

# Embolie pulmonaire grave lors du retour au domicile - Cas clinique

Des signes cliniques prémonitoires post-opératoires mal gérés par l'équipe soignante et l'équipe médicale avec une procédure de sortie de l'hôpital mal sécurisée.

Auteur : La Prévention Médicale / MAJ : 13/05/2016

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement. Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale.

Télécharger l'exercice (pdf - 28.46 Ko) <sup>[1]</sup>

Retrouver l'analyse des barrières de prévention (pdf - 52.35 Ko) <sup>[2]</sup>

Télécharger le jugement (pdf - 63.51 Ko) <sup>[3]</sup>

## Cas clinique

Patiente de 33 ans.

Le 12 octobre, lipectomie avec liposuction en clinique.

Le 21 mars de l'année suivante, ré-intervention par le même chirurgien plasticien pour complément de liposuction et reprise sur « oreilles » constituées à chaque extrémité de la cicatrice. A noter une prophylaxie anticoagulante par HBPM lors de la première intervention mais non renouvelée lors de la seconde.

Dans la nuit du 21 au 22 mars, selon les dires de la patiente, elle aurait ressenti une douleur « dans la poitrine et dans le dos » dont elle avait fait part au personnel présent. Mais ni l'infirmier, ni l'aide-soignant de nuit ne se rappelaient avoir été appelés par la patiente pour une douleur de ce type. L'infirmier disait avoir signalé « qu'à 21h, la patiente était peu

algique, qu'à 0h, il avait pratiqué une injection et qu'à 3h, la patiente n'était pas algique ». Ces signalements n'étaient, toutefois, pas mentionnés sur les feuilles de surveillance dans le dossier de la malade.

Le 22 mars au matin, lors du retrait de la perfusion, elle se sent fatiguée avec une impression de malaise. Au moment du lever pour la toilette, elle éprouve une vive douleur thoracique antero-postérieure (la même que la nuit mais beaucoup plus forte) s'accompagnant de palpitations. L'infirmière du matin notait : « Petit malaise pendant la toilette, recouchée, jambes surélevées, PA : 10 / 6... Dit s'être levée trop vite et n'avoir pas assez mangé malgré la prise de deux petits déjeuners. Collation resservie + petits gâteaux donnés par la maman qui était présente ». Ultérieurement, l'infirmière ajoutait « avoir pensé à un malaise vagal et en avoir fait part par téléphone à l'anesthésiste qui était au bloc opératoire ». Celui-ci lui avait répondu : « on la garde, si elle veut rester ».

Lors de l'expertise, l'anesthésiste présent au bloc déclarait : « J'étais là le lendemain de l'intervention. Il est possible qu'on m'ait appelé. On ne m'a jamais signalé de douleur. Il est possible qu'on m'ait parlé de malaise vagal et que j'ai fait dire à la patiente de rester si elle voulait. Mais cette réponse a également pu être faite par l'un de mes associés ». D'après l'infirmière, la patiente -qui avait un fils de 14 ans à la maison- n'avait pas accepté cette proposition et, lorsque l'anesthésiste était monté, vers 12h30-13h, elle était déjà partie. L'infirmière confirmait ne pas avoir le souvenir que la patiente lui ait parlé de douleur, qu'elle disait aller mieux au moment de son départ et qu'elle avait, avant de sortir, à nouveau, refusé de rester un jour de plus. La patiente démentait qu'on lui ait proposé de rester un jour de plus mais simplement dit qu'« elle pouvait se reposer un peu avant de sortir, le temps que cela aille mieux ». Elle confirmait avoir quitté la clinique sans avoir vu de médecin. Interrogé ultérieurement par l'expert pour savoir s'il voyait systématiquement les patients avant leur départ de la clinique, le chirurgien répondait : « (...) J'habite à 40 km de la clinique. J'ai un accord avec les anesthésistes et ce sont eux qui décident de la sortie des patients (...) ». En regagnant son domicile, la patiente disait s'être plainte d'un essoufflement à la marche ainsi que d'une nouvelle douleur thoracique.

Le 23 mars vers 9h, en se levant, la patiente ressent une douleur thoracique avec perte de connaissance responsable d'une chute motivant l'appel du SMUR dont le médecin constate : « polypnée à 28 /min, chute tensionnelle à 80mmHg de maxima, tachycardie, pâleur et vomissements ». Lors de l'hospitalisation à l'hôpital public en réanimation, le diagnostic d'embolie pulmonaire bilatérale était confirmé par angioscanner et la patiente traitée immédiatement par Héparine, le traitement thrombolytique étant contre-indiqué par la chirurgie récente. La recherche d'une thrombose veineuse périphérique restait négative. L'évolution était favorable et la malade quittait le service de cardiologie le 11 avril avec relais de l'Héparine par du Previscan® qui était toujours poursuivi 18 mois plus tard lors de l'expertise.

## **Plainte pénale pour blessures involontaires**

## Links

1. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4707/36041/version/1/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf>
2. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4773/36488/version/1/file/cas-clinique-chir-para-analyse-barrieres.pdf>
3. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4774/36493/version/1/file/embolie-jugement-chir-medical.pdf>

## Cas chirurgical et paramédical de juillet 2010

### Plainte pénale pour blessures involontaires

#### Analyse approfondie Analyse des barrières

<b>BARRIERES DE PREVENTION</b>	Problématique dans le cas	Contribution relative
<i>Prophylaxie anticoagulante pré opératoire chaque fois que nécessaire</i>	OUI	Importante
<i>Visite médicale quotidienne des opérés (de préférence, avant la matinée opératoire) par le chirurgien ou l'anesthésiste</i>	?	Mineure
<b>BARRIERES DE RECUPERATION</b>		
<i>Déplacement du médecin sur appel des soignants devant un malaise ou tout tableau de complication post opératoire</i>	OUI	<b>Importante</b>
<i>Information du personnel soignant sur les signes révélateurs d'une embolie pulmonaire en post-opératoire immédiat et notamment, les formes non douloureuses</i>	OUI	Importante
<i>Traçabilité des appels de malades au personnel soignant (horaire, motif, gestes pratiqués, nom du médecin éventuellement prévenu, décision médicale...)</i>	Absente ou Insuffisante	Modérée
<i>Visite médicale obligatoire pour prononcer la sortie du patient</i>	OUI	<b>Majeure</b>
<i>Score infirmier ' de mise à la rue' du patient (score de Chung ou autre)</i>	OUI	<b>Majeure</b>
<i>Attestation de sortie contre avis médical signée par le patient</i>	OUI	Mineur
<b>BARRIERE D'ATTENUATION</b>		
<i>Transfert en service spécialisé pour prise en charge et traitement anticoagulant adaptés</i>	NON	

#### ANALYSE DETAILLEE

##### Causes profondes

<b>Pour la partie relevant de l'hôpital (méthode ALARM)</b>		
<b>Nature de la cause</b>	<b>Faits en faveur de cette analyse</b>	<b>Contribution relative</b>
<b>Institutionnel (contexte économique réglementaire)</b>	?	?
<b>Organisation (personnels et matériels, protocole)</b>	<i>Absence de médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin (en dehors de ceux présents au bloc opératoire) Absence de visite postopératoire par</i>	<b>Majeure</b>

	<p>le chirurgien Absence de protocole de sortie Autorisation de sortie du patient sans avoir été revu depuis l'intervention par un médecin</p>	
<b>Environnement du travail (effectifs, charge de travail, maintenance, équipements)</b>	?	?
<b>Equipe (communication, supervision, formation)</b>	<p>Insuffisance de formation du personnel soignant pour la surveillance de la période postopératoire immédiate Défaut de traçabilité dans les feuilles de surveillance Défaut de supervision de l'infirmière par l'anesthésiste Défaut (absence ?) de communication entre anesthésiste et chirurgien</p>	<b>Importante</b>
<b>Individus (compétences individuelles)</b>	<p>Insuffisance de compétence du personnel soignant dans la prise en charge d'un « malaise » en postopératoire immédiat</p>	<b>Importante</b>
<b>Tâches à effectuer (disponibilité et compétence)</b>	<p>Domicile du chirurgien situé à 40 km de la clinique</p>	<b>Mineure</b>
<b>Patients (comportements, gravité)</b>	<p>Patiente désirant sortir le plus rapidement possible, son fils l'attendant à la maison</p>	<b>Importante</b>

## **Cas chirurgical et paramédical de juillet 2010**

### **Embolie pulmonaire grave lors du retour au domicile**

#### **Jugement**

##### **Expertise**

L'expert, pneumologue, constatait que la patiente avait été victime d'une embolie pulmonaire vraisemblablement massive (supérieure à 50 % d'obstruction vasculaire pulmonaire). A son avis, le choix de ne pas effectuer d'anticoagulation préventive chez cette patiente pouvait se justifier en raison du jeune âge, de l'absence d'antécédent thromboembolique ou de pathologie congénitale de l'hémostase, de la courte durée de l'intervention (45 minutes) et du risque d'hématome sur les liposuccions.

Cette embolie pulmonaire postopératoire était liée à une thrombose veineuse (plus vraisemblablement des membres inférieurs que pelvienne) qu'il n'avait pas été possible de visualiser par échographie. Cette thrombose s'était constituée sur la table d'opération, donc très précocement et les caillots avaient migré quelques heures après le réveil et à plusieurs reprises dans la circulation pulmonaire. Vraisemblablement, au moins trois épisodes emboliques étaient survenus, aboutissant à une obstruction vasculaire pulmonaire suffisamment importante pour expliquer les troubles hémodynamiques ayant entraîné l'hospitalisation en réanimation. Grâce au traitement anticoagulant institué – mais qui pouvait maintenant être arrêté –, cette embolie pulmonaire avait parfaitement guéri, les seules séquelles actuelles étant de nature psychologique avec majoration d'un état anxio-dépressif préexistant.

L'expert rappelait que la patiente disait avoir ressenti la première douleur thoracique dans la nuit du 21 au 22 mars mais cet événement n'était pas signalé sur les feuilles de surveillance de transmission dans le dossier médical de la clinique. C'était lors du lever de la patiente que le premier accident embolique significatif était survenu, responsable d'un malaise avec palpitations et douleur thoracique antero-postérieure. Cet événement était mentionné sur les feuilles de transmission et de surveillance des infirmières en notant que la PA était restée normale à 100 / 60 mmHg, mais il n'avait pas débouché sur la visite d'un médecin. L'infirmière avait, semble-t-il, téléphoné au bloc opératoire pour informer l'anesthésiste de ce malaise et il lui aurait été répondu de garder la patiente si elle voulait rester. C'est ce qui avait été proposé à la patiente et celle-ci avait préféré sortir car son fils était seul à la maison. Selon l'expert, on n'aurait pas dû donner ce choix à la malade et elle aurait dû attendre la visite du médecin qui s'était faite à 13h alors qu'elle était déjà partie. Si la patiente avait refusé de rester hospitalisée, il fallait lui faire signer une attestation confirmant sa volonté de retourner à son domicile contre avis médical. L'expert relevait que l'infirmière n'avait pas signalé de douleur thoracique dans ses transmissions et, à son avis, il n'était pas certain que la patiente ait pu analyser et exprimer correctement le malaise qu'elle

éprouvait. « (...) Seul un interrogatoire mené par un médecin aurait pu mettre en évidence une douleur. Ces embolies pulmonaires répétées sont, en effet, de diagnostic très difficile même pour un médecin entraîné car les symptômes sont souvent frustes et que ce n'est qu'après plusieurs épisodes d'embolie que le tableau devient parlant et souvent dramatique (...) ».

La conclusion de l'expert était qu'« une imprudence ou un manquement à une obligation de sécurité avait été commise envers la patiente... En effet, un malaise authentique s'était produit le 22 mars au lever et même, si la patiente n'avait pas signalé de douleur thoracique véritable, ce malaise aurait obligatoirement dû motiver la visite d'un médecin avant la sortie de la patiente pour regagner son domicile. Un interrogatoire orienté et un examen clinique auraient peut-être fait demander des examens complémentaires appropriés et le diagnostic d'embolie pulmonaire aurait été fait précocement avec mise immédiate sous traitement anticoagulant pour éviter de nouvelles embolies pulmonaires responsables d'une obstruction pulmonaire sévère, mettant en jeu le pronostic vital, comme ce fut, malheureusement le cas chez la patiente ».

Malgré la conclusion de ce rapport d'expertise, le juge d'instruction délivrait un **non-lieu** le 18 juin.

La patiente décidait alors de poursuivre la procédure devant la juridiction civile **en assignant le chirurgien plasticien, l'anesthésiste et la clinique** en réparation du préjudice qu'elle avait subi.

### **Tribunal de Grande Instance**

Se fondant sur le rapport d'expertise, le tribunal confirmait que l'absence de traitement anticoagulant préventif était justifiée lors de la seconde intervention. Il reconnaissait qu'« (...) il était indéniable que le malaise de la patiente avait été perçu par le personnel de la clinique comme banal et qu'une contestation existait quant à la description des symptômes présentés, la patiente déclarant avoir ressenti une douleur dans la poitrine, comme une oppression, alors que l'infirmière affirmait que la patiente lui avait indiqué que son état était peut-être lié au fait de ne pas avoir déjeuné... Les parties étaient par contre concordantes sur le fait que la patiente avait décidé de quitter la clinique sans prolonger son repos, ni attendre la visite du médecin, en déclarant qu'elle se sentait mieux... Il n'appartenait pas à l'infirmière de poser un diagnostic médical, son rôle étant limité à l'appel du médecin en lui signalant l'urgence de la situation (...) » Rappelant que devant le juge d'instruction, la patiente avait déclaré : « Je me sentais fatiguée mais je n'avais pas de douleur particulière, donc j'avais décidé de rentrer chez moi », les magistrats estimaient que « (...) les symptômes qui auraient été de nature à justifier l'appel urgent d'un médecin avaient été de courte durée... Dès lors, on ne peut retenir à la charge du personnel de la clinique, une quelconque attitude imprudente à l'égard de la patiente... De même, on ne peut retenir aucun grief à l'encontre des médecins qui avaient seuls le pouvoir de faire signer une décharge, puisqu'ils n'ont pas été avertis d'une quelconque situation d'urgence (...) ».

Par ces motifs, le tribunal déboutait la patiente de l'ensemble de ses demandes.

### ***Cour d'appel (janvier 2007)***

Les magistrats d'appel confirmaient que la responsabilité du chirurgien n'était pas engagée sur l'absence de traitement anticoagulant préventif pour l'intervention. En revanche, selon eux, le chirurgien aurait pu évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire s'il s'était déplacé auprès de la patiente. Il avait donc commis une faute de négligence en ne prenant aucune disposition concernant le suivi post-opératoire de sa patiente (notamment aucune visite personnelle prévue) et en laissant l'évaluation de son état à l'appréciation de l'infirmière qui n'avait pas la qualification requise pour poser le diagnostic. Cette faute a fait perdre à la patiente une chance sérieuse de bénéficier d'un interrogatoire approprié à la suite de son malaise survenu le matin et donc d'un traitement adapté qui aurait permis d'éviter la récurrence embolique survenue le lendemain qui aurait pu être fatale.

A la charge de la clinique, la Cour relevait l'existence d'une faute dans l'organisation du service dans la mesure où il avait été permis à la patiente de quitter l'établissement après son malaise, en n'ayant au préalable, ni été examinée par un médecin, ni signé une décharge de responsabilité.

Enfin, les magistrats mettaient l'anesthésiste hors de cause, estimant qu'il n'y avait pas de preuve qu'il ait été personnellement informé du malaise de la patiente.

La clinique et le chirurgien étaient condamnés in solidum à réparer les préjudices de la patiente au titre d'une perte de chance évaluée à 90 % d'éviter la complication embolique qui était survenue.

Indemnisation de 25 350 €.