

# Cas clinique

La patiente a 69 ans. Elle présente des antécédents de cancer du col de l'utérus traité par curiethérapie ou radiothérapie en 1975 (42 ans).

Ultérieurement, apparition d'une claudication intermittente avec un périmètre de marche large ayant amené à découvrir une occlusion de l'axe artériel iliaque externe droit attribuée à une lésion post-radique.

**Les faits :** dans la nuit du 16 au 17 novembre, la patiente chute au cours d'une soirée dansante et présente une douleur importante au niveau de la hanche. Elle est aidée par des amis et ramenée à son domicile en voiture. Sur les conseils d'un kinésithérapeute, une radiographie du bassin est effectuée le 19 novembre et met en évidence une fracture non déplacée des branches ilio et ischiopubiennes gauches.

Le médecin traitant de la patiente l'examine en fin de journée à son domicile où elle était restée alitée. Il confirme le diagnostic de fracture du bassin. Estimant qu'elle est capable d'une certaine mobilité, il lui conseille de marcher et d'avoir une mobilisation assurée par un kinésithérapeute. Il juge qu'une hospitalisation n'est pas nécessaire et ne prescrit ni anticoagulant, ni contention élastique (ce dernier traitement étant d'ailleurs contre-indiqué par l'atteinte artérielle).

Il prévient toutefois la patiente et son mari du risque de phlébite en leur demandant de le prévenir en cas de modification de la symptomatologie.

Bien qu'il n'en ait pas gardé souvenir, le médecin aurait prescrit la location d'un lit « médicalisé », plus adapté pour les mobilisations difficiles ainsi qu'un fauteuil pour "déambulation".

Dès sa première visite le kinésithérapeute s'étonne de l'absence d'anticoagulant et conseille aux époux d'interroger le médecin généraliste sur une éventuelle prescription d'anticoagulant.

Le 25 novembre (9ème jour après la chute), ce dernier réexamine la patiente devant des douleurs persistantes du bassin. Il ne note pas de signe de phlébite et prescrit de l'Aspégic® 250 mg par voie orale à visée anti-plaquettaire, ne jugeant pas nécessaire de prescrire une héparinothérapie.

D'après le mari, pendant toute cette période, sa femme était au lit quasi strict puisqu'il lui amenait à manger au lit qu'elle restait en tenue de nuit et ne s'habillait pas de la journée. Elle urinait au lit à l'aide d'un bassin et allait difficilement aux toilettes en se cramponnant

au fauteuil et en étant soutenue par son mari.

Au cours des semaines suivantes, l'état de la patiente s'améliore progressivement, lui permettant de se lever seule pour aller aux toilettes.

Le 10 décembre (24<sup>ème</sup> jour après la chute), la patiente présente lors d'un lever dans la nuit, un malaise passager qui l'inquiétait toutefois suffisamment pour qu'elle le signale le matin à son mari. Vers 9 heures, elle prend son petit déjeuner au lit puis, à 10h15, se lève de nouveau pour faire sa toilette. Elle est alors prise d'un malaise à type de syncope. Son mari la retient pour éviter une chute et l'allonge. Immédiatement (10h31), il téléphone au médecin traitant qui, occupé à sa consultation, conseille, devant la gravité du malaise, d'appeler le SAMU. Les premiers secours (pompiers) arrivaient dans les 20 minutes et trouvent une malade réactive, supportant mal la sonde d'oxygénothérapie. Mais, à l'arrivée du véhicule du SMUR (11h20), le médecin constate une défaillance cardio-circulatoire aiguë. Malgré la réanimation cardio-respiratoire immédiatement entreprise, le décès était déclaré à 12h15. La fiche du SAMU concluait : "*Accident cardiorespiratoire, probable embolie pulmonaire, fracture du bassin au 24<sup>ème</sup> jour. Absence de prévention par HBPM*".

Links