

# Manipulation cervicale et accident vasculaire

## A propos de deux cas avec suites judiciaires

**D**eux cas d'accident vasculaire après manipulation cervicale avec suites judiciaires sont signalés dans la revue « *Responsabilité* » éditée par la MACSF-Sou Médical (n°45, avril 2012) que nous reproduisons avec son aimable autorisation. Leur description et les commentaires des experts ne manqueront pas d'intéresser nos lecteurs.

**Premier cas : défaut d'information, mais pas de perte de chance**

### L'ACCIDENT

Souffrant de cervicalgies (avec céphalées) et de dorsalgies qu'il attribue à un déménagement un mois plus tôt, un patient de 41 ans, chef d'entreprise, sans antécédent rhumatologique ou neurologique, prend en automédication un traitement antalgique, puis consulte sur son lieu de vacances un étiope qui réalise quelques

« attouchements du cou », sans manipulation et sans efficacité. Puis il consulte son médecin traitant. Au terme d'un examen détaillé, celui-ci diagnostique des cervicalgies par tension, des contractures musculaires, une limitation des mouvements cervicaux (rotation gauche, anté-flexion et latéro-flexion droite) et des dorsalgies en relation avec une dysfonction segmentaire. Il propose une manipulation vertébrale cervicale C2-C3 en latéro-flexion gauche, qui est acceptée et se déroule sans incident en position assise (pas de douleur, ni malaise). Deux jours plus tard, le patient ressent des céphalées puis des fourmillements dans le bras, des troubles de la vision, puis une dysarthrie. Il est hospitalisé après une consultation en urgence de son médecin et traité immédiatement par anticoagulants. Il est constaté une hémiparésie qui s'aggrave le jour suivant avec atteinte cérébelleuse. Les examens montrent une sténose irrégulière de la vertébrale droite, qui est une image de dissection artérielle responsable d'un ramollissement capsulo-thalamique droit avec une vertébrale controlatérale filiforme, donc peu fonctionnelle. L'hémiplégie régresse progressivement mais incomplètement.

Les radiographies cervicales montrent une arthrose C6-C7, sans plus.

### L'EXPERTISE

Deux collègues d'experts judiciaires sont successivement désignés. Ils attestent que le médecin généraliste, certifié en médecine manuelle et suivant des formations régulières, avait les compétences, l'expérience et les qualifications techniques requises pour pratiquer des soins par manipulations. L'indication était justifiée en raison des phénomènes algiques, de la limitation fonctionnelle et de l'échec d'un traitement symptomatique. « La manipulation du rachis cervical par un médecin compétent, ce qui était le cas en l'espèce, était adaptée à l'état du patient dès lors qu'en pratique quotidienne, les cervicalgies telles que celles présentées par le patient sont traitées d'emblée avec un certain succès par manipulation cervicale ». La réalisation de clichés radiographiques est recommandée avant une manipulation mais n'aurait pas été contributive et n'aurait pas décelé de contre-indication.

L'étiope a été entendu : il confirme avoir pratiqué à deux reprises, à quatre

jours d'intervalle, un traitement non manipulatif mais plutôt des massages, un étirement postérieur avec relâchement cervical dans l'axe du rachis sans manipulation en rotation. Les experts sont perplexes sur les pratiques de ce genre et considèrent que la responsabilité de cet étiope peut être envisagée, puisque la dissection est survenue huit jours après sa séance, qu'une dissection en deux temps est possible et que le patient a continué à se plaindre de céphalées après celle-ci. Le mécanisme principal des dissections vertébrales (qui peuvent être spontanées) est le traumatisme en rotation, quelle qu'en soit l'origine. Néanmoins, ils privilégient le lien causal avec la manipulation pratiquée par le généraliste, car les gestes décrits par l'étiope ne sont pas de nature, en l'absence de rotation vraie rapide et importante, à favoriser une dissection, et le patient n'a pas eu de symptôme nouveau après ces gestes. La manipulation du médecin sur une personne assise, avec utilisation des deux mains et rotation, correspond bien à un mécanisme qui explique la lésion vertébrale retrouvée sur un système vasculaire présentant une variation anatomique. Le geste a, selon le médecin, été fait selon la technique habituelle: non-douleur, accélération sur une distance très courte. Le patient affirme, quant à lui, que le geste a été violent. Mais le soulagement immédiat du patient contredit cette affirmation, car une manipulation brutale n'aurait, au mieux, eu aucune efficacité sur les douleurs. Il y a un lien de causalité entre la manipulation et l'accident et aucun élément pour considérer qu'il y ait eu une affection médicale antérieure vasculaire de type athéromateux ou dysplasique dans le cadre d'une malformation congénitale sous-jacente. Le patient reproche l'absence d'information préalable, mais son choix montre son intérêt pour les techniques manuelles, et il ne peut prétendre qu'il n'avait pas consulté pour une technique manuelle puisqu'il avait

déjà été manipulé pour des dorso-lombalgies deux ans auparavant. Enfin, le risque potentiellement grave, mais pas exceptionnel, n'imposait pas d'en informer le patient d'une manière détaillée. Les experts concluent à l'absence de faute.

### LA DÉCISION

L'accident subi par le patient résulte d'un aléa thérapeutique. Le médecin n'a pas commis de faute en relation avec les conséquences dommageables. Il n'est cependant pas établi que le médecin ait, préalablement à son intervention, avisé le patient des risques encourus. De ce fait, il a manqué à son devoir d'information puisqu'il a ainsi privé son patient de la faculté de renoncer aux soins proposés. Toutefois, d'une part le patient souffrait depuis une quinzaine de jours et cherchait par tous moyens à se faire soigner, et d'autre part, il faisait appel à son médecin de famille depuis quinze ans, qui l'avait d'ailleurs déjà manipulé pour des problèmes de dos. Au vu de ces éléments, les juges ont retenu que, même averti d'un risque théorique minimum de dissection de l'artère vertébrale de l'ordre de 1/200.000, le patient aurait inmanquablement accepté la manipulation proposée par un médecin en qui il avait confiance, et qui avait les compétences requises. Le patient est donc débouté de toutes ses demandes.

Les faits sont antérieurs à la loi du 4 mars 2002, et le patient ne peut donc pas être indemnisé par la solidarité nationale au titre de l'aléa.

### COMMENTAIRE DE LA RMO

On ne comprend pas si la manipulation a été en latéro-flexion ou en rotation. Les deux termes sont cités. Il est pourtant établi que la latéro-flexion du cou n'entraîne pas d'arrêt du flux sanguin dans l'artère vertébrale, contrairement à la rotation

dans 5 % des cas environ (travaux de Haynes). C'est sur la foi de ces travaux qu'en rédigeant les recommandations de la SOFMMOO, nous avons recommandé d'éviter les manœuvres en rotation (et pas en latéro-flexion, même si elles comportent une composante secondaire de rotation) en dessous de 50 ans, en particulier chez la femme. Les experts notent d'ailleurs que seule la rotation cervicale (« rapide et importante ») peut être à l'origine de lésions vasculaires. Leurs remarques sur la nécessité d'une information préalable sont intéressantes. Le risque « potentiellement grave, mais pas exceptionnel, n'imposait pas d'en informer le patient d'une manière détaillée ». D'autre part, il apparaît ici que cette information serait d'autant moins nécessaire que le patient recherche lui-même des soins par manipulation, car il aurait « accepté ce traitement, même après une information détaillée ».

## Deuxième cas : condamnation

### L'ACCIDENT

Une femme de 43 ans consulte un médecin du sport pour des douleurs des poignets avec des paresthésies nocturnes, pour lesquelles son médecin généraliste avait évoqué un syndrome du canal carpien et demandé un EMG. Le médecin lui conseille d'annuler le rendez-vous d'EMG et lui propose de la traiter par manipulation. Elle déclare qu'à la première séance, il a manipulé le poignet puis, à la deuxième, le cou du fait d'une « raideur cervicale ». Sans décrire les gestes, elle évoque des rotations et se souvient de les avoir particulièrement appréhendées en raison de torticolis fréquents dans l'enfance. La dernière consultation a été une séance de manipulation des poignets. Le médecin du sport affirme pour sa part avoir pratiqué

une manipulation rachidienne lors de la première séance le 13 janvier, après avoir mis en doute le diagnostic de syndrome du canal carpien et évoqué la possibilité d'un dysfonctionnement rachidien. Il n'a pas pratiqué de manipulation cervicale mais une manipulation de la deuxième vertèbre thoracique selon la technique de Nelson : praticien placé derrière la malade en position assise, mains derrière la tête, deux coudes en avant. Il passe ses deux mains sous le bras du patient, vient attraper les avant-bras en les crochétant et, en se redressant lui-même, il exerce un mouvement de traction et d'extension.

La patiente est hospitalisée le 10 février pour un mutisme complet et une hémiplégie droite massive. Pendant son transport vers la salle d'angiographie, son état continue à se dégrader, avec installation d'une tétraplégie associée à une ophtalmoplégie complète et à des troubles de la vigilance. Il est mis en évidence une occlusion du tronc basilaire dans sa moitié supérieure, sans aucune visualisation des artères cérébrales postérieures. La vertébrale droite n'a jamais été visualisée. Elle bénéficie d'une fibrinolyse de sauvetage qui permet une désobstruction complète du tronc basilaire, avec néanmoins persistance d'une occlusion de branche des artères cérébrales postérieures. Dans les conclusions du service de neurologie, l'hypothèse de la dissection de la vertébrale droite est fortement suspectée, étant donné l'âge et le contexte de manipulation. Le 21 février, une IRM de contrôle retrouve des anomalies de l'artère vertébrale droite anormalement grêle en VI-V2 et absente sur les segments V3 et V4. La conclusion est qu'il est impossible de préciser avec certitude le mécanisme de l'occlusion du tronc basilaire et d'infirmier ou d'affirmer la présence d'une dissection de la vertébrale droite. Sur le plan parenchymateux, les IRM ont montré un infarctus bi-thalamique et des

lacunes dans le territoire de l'artère sus-cérébelleuse supérieure gauche. Quelques mois plus tard, le même neurologue suppose que les circonstances et la persistance de l'occlusion de l'artère vertébrale sur l'IRM révèlent un mécanisme disséquant avec un thrombus d'aval. La patiente garde essentiellement comme séquelles des troubles neuropsychologiques importants.

### EXPERTISE

Le diagnostic de dissection de l'artère vertébrale droite compliquée d'un embolus thrombotique est un diagnostic probable sur différents arguments. Il ne peut pas être considéré comme certain, car il n'y a pas eu d'opacification directe de la vertébrale droite et sa non-visualisation peut être en rapport avec un problème technique ou anatomique. C'est pourtant l'hypothèse qui a été retenue par les praticiens qui l'ont prise en charge.

Les experts sont critiques sur l'indication : la technique correspond à une manipulation de la charnière cervico-thoracique. Il n'y avait aucune raison médicale de manipuler T2. De toute façon, le diagnostic aurait dû être conforté par une radiographie du rachis cervical, d'autant plus nécessaire que la patiente avait présenté de nombreux torticolis dans l'enfance, et par l'EMG demandé par le médecin traitant. La notion de torticolis devait être considérée comme un signal d'alerte faisant prendre des précautions supplémentaires. Les contre-indications n'ont pas été respectées : pas de manipulation lors d'une première consultation, pas de manipulation cervicale chez la femme de moins de 50 ans (mise en garde 2002 de la SOFM-MOO), pas de manipulation en cas de prise de contraceptifs oraux (ce qui était le cas), radiographies du rachis cervical qui représentent plus une précaution qu'une sécurité, l'absence d'anomalie sur ces radiogra-

phies ne mettant pas à l'abri d'une complication vasculaire. Elles sont néanmoins recommandées. La patiente n'a pas été informée des risques et le médecin n'a, semble-t-il, pas tenu compte de « l'appréhension vis-à-vis d'un geste technique sur le rachis cervical et de la contracture réflexe inconsciente que cela a engendré ». Trois rappos critiques établis à la demande du médecin du sport soulignent que les experts ont basé leur raisonnement sur l'hypothèse, non démontrée, selon laquelle la patiente aurait eu une manipulation en rotation du rachis cervical ; la patiente n'a pas présenté les symptômes d'une dissection : l'accident ischémique à distance du geste réalisé a pu être provoqué par l'association migraine/hypercholestérolémie et pilule; les résultats des examens ne permettent pas de trancher entre une simple hypoplasie de la vertébrale droite et une anomalie de type dysplasique pouvant favoriser une dissection. Sur l'information, il faut souligner que la patiente était venue consulter un médecin ostéopathe, tout à fait au courant de ses pratiques par sa fille, qui est également sa cliente.

### DÉCISION

Malgré la contestation du rapport d'expertise, les juges ont refusé une contre-expertise et retenu la responsabilité du praticien en première instance et en appel. Il existe plusieurs indices pour établir la réalité de la dissection artérielle à l'origine de l'accident. Cette manipulation apparaît, en l'absence d'autres causes visibles notamment traumatiques, comme la seule cause raisonnablement possible pour expliquer la dissection artérielle. Le praticien n'a pas respecté les recommandations et contre-indications en la matière, ce qui l'a conduit à effectuer la manipulation imprudemment, sans certitude quant au diagnostic et sans précautions spécifiques. Le montant de l'indemnisation fut de 283.433 € ●