

■ Peau et médecine légale

Arthrite postopératoire trompeuse pour un dermatologue

→ S. KORNFELD-LECANU

Service de Dermatologie,
Institut Arthur Vernes, PARIS.

■ Cas clinique

Le patient âgé de 53 ans est opéré d'un hallux rigidus du pied gauche : arthrodèse de la métacarpo-phalangienne (MP) et ostéotomie de Weil du second rayon. Il consulte le dermatologue 3 mois après l'intervention pour un problème de cicatrisation au niveau de son gros orteil gauche opéré. Le dermatologue note dans son observation : *“plaie propre, profonde, pas de nécrose.”* Le patient est sous amoxicilline + acide clavulanique prescrits par son chirurgien orthopédiste. Le dermatologue prescrit des pansements cicatrisants. Il revoit le patient 15 jours après et note : *“œdème du pied gauche, plaie propre moins profonde, apyrétique (toujours sous amoxicilline + acide clavulanique).”* Il intensifie les soins locaux avec des bains de pied (Bétadine®) et les soins infirmiers quotidiens.

Le patient est réopéré 3 semaines après : *“traitement d'une nécrose cutanée du gros orteil pied gauche par ablation du matériel d'ostéosynthèse, plastie cutanée et lambeau de glissement.”* Il revoit le dermatologue 1 mois après la seconde intervention. Il note un pied érythémateux et toujours une plaie persistante. Le dermatologue ne demande pas de radio osseuse car celle-ci a été effectuée au bloc il y a 1 mois. Il demande un bilan biologique avec CRP, VS normales et absence d'hyperleucocytose.

Il fait faire des prélèvements bactériologiques au niveau de la plaie persistante qui retrouvent du *Staphylococcus aureus* sensible. Il met le patient sous pristinamycine car il craint un érysipèle secondaire.

Le patient consultera un autre chirurgien qui demandera une radio, laquelle confirmera la non-consolidation de l'arthrodèse avec signes d'arthrite de la MP et de l'IP (interphalangienne) du gros orteil du pied gauche. Le patient ne sera toutefois opéré que 2 mois plus tard : *“sepsis sur ancienne tentative d'arthrodèse MTP1 (métatarsophalangienne) gauche, lavage, reprise d'arthrodèse de MTP1, arthroplastie de l'IPP (interphalangienne proximale).”*

■ Discussion médico-légale

L'indication chirurgicale était justifiée. L'intervention s'est compliquée d'une nécrose postopératoire précoce. Cette nécrose cutanée s'est surinfectée et est à l'origine de l'ostéoarthrite. Ce n'est pas une infection nosocomiale [1]. En effet, l'infection, si elle est considérée comme nosocomiale, est toujours prise en charge soit par les établissements de santé (sauf faute avérée du praticien), soit par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) si le seuil de gravité est supérieur à AIPP > 25 % [2].

Les infections post-chirurgie sont à l'origine de nombreuses plaintes de patients, les experts “chirurgiens” sont

pratiquement toujours confrontés dans leur mission d'expertise à la question suivante du juge : l'infection est-elle nosocomiale ou non ? Dans cette expertise, le dermatologue a cru que la prise en charge orthopédique ainsi que le risque d'infection articulaire étaient gérés par le chirurgien, ce qui n'était pas le cas. Il a été rassuré par un bilan biologique normal et l'expert chirurgien orthopédique lui a reproché une perte de chance pour le patient car il n'a pas fait refaire de radiologie.

Au total, le dermatologue s'est vu attribuer une perte de chance de 10 % alors que le chirurgien a obtenu une perte de chance de 20 %. Cette décision nous paraît étonnante car le chirurgien aurait dû mieux assurer le suivi de son patient réopéré par ses soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : Article L. 1142-5 “Procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'accidents iatrogènes ou d'infections nosocomiales”.
2. Article L1142-1 Code de la santé publique.

L'auteure est membre du réseau de médecins conseils de la MACSF.