

🕒 **VIIIème journée normande d'anesthésie-réanimation**

PROBLEMES MEDICO-LEGAUX LIES A L'ANESTHESIE LOCO-REGIONALE

J.M. DESMONTS

Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU BICHAT-CLAUDE BERNARD,

46, rue Henri-Huchard, 75877 Paris Cedex 18, France

La spécificité des complications liées à l'anesthésie locorégionale réside, à la différence des complications liées à l'anesthésie générale, dans les séquelles neurologiques pour lesquelles le patient demandera réparation du préjudice si une faute dans la réalisation du geste peut être mise en évidence au cours de la procédure.

Fréquence des complications liées à l'anesthésie locorégionale

Une enquête nationale réalisée dans les hôpitaux suédois et publiée en 1997 (1), rapportait que l'anesthésie rachidienne épidurale ou rachianesthésie, était utilisée pour 20 à 40 % des interventions chirurgicales. La rachianesthésie était la technique utilisée la plus fréquemment pour la chirurgie orthopédique du membre inférieur, la césarienne programmée et la résection trans-urétrale de la prostate. L'anesthésie péridurale était plutôt utilisée pour la chirurgie orthopédique et vasculaire périphérique. Sur environ 10000 anesthésies rachidiennes pratiquées, 19 complications neurologiques étaient rapportées dont 7 après une anesthésie péridurale et 12 après une rachianesthésie. Parmi ces 19 complications, deux étaient liées à la survenue d'un hématome sous-dural après rachianesthésie et un lié à un hématome épidural après analgésie péridurale continue. Aucun détail n'était donné sur les autres complications neurologiques observées.

L'analyse rétrospective des complications neurologiques, après 18000 anesthésies rachidiennes, pratiquées sur une période de trois ans dans un hôpital universitaire suédois (2) a mis en évidence, sur un total de 17733 anesthésies rachidiennes, 8500 rachianesthésies et 9232 péridurales, 19 complications neurologiques étaient rapportées dont 13 avaient des séquelles définitives. Trois complications après anesthésie péridurale étaient caractérisées par une paraplégie liée à un hématome péridural chez des patients ayant des troubles de l'hémostase. Les autres complications se répartissaient ainsi: neuropathies radiculaires en rapport avec une technique inappropriée dans 2 cas; dans 7 cas la relation entre l'anesthésie péridurale et la lésion neurologique était très probable mais le mécanisme exact des lésions ne pouvait être identifié avec certitude. Dans 5 cas une neuropathie pré-existante pouvait être discutée comme facteur favorisant les troubles neurologiques observés après l'anesthésie péridurale.

Plus récemment, l'analyse des résultats d'un sondage auprès de médecins anesthésistes-réanimateurs en France sur les complications liées à l'anesthésie locorégionale, observées dans leur pratique, a mis en évidence que sur 103730 anesthésies locorégionales pratiquées, 40640 étaient des rachianesthésies, 30413 des anesthésies péridurales, 21278 des blocs nerveux périphériques et 11999 des anesthésies régionales intraveineuses. 98 complications sérieuses étaient recensées. Dans 89 cas, la complication était attribuée totalement ou partiellement à l'anesthésie locorégionale. 32 arrêts cardiaques, dont 7 étaient mortels, étaient recensés. Parmi ces 32 arrêts cardiaques, 26 survenaient durant une rachianesthésie et 6 n'étaient pas réversibles, 3 survenaient durant une anesthésie péridurale et 3 durant un bloc nerveux périphérique. Parmi les 34 complications neurologiques (radiculopathie, syndrome de la queue de cheval, paraplégie), 21 étaient associées soit à des paresthésies durant la ponction (n = 19) ou à une douleur durant l'injection (n = 2) suggérant un traumatisme de la racine nerveuse ou une injection

intraneurale. Cependant, 12 patients qui avaient des complications neurologiques après rachianesthésie, n'avaient ressenti aucune paresthésie durant la ponction et aucune douleur lors de l'injection. Parmi ces 12 patients, 7 avaient une radiculopathie et 5 avaient un syndrome de la queue de cheval, 9 recevaient de la XYLOCAINE à 5 % par voie intrathécale. Ainsi, la fréquence des complications neurologiques était significativement plus grande après rachianesthésie, 6 ± 1 pour 10000 cas et $1,6 \pm 0,5$ pour 10000 cas pour les autres techniques d'anesthésie locorégionale. Il faut rappeler que cette étude a été menée à partir d'un sondage effectué auprès de 4927 anesthésistes-réanimateurs. 736 ont répondu, indiquant un taux de participation de 14,9 %. Il est donc difficile, à partir de cette étude, d'établir une fréquence précise des complications de l'anesthésie locorégionale. Cependant, l'analyse des facteurs favorisant les complications apporte nombre d'informations très intéressantes pour l'évaluation de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateurs dans une complication en rapport avec l'anesthésie locorégionale.

Fréquence des litiges médico-légaux en rapport avec l'anesthésie locorégionale

L'analyse des rapports du Conseil Médical du Groupe des Assurances Mutuelles Médicales (GAMM) qui regroupe le Sou Médical et la MACSF, permet d'avoir une idée sur la fréquence des dossiers médico-légaux concernant l'anesthésie locorégionale.

En 1997, les 4760 sociétaires anesthésistes du GAMM ont adressé 257 déclarations (+ 17 % par rapport à 1996) dont 28 plaintes pénales, 1 plainte ordinale, 47 assignations en référé et 35 réclamations. 32 déclarations concernaient l'anesthésie locorégionale : périurale (n = 13) dont 8 lors de l'accouchement et/ou de césarienne : neuropathie périphérique (n = 4), diplopie (n = 1), rupture de cathéter (n = 1). Les 5 autres déclarations concernaient des périurales en dehors de l'obstétrique : arrêt circulatoire n = 1), paraplégie (n = 2), hypoacousie (n = 1) et neuropathie périphérique (n = 1). La rachianesthésie a été responsable de 12 accidents : arrêt circulatoire avec séquelles graves (n = 2), syndrome de la queue de cheval (n = 3), céphalée avec diplopie (n = 1), neuropathie périphérique (n = 3). Les autres accidents concernaient des blocs périphériques dont 3 perforations oculaires après anesthésie péribulbaire.

En 1998, les 4790 adhérents médecins anesthésistes du GAMM ont adressé 285 déclarations c'est-à-dire + 10.9 % par rapport à 1997 (4). 31 dossiers concernaient l'anesthésie loco-régionale : périurales (11) dont 7 lors d'accouchements et/ou de césariennes. 3 complications sont survenues en dehors de l'obstétrique : paraplégie (1), neuropathie radiculaire (1), abcès épidual (1). Trois complications sont survenues alors que la périurale était associée à l'anesthésie générale : paraplégie (2), sciatique (1). 10 dossiers concernent la rachianesthésie : neuropathie radiculaire (5), arrêt cardiorespiratoire entraînant un état végétatif (2), céphalées (2). Deux dossiers concernaient un bloc plexique axillaire : pneumothorax (1), neuropathie sensitive résiduelle (1). Enfin, trois dossiers concernaient l'anesthésie péribulbaire ayant entraîné une perforation du globe oculaire.

En 1999, les 4710 sociétaires ont adressé 271 déclarations (- 4.9 % par rapport à 1998) dont 30 plaintes pénales, 8 plaintes ordinales, 39 assignations en référé et 49 réclamations. 30 déclarations concernant l'anesthésie locorégionale : 12 pour la périurale dont 10 lors d'accouchement et/ou de césarienne (convulsions avec décès (2), état de choc (2), atteinte radiculaire (2), méningite (1), rupture du cathéter (1), inefficacité (2)). 5 déclarations concernaient la rachianesthésie (état de choc (1), atteinte radiculaire (2), hernie discale ? (2)). 3 déclarations concernaient des anesthésies locorégionales combinées à l'anesthésie générale (arrêt cardiaque (2) avec état végétatif persistant). 4 accidents de perforation du globe oculaire étaient rapportés.

En 1999, l'American Society of Anesthesiologists (ASA) (5) a fait le point dans le cadre de son programme ASA Closed Claims Study sur les dossiers traités par les compagnies d'assurances américaines ayant trait aux lésions nerveuses en rapport avec l'anesthésie. Sur les 670 dossiers identifiés, 35 concernaient des lésions médullaires. Celles-ci étaient provoquées par une anesthésie rachidienne dans 68 % des cas. Le rôle favorisant des traitements antithrombotiques était assez clairement mis en évidence puisqu'un hématome périural était identifié dans 16 des 50 complications liées à l'anesthésie rachidienne associée à un antithrombotique.

Exemples de dossiers médicolégaux concernant l'anesthésie locorégionale

DOSSIER N° 1

Grossesse triple chez une femme de 34 ans. Proposition d'une anesthésie péridurale pour la césarienne programmée par l'anesthésiste-réanimateur. Réticence de la patiente vis-à-vis de cette technique. Cette technique est imposée par le médecin anesthésiste-réanimateur sur l'argument d'une morbidité moindre de l'anesthésie péridurale par rapport à l'anesthésie générale. Douleur radiculaire lors de la ponction. Retrait de l'aiguille de quelques mm et injection de la solution anesthésique. Hypotension brutale et perte de connaissance obligeant à intuber la patiente quelques minutes plus tard. Injection intrathécale probable. Récupération neurologique post-opératoire incomplète. Image suspecte au scanner rachidien. Intervention neurochirurgicale. Pas d'hématome péridural. Syndrome de la queue de cheval persistant et déficit moteur gauche.

Les juges ont retenu, à l'encontre du médecin anesthésiste-réanimateur, l'absence de consentement de la patiente et un non respect des règles de sécurité lors de la réalisation de l'anesthésie péridurale.

DOSSIER N° 2

Prothèse totale de hanche droite chez une patiente de 71 ans ayant des antécédents de varices des membres inférieurs traitées par cryochirurgie. Consultation pré-anesthésique par un anesthésiste-réanimateur qui propose une rachianesthésie à la patiente et prescrit une prophylaxie thrombo-embolique par héparine de bas poids moléculaire commencée la veille de l'intervention. La rachianesthésie est effectuée par un deuxième médecin anesthésiste-réanimateur avec difficulté puisque plusieurs ponctions seront nécessaires, avant de ponctionner l'espace sous-arachnoïdien. Le traitement anticoagulant est repris le soir de l'intervention. Dans la nuit, la patiente ressent des douleurs rachidiennes très intenses, difficilement calmées par la morphine et le paracétamol. Elle présente un malaise au premier lever, le deuxième jour, avec sensation de dérobement des jambes. Le déficit moteur est évident, au troisième jour, associé à des troubles sphinctériens. Un scanner du rachis met en évidence un hématome sous-dural rachidien. L'intervention neurochirurgicale est pratiquée mais les signes neurologiques ne régresseront pas. Les séquelles neurologiques sont majeures. Il est apparu, à la lecture du dossier, qu'un traitement par automédication comprenant de l'aspirine, avait été poursuivi jusqu'à la veille de l'intervention à l'insu des médecins.

La responsabilité du médecin qui a pratiqué la rachianesthésie a été retenue par les juges. Il est apparu que la patiente n'avait pas été informée sur les risques éventuels de la rachianesthésie dans le cadre d'un traitement anticoagulant associé. Des ponctions répétées, pour réaliser la rachianesthésie, ont favorisé la survenue de l'hématome et il est recommandé d'éviter ses ponctions multiples chez ces patients. Enfin, les signes neurologiques en rapport avec l'hématome péridural n'ont été détectés que tardivement, engageant de façon irréversible le pronostic neurologique.

DOSSIER N° 3

Hémicolectomie gauche chez une patiente de 67 ans pour sigmoïdite. Antécédents d'artérite traitée par TICLID, stoppé avant l'intervention avec un intervalle non précisé. Bilan d'hémostase pré-opératoire normal. Lors de la consultation pré-anesthésique, proposition à la patiente d'une technique d'anesthésie générale combinée à une anesthésie péridurale pour l'analgésie post-opératoire. Un traitement par une héparine de bas poids moléculaire est commencé 8 heures après l'intervention. Détresse respiratoire majeure 48 heures après l'intervention faisant évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire massive. Retrait du cathéter péridural 12 heures après la dernière injection d'héparine de bas poids moléculaire et institution immédiate, après retrait du cathéter, d'une héparinothérapie à la dose curative, par voie intraveineuse. Début des troubles neurologiques, au niveau des membres inférieurs, à la 72e heure. Arrêt de l'héparine à la 96e heure. Tableau de paraplégie évident. Myélographie à la 120e heure, mettant en évidence un hématome péridural. Décompression chirurgicale. Séquelles neurologiques définitives à type de paraplégie flasque.

La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur a été retenue par les juges sur les éléments suivants : 1) absence d'information de la patiente sur les risques de la technique anesthésique employée et en particulier sur l'interférence des traitements anticoagulants avec l'analgésie péridurale ; 2) mise en route à haute dose de l'héparine immédiatement après le retrait du cathéter péridural contrairement aux recommandations préconisées dans la littérature ; 3) non reconnaissance des premiers signes neurologiques aboutissant à un diagnostic tardif d'hématome péridural avec des conséquences neurologiques irréversibles.

DOSSIER N° 4

Patéllectomie partielle avec trochéoplastie à la suite d'un traumatisme de la face antéro-interne du genou chez un homme de 30 ans. Trois mois plus tard, il existe un genou très raide et il est décidé de pratiquer une mobilisation du genou sous anesthésie générale. L'analgésie post-opératoire est assurée par un bloc crural entretenu par la mise en place d'un cathéter. Le cathéter est enlevé à la 48e heure. Quelques jours plus tard, il est constaté que le genou est toujours douloureux et que la mobilité est réduite. Il est alors décidé de pratiquer une analgésie péridurale c'est-à-dire 7 jours après l'intervention de mobilisation. Le premier repérage de l'espace L4-L5 déclenche une douleur importante dans le genou droit. Il est décidé de reponctionner l'espace péridural en L3-L4. L'analgésie est entretenue par le cathéter péridural laissé en place pendant trois jours. La survenue d'un fébricule à 38° et d'une rétention d'urine conduit le médecin anesthésiste à ôter le cathéter péridural. Le patient sort de l'établissement mais est réhospitalisé 15 jours plus tard pour un déficit neurologique avec paresthésie du membre inférieur gauche et anesthésie en selle. Les séquelles neurologiques associent un déficit du membre inférieur gauche, entraînant la nécessité d'une atelle avec troubles de la marche, et un syndrome de la queue de cheval.

Le choix d'une analgésie péridurale à distance de la mobilisation sous anesthésie générale est apparu discutable dans la mesure où le patient était traité par les anticoagulants (le traitement avait été arrêté 24 heures lors de la mise en place du cathéter péridural). Les difficultés de ponction, dans cette situation, auraient dû faire renoncer à cette technique. Le patient aurait dû être informé des risques potentiels de la mise en place d'un cathéter péridural alors qu'il recevait les anticoagulants.

DOSSIER N° 5

Rupture du tendon extenseur du 3e doigt gauche chez un homme de 54 ans porteur d'une bulle d'emphysème mise en évidence par la radiographie thoracique pré-opératoire. Consultation pré-anesthésique effectuée par un premier médecin anesthésiste-réanimateur qui n'informe pas le patient sur la technique d'anesthésie retenue. Bloc interscalénique réalisé par le deuxième médecin anesthésiste-réanimateur. L'aiguille est brutalement mobilisée au moment du repérage par un mouvement intempestif du patient. Au cours de l'intervention, le patient devient dyspnéique. Une radiographie per-opératoire est demandée et met en évidence un pneumothorax gauche qui est drainé. Le pneumothorax récidive à l'ablation du drain et nécessite la poursuite du drainage pendant 10 jours. Une résection chirurgicale des bulles est proposée au patient mais celui-ci refuse l'intervention. Il persiste une gêne respiratoire à l'effort pour laquelle le patient demande réparation.

Les experts ont reconnu que l'anesthésie locorégionale était justifiée. En revanche, le choix de la technique est apparu discutable. Compte tenu du lieu de l'intervention, le bloc interscalénique ne s'imposait pas. Sa morbidité est en effet plus élevée. La présence de bulles d'emphysème bien visible sur le cliché thoracique pré-opératoire, aurait dû être prise en compte et récuser cette voie d'abord.

DOSSIER N° 6

Plaie dorsale de la main gauche par coup de couteau chez un homme de 23 ans. Suture de la plaie sous anesthésie locale. Développement d'une collection purulente visant à la réhospitalisation au 6e jour. Choix d'un bloc plexique par voie sus-claviculaire par l'anesthésiste-réanimateur. Difficulté de repérage du plexus et injection douloureuse. Persistance le lendemain de l'intervention d'un bloc moteur partiel et de troubles sensitifs. Rééducation pendant un an. Atrophie musculaire persistante dans le territoire du médian et du cubital. Pas de reprise de travail au bout de deux ans.

Pour les experts, le choix de l'anesthésie locorégionale était justifié mais la voie d'abord est discutable compte tenu du siège de la lésion. L'injection douloureuse du produit peut être retenue comme un non respect des règles admises dans la réalisation d'un bloc plexique.

CES DIFFERENTES OBSERVATIONS METTENT BIEN EN EVIDENCE LES DIFFERENTS ELEMENTS SUR LESQUELS LES PRESTATIONS DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS PEUVENT ETRE CONTESTEES PAR LES MAGISTRATS ET PLUS PARTICULIEREMENT SUR LES POINTS SUIVANTS.

L'information du patient

L'évolution jurisprudentielle récente souligne l'importance, pour les praticiens, de bien informer les patients sur la technique anesthésique employée et sur les risques éventuels que celle-ci fait courir et en particulier, quand certains facteurs de risques existent par exemple l'association d'un traitement anticoagulant. Lorsqu'aucun argument objectif solide ne peut être avancé pour retenir une technique d'anesthésie locorégionale plutôt qu'une technique d'anesthésie générale, le choix du patient doit être pris en compte par l'anesthésiste. Celui-ci sera dans une position plus confortable en cas de complications anesthésiques. La notion d'explication sur la technique anesthésique choisie et le consentement du patient vis-à-vis de cette technique doit apparaître de façon claire sur la fiche pré-anesthésique.

La chaîne de soins

Il est très fréquent que le médecin anesthésiste qui voit le patient en consultation pré-anesthésique n'est pas celui qui pratiquera l'anesthésie. Le médecin voyant le patient en consultation pré-anesthésique peut proposer une anesthésie locorégionale alors que cette technique n'aurait pas eu la faveur de celui qui va réaliser effectivement l'anesthésie. Le médecin la réalisant se sent parfois engagé par l'information qu'a donnée son collègue lors de la consultation pré-anesthésique et est conduit à faire un geste pour lequel il n'a pas une adhésion parfaite. Il faut rappeler que c'est cependant lui qui aura la responsabilité d'une complication survenant dans le cadre de la réalisation de l'anesthésie locorégionale. Il est peut-être intéressant de rappeler au médecin anesthésiste, voyant le patient en consultation pré-anesthésique, d'attirer son attention sur le fait que cela ne sera pas forcément lui qui sera en charge de l'anesthésie et que son collègue peut changer de technique sur des arguments qui lui sont propres.

Le respect des recommandations dans la réalisation des techniques d'anesthésie

Locorégionale

Les recommandations usuelles décrites dans tous les traités d'anesthésie locorégionale doivent être respectées lors de la réalisation des gestes. Un non respect de ces recommandations expose au risque de voir sa responsabilité mise en cause en cas de complication.

Ainsi, le problème des anesthésies rachidiennes chez les patients pour lesquels des anticoagulants sont utilisés de façon parallèle, reste majeur. Même si la publication de grandes séries sur ce thème peut rassurer les praticiens, il n'en reste pas moins que les complications graves de l'anesthésie rachidienne sont le plus souvent observées chez les patients pour lesquels des médicaments interférant sur l'hémostase étaient utilisés avant ou après l'intervention. En toute hypothèse, il faut informer clairement le patient sur ce risque avant de réaliser cette technique.

Détection précoce des complications post-anesthésiques.

Surtout chez les patients présentant des facteurs de risque, l'hypothèse d'une complication neurologique doit être évoquée chaque fois que la récupération du bloc moteur et sensitif ne se déroule pas de façon habituelle. Il est important de demander alors les investigations appropriées afin de permettre un traitement précoce de la complication dont le pronostic est lié à la brièveté du délai entre le traumatisme et le traitement de la lésion qui en résulte. Tout retard dans cette démarche peut être retenu dans l'évaluation de la responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur.

REFERENCES

1. Holmström B, Rawal N, Armer S. The use of central regional anesthesia techniques in Sweden: results of a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1997, 41 : 565-572.
2. Dahlgren N, Törnebrandt K. Neurological complications after anaesthesia. A follow-up of 18000 spinal and epidural anaesthetics performed over three years. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1995, 39 : 872-880.
3. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, Litt L, Rouvier B, Samii K. Serious complications related to regional anesthesia: results of a prospective survey in France. *Anesthesiology* 1997, 87 : 479-486.
4. Rapports du Conseil Médical du GAMM sur les exercices 1997-1998-1999. *Concours Médical (suppléments 1998-1999-2000)*.
5. CHENEY F.W., DOMINO K.B., CAPLAN R.A., POSNER K.L. Nerve injury associated with anesthesia. A Closed Claims Analysis. *Anesthesiology* 1999, 90 : 1062-1069.