

LA RESPONSABILITE MEDICALE EN MATIERE D'EMBOLIE AMNIOTIQUE : ETUDE DE 4 EXPERTISES MEDICOJUDICIAIRES

MEDICAL LIABILITY REGARDING EMBOLISM AMNIOTIC : STUDY OF 4 MEDICAL LEGAL EXPERTISES

Z. KHEMAKHEM^{1, 2}, K. REGAIEG^{1, 2}, A. AYADI^{1, 2}

1- *Service de Médecine Légale, CHU Habib Bourguiba de Sfax.*

2- *Faculté de Médecine, Université de Sfax-Tunisie*

Résumé

L'embolie amniotique est l'irruption brusque de matériel fœtal dans la circulation sanguine maternelle d'une parturiente, provoquant un désordre poly viscéral grave, à l'origine du décès dans la plupart du temps, et ce même malgré la réanimation et les soins intensifs.

Ce type de décès, survenant dans une atmosphère tragique, chez une personne jusque là bien portante, s'inscrit dans le cadre de mort subite et même suspecte, tant aux yeux de la famille, que de la justice, d'autant plus qu'il s'agit d'une mort iatrogène, devant être alors explorée dans un cadre médico-légal, afin de déterminer une éventuelle responsabilité médicale.

Nous illustrons nos propos, à travers l'étude de quatre expertises sur des affaires portées en justice, par les familles des victimes.

Mots clés : Embolie amniotique-Décès-Expertise-Responsabilité

Summary

Amniotic embolism is a sudden issue of amniotic fluid in intravascular of the parturient. Always, this complication with every failure will engender this devastating death.

This type of death is considered like a sudden death and an iatrogenic death, which need usually practice of autopsy for responsibility determination eventually.

We present four expertises, wanted by justice, from victim's family, to establish at all responsibility.

Key words: Amniotic embolism-Death-Expertise-Responsibility

ملخص

يمكن اعتبار الصمامة الأمنيوتية هي الانفراج و الدخول المباشر للمواد المكونة للجنين عبر الدورة الدموية للأم و تؤدي لمضاعفات وظيفية لمختلف الأحشاء بالبدن و يمكن أن تؤدي للوفاة حتى و لو بعد العناية المركزة و الإنعاش الطبي للمصابة بذلك. تعتبر هته الوفاة من الوفيات الفجائية و المرعبة للعائلة المنكوبة و يجب لذلك تفسيرها لها من الناحية الطبية الشرعية أمام الجهاز العدلي.

و في هذا المقال سوف نتطرق بالدرس لهته الحالة، عبر تحليل أربعة قضايا نشرت لدى المحاكم التونسية.

الكلمات المفتاحية: الصمامة الأمنيوتية-الموت-الإختبار الطبي-المسؤولية الطبية.

1-INTRODUCTION

L'embolie amniotique est une complication grave et fréquemment mortelle du péri partum. Selon le rapport formulé par le comité national français d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), l'embolie amniotique occupe la deuxième cause, derrière les hémorragies, des décès maternels en France [1].

En Tunisie, et bien qu'on ne dispose pas actuellement un chiffre précis de fréquence d'embolie amniotique, le nombre non négligeable de décès consécutif à cette entité pathologique, ainsi que les plaintes portées en justice contre le corps de la santé, nous a amené à rapporter cette série de quatre expertises médico-légales ayant trait à cette pathologie iatrogène, pouvant être source de mort subite et poser un éventuel problème de responsabilité médicale, qui reste à déterminer par l'avis expertal, d'ordre technique.

2-METHODOLOGIE

Nous rapportons une série de quatre expertises médico-légales colligées au service de médecine légale du C.H.U de Sfax (Tunisie).

Les critères d'inclusion sont l'existence d'une parturiente, le diagnostic d'embolie amniotique, au moins, porté, cliniquement et biologiquement, tant par les gynécologues obstétriciens que par les experts désignés par la justice, la présence ou non de décès consécutif, et les conclusions expertales.

Les critères d'exclusion sont l'examen anatomopathologique (qui est affirmatif dans deux cas et non fait dans deux autres), et les jugements prononcés par la justice tunisienne (dont certaines affaires ne sont pas encore jugées).

Dans cet article, nous exposons, dans une première partie, les observations (les faits et les discussions des experts) et dans une deuxième partie nous analysons la situation, tant en Tunisie que dans le monde, que ce soit de point de vue épidémiologique, médical, que juridique.

3-OBSERVATIONS

3-1-Observation n°1 :

- Rappel des Faits :

Une femme de 36, deuxième geste, deuxième pare, de grossesse estimée menée à terme, a été admise dans une clinique privée pour accouchement.

J.I. M. Sfax, N°23; Juillet 16 : 32 - 37

A l'admission, le col utérin a été dilaté à 3cm, des membranes rompues, révélant un liquide amniotique clair.

Quelques minutes après, l'état de la parturiente a été rapidement dégradé avec installation d'un état de choc, d'une bradycardie et de troubles respiratoires ayant nécessité une réanimation en urgence, sans amélioration de son état. Une césarienne a été indiquée pour tenter de sauver le nouveau-né.

La patiente est décédée après la réanimation, malgré la réanimation.

Une autopsie a été ordonnée pour étayer la cause du décès et éclairer la justice sur une éventuelle responsabilité du corps médical.

L'examen externe du cadavre a noté des traces de réanimation, une cyanose des lèvres et des extrémités et une plaie récente chirurgicale abdominale basse de césarienne.

L'autopsie a révélé la présence d'une congestion poly viscérale et notamment pulmonaire et cérébro-méningée, l'absence de saignement abdominal, un utérus augmenté de volume avec présence d'une plaie chirurgicale utérine segmentaire inférieure et l'absence de rétention placentaire.

Des prélèvements multi viscéraux pour analyse anatomopathologique ont été pratiqués et qui ont révélé une embolie amniotique.

-Discussion :

1- la mort est la conséquence d'une embolie amniotique ; elle est donc de cause naturelle.

2- L'embolie amniotique est un accident rare, mais grave de la grossesse, et les chances de survie, même malgré la réanimation, sont faibles, d'où c'est une mort presque inévitable.

3- Selon les données du dossier médical, nous n'avons pas révélé de faute quelconque ou de négligence, d'impéritie ou d'inobservation de règlements dans la prise en charge de la patiente et ayant provoqué la mort de la femme, et ce que ce soit en pré, en per ou en post partum.

4- Il s'agit d'un aléa obstétrical.

3-2-Observation n°2 :

- Rappel des Faits :

Une femme de 28 ans, I geste, I pare, et menant une grossesse estimée menée à terme, a été admise dans un C.H.U pour accouchement.

Elle a accouché le jour même, par césarienne, déroulée sans incidents, selon le chirurgien. Juste après, elle a présenté un état de choc sévère. Une réanimation a été immédiatement entreprise. Malgré les soins intensifs, l'évolution a été marquée par l'installation d'un arrêt cardio-circulatoire non récupéré.

Une autopsie a été ordonnée pour étayer la cause du décès et éclairer la justice sur une éventuelle responsabilité du corps médical.

L'examen externe du cadavre a noté des traces de réanimation, une cyanose des lèvres et des extrémités et une plaie récente chirurgicale abdominale basse de césarienne.

L'autopsie a révélé la présence d'un petit épanchement sanguin abdominal, de localisation latéro-utérine gauche un utérus avec présence d'une plaie chirurgicale utérine segmentaire inférieure et l'absence de rétention placentaire.

Des prélèvements multi viscéraux pour analyse anatomopathologique ont été pratiqués et qui ont révélé un aspect microscopique en faveur d'une embolie amniotique.

- Discussion :

1- la mort est la conséquence d'une embolie amniotique ; elle est donc de cause naturelle.

2- L'embolie amniotique est un accident rare, mais grave de la grossesse, et les chances de survie, même malgré la réanimation, sont faibles, d'où c'est une mort presque inévitable.

3- Selon les données du dossier médical et de l'autopsie, nous n'avons pas révélé de faute quelconque ou de négligence, d'impéritie ou d'inobservation de règlements dans la prise en charge de la patiente et ayant provoqué la mort de la femme, et ce que ce soit en pré, en per ou en post partum.

4- Il s'agit d'un aléa obstétrical, soldé du décès de cette parturiente.

3-3-Observation n°3 :

- Rappel des Faits :

Une femme de 24 ans, I geste, I pare, et menant une grossesse estimée menée à terme, a été admise dans une clinique privée pour accouchement.

Elle a accouché le jour même, par voie basse. Juste après, elle a présenté des troubles de l'hémostase avec saignement vaginal important et un état de

choc sévère. Une réanimation a été immédiatement entreprise. Malgré l'absence de déchirure à l'examen gynécologique et l'absence d'épanchement intra abdominal à l'échographie, l'évolution a été marquée par l'installation d'un arrêt cardio-circulatoire récupéré par massage cardiaque externe et traitement approprié.

Devant la persistance du saignement, une hystérectomie d'hémostase a été pratiquée ; d'où l'arrêt du saignement et la stabilisation tant de l'état respiratoire qu'hémodynamique de la parturiente.

- Discussion :

1- la parturiente a présenté vraisemblablement une embolie amniotique qui est un accident rare, mais grave de la grossesse.

2- Selon les données du dossier médical, nous n'avons pas révélé de faute quelconque ou de négligence, d'impéritie ou d'inobservation de règlements dans la prise en charge de la patiente, et ce que ce soit en pré, en per ou en post partum.

3- Il s'agit d'un aléa obstétrical et qui n'a pas laissé de séquelles.

3-4-Observation n°4 :

- Rappel des Faits :

Mme S.A, originaire de Ouled Haffouz (Sidi Bouzid-Tunisie), âgée de 36 ans, IV Geste, II Pare, a consulté l'Hôpital Ibn JAZZAR de Kairouan et ce le 27/08/2006, à 11H, pour accouchement. L'examen a trouvé un bon état général, une tension artérielle à 12/7, une hauteur utérine à 35 cm, une présentation céphalique haute, un col utérin dilaté à un doigt, un saignement au toucher vaginal.

La parturiente a été admise à la clinique privée de Hamda LAOUANI pour accouchement, et ce le 28/08/2006 vers 16H15'.

L'examen à l'admission a trouvé un bon état général, une tension artérielle à 11/7, des bruits du cœur foetal positifs, une présentation céphalique haute, un col utérin dilaté à 3 cm.

A 00H30' du 29/08/2006, il y a eu rupture spontanée de la poche des eaux, avec présence d'un liquide clair.

A 01H20' du 29/08/2006, est survenue un épisode de dyspnée aigue avec cyanose et sensation d'oppression thoracique, améliorée par oxygénothérapie.

L'électrocardiogramme a montré une tachycardie avec un rythme sinusal.

A 02H00' du 29/08/2006, est survenue une crise convulsive, d'où la patiente a reçu 10 mg de Valium en IVD et 2 ampoules d'Unidex.

Un scanner cérébral, un électrocardiogramme, une radiographie du thorax et un bilan sanguin et d'hémostase ont été demandés.

Après réanimation et soins intensifs, une amélioration rapide des constantes hémodynamiques et respiratoires avec Tension artérielle à 13/8, une saturation en Oxygène SO₂ à 92 %.

Le scanner cérébral n'a pas montré d'œdème cérébral ou d'hémorragie méningée.

Le taux de prothrombine (TP) a été bas, inférieur à 10 %.

L'accouchement par voie basse est survenu le 29/08/2006 à 03H30', après dilatation complète du col utérin et épisiotomie. Cet accouchement a donné la naissance d'une fille de 3700 grammes, avec un score d'Apgar à 7/9. La délivrance a été dirigée et complète.

Une hémorragie grave et de grande abondance du post partum immédiat chez cette parturiente est alors installée. Il s'agit d'un sang incoagulable.

La révision utérine n'a pas révélé de lésions traumatiques du vagin ou de l'utérus, d'où des utérotoniques et des transfusions de 3 poches de sang et 11 poches de PFC.

Devant la non amélioration et la détérioration rapide de l'état général et de la conscience, il a été décidé de transférer la parturiente vers un hôpital public, là où se trouve une banque de sang. L'examen a trouvé une patiente en hypovigilance, polypnéique, de tension artérielle imprenable avec sueurs profuses et pâleur cutanéomuqueuse.

L'examen gynécologique a révélé un bon globe utérin, un saignement génital persistant, d'où une hystérectomie d'hémostase a été pratiquée, afin d'arrêter le saignement.

Selon le dossier médical, la parturiente a reçu 4 poches de sans iso Groupe, iso Rhésus, 6 poches de PFC, 2 g de fibrinogène.

La tension artérielle est restée en per et post opératoire basse avec une respiration artificielle assistée. La diurèse est toujours à zéro.

Malgré le remplissage et les transfusions, la parturiente a fait à 8 Heure un arrêt cardiorespiratoire réfractaire, même après massage cardiaque externe et administration de tonicardiaques (adrénaline, isuprel).

- Discussion :

1- Devant ce tableau clinique, de défaillance cardio-pulmonaire, de troubles de la conscience et de chute du Taux de Prothrombine, juste après la rupture de la poche des eaux, le diagnostic d'embolie amniotique est le vraisemblable.

2- L'embolie amniotique est un accident grave, mais rare de la grossesse, et les chances de survie, même malgré la réanimation, sont faibles, d'où c'est une mort presque inévitable.

Selon les anesthésistes réanimateurs, le délai moyen de survenue du décès après les premiers signes de collapsus est de 1 à 7h, selon la rapidité de mise en oeuvre du traitement symptomatique.

3- Selon les données du dossier médical, nous n'avons pas révélé de faute quelconque ou de négligence, d'impéritie ou d'inobservation de règlements dans la prise en charge de la patiente et ayant provoqué la mort de la femme, et ce que ce soit en pré, en per ou en post partum.

4- L'embolie amniotique, est plutôt une complication obstétricale possible chez toute parturiente, d'où il s'agit d'un aléa médical ou une complication médicale, soldée de la mort de Mme S.A, indépendamment de toute faute ou négligence.

4-DISCUSSION

4-1-Sur le plan épidémiologique :

En Tunisie et dans une étude récente et exhaustive, concernant toutes les femmes décédées à un âge compris entre 15 et 49 ans et ayant été hospitalisées aux structures sanitaires publiques du gouvernorat de Sfax (Capital du Sud de la Tunisie), entre 1999 et 2007, portant sur 728 décès, soit une moyenne de 80,88 décès de femmes en âge de reproduction par an. Les accidents de la voie publique (AVP) ont constitué la cause majeure de décès (83 cas, 11,4% des causes de décès), alors que les causes liées à la grossesse et l'accouchement ont concerné 54 décès, soit 8,5%, et dont l'embolie amniotique 3,7% de cette mortalité maternelle [2].

En France, l'embolie amniotique est la deuxième cause de décès maternel après l'hémorragie du post-partum, 12% des décès lui sont imputée [3].

Des études rétrospectives menées en Australie [4], et aux Etats-Unis [5] entre 1999 et 2006 ont mis en évidence une augmentation du facteur de risque en cas d'âge maternel supérieur à 35 ans (OR=2,2), de placenta praevia (OR=30,4), de césarienne (OR=5,7), de pré éclampsie, d'utilisation de

forceps ou de grossesses dites « à risques » [6]. 16 décès ont également été reportés et décrits entre 1989 et 2006 en Italie [7] et au Japon [8].

4-2-Mécanismes du décès :

L'embolie amniotique est une entité pathologique de constitution brusque et soudaine avec irruption du liquide amniotique dans la circulation sanguine de la parturiente, de nature à provoquer des désordres cardio-pulmonaires et cérébraux.

Selon Moore, les signes cardinaux suivants évoquent davantage le diagnostic, il s'agit de l'insuffisance respiratoire aiguë avec cœur pulmonaire aigu, un état de choc, une hémorragie génitale avec risque de syndrome de coagulopathie intravasculaire disséminée, et un état de confusion mentale, d'agitation et même d'un coma agité[9].

Selon Moore, la prise en charge se base sur le monitoring fœtal, la délivrance le plus vite possible, l'administration des utéroconstricteurs et l'hystérectomie d'hémostase [9].

Selon les anesthésistes réanimateurs, le délai moyen de survenue du décès après les premiers signes de collapsus est de 1 à 7h, selon la rapidité de mise en oeuvre du traitement symptomatique.

L'embolie pulmonaire est de survenue imprévisible, d'où l'intérêt d'une suspicion clinique précoce pour débiter une réanimation «agressive» précoce, une délivrance rapide, et il n'y a aucun traitement spécifique et aucun test diagnostique fiable [9].

Quoi qu'il en soit la mort est la conséquence d'une défaillance poly viscérale avec état de choc cardiogénique et parfois hypovolémique par la CIVD.

4-3-Intérêt de l'autopsie médico-légale :

Etant donnée le polymorphisme du tableau clinique, la cause du décès ne peut être affirmée de façon certaine que par l'autopsie. L'autopsie devra donc toujours être exigée : elle permet de confirmer le diagnostic, de reconforter l'équipe médicale devant l'échec de toutes ses tentatives ou de se prémunir en cas de poursuite judiciaire. En effet, en France et si après discussion, la famille s'oppose à l'autopsie, il ne faut pas hésiter à refuser de signer le certificat de décès pour qu'une autopsie médico-légale puisse être effectuée [10].

Déjà la confirmation du diagnostic a été établie par l'examen anatomopathologique sur les deux cas de notre série (et qui ont fait l'objet d'une autopsie médico-légale) parmi trois (la 3^{ème} femme décédée

n'a pas été sujette à une autopsie, mais juste d'une expertise sur dossier médical).

En droit tunisien, le certificat médical de décès est obligatoire et le médecin ne peut pas refuser actuellement de le remettre à la famille, mais plutôt, il n'a qu'à mentionner un obstacle médico-légal à l'inhumation ou simplement une mort de cause inconnue, et cela chaque fois le diagnostic n'a pas été confirmé du vivant de la parturiente.

Automatiquement, une autopsie médico-légale est exigée, par le parquet ou par la justice d'instruction, afin de déterminer les circonstances et les causes de la mort et de préciser s'il existe une responsabilité médicale en cause [11,12].

4-4-Vers une réparation du risque grave et aléatoire:

S'agissant d'une complication obstétricale généralement grave, imprévisible, subite et aléatoire, pouvant être source de mort subite à caractère iatrogène, survenant quasiment en milieu hospitalier, le législateur tunisien devrait intervenir pour instaurer un régime de réparation du risque médical grave et discordant avec l'état initial de la parturiente.

L'aléa thérapeutique est défini comme étant une complication sans faute. Certains la distinguent, d'autres la confondent du risque thérapeutique. L'activité médicale au vu du juriste est une activité à risques. Le médecin pratiquait un art auparavant ; actuellement on est passé d'un art médical à un véritable génie médical. L'ingénierie médicale rend l'activité du médecin davantage une activité scientifique et technique (quand les succès deviennent légion, les échecs sont intolérables).

En droit tunisien, il y a prédominance des poursuites pénales et le procès pénal est mal vécu par le médecin. La mise en oeuvre des règles de la responsabilité civile indépendamment d'un procès pénal serait plus pratique et plus appropriée. L'évolution du droit tunisien va vers un alourdissement des obligations du médecin avec une tendance vers une certaine obligation de résultat, une obligation d'information, une obligation de sécurité ... On assiste à une véritable américanisation du droit médical .L'obligation d'information est contraignante pour le médecin qui doit prouver qu'il a informé le malade (obligatoirement par écrit).

A l'instar du modèle français de réparation des accidents médicaux graves par l'Office National

d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), la Tunisie peut se doter d'une législation futuriste proche, afin de pouvoir indemniser ces victimes et éventuellement leurs ayants droit, et ce dans un cadre de solidarité nationale [13], évitant et du moins minimisant ainsi les procès pénaux en question.

5-CONCLUSION

L'absence de risque zéro en médecine, l'inadmission de l'échec médical par la société, la médiatisation farouche des bavures médicales font, avec un état initial jusque là bien d'une parturiente en vue d'accouchement et mourrant subitement en milieu de soins, ou même souffrant d'un préjudice grave, un drame, ne pouvant être résolu que par une autopsie ou une expertise médico-légale.

Au-delà de la détermination des causes et des circonstances du décès, une certaine responsabilité sans faute ou aléa obstétrical, s'horizonne devant une embolie amniotique et devant être résolue par une réparation juste et équitable de la parturiente et éventuellement de sa famille, et surtout en cas de décès ou de séquelles graves.

REFERENCES

[1] Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM). Rapport 2001-2006. www.sante.gouv.fr
 [2] Djedda-Trabelsi J., Yaich-Kammoun.S, Karray M, Feki H, Kassis M, Damak J.- Étude des causes de décès des femmes en âge de reproduction aux hôpitaux de Sfax. La Tunisie Médicale, 2011; 89: 745-51.

[3] Bouvier-Colle MH., Saucedo M, Deneux-Tharaux C, pour le CNEMM 1. L'enquête confidentielle française sur les morts maternelles, 1996-2006 : quelles conséquences pour les soins en obstétrique ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2011 ; 40 :87-102

[4] Kildea S, Pollock WE, Barclay L. Making pregnancy safer in Australia: the importance of maternal death review. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2008 ;48:130-6.

[5] Abenhaim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. Am J Obstet Gynecol 2008;199:49.e1-49.e8

[6] Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herb MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008;199:36.e1-36.e5.

[7] ActaTurillazzi E, Greco P, Neri M, Pomara C, Riezzo I, Fineschi V. Amniotic fluid embolism: still a diagnostic enigma for obstetrician and pathologist? Obstet Gynecol Scand. 2009;88:839-41.

[8] Matsuda Y1, Kamitomo M. Amniotic fluid embolism: a comparison between patients who survived and those who died. J Int Med Res. 2009 ;37:1515-21.

[9] Moore J, Baldisseri MR. Amniotic fluid embolism. Crit Care Med. 2005 ;33:S279-85.

[10] Levy G. Amniotic fluid embolism. Ann Fr Anesth Reanim. 2004 ;23:861.

[11] Code du Statut Personnel. Imprimerie Officiel de la République Tunisienne (Version Française. Article 3 de la loi 57-3 réglementant l'État Civil

[12] Décret n° 99 - 1043 du 28 mai 1999, fixant le modèle du certificat médical de décès et les mentions qu'il doit comporter. *Journal Officiel de la République Tunisienne (Version Française)*, 1999 ; 43 :815-8

[13] Loi Française n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, www.Légifrance.gouv.fr