

AVC survenant à un patient de 49 ans, succédant à plusieurs AIT négligés par le médecin généraliste - Cas clinique

Une belle illustration du modèle des TEMPOS dans la gestion des risques liés aux soins. Un nouveau cas sur le retard diagnostique d'un accident vasculaire cérébral, qui pose des questions sur la prise en charge en médecine générale de ces AIT (accident ischémique transitoire) trop longtemps négligés...

- Médecin

Auteur : La Prévention Médicale / MAJ : 24/05/2016

Cas clinique

A noter que ce cas est assez ancien (2000) et que les référentiels de bonnes pratiques ont évolué depuis... mais pas sûr qu'il ne serait plus susceptible de survenir.

- Patient de 49 ans. Dans les antécédents, notion d'une hypercholestérolémie et vraisemblablement d'un alcoolisme chronique.
- En novembre 2000, survenue de plusieurs épisodes de flou visuel, parfois accompagnés de paresthésies du membre supérieur gauche.
- Le 5 décembre, ce patient consulte son médecin traitant qui note dans son dossier : « Depuis 2 mois, crise de diminution de la vision latérale à G, survenant à la fatigue et depuis qq temps accompagnée d'une SENSATION DE PESANTEUR DU BRAS G. A l'examen : réflexes pupillaires + .Pas de paralysie oculo-motrice. Pas de diminution de la FM. Pas de troubles sensitifs à la douleur, ni au diapason. TA : 140 / 70. Examen abdominal RAS... Bilan biologique ».
- Nouvelle consultation le 11 décembre : « Toujours impression de bras G engourdi de manière intermittente. TA / 140 / 70 à D et 120/ 70 à G. Examen neurologique identique à celui du 5 décembre. Conseils : régime. Cholstat® 0.1 . Doppler vasculaire ? Scanner cérébral ? »

- Le 13 décembre, un fond d'œil est réalisé et considéré comme normal de même qu'une échographie abdominale.
- Le 15 décembre, au réveil, le patient dit « s'être littéralement trainé aux toilettes » du fait d'une paralysie du membre inférieur gauche qui aurait duré environ une demi-heure. Il appelle son médecin traitant tôt le matin qui lui conseille de venir le voir. Le patient ne se rendra pas à cette consultation, car il partira travailler (cadre commercial) à distance de son domicile et rentrera (trop) tard à son domicile.
- Le 17 décembre, dans la matinée, surviennent deux épisodes déficitaires du membre inférieur gauche, régressifs, puis, vers 15 h, une hémiplegie gauche motivant l'appel du médecin traitant. Ce dernier fait appeler le SAMU qui organise un transport hélicoptéré vers le CHU.
- A l'admission, le patient est conscient mais porteur d'une hémiplegie gauche complète intéressant la face, le membre supérieur et le membre inférieur gauches
- L'examen scanographique révèle une **hypodensité dans la zone capsulaire interne droite**. Une perfusion d'héparine est mise en route en début de soirée.
- L'enquête ne révèle pas de cardiopathie emboligène, ni de sténose ou de thrombose des artères carotides et vertébrales. L'échographie cardiaque est en faveur d'une cardiomyocardite ischémique. Une angiographie par IRM met en évidence des lésions de l'artère sylvienne droite.
- Le 9 janvier 2001, le patient est transféré dans un centre de rééducation. On note au cours de ce séjour une récupération progressive des déficits sauf au niveau de la main gauche. Le patient regagnera son domicile le 18 avril. En octobre 2002, son traitement associait Plavix®, Tahor®, Topalgic® et Deroxat® ainsi qu'une rééducation chez un kinésithérapeute à raison de 5 séances par semaine.

Jugement

Expertise (octobre 2002)

- Pour l'expert, professeur des universités, ancien chef de service de neurochirurgie, « (...) *Le patient avait été hospitalisé pour une hémiplegie gauche massive, en rapport avec un accident vasculaire cérébral ischémique, intéressant le territoire de la capsule interne droite. Cet accident avait été précédé de manifestations neurologiques, indiscutables, visuelles et intéressant le membre supérieur gauche, régressives, que l'on peut qualifier d'accidents ischémiques transitoires —authentiques signes d'alarme— dont la signification a été méconnue par le médecin traitant, lors de deux consultations début décembre. A ce stade précoce, il eut été logique et même opportun de demander une consultation neurologique et la*

mise en œuvre d'explorations, du type écho-doppler, et peut-être scanner, tout en sachant que –a posteriori compte-tenu des documents communiqués— ces investigations n'auraient autorisé aucun diagnostic précis. Tout le problème est de savoir si un diagnostic plus précoce aurait signifié la mise en œuvre immédiate d'un traitement qui aurait permis d'espérer une meilleure récupération neurologique. Aucune réponse claire ne peut être apportée à cette question en fonctions de toutes les données de la littérature tant française qu'étrangère.(...)»

L'expert concluait que « (...) Si le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ischémique avait, sans aucun doute, été envisagé avec retard par le médecin traitant, la réalité d'une relation de cause à effet entre ce retard diagnostique et l'évolution clinique observée N'ÉTAIT PAS MÉDICALEMENT DÉMONTRÉE.(...) »

- IPP estimée à 70 %
- **Tribunal de Grande Instance (TGI) (Mars 2010)**
- Se fondant sur le rapport d'expertise, les magistrats estimaient que le médecin traitant avait commis une faute « *en interprétant insuffisamment les manifestations de son patient* » ce qui avait conduit à un retard de diagnostic. En revanche, ils soulignaient la contradiction entre deux affirmations de l'expert. D'une part, il avait conclu qu' « *il n'y avait pas de relation de cause à effet entre le retard de diagnostic et l'évolution clinique* », ce qui suggérait que la pathologie du patient ne pouvait faire l'objet d'aucun traitement médical utile. D'autre part, il avait estimé qu' « *à ce stade précoce, il eut été logique et même opportun de solliciter une consultation neurologique* », laquelle n'avait pas été envisagée par le médecin traitant. Mais l'expert ne s'expliquait pas toutefois sur l'utilité d'une consultation d'un spécialiste. Or, le patient avait produit le rapport d'un expert médical exposant qu'il aurait pu faire l'objet d'un traitement antiagrégant plaquettaire qui constituait une approche thérapeutique d'efficacité démontrée et qui aurait pu être mise en place dès les premiers accidents ischémiques transitoires. Cet expert se référait notamment à une étude internationale parue dans le British Medical Journal (2002), regroupant 135 000malades et selon laquelle les antiagrégants plaquettaires diminuaient de 25 % le risque d'infarctus cérébral. Il précisait que la plupart des études avaient concerné l'Aspirine mais que plusieurs travaux récents avaient aussi montré l'efficacité d'autres médicaments et notamment du clopidrogel (Plavix®), traitement dont le patient avait bénéficié ultérieurement. A partir de ces données, le tribunal jugeait que l'orientation du patient vers un neurologue aurait pu lui permettre de bénéficier de ce traitement préventif reconnu et donc de diminuer le risque, sans le faire disparaître, de constitution d'un accident vasculaire cérébral. Estimant que ce traitement diminuait seulement dans une faible proportion, les risques de développer un accident vasculaire cérébral, les juges fixaient à 20 % la perte de chance due à la faute du médecin traitant qui avait empêché le patient d'en bénéficier.
- Indemnisation de 63 020 €
- Cour d'appel (Octobre 2010)

- La cour d'appel confirmait le précédent jugement en toutes ses dispositions à l'exception de l'indemnisation portée à 85 259 € dont 23 782 € pour les organismes sociaux

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) ^[1]

Retrouvez l'analyse des barrières de prévention (pdf - 29.61 Ko) ^[2]

Télécharger le jugement (pdf - 21.82 Ko) ^[3]

0 Commentaire

Publier un commentaire

Votre commentaire *

Links

1. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/3123/18313/version/1/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf>
2. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4744/36262/version/1/file/cas-medical-analyse-dec2011.pdf>
3. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4905/37425/version/1/file/cas-medical-jugement-decembre-2011.pdf>

Cas médical - Décembre 2011

AVC survenant à un patient de 49 ans, succédant à plusieurs AIT négligés par le médecin généraliste

ANALYSE APPROFONDIE

- Analyse approfondie

| | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> BARRIERES DE PREVENTION | <i>Barrière efficace dans le cas considéré</i> | <ul style="list-style-type: none"> Contribution relative |
| <ul style="list-style-type: none"> Evoquer systématiquement un accident ischémique transitoire (AIT) en cas de déficit neurologique et/ou oculaire de survenue brutale et disparaissant typiquement en moins d'1 heure. (Références 1 et 2) | <i>OUI : examen neurologique complet effectué à 2 reprises avec des notes dans le dossier laissant supposer que le diagnostic a été suspecté et, même que l'exploration a été envisagée</i> | <ul style="list-style-type: none"> Modérée+ |
| <ul style="list-style-type: none"> Imposer hospitalisation devant tout déficit neurologique et/ou oculaire de survenue brutale et disparaissant typiquement en moins d'1 heure (Références 1 et 2) | <i>NON</i> | <ul style="list-style-type: none"> Majeure++ |
| <ul style="list-style-type: none"> BARRIERE DE RECUPERATION | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Consultation d'un autre médecin ou mieux Hospitalisation à l'initiative du patient | <i>NON : la récupération entre chaque AIT a été suffisante chez un patient actif et jeune pour qu'il ne s'inquiète pas outre mesure (les propos de son médecin n'ayant pas non plus étaient sans doute très inquiétants) L'hospitalisation avait été réalisée le 15 décembre après l'épisode de paralysie du membre inférieur G, elle aurait entraîné la prescription d'un traitement par Aspirine à la dose de charge de 160-300mg/j (en l'absence des contre-indications habituelles) (efficacité démontrée en prévention secondaire après un AIT) (Grade A)(Références 1et 2)</i> | <ul style="list-style-type: none"> Majeure+++ |
| <ul style="list-style-type: none"> BARRIERE D'ATTENUATION | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation d'urgence devant le tableau d'AVC constitué | <i>OUI, mais évidemment tardif</i> | <ul style="list-style-type: none"> Séquelles neurologiques IPP de 70 % |

• **ANALYSE DETAILLEE (médecin traitant)**

| Nature de la cause | Faits en faveur de cette analyse | Contribution relative |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Défaut de compétence technique (<i>Compétence médicale pure</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Peut-être un manque de connaissance formelle sur l'AIT, mais ce n'est pas certain...</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Modérée |
| <ul style="list-style-type: none"> • Défauts de compétences non techniques (<i>Compétences dans la gestion des tempos et des aspects non médicaux</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le généraliste a probablement porté une suspicion de diagnostic mais s'est fait totalement embarqué dans sa conduite thérapeutique trop lente, mal adaptée</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Majeure |
| ANALYSE DETAILLEE PAR LA METHODE DES TEMPOS | | |
| Tempo de la maladie (<i>éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le risque de survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) est élevé après un AIT en particulier au décours immédiat de l'épisode (2,5-5 % à 48 h, 5-10 % à 1 mois, 10-20 % à 1 an) (Référence)</i> | Importante (mais notion connue ; on n'était pas dans un cas vraiment non standard). Le médecin n'avait visiblement pas le bon tempo du risque en tête (la fenêtre de temps exploitable en toute sécurité) |
| Tempo du patient (<i>éléments liés aux décisions du patient</i>) | <i>Passivité du patient devant des symptômes certes régressifs mais récidivants et de plus en plus graves. Probable effet d'un patient jeune et actif, et non naturellement anxieux, plus négligent sur des symptômes régressifs</i> | Importante |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tempo du cabinet (<i>éléments liés à l'organisation du travail au cabinet</i>) | <i>Le temps accordé aux consultations avec ce patient ne semble pas en cause, ni des pressions particulières liées au cabinet;</i> | Mineure |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tempo du système médical (<i>éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec le système médical</i>) | <i>La stratégie thérapeutique d'attente et d'exploration lente réalisée en soins externes en envoyant le patient en consultation çà et là était totalement inadaptée à cette symptomatologie . Les jours perdus dans des tentatives d'explorations (maladroites en plus) ont été pour beaucoup dans le prix final de la complication...</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fond d'œil réalisé par l'ophtalmologiste sans qu'il donne son avis sur la symptomatologie dont se plaignait le patient ; pire, échographie abdominale sans rapport avec la symptomatologie du patient.</i> • <i>Absence de recours à des avis spécialisés (demande d'un fond d'œil et non de l'avis d'un ophtalmologiste) ou à une hospitalisation</i> • <i>Absence d'information du patient sur l'évolution temporelle attendue, les consignes de surveillance et de rappel</i> | Majeure |

• **Références**

1) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272368/prise-en-charge-diagnostique-et-traitement-immédiat-de-l'accident-ischémique-transitoire-de-l'adulte

2) Accident ischémique transitoire Vidal Recos. Recommandations en pratique 2012. Ed Vidal 2011 pp 38-44