mais n'avait pas jugé utile de déclencher une alerte et d'appeler le chirurgien. L'expert considère que l'intensité des douleurs présentées le soir de l'intervention, le léger déficit moteur constaté le lendemain par le chirurgien aurait déjà dû donner l'alerte et entraîner une surveillance de la mobilité et de la sensibilité plus rapprochée qu'elle n'a été faite.

De même, la constatation d'un déficit important à J2 par le kinésithérapeute aurait dû lui faire déclencher une alerte de surveillance plus importante et surtout l'appel d'un médecin pour examiner ce déficit moteur.

Ceci n'a pas été fait et aucune surveillance neurologique n'a été notée pendant 24 heures avant la découverte de la paraplégie. Le patient déclare qu'il aurait constaté une aggravation dans l'après midi à J2 dans un contexte de douleurs importantes depuis le matin.

Dès la constatation de la paraplégie, le kinésithérapeute a bien prévenu directement le chirurgien.

L'expert souligne le retard mis à pratiquer les examens et à intervenir ce jour là (IRM seulement vers 17 H).

Au total, l'expert considère qu'il y a eu environ trente heures entre le moment où le diagnostic aurait pu être fait et l'intervention ; 24 heures de retard diagnostique puis 7 heures de plus entre le diagnostic et la réintervention.

La constitution d'un hématome extra dural post opératoire est un aléa thérapeutique. Le délai du diagnostic constitue une perte de chance de 80 % dans les chances de récupération. Au stade de déficit moteur, l'intervention aurait permis d'éviter l'évolution vers la paraplégie mais n'aurait pas forcément entraîné une récupération des problèmes sphinctériens et du déficit moteur quadricipital tel qu'il était constitué.

Dans ces 80 %, 40 % relèvent de la responsabilité du chirurgien qui ne s'est pas enquis de l'état neurologique de son patient dans le suivi de l'intervention qui a ensuite laissé passé un délai entre le moment du diagnostic et l'intervention.

20 % sont dus au fait que le kinésithérapeute, qui est le premier à constater un déficit moteur réel n'a pas alerté le praticien afin qu'un diagnostic soit fait.

20 % sont à mettre sur le compte du dysfonctionnement de la clinique qui ne dispose pas de feuilles de soins infirmier sur lesquelles seraient notées l'état neurologique d'un patient opéré du rachis ou a fortiori opéré d'une lésion intra médullaire.

AVIS CRCI

La commission CRCI a retenu la responsabilité de l'ensemble de l'équipe en modifiant quelque peu l'appréciation du partage des responsabilités faite par l'expert : la part de responsabilité du chirurgien est fixée à 50 %, celle du personnel à 40 % et le kinésithérapeute à 10 %.