


*Tout sur la gestion des risques en santé
et la sécurité du patient*

Recherche

[\(1\)](#) > [Cas cliniques et retours d'expérience \(/cas-cliniques-et-retours-d-experience\)](#) > [Tous les cas cliniques \(/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques\)](#)
> [Médecin \(/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin\)](#) > [Retard de diagnostic d'une appendicite](#)

Retard de diagnostic d'une appendicite

A⁻ A⁺

 (<https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/retard-diagnostic-appendicite>)

 ()   ()



La détection d'une appendicite peut parfois s'avérer complexe.

C'est ce que reflète ce cas clinique dans lequel une femme de 55 ans est victime d'un retard diagnostique lourd de conséquences.

Sommaire

Cas clinique

Analyses

Expertise (avril 2018)

Décision du Tribunal de grande instance (mai 2018)

Auteur : Dr Christian SICOT / MAJ : 31/07/2020

Cas clinique

Le mardi 12 juin 2011, une femme de 55 ans consulte son médecin traitant pour une douleur de l'aine droite. En 2008, elle avait subi une hystérectomie-ovariectomie pour un cancer du col de l'utérus suivie de 18 séances de radiothérapie. Depuis 2009, elle a consulté, à quatre reprises, pour des épisodes diarrhéiques, dont le dernier en février 2011 avec émission de glaires rectales. Un dosage de la gastrine sérique avait été demandé et était dans les limites de la normale.

Le diagnostic évoqué lors de la consultation est celui de cruralgie droite. Un traitement par Cortancyl[®] (40 mg/j) et myorelaxants est prescrit ainsi qu'un arrêt de travail d'une semaine. Le chiffre de la température n'est pas mentionné dans le dossier. Au bout d'une semaine, la douleur s'aggrave et s'étend à la région hypogastrique avec apparition d'une fièvre à 39°C et de selles diarrhéiques.

Le mardi 19 juin, la patiente reconsulte son médecin. D'après ce dernier, la température est redevenue normale (chiffre non noté dans le dossier), mais les douleurs sont plus importantes, d'où la prescription de Météoxane[®], de Librax[®] et de Tramadol[®]. Un bilan biologique est également demandé, mais sans urgence (NFS, CRP, ionogramme, amylase, lipase, T3, T4, TSH, anticorps anti-endomysium et anti-gliadine). Dans le dossier, le médecin évoque la possibilité de faire appel à un gastro-entérologue.

Le jeudi 21 juin, les examens prescrits sont prélevés.

Le vendredi 22 juin, le laboratoire avertit le secrétariat du médecin que la leucocytose est à 16 000/mm³ dont 84 % de polynucléaires neutrophiles et la CRP à 391 mg/l.

Le médecin traitant tente de téléphoner à la patiente à deux reprises dans l'après-midi mais sans succès. Ce n'est que dans la soirée qu'il parvient à joindre son mari. Il n'existe aucun compte-rendu des propos échangés dans le dossier de la patiente. Mais lors de l'expertise, ceux-ci faisaient l'objet de deux versions :

Selon le mari, le médecin aurait dit : *"Les résultats de votre épouse sont mauvais... il faut qu'elle consulte lundi"*. Il lui aurait répondu : *"Ma femme souffre beaucoup"* mais le médecin aurait réitéré sa demande qu'*"elle vienne lundi"*.

Concernant le médecin traitant : il n'avait reçu aucune information alarmante et avait même compris que la diarrhée allait mieux. Il avait dit qu'il verrait la patiente le lundi. Il n'y aurait eu aucun obstacle à ce qu'il la revoie dans la soirée si le moindre message inquiétant lui avait été délivré.

Le samedi 25 juin, les douleurs augmentent et l'état général de la patiente se dégrade.

Le dimanche 24 juin, au matin, le mari appelle le SAMU qui fait transporter la patiente dans une clinique proche de son domicile. Un scanner abdomino-pelvien est immédiatement pratiqué à la suite duquel le chirurgien de garde décide d'intervenir en urgence. Le compte-rendu opératoire fait état d'une appendicite perforée responsable d'un abcès

cæcal avec distension du grêle et présence d'anses incarcérées dans le petit bassin. Une résection comprenant le côlon droit et 40 cm d'iléon est pratiquée. Le chirurgien signale un aspect de grêle radique.

Au décours immédiat de l'intervention, la patiente est placée en soins intensifs.

Le 6 juillet, elle regagne son domicile après 12 jours d'hospitalisation.

Au décours de l'intervention, la patiente se dit très gênée par des émissions de selles liquides, fréquentes, incoercibles avec des fuites et qui ne sont pas calmées par un traitement associant Questran[®], Imodium[®] et Tiorfan[®].

Le 3 décembre, elle tente de reprendre son travail de cadre commercial. Mais, au bout de 6 semaines, devant la diarrhée qui l'handicape et l'impossibilité de prendre le moindre repas, ni la moindre boisson sans avoir des selles impérieuses, un nouvel arrêt de travail lui est prescrit jusqu'au 15 mai 2013, date où elle reprend définitivement ses activités professionnelles.

En janvier 2013, une coloscopie est pratiquée et ne retrouve pas d'anomalie. Différents traitements symptomatiques et régimes sont prescrits mais sans obtenir une amélioration nette.

Assignation de son médecin traitant par la patiente pour obtenir réparation du préjudice qu'elle a subi (novembre 2015).

Analyses

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'analyse approfondie \(pdf - 313.01 Ko\)](#)

(/content/download/10424/file/1_Analyse%20approfondie.pdf)

[Télécharger l'analyse détaillée \(pdf - 243.40 Ko\)](#)

(/content/download/10425/file/1_Analyse%20d%C3%A9taill%C3%A9e.pdf)

Expertise (avril 2018)

L'expert, gastro-entérologue exerçant en libéral, estimait que :

"(...) Compte-tenu que le médecin traitant avait demandé un bilan sanguin, que le résultat qui lui était communiqué signalait une infection importante, qu'un contexte infectieux associé à des douleurs abdominales pouvait avoir des conséquences graves en cas d'urgence chirurgicale, le médecin n'avait, toutefois, pas cherché impérativement à reconsulter la patiente à la veille du week-end. Quelle qu'ait pu être la teneur de son entretien avec le mari de la patiente, il devait absolument joindre personnellement cette dernière au téléphone et la revoir le soir d'autant qu'il en était géographiquement proche, ou alors mettre en garde son mari sur le risque d'une urgence chirurgicale susceptible d'être catastrophique, en se ménageant la preuve de son intervention.

Dans un tel contexte, il n'était pas admissible de prendre le risque d'une évolution de 48 h, a fortiori le week-end. Il ne s'agit pas, de la part du médecin, d'une attitude négligente sur un plan déontologique mais d'un raisonnement clinique incomplet et d'un manque de précautions à l'origine d'une perte de chance très importante de réaliser un geste simple alors qu'il a été pratiqué une résection iléo-cæcale à la place d'une simple appendicectomie.

La responsabilité de la résection iléo-cæcale sur la diarrhée est claire, mais il faut, cependant prendre en compte un état antérieur diarrhéique. Le gastro-entérologue consulté par la patiente en janvier 2013 en raison de la persistance de sa diarrhée, a conclu que la cause doit en être trouvée dans l'association d'une diarrhée chronique post radiothérapie et d'une résection colo-iléale (...)"

Dans ses conclusions, l'expert retenait que :

"(...) La diarrhée pouvait être attribuée :

Pour 50 % à la résection iléo-cæcale. Il existe en effet une malabsorption des sels biliaires due à la résection iléale mais celle-ci n'est pas complète car la résection a emporté seulement 40 cm d'iléon et les troubles ne sont caractérisés que lorsqu' il y a une résection d'un mètre. Mais, il faut aussi tenir compte de la résection colique droite qui est, également, responsable d'une absence de réabsorption liquidienne.

Pour 50 % aux antécédents de grêle radique ou de colopathie spasmodique car la plainte diarrhéique était régulièrement émise lors des consultations médicales antérieures et que des bilans spécialisés avaient déjà été entrepris (...)"

Décision du Tribunal de grande instance (mai 2018)

Se fondant sur le rapport d'expertise, les magistrats considéraient que :

"(...) Le raisonnement clinique incomplet du médecin avait engendré un **retard de prise en charge** de la patiente qui avait développé une infection beaucoup plus grave, et avait dû subir une opération chirurgicale beaucoup plus lourde que celle nécessitée par une simple appendicite.

Au regard de ces éléments, **la responsabilité du médecin traitant est engagée** et la perte de chance sera fixée à 50 % (...)"

Indemnisation de 20 774 € dont 9 714 € pour les organismes sociaux.

A lire aussi :

[Appendicite gangréneuse chez une enfant de 11 ans : décès \(/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien/appendicite-gangreneuse-enfant\)](#)

[Diagnostic d'appendicite aiguë fait par le généraliste et confirmé par l'urgentiste : décès par méningite \(/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/double-erreur-diagnostic-meningite\)](#)

[Décès après intervention pour appendicite aiguë. Complication médicale ? Complication chirurgicale ? \(/cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien/deces-apres-intervention-pour-appendicite-aigue\)](#)

Abonnez-vous à la newsletter

Recevez toute l'actualité sur la prévention médicale, adaptée à votre profession : médecins, chirurgiens, sages-femmes, vétérinaires, chirurgiens-dentistes...

S'abonner

Voir la dernière newsletter (<https://www.prevention-medicale.org/newsletter/newsletter-2021/newsletter-juin-2021/nl-medecin-juin-2021>)

Actualité

La Prévention Médicale
Retard de diagnostic d'une appendicite

Docteur Christian SICOT

Analyse détaillée

Nature de la cause	Faits en faveur de cette analyse	Contribution relative
Défauts de compétence technique (Compétence pure)	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche diagnostique ne prenant pas en compte l'ensemble des symptômes de la patiente. • Décision ne tenant pas compte de l'aggravation de l'état de la patiente (douleurs abdominales, diarrhées, hyperleucocytose) qui justifiait l'hospitalisation pour avis chirurgical. • Décision prise en l'absence d'interrogatoire et d'examen de la patiente 	Majeure

Analyse détaillée selon la méthode des Tempos La procédure d'analyse en tempos peut se retrouver dans le guide d'analyse des incidents accessible sur le site Prévention Médicale.		
Tempo de la maladie (éléments liés à l'évolution non standard de la pathologie)	NON Tableau typique d'un syndrome abdominal aigu nécessitant un avis chirurgical dans les meilleurs délais.	Majeure
Tempo du patient (éléments liés aux décisions du patient)	NON <ul style="list-style-type: none"> • C'est le mari de la patiente qui a pris l'initiative de faire hospitaliser son épouse. • Défaut de communication direct avec la patiente. 	Important
Tempo du cabinet (éléments liés à l'organisation du travail au cabinet)	A priori, NON Défaut de traçabilité de certains éléments importants dont éléments des échanges patients/conjoint/médecin.	
Tempo du système médical (éléments liés aux temps nécessaires pour obtenir les articulations nécessaires avec les autres professionnels de santé)	NON Dès l'admission de la patiente à la clinique, un scanner abdomino-pelvien a été réalisé et une intervention chirurgicale d'urgence était pratiquée.	

Analyses

Expertise (avril 2018)

Décision du Tribunal de grande instance (mai 2018)

Auteur : Dr Christian SICOT / MAJ : 31/07/2020

Cas clinique

Le mardi 12 juin 2011, une femme de 55 ans consulte son médecin traitant pour une douleur de l'aine droite. En 2008, elle avait subi une hystérectomie-ovariectomie pour un cancer du col de l'utérus suivie de 18 séances de radiothérapie. Depuis 2009, elle a consulté, à quatre reprises, pour des épisodes diarrhéiques, dont le dernier en février 2011 avec émission de glaires rectales. Un dosage de la gastrine sérique avait été demandé et était dans les limites de la normale.

Le diagnostic évoqué lors de la consultation est celui de cruralgie droite. Un traitement par Cortancyl[®] (40 mg/j) et myorelaxants est prescrit ainsi qu'un arrêt de travail d'une semaine. Le chiffre de la température n'est pas mentionné dans le dossier. Au bout d'une semaine, la douleur s'aggrave et s'étend à la région hypogastrique avec apparition d'une fièvre à 39°C et de selles diarrhéiques.

Le mardi 19 juin, la patiente reconsulte son médecin. D'après ce dernier, la température est redevenue normale (chiffre non noté dans le dossier), mais les douleurs sont plus importantes, d'où la prescription de Météoxane[®], de Librax[®] et de Tramadol[®]. Un bilan biologique est également demandé, mais sans urgence (NFS, CRP, ionogramme, amylase, lipase, T3, T4, TSH, anticorps anti-endomysium et anti-gliadine). Dans le dossier, le médecin évoque la possibilité de faire appel à un gastro-entérologue.

Le jeudi 21 juin, les examens prescrits sont prélevés.

Le vendredi 22 juin, le laboratoire avertit le secrétariat du médecin que la leucocytose est à 16 000/mm³ dont 84 % de polynucléaires neutrophiles et la CRP à 391 mg/l.

Le médecin traitant tente de téléphoner à la patiente à deux reprises dans l'après-midi mais sans succès. Ce n'est que dans la soirée qu'il parvient à joindre son mari. Il n'existe aucun compte-rendu des propos échangés dans le dossier de la patiente. Mais lors de l'expertise, ceux-ci faisaient l'objet de deux versions :

Selon le mari, le médecin aurait dit : *"Les résultats de votre épouse sont mauvais... il faut qu'elle consulte lundi"*. Il lui aurait répondu : *"Ma femme souffre beaucoup"* mais le médecin aurait réitéré sa demande qu *"elle vienne lundi"*.

Concernant le médecin traitant : il n'avait reçu aucune information alarmante et avait même compris que la diarrhée allait mieux. Il avait dit qu'il verrait la patiente le lundi. Il n'y aurait eu aucun obstacle à ce qu'il la revoie dans la soirée si le moindre message inquiétant lui avait été délivré.

Le samedi 25 juin, les douleurs augmentent et l'état général de la patiente se dégrade.

Le dimanche 24 juin, au matin, le mari appelle le SAMU qui fait transporter la patiente dans une clinique proche de son domicile. Un scanner abdomino-pelvien est immédiatement pratiqué à la suite duquel le chirurgien de garde décide d'intervenir en urgence. Le compte-rendu opératoire fait état d'une appendicite perforée responsable d'un abcès cæcal avec distension du grêle et présence d'anses incarcérées dans le petit bassin. Une résection comprenant le côlon droit et 40 cm d'iléon est pratiquée. Le chirurgien signale un aspect de grêle radique.

Au décours immédiat de l'intervention, la patiente est placée en soins intensifs.

Le 6 juillet, elle regagne son domicile après 12 jours d'hospitalisation.

Au décours de l'intervention, la patiente se dit très gênée par des émissions de selles liquides, fréquentes, incoercibles avec des fuites et qui ne sont pas calmées par un traitement associant Questran[®], Imodium[®] et Tiorfan[®].

Le 3 décembre, elle tente de reprendre son travail de cadre commercial. Mais, au bout de 6

semaines, devant la diarrhée qui l'handicape et l'impossibilité de prendre le moindre repas, ni la moindre boisson sans avoir des selles impérieuses, un nouvel arrêt de travail lui est prescrit jusqu'au 15 mai 2013, date où elle reprend définitivement ses activités professionnelles.

En janvier 2013, une coloscopie est pratiquée et ne retrouve pas d'anomalie. Différents traitements symptomatiques et régimes sont prescrits mais sans obtenir une amélioration nette.

Assignation de son médecin traitant par la patiente pour obtenir réparation du préjudice qu'elle a subi (novembre 2015).

Analyses

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'analyse approfondie \(pdf - 313.01 Ko\) \(/content/download/10424/file/1_Analyse%20approfondie.pdf\)](#)

[Télécharger l'analyse détaillée \(pdf - 243.40 Ko\) \(/content/download/10425/file/1_Analyse%20%C3%A9taill%C3%A9e.pdf\)](#)

Expertise (avril 2018)

L'expert, gastro-entérologue exerçant en libéral, estimait que :

"(...) Compte-tenu que le médecin traitant avait demandé un bilan sanguin, que le résultat qui lui était communiqué signalait une infection importante, qu'un contexte infectieux associé à des douleurs abdominales pouvait avoir des conséquences graves en cas d'urgence chirurgicale, le médecin n'avait, toutefois, pas cherché impérativement à reconsulter la patiente à la veille du week-end. Quelle qu'ait pu être la teneur de son entretien avec le mari de la patiente, il devait absolument joindre personnellement cette dernière au téléphone et la revoir le soir d'autant qu'il en était géographiquement proche, ou alors mettre en garde son mari sur le risque d'une urgence chirurgicale susceptible d'être catastrophique, en se ménageant la preuve de son intervention.

Dans un tel contexte, il n'était pas admissible de prendre le risque d'une évolution de 48 h, a fortiori le week-end. Il ne s'agit pas, de la part du médecin, d'une attitude négligente sur un plan déontologique mais d'un raisonnement clinique incomplet et d'un manque de précautions à l'origine d'une perte de chance très importante de réaliser un geste simple alors qu'il a été pratiqué une résection iléo-cæcale à la place d'une simple appendicectomie.

La responsabilité de la résection iléo-cæcale sur la diarrhée est claire, mais il faut, cependant prendre en compte un état antérieur diarrhéique. Le gastro-entérologue consulté par la patiente en janvier 2013 en raison de la persistance de sa diarrhée, a conclu que la cause doit en être trouvée dans l'association d'une diarrhée chronique post radiothérapie et d'une résection colo-iléale (...)"

Dans ses conclusions, l'expert retenait que :

"(...) La diarrhée pouvait être attribuée :

Pour 50 % à la résection iléo-cæcale. Il existe en effet une malabsorption des sels biliaires due à la résection iléale mais celle-ci n'est pas complète car la résection a emporté seulement 40 cm d'iléon et les troubles ne sont caractérisés que lorsqu'il y a une résection d'un mètre. Mais, il faut aussi tenir compte de la résection colique droite qui est, également, responsable d'une absence de réabsorption liquidienne.

Pour 50 % aux antécédents de grêle radique ou de colopathie spasmodique car la plainte diarrhéique était régulièrement émise lors des consultations médicales antérieures et que des bilans spécialisés avaient déjà été entrepris (...)"

Décision du Tribunal de grande instance (mai 2018)

Se fondant sur le rapport d'expertise, les magistrats considéraient que :

"(...) Le raisonnement clinique incomplet du médecin avait engendré un retard de prise en charge de la patiente qui avait développé une infection beaucoup plus grave, et avait dû subir une opération chirurgicale beaucoup plus lourde que celle nécessitée par une simple appendicite.

Au regard de ces éléments, la responsabilité du médecin traitant est engagée et la perte de chance sera fixée à 50 % (...)"

Indemnisation de 20 774 € dont 9 714 € pour les organismes sociaux.

A lire aussi :

[Appendicite gangréneuse chez une enfant de 11 ans : décès](#) (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien/appendicite-gangreneuse-enfant)

[Diagnostic d'appendicite aiguë fait par le généraliste et confirmé par l'urgentiste : décès par méningite](#) (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/double-erreur-diagnostic-meningite)

[Décès après intervention pour appendicite aiguë. Complication médicale ? Complication chirurgicale ?](#) (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Chirurgien/deces-apres-intervention-pour-appendicite-aigue)

Abonnez-vous à la newsletter

Recevez toute l'actualité sur la prévention médicale, adaptée à votre profession :
médecins, chirurgiens, sages-femmes, vétérinaires, chirurgiens-dentistes...

S'abonner

Voir la dernière newsletter (<https://www.prevention-medicale.org/newsletter/newsletter-2020/newsletter-juillet-2020/nl-sage-femme-juillet-2020>)

Actualité

Critiques entre professionnels de santé
10/07/2019 (/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/critiques-professionnels-de-sante)

Voir tous les cas cliniques (/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/critiques-professionnels-de-sante)

Cas Cliniques du mois

Événement indésirable concernant un perroquet
12/08/2020 (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Veterinaire/evenement-indesirable-perroquet)

Décès lié à une allergie médicamenteuse, connue mais non prise en compte
05/08/2020 (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/deces-lie-allergie-medicamenteuse-con nue)

Retard de diagnostic d'une appendicite
31/07/2020 (/Cas-cliniques-et-retours-d-experience/Tous-les-cas-cliniques/Medecin/retard-diagnostic-appendicite)

La Prévention Médicale

Retard de diagnostic d'une appendicite

Docteur Christian SICOT

Analyse approfondie

BARRIERES DE PREVENTION		<i>Contribution relative</i>
Diagnostic en accord avec le tableau clinique	<p style="text-align: center;">NON</p> <p>Après un diagnostic initial de « cruralgie », aucun diagnostic ne semble avoir été évoqué, et notamment pas celui de syndrome abdominal aigu, nécessitant un avis chirurgical. A noter, l'absence de données dans le dossier médical, sur l'examen clinique de la patiente (notamment, celui de l'abdomen).</p>	Important
Traitement prescrit adapté au contexte	<p style="text-align: center;">NON</p> <p>Notamment, le Cortancyl utilisé de première intention, comme antalgique, pour soulager la douleur attribuée à la « cruralgie », a pu favoriser l'évolution vers une perforation appendiculaire.</p>	Important
Hospitalisation en cas de présomption de syndrome abdominal aigu (pour imagerie médicale et avis chirurgical)	<p style="text-align: center;">NON</p> <p>Malgré l'aggravation des douleurs abdominales, la survenue de diarrhée, un pic fébrile à 39°C, l'hyperleucocytose et une CRP très augmentée.</p>	Majeure
Avis donné après interrogatoire et examen clinique de la patiente	<p style="text-align: center;">NON</p> <p>La décision de « revoir lundi la patiente » a été prise après un simple entretien téléphonique avec son mari.</p>	Majeure
BARRIERES DE RECUPERATION		
Hospitalisation pour scanner abdomino-pelvien et avis chirurgical	<p style="text-align: center;">OUI</p> <p>A la suite de l'appel du SAMU par le mari de la patiente mais 12 jours après le début des symptômes et 48 heures après les résultats biologiques imposant une hospitalisations d'urgence.</p>	
BARRIERE D'ATTENUATION		
Intervention chirurgicale d'urgence, dès l'hospitalisation et les données du scanner abdomino-pelvien	<p style="text-align: center;">OUI</p> <p>Mais avec nécessité d'une résection de 40 cm d'iléon associée à une colectomie droite.</p>	Aggravation d'une diarrhée chronique antérieure