

Arrêt cardio-respiratoire lors d'une rhinoseptoplastie

Retrouvez le cas d'un patient victime d'un arrêt cardio-respiratoire au cours d'une rhinoseptoplastie réalisée sous anesthésie mixte.

Spécialité(s) :

- Médecin généraliste et urgentiste
- Médecin spécialiste

● Faits

Un patient de 29 ans est opéré d'une rhinoseptoplastie fonctionnelle et esthétique sous anesthésie mixte (méchage la lidocaïne naphthazolinée 5% puis anesthésie locale par infiltration la lidocaïne et lévobupivacaïne) et sédation associée par midazolam et alfentanil.

En milieu de procédure, le patient convulse et est victime d'un arrêt cardio-respiratoire. Une réanimation immédiate est entreprise (MCE, intubation, choc électrique, remplissage vasculaire et adrénaline), qui permet une récupération rapide.

Le patient présente une fracture de côte fermée et des troubles psychosomatiques mineurs.

● Expertise

Il s'agit d'un accident typique de toxicité systémique des anesthésiques locaux (AL). Les doses calculées de lidocaïne dépassent largement les seuils thérapeutiques et le taux sanguin "théorique calculé" atteint les seuils toxiques.

La survenue de cet accident est liée la méconnaissance pharmacologique de l'accumulation des effets adverses des AL utilisés (la lidocaïne) par le chirurgien selon deux modes différents, méchage et infiltration.

Deux facteurs ont éventuellement pu contribuer : une sensibilité accrue du patient (état antérieur imprévisible) et un état d'acidose gazeuse liée la sédation. Néanmoins ces hypothèses paraissent très improbables.

La rapidité de la prise en charge conjuguée, par l'anesthésiste et le chirurgien, a contribué ne laisser subsister que des séquelles mineures.

L'utilisation de solutions lipidiques, aujourd'hui recommandée en cas d'accident de toxicité systémique des AL, aurait pu se concevoir même si, dans le cas présent, elle n'aurait probablement pas permis une plus grande efficacité.

Les séquelles semblent limitées des douleurs liées des fractures de côtes (consolidées), avec un déficit fonctionnel partiel (DFP) maximum estimé 10%, ainsi qu'des troubles post-traumatiques allégués pouvant nécessiter d'éventuelles dépenses de soins actuels et futurs destinés la prise en charge psychologique.

● Décision

S'appuyant sur les conclusions de l'expert et notant la reconnaissance de responsabilité faite par le chirurgien, le Tribunal retient une faute de négligence par surdosage d'anesthésiques. Cette faute est l'origine des signes de toxicité neurologique et cardiovasculaire présentés par le patient la suite de l'opération chirurgicale.

Le chirurgien est condamné indemniser le patient pour l'intégralité de ses préjudices, hauteur de 20801,30 €.

A lire aussi

[Consultations préanesthésiques délocalisées ou itératives : précautions prendre](#)

[Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : 15 points-clés pour une pratique en équipe efficace](#)

[La consultation préanesthésique... c'est toujours automatique ?](#)

A découvrir sur notre site :

[Infographie : check-list du patient au bloc opératoire](#)

[Certificat médical : les réponses vos questions](#)

[Fiscalité : quoi de neuf en 2017 ?](#)

[Chiffres clés du rapport annuel 2015 \(pdf - 72.25 Ko\)](#)

Auteur : MACSF - Le Sou Médical / MAJ : 17/11/2016

Auteur : MACSF - Le Sou Médical / MAJ : 17/11/2016