

Cas clinique

syndrome de la queue de cheval

Homme né en 1960, artisan ambulancier.

- Suivi depuis 3 ans par un médecin généraliste pour des lombalgies apparues 2 ans auparavant, d'abord modérées et bien supportées mais avec, sur un fond douloureux, deux crises lombo-sciatiques gauches traitées médicalement avec succès. Au cours de l'une d'entre elles (il y a 3 ans), un examen tomodensitométrique du rachis lombaire mettait en évidence « *une petite hernie discale L4-L5 postéro-médiane, non compressive, sur discopathie dégénérative ainsi qu'une petite hernie discale L5-S1 postéro-médiane, en partie calcifiée* ».
- 3 ans plus tard, le 29 septembre, en début d'après-midi, alors qu'il se trouvait au volant de son ambulance, le patient **ressentait une douleur du mollet gauche** survenue sans facteur déclenchant qui était calmée par une auto-médication par Profénid®.
- Le 30 septembre au matin, il ressentait des « **problèmes de sensibilité** » du pied gauche, centrés plutôt sur le 4ème et le 5ème orteils. Le même jour, des fourmillements se manifestaient au niveau du même pied mais la douleur de la veille avait disparu.
- Le 1er octobre en se levant, le patient ressentait une sensation **d'engourdissement du pied gauche** sans autre manifestation. Il téléphonait à son médecin traitant mais ne pouvait le joindre car il était en tournée. Il le rappelait vers 13h et lui expliquait son problème. Le généraliste lui répondait qu'il était surchargé mais lui donnait un rendez-vous pour 16h après s'être assuré qu'il pouvait se déplacer.
- A l'heure prévue, le patient se présentait au cabinet mais en raison de l'affluence, le généraliste repoussait à 19h la consultation. A cette heure, le médecin recevait le patient qui était accompagné de son épouse (infirmière) «entre deux clients». Après l'avoir interrogé pour lui faire préciser la séquence des événements, le généraliste examinait le patient et mettait en évidence un **trouble sensitif du membre inférieur gauche s'étendant jusqu'à la région anale** du même côté qui, d'ailleurs, avait été ressenti par le malade lui-même une demi-heure avant la consultation. Il n'y avait lors de l'examen, pas de troubles urinaires, ni sphinctériens, ni moteurs. Une discussion à trois s'engageait impliquant le médecin, le patient et l'épouse du patient au terme de laquelle « la situation était déclarée urgente ». Le généraliste rédigeait alors une lettre mentionnant : « Je vous adresse en urgence Mr X..., 41 ans qui présente une sciatique de la jambe gauche avec troubles sensitifs +++, au niveau anal notamment. Deux scanners anciens ont mis en évidence des hernies discales chez ce patient ambulancier... ». Puis le médecin demandait au patient : « Quand veux-tu être hospitalisé ? ». Ce dernier aurait répondu : « **Demain matin** » ;. Une discussion aurait porté sur le lieu de l'hospitalisation : soit le CHU le plus proche (170 Km), soit un CHU situé au centre de Paris (230 Km) où le malade avait l'habitude de transporter un certain nombre de ses clients. Sans insister, le généraliste

remettait la lettre d'hospitalisation au patient, pensant qu'il irait dès le lendemain au CHU parisien. Dans la nuit, vers 5 heures, le patient ressentait un trouble sensitif de la région périnéale étendu aux organes génitaux externes avec une impossibilité d'uriner. Il ne jugeait pas utile de prévenir son médecin traitant et se contentait de prendre un comprimé de Profénid®. Puis il appelait un de ses collègues ambulanciers qui, vers 8h, le prenait en charge pour le conduire à Paris.

- Au cours du transport, le patient faisait un malaise vagal en raison de violentes douleurs sus-pubiennes dues à un globe vésical, obligeant à un arrêt dans le service d'urgence d'un centre hospitalier situé sur le parcours pour pratiquer un sondage vésical. Arrivé dans le CHU parisien, le patient apprenait que celui-ci n'était pas de « grande garde » et qu'il devait être dirigé vers un CHU situé au nord de Paris. Dès son admission, vers 14h15, il était examiné par le neuro-chirurgien de garde qui portait le diagnostic de syndrome de la queue de cheval et en expliquait la gravité au malade. L'IRM demandée en urgence, révélait : « une hernie discale L4-L5 géante, occupant plus des $\frac{3}{4}$ du canal rachidien en coupes axiales et sagittales, étendue sur un étage discal L4-L5 et un étage vertébral L5 ». Une intervention de décompression était pratiquée dans la soirée, vers 21 heures. Au décours, lors de la consolidation (mars 2003), persistaient un déficit partiel des muscles de la loge postérieure de la jambe gauche, un déficit sensitif atteignant plusieurs racines de la queue de cheval du côté gauche (S2, S5) et S5 du côté droit auxquels étaient associés des troubles sphinctériens vésicaux, anaux et des troubles sexuels. Par ailleurs, existait un état dépressif chronique évoluant par poussées.

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.

Retrouver l'analyse des barrières de prévention (pdf - 20.40 Ko) ^[1]

Télécharger l'exercice (pdf - 28.46 Ko) ^[2]

Télécharger le jugement (pdf - 20.07 Ko) ^[3]

Links

1. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4719/36137/version/1/file/analyse-barrieres-medical-syndrome-queue-cheval.pdf>
2. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/3117/18289/version/1/file/modele-tableaux-cas-cliniques.pdf>
3. <http://www.prevention-medicale.org/content/download/4718/36132/version/1/file/jugement-cas-medical->

Cas clinique Médecins Mai 2010

Séquelles graves (IPP évaluée à 25 %) attribuées à un retard de 24 heures du traitement chirurgical d'un syndrome de la queue de cheval par hernie discale L4-L5.

JUGEMENT

Expertise

L'expert, professeur des universités, chef de service de neurochirurgie constatait que, le 1^{er} octobre, lors de sa visite chez son médecin traitant, le patient souffrait d'un syndrome partiel de la queue de cheval, parfaitement diagnostiqué par ce praticien. Un tel tableau clinique imposait une admission en urgence dans un service de neurochirurgie. Il ressortait de l'audition du patient et du médecin généraliste que ce dernier n'avait pas été suffisamment ferme et persuasif envers un malade qu'il connaissait très bien puisqu'il le tutoyait. Pour l'expert, le diagnostic de pathologie nécessitant des soins urgents n'avait pas été suffisamment précisé avec ses conséquences éventuelles. Il ajoutait qu'en outre le courrier rédigé mentionnant la notion d'urgence, « le généraliste aurait dû téléphoner dans un service hospitalier, susceptible de recevoir sans délai son patient ».

L'expert relevait que l'intervention décompressive destinée à traiter le syndrome de la queue de cheval avait été pratiquée 26 heures après l'examen clinique réalisé par le généraliste et 16 heures après l'apparition des premiers signes de gravité, c'est à dire de la rétention urinaire. Il rappelait qu'« une méta-analyse américaine portant sur 322 cas et publiée en 2000 concluait qu'il y a un avantage significatif à traiter les patients dans les 48 premières après l'installation du syndrome de la queue de cheval plutôt qu'au delà. En se fondant sur cette publication, il était possible d'admettre qu'il n'y avait pas eu de retard significatif dans la prise en charge thérapeutique du patient. Mais, dans la réalité, et particulièrement en France, il est admis qu'un syndrome de la queue de cheval, même partiel, justifie d'établir un diagnostic précis, dans le cadre de l'urgence, avec une exploration complémentaire immédiate (jusqu'à un délai de 6 à 8 heures), soit par scanner, soit par IRM, en fonction de la disponibilité des appareils. De ce point de vue on pourrait considérer que le médecin n'a pas mis son patient dans les conditions optimales de diagnostic, comme il est habituel dans notre pays... En contrepartie, il est impossible de préciser quelle peut être la part d'un retard éventuel dans le diagnostic et le traitement, pour l'appréciation de l'importance des séquelles. En effet, aucune publication scientifique n'établit de corrélation précise entre le délai horaire séparant le traitement curateur de l'apparition des premiers signes cliniques et l'importance quantifiée des séquelles constatées.. Dans le cas particulier, il est impossible de quantifier les séquelles si le patient avait été opéré plus tôt, notamment avant l'apparition des premiers signes de gravité (rétention urinaire) . . . Si retard il y a, il est imputable, de façon partagée entre le généraliste et son patient dans la nuit du 1^{er} au 2 octobre. Le retard constaté par la suite dans la journée du 2 octobre est imputable aux circonstances et au choix du patient de se faire hospitaliser à Paris où il a été reçu non pas dans l'hôpital qu'il avait choisi initialement mais dans l'hôpital assurant la grande garde. Dans cet établissement, le délai entre l'admission et le traitement curateur est lié à l'organisation de la structure elle-même, et sans relation avec les décisions prises par le généraliste ou son patient ».

IPP estimée à 25 % avec inaptitude à la reprise du métier d'ambulancier

Jugement du Tribunal de Grande Instance (TGI)

Pour les magistrats, « **le médecin généraliste avait failli à son devoir d'information** vis à vis de son patient pour ne pas l'avoir suffisamment avisé de la gravité de la situation, de l'urgence d'une hospitalisation sans délai et des conséquences prévisibles de sa pathologie, sans qu'il puisse utilement invoquer les qualités d'ambulancier de son patient, ni celle d'infirmière de l'épouse de ce dernier pour tenter de s'exonérer de ce devoir et expliquer sa carence à cet égard... ». En ce qui concernait le lien de causalité entre cette faute commise par le généraliste et le dommage subi par le patient, le tribunal soulignait que, « d'après le rapport d'expertise, il était impossible de déterminer l'importance des séquelles constatées en fonction du délai horaire écoulé entre l'installation des troubles et le traitement curateur, autrement dit, il était impossible de déterminer les séquelles qui auraient éventuellement été constatées si le patient avait été opéré plus tôt... ». Toujours citant l'expert, les magistrats rappelaient qu' « il était également impossible d'affirmer que les séquelles constatées étaient imputables de façon exclusive au retard dans la prise en charge thérapeutique du syndrome de la queue de cheval alors qu'il pouvait tout aussi bien s'agir des conséquences de la pathologie traitée ». Il en résultait que « la preuve n'était pas rapportée qu'en cas d'hospitalisation immédiatement après l'examen du 1^{er} octobre, le patient n'aurait pas présenté les mêmes séquelles que celles constatées par l'expert, ni que ces séquelles n'étaient pas imputables à la seule maladie dont il était atteint... ». Pour l'ensemble de ces raisons, le tribunal déboutait le plaignant de la totalité de ses demandes.

Arrêt de la Cour d'appel

La Cour d'appel confirmait le jugement du TGI