



A propos de 2 cas en recherche de responsabilité médicale pour nécrose de l'œsophage au cours de procédure de cardiologie interventionnelle suivies de décès - Procédure et stratégie d'expertise. Observations médicales en cardiologie interventionnelle.

LES COMPLICATIONS RARES ET EXCEPTIONNELLES : QUELLE RESPONSABILITÉ POUR LES CHIRURGIENS ? section « consultants et experts »

Date : 04/01/2017

DOI : 1026299/j4sg-j656/2017-01-04

Auteur : MERCIER JF

Co-auteur : CHARNIOT JC

URL VIDEO : http://video.academie-chirurgie.fr/2017-01-04_04.mp4

Mots clés : responsabilité - nécrose - oesophage

(Experts près la Cour de Cassation, en évaluation de dommage corporel et chirurgie cardio-vasculaire) Arythmie complète par fibrillation auriculaire suivies de malaises et récurrence de bradycardie sévère suivies de 2 hospitalisations et échec des différents traitements, indication de gestes par radiofréquence par voie trans-septale avec une déconnexion antrale des 4 veines pulmonaires et l'ablation de l'isthme cavo-tricuspidé du fait du passage en flutter atrial. Une semaine après hyperthermie à 39°, puis, douleur thoracique rétro sternale intense avec un épanchement péricardique non compressif. Dégradation de l'état clinique du patient, majoration des images péricardiques et médiastinales avec nette présence de gaz médiastinale postérieure. Traitement par antibiothérapie et transfert avec intervention chirurgicale par thoracotomie retrouvant : une perte de substance de la continuité œsophagienne, une ulcération de la paroi postérieure du péricarde, une collection purulente intrapéricardique ; il est pratiqué un rétablissement de la continuité par suture termino-terminale, un lambeau pleural para-aortique. L'évolution n'est pas favorable avec un syndrome de défaillance multiviscérale et une septicémie, une hémorragie digestive haute : intervention par sterno-laparotomie, mise en évidence d'une ulcération de la face postérieure de l'oreillette gauche, ulcération en communication avec la suture œsophagienne. Le patient décède au cours de cette intervention malgré une réanimation prolongée. Insuffisance mitrale volumineuse : Sur une cardiomyopathie responsable d'une insuffisance cardiaque globale nécessitant une prise en charge en USC. Mise en place d'un clip mitral effectué par voie percutanée après 3 tentatives et une durée de 5 heures et d'échographie transœsophagienne de 3h30 environ. Cinq jours après la procédure des anomalies digestives apparaissent sous forme de dysphagie et vomissements, hématome avec anémie aigue, fistule œsophagienne avec une masse rétro auriculaire gauche, un sepsis avec bactériémie et hémoculture positive, Le contrôle échographique cardiaque montre une diminution de l'insuffisance mitrale et une diminution de la pression artérielle pulmonaire systolique. – intervention en urgence : nécrose de l'œsophage, œsophagectomie, suivies de l'abouchement de l'œsophage cervical à la peau, une gastrotomie et une jéjunostomie

d'alimentation. Deux jours plus tard, l'état de la patiente s'est aggravé. Il est découvert une fistule oeso-médiastinale. L'infection et la défaillance multi viscérale aboutissent au décès. Commentateur : Jean-Christophe CHARNIOT (cardiologue, Pitié-Salpêtrière Institut du Cœur, Paris)

