



Nos offres

Vos espaces thématiques

[Aide et Contact \(/Aide-et-Contact\)](#)

[Un sinistre ? \(/Un-sinistre\)](#)

[Espace personnel \(https://www.espacemembre.macsf.fr\)](https://www.espacemembre.macsf.fr)

[Accueil \(/\)](#) > [Responsabilité professionnelle \(/responsabilite-professionnelle\)](#)

> [Analyses de décisions \(/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions\)](#) > [Décès d'un choc septique méconnu lors d'une colique néphrétique](#)



[Espace personnel \(https://www.espacemembre.macsf.fr\)](https://www.espacemembre.macsf.fr)

[RCP \(/ACTUALITES#RCP\)](#) [URGENCES \(/ACTUALITES#URGENCES\)](#)

# Décès d'un choc septique méconnu lors d'une colique néphrétique

Le 19.03.2018 par Catherine Letouzey, médecin interniste

[f](https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique) (<https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique>)

[t](https://www.twitter.com/intent/tweet?url=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique) (<https://www.twitter.com/intent/tweet?url=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique>) [in](#)

<https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique&title=Décès d'un choc septique méconnu lors d'une colique néphrétique>



Retrouvez l'analyse d'un cas de choc septique méconnu survenu en 2006 lors d'une colique néphrétique.

## Sommaire

[Les faits >](#)

[L'expertise >](#)

[La décision >](#)

En poursuivant votre navigation sur ce site, vous acceptez l'[utilisation de cookies \(/Cookies\)](#), pour une navigation optimale et bénéficier de contenus et services adaptés.



## Les faits

Une patiente âgée de 47 ans consulte vers minuit un service d'urgence pour des douleurs abdominales. Le diagnostic de colique néphrétique est rapidement porté et la patiente est hospitalisée.

Dans ses antécédents, il est noté une appendicectomie, des infections urinaires répétées, une allergie aux Pénicillines. A l'admission, la tension artérielle est à 118/74 mm d'Hg, la température n'est pas prise. Les examens biologiques sont normaux. Il n'y a pas d'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) ni de bandelette, la patiente n'ayant pas uriné.

Le premier urgentiste prescrit une perfusion d'antalgiques et d'anti-inflammatoire et prévoit un scanner pour le lendemain matin.

A 2 H 00 du matin, la température est à 37,9°. A 07 h 00 du matin, la température est à 37,6°, la tension artérielle est à 95/69 mm d'Hg, elle est toujours très algique.

Un deuxième médecin urgentiste la prend en charge ce lendemain matin puis pendant les 24 heures suivantes. A 8 H 00, la température est à 36,4°, la tension artérielle à 96/66 mm d'Hg. Le scanner confirme une lithiase au méat gauche de 6 mm, avec discrète dilatation d'amont. Le traitement antalgique est majoré. La surveillance est rapprochée toutes les quatre heures.

A 15 h 00, survient une hypotension artérielle (fréquence cardiaque 90/mn, tension artérielle 86/46 mm d'Hg, SpO2 96 %). A 17 h 00, l'hypotension artérielle persiste à 98/52 mm d'Hg.

A 18 H 00, malgré les anti-inflammatoires, la température est à 38,3°. A 22 h 00 et 05 h 00, la température est à 38°, la tension de l'ordre de 80/50 mm d'Hg avec une tachycardie (110/mn), une SpO2 de 96 % à 100 %. La surveillance est poursuivie et l'infirmier de nuit aurait signalé à l'urgentiste de garde une hypotension artérielle vers 2 H 00 du matin, sans qu'il ait pris de décision ni se soit déplacé.

L'infirmier de nuit, à la fin de son service, note : "petite TA systolique, marbrures importantes avec des douleurs abdominales, apyrétique ce matin". L'urgentiste examine la patiente au matin et déclare que son état s'était aggravé, que l'examen retrouvait une défense abdominale. Il déclare avoir demandé un second scanner tout en joignant l'urologue par téléphone (celui-ci affirme ne pas avoir reçu d'appel).

A 11 h 00, température à 37,6°, fréquence cardiaque 118/mn, persistance de l'état de choc avec une tension artérielle à 72/49 mm d'Hg. Aucune mesure correctrice n'est débutée. La NFS montre une leucocytose à 6700/mm<sup>3</sup>, des plaquettes à 84 000 et une créatinine à 154 mmol/l.

Un troisième médecin urgentiste prend le relais vers 9 h 30. L'état de choc persiste avant le transport de la patiente vers le scanner. Ayant eu la transmission de son collègue, le troisième urgentiste déclare ne pas avoir examiné la patiente avant son transport mais l'avoir accompagnée en brancard jusqu'au scanner qui est pratiqué vers 13 h 35.

Celui-ci montre un rein gauche à la perfusion hétérogène avec un retard de sécrétion, un épanchement péri-rénal et le calcul connu du bas uretère gauche. Il montre également un épanchement intra-abdominal de faible abondance.

L'urgentiste dit avoir rencontré l'urologue à la cafétéria vers 14 h 00, ce que celui-ci confirme mais, devant quitter la clinique l'après-midi, il demande à son collègue urologue de prendre en charge la patiente.

L'urologue se rend aux urgences mais la patiente était au scanner. Au retour du scanner, sa température est à 36,9°, la tension artérielle à 77/45 mm d'Hg, la fréquence cardiaque à 124/mn avec une SpO2 à 94 %. Une oxygénothérapie et un remplissage vasculaire sont débutés et vers 15 h 00, la patiente est transférée en réanimation.



Il est posé le diagnostic de choc septique et une antibiothérapie probabiliste est administrée. Des prélèvements bactériologiques sont effectués. Le réanimateur, l'urologue et un chirurgien viscéral, dans ce contexte de contracture généralisée, discutent du point de départ urinaire ou digestif de cet état septique.

L'intervention est décidée en urgence : cœlioscopie diagnostique suivie d'un drainage du rein gauche. La cœlioscopie ne décrit pas d'anomalie intra-abdominale en dehors d'un épanchement clair de faible abondance. La montée de sonde urétérale ramène du pus puis du sang. L'intervention se termine vers 18 h 00. L'état de choc continue à s'aggraver.

Il apparaît une défaillance multiviscérale. La patiente est de nouveau transférée au bloc opératoire vers 20 h 30 où il est effectué une néphrectomie gauche par voie sous costale. Il est noté un hémopéritoine et des difficultés hémorragiques pendant l'intervention. Il survient un arrêt cardiaque peropératoire dans ce contexte de défaillances multiviscérales conduisant au décès vers 21 h 00.

Les prélèvements bactériologiques (urinaires après drainage), les hémocultures permettent au retour des résultats de confirmer l'origine urinaire de cet état de choc avec l'isolement de E. Coli sensible à l'antibiothérapie débutée alors que l'ECBU fait sur les urines avant le drainage était stérile.

## L'expertise

L'expertise, (2010), puis un complément d'expertise est confiée à un réanimateur et à un urologue qui rendront un document de 45 pages.

Au sein de l'établissement privé où ont eu lieu les faits, le service d'urgence est de type UPATOU : un médecin urgentiste est de garde sur place pour 24 heures ; il existe une liste d'astreintes pour la chirurgie et l'urologie, un réanimateur de garde sur place est présent.

Les experts retiennent a posteriori, comme le réanimateur, un état de choc septique à point d'appel urinaire. Ils considèrent que la prise en charge initiale de la colique néphrétique est **satisfaisante**. "A l'arrivée aux urgences, le diagnostic de colique néphrétique non compliquée semble pouvoir être retenu (créatinine et CRP normales). Mais le dossier ne mentionne pas la température initiale ni la pratique d'une bandelette urinaire. La notion d'une CRP normale ne peut absolument pas éliminer un sepsis au stade initial. L'absence d'examen urinaire durant les premières heures d'admission ne permettait pas d'écarter a priori une complication infectieuse".

Le scanner montre qu'il s'agit d'un calcul de l'uretère pelvien de **6 mm dont la taille et la localisation pouvaient laisser espérer une expulsion spontanée dans 70 à 80 % des cas**.

J'ai pas ces chiffres...

La survenue d'un état de choc dans l'après-midi vers 15 h 00 à J 1 aurait dû faire modifier la thérapeutique médicale et chirurgicale. Il aurait dû être traité en urgence par une antibiothérapie à large spectre associée à un drainage de la voie obstruée.

La prise en charge ultérieure, une fois le diagnostic fait, est conforme sur le plan technique.

Si, en apparence, la mise en œuvre du traitement chirurgical semble retardée, c'est du fait de l'absence de reconnaissance par le deuxième urgentiste de l'état de choc. Cette reconnaissance aurait permis de faire intervenir plus précocement l'équipe chirurgicale et d'assurer un geste salvateur par le drainage des voies urinaires.

En effet, les infirmières ont bien respecté les prescriptions de surveillance, toutes les 6 heures puis toutes les 4 heures. Alors que les chiffres de PA étaient dans les limites normales à l'admission, à partir du lendemain à 15 h 00, la PA systolique est inférieure à 90 mm d'Hg puis la moyenne calculée est inférieure à 65 mm d'Hg jusqu'au transfert en réanimation.

La responsabilité du deuxième médecin urgentiste est retenue pour ne pas avoir reconnu le diagnostic de choc et pour ne pas s'être déplacé la nuit afin de vérifier l'analyse de la situation, après l'appel de l'infirmier de garde exprimant son inquiétude, ce d'autant qu'une fièvre était notée à deux reprises à 18 h 00 et 23 h 00.



"Bien que constatant un état clinique inquiétant le lendemain matin, il a demandé un scanner, sans prévoir de surveillance adaptée, ni un remplissage rapide. En admettant que cet examen soit approprié à la situation, la démarche diagnostique doit être menée concomitamment à la démarche thérapeutique".

"Le troisième urgentiste a exécuté les décisions de son prédécesseur sans les remettre en cause, sans examiner dit-il lui-même la patiente, sans établir de surveillance". Les experts font remarquer que, dans son compte rendu, figure un examen clinique. De fait, la patiente est restée sans surveillance infirmière et médicale de 11 h 00 du matin (dernière prise de PA) à environ 15 h 00, moment où elle a été hospitalisée en réanimation.

De plus, la constatation d'un ventre de bois impliquait, outre la prise en compte de l'état de choc, l'appel d'un chirurgien afin de prendre une décision concertée.

Les experts retiennent la responsabilité du deuxième urgentiste à hauteur de 80 % dans la survenue du dommage et celui du troisième urgentiste pour 20 % de celui-ci.

Ils considèrent que le premier médecin urgentiste, les anesthésistes, les chirurgiens, et le réanimateur ont eu une attitude conforme.

La perte de chance est évaluée à 80 % dans la mesure où, même si les mesures appropriées avaient été prises, l'évolution aurait pu malgré tout être défavorable.

Après de nombreux dires de certaines parties, parfaitement commentés par les experts, ceux-ci maintiennent leurs conclusions.

## La décision

La Commission CCI, (2010), confirme que la responsabilité de l'établissement et de quatre des praticiens n'est pas engagée. Elle considère que le comportement du deuxième urgentiste n'a jamais été adaptée à la situation : "l'état de choc a évolué défavorablement en grande partie du fait de l'absence de reconnaissance et en conséquence de prise en charge correcte de ce choc septique. La charge de travail ne saurait excuser de tels manquements dans la mesure où il pouvait (devait) faire appel au réanimateur de garde".

Elle considère que le troisième urgentiste a également commis une faute de nature à engager sa responsabilité au regard de l'évolution défavorable du choc septique. Elle retient, comme les experts, une perte de chance de survie de 80 %, la répartition des responsabilités comme indiquée dans le rapport d'expertise (80/20).

Les demandeurs saisissent le tribunal civil.

Le jugement, (2013), tout en maintenant le principe d'une perte de chance de 80 % de survie, minore la part de responsabilité du deuxième urgentiste à hauteur de 70 %. Elle majore celle du troisième urgentiste à hauteur de 30 % : "quand il a pris sa garde, il était en possession des mêmes éléments que son collègue ; il n'a pas davantage pris conscience de l'état de choc; il aurait dû réévaluer immédiatement l'état clinique de la patiente avant son départ au scanner qui n'a eu lieu que quelques heures plus tard".

Indemnisation totale : 97 804 €.



([https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?](https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique)

[u=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique](https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique))



(<https://www.twitter.com/intent/tweet?url=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique>)



([https://www.linkedin.com/shareArticle?](https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique&title=Décès d'un choc septique méconnu lors d'une colique néphrétique)

[mini=true&url=https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique&title=Décès d'un choc septique méconnu lors d'une colique néphrétique](https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Analyses-de-decisions/choc-septique-colique-nephretique&title=Décès d'un choc septique méconnu lors d'une colique néphrétique))

