

RESPONSABILITE DU RHUMATOLOGUE ET DU MEDECIN PHYSIQUE LIEE A LA PRATIQUE DES INFILTRATIONS ET MANIPULATIONS VERTEBRALES

D. BESSE

42, rue de la Pomme - 31000 Toulouse

Au même titre que les autres spécialités, les déclarations mettant en jeu la responsabilité médicale ne cessent de croître en rhumatologie et en médecine physique.

Les déclarations recensées par le sou médical en matière de rhumatologie était de 3 en 1984 et de 30 en 1994.

Il s'agit essentiellement :

- des accidents corporels par chute,
- des accidents liés au matériel,
- des accidents des infiltrations,
- des accidents des manipulations vertébrales.

Nous les envisagerons successivement en insistant plus particulièrement sur les accidents des infiltrations et des manipulations vertébrales.

LES ACCIDENTS CORPORELS PAR CHUTE

Ils sont fréquents, surviennent le plus souvent durant les soins de rééducation, par chute, d'une table ou changement de poste de travail chez des patients fragilisés par une pathologie ostéo-articulaire des membres inférieurs ou des troubles de l'équilibre.

Il convient de ne pas méconnaître une lésion fracturaire par la réalisation de clichés radiographiques standards au moindre doute.

L'absence de radiographie a été retenue comme faute lourde dans le cas d'une fracture du fémur passée inaperçue (CE. 19.12.84).

LES ACCIDENTS PAR MATERIEL

Le matériel n'est pas la cause du dommage, lequel résulte de l'activité personnelle du médecin. Dans tous les cas, le patient a bien accepté les aléas de soins mais il compte sur l'emploi d'appareils en bon état de fonctionnement, d'où l'existence d'une obligation de sécurité analogue à l'obligation de résultat : la responsabilité est encore contractuelle sous réserve d'un recours contre le fabricant de l'appareil, mais alors la victime se trouve dispensée de la preuve d'une faute du médecin.

Dans l'utilisation d'un appareil de physiothérapie, le praticien ne doit en aucun cas apporter des modifications personnelles à l'appareil. Les réparations doivent être effectuées par le fabricant ou un technicien agréé.

Les accidents les plus fréquents sont des brûlures au point d'application du courant d'électrothérapie qui résultent plus d'une technique défectueuse (mauvais contact de l'électrode, humidification insuffisante de l'éponge, lésion cutanée sous jacente, allergie au produit utilisé) que d'un vice du matériel lui-même.

LES ACCIDENTS DES INFILTRATIONS

Les infiltrations articulaires, périarticulaires, épidurales font parties des gestes quotidiens du rhumatologue, et du médecin physique.

Les accidents sont rares depuis l'usage du matériel à usage unique puisque la fréquence de la complication la plus redoutée, l'infection, est estimée entre 1/14 000 et 1/15 000 soit inférieure à 0,01 %.

■ LES ACCIDENTS

• *L'infection articulaire ou des parties molles :*

Liée soit à une mauvaise indication, soit à une faute d'asepsie.

Le sepsis apparaît 24 à 48 heures après l'infiltration. Le germe le plus souvent en cause étant le *Staphylocoque*.

Le diagnostic doit être précoce afin de limiter les conséquences ostéo-articulaires (ne pas hésiter à réexaminer le patient au moindre doute).

• *L'atrophie locale cutanée, sous cutanée et musculaire :*

Est liée à l'utilisation locale, cutanée, sous cutanée et musculaire de composés cortisonés fluorés (Dexaméthasone, Bétaméthasone, Triamcinolone) injectés en péri-articulaires. Elle peut occasionner un préjudice esthétique, mais pas d'IPP.

• *Ruptures tendineuses :*

Par injection intra-tendineuses du corticoïde. Elles sont surtout le fait d'injections répétitives, ou d'une lésion préexistante (rupture partielle).

• *Lésion d'un nerf :* exceptionnelle

L'injection directe dans la gaine d'un nerf peut provoquer une nécrose et une atrophie.

• *Arthrites microcristalines :*

Elles sont réactionnelles à l'injection des microcristaux de corticoïde, elles sont transitoires (en informer le patient !).

• *Allergies aux produits injectés :*

Avec possibilité de choc anaphylactique, des décès ont été rapportés en particulier après injection de cortivazol.

Ce qui pose le problème de la conduite thérapeutique en urgence : appel aux services compétents selon le lieu d'exercice (SAMU, réanimateurs, pompiers), injection d'adrénaline, prise de voie veineuse, éventuellement oxygénothérapie.

Devant le moindre antécédent allergique à un corticoïde, il faut s'abstenir de répéter l'injection, surveiller le patient allergique dans la demi-heure qui suit, de même après épidurale.

■ LE COMPORTEMENT FAUTIF

• *Lors du diagnostic :*

Ne pas méconnaître les contre-indications aux infiltrations.

Certaines sont *absolues* :

- articulaire : arthrite septique,
- générale : une infection à distance comporte un risque de dissémination hémotogène avec localisations articulaires,
- présence d'une prothèse ou d'une ostéosynthèse,
- immunodépression,

- troubles de la coagulation.

(Si une arthroplastie est programmée pas d'infiltrations dans les 6 mois qui précèdent).

D'autres contre-indications sont dites *relatives* :

- hypocoagulabilité modérée,
- diabète sucré,
- ulcère gastro-duodéal évolutif,
- psychose.

En fait, elles n'en sont pas si l'on prend le soin d'informer le patient et son médecin du risque de décompression passagère.

Il convient donc de réaliser :

- un bilan biologique préalable à la recherche de signes infectieux et éventuellement de troubles de la coagulation,
- ainsi qu'un bilan radiographique de l'articulation à infiltrer.

• *Lors du traitement :*

Les conditions locales : l'injection ne doit jamais se faire à travers une peau atteinte d'une lésion infectieuse ou d'une dermatose (mais cas particulier du psoriasis).

La technique de l'infiltration :

- désinfection et savonnage des mains de l'opérateur,
- localisation du point d'injection,
- désinfection avec un produit iodé type Alcool iodé ou Bétadine dermique : ces produits colorés permettent de s'assurer de la bonne désinfection du site d'une part et de visualiser cette zone pour le patient (intérêt médico-légal), en cas d'allergie à l'iode utilisée par exemple la Chlorexidine alcoolique,
- réaliser 2 à 3 passages dans un rayon de 15 cm du point d'infiltration,

- laisser sécher pour obtenir une activité anti-bactérienne,

- (ne pas mélanger des antiseptiques de familles différentes qui inhibent leurs effets, par exemple dérivés iodés de chlorexidine, ou dérivés mercuriels et iodés),

- préparation stérile de l'aiguille,

- ponction, aspiration,

- si épanchement : ponction et analyse avant injection,

- injection sans résistance ni douleurs, si c'est le cas : retirer l'aiguille,

- nettoyer à l'alcool désaturé,

- pansement sur la ponction.

La mise au repos de l'articulation après infiltration n'est pas obligatoire.

- ne pas dépasser 3 injections par site,

- pas plus de 2 séries par an,

- pas plus de 3 voire 4 infiltrations par un dans une même articulation,

- ne pas infiltrer plus de 3 sites dans une même séance.

• Lors de la surveillance du traitement :

- des manifestations vagues voire syncopales sont possibles après l'infiltration, il est conseillé de garder le patient sous surveillance dans la demi-heure qui suit le geste,

- des réactions douloureuses transitoires sont possibles dans les heures qui suivent, le plus souvent liées à une arthropathie microcristaline,

- ne pas hésiter à réexaminer le patient au moindre doute.

A propos d'une arthrite du genou ayant conduit à une amputation, la

Cour d'Appel de Pau en 1967 retint la responsabilité d'un médecin thermal, ayant pratiqué une infiltration d'Hydrocortancyl en raison : *«de l'absence de prescription de repos et d'immobilisation (!) et d'une négligence dans l'exercice de ses devoirs envers le malade pour s'être désintéressé d'elle après son transfert dans un service de chirurgie».*

Au total, il convient donc dans la réalisation d'une infiltration :

- d'établir un diagnostic précis, clinique, biologique et radiologique,

- d'éliminer les contre-indications usuelles,

- la technique d'infiltration doit être rigoureuse, le matériel jetable,

- proscrire les corticoïdes fluorés en dehors d'une cavité articulaire,

- ne pas multiplier abusivement les infiltrations,

- surveiller le patient au moindre doute.

Pas d'infiltration sans consentement : la prise d'un 2e rendez-vous par le patient préalablement informé vaut consentement !

LES ACCIDENTS DES MANIPULATIONS VERTEBRALES

Les manipulations vertébrales ne sont pas une médecine douce, les accidents sont surtout le fait de manipulations cervicales remarquablement efficace dans nombre de douleurs mais non exempte de risques.

Le nombre des accidents répertoriés par déclarations médicales est inférieur à la réalité compte tenu du caractère clandestin des actes réalisés par de nombreux illégaux.

La fréquence est évaluée à environ 10 accidents par an en France.

24 déclarations ont été faites au sou médical de 1959 à 1983.

En 1980 sur 1158 déclarations de sinistres 4 pour manipulations vertébrales soit 2 fois moins que pour les infiltrations.

■ LES ACCIDENTS

• Les accidents vasculaires :

- dans le territoire vertébrobasilaire,

- exceptionnellement dans le territoire carotidien.

Ils sont rares, évalués à 1 accident pour 5 millions de manipulations vertébrales mais graves car pouvant conduire au décès (le pourcentage de décès était de 25 % il y a 15 ans, il est actuellement de 5 à 10 % compte tenu du diagnostic précoce et de la mise en route d'un traitement anti-coagulant en cas de thrombose).

Ces accidents peuvent résulter de la manipulation proprement dite mais aussi d'un traumatisme cervical (AVP) ou d'une simple posture en hyperextension.

L'hyperextension cervicale seule ou associée à une rotation entraîne une diminution du calibre, ou une compression de l'artère vertébrale controlatérale : or l'asymétrie de calibre existe dans 3/4 des cas et une artère vertébrale peut être atrophique chez 3 % des individus.

Il s'agit le plus souvent de la survenue d'un syndrome de Wallenberg, de Locked-in syndro-

me, d'état de décérébration ou de syndrome cérébelleux.

Les séquelles sont nulles ou mineures chez au moins 80 % des patients.

Les dissections vertébro basillaires intracrâniennes ont un diagnostic plus péjoratif.

• **Les autres accidents :**

- atteintes médullaires, tétraplégies, paraplégies par myélopathie transverse,
- syndrome de Brown-Sequard,
- syndrome de la queue de cheval,
- transformation d'une rachialgie, en radiculite.

La plupart de ces accidents sont survenus sur des rachis pathologiques :

- malformation de la charnière occipito cervicale, myélome, tumeurs, maladie de Pott,
- ou par hernie post-manipulation, ou aggravation d'une hernie pré-existante,
- les tassements vertébraux sur rachis pathologique (ostéopathie raréfiante), ou fracture de côtes peuvent survenir après manipulations ou être aggravés par une manipulation intempestive sans diagnostic préalable,
- des cas de fractures de l'odontoïde ou de luxations atloïdo-axoïdienne ont été décrits après manipulations chiropraxiques brutales.

■ LE COMPORTEMENT FAUTIF

• **La compétence du thérapeute**

L'article L372 du code de la santé publique réprime l'exercice illégal de la médecine et précise :

«Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine les actes médicaux suivants : - toute mobilisation forcée des articulations et toute réduction de déplacements osseux, ainsi que toutes les manipulations vertébrales et d'une façon générale tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie, de vertébro thérapie et chiropraxie».

Les kinésithérapeutes ne sont donc pas autorisés à réaliser des manipulations vertébrales mais ils peuvent réaliser des manipulations des articulations périphériques.

L'envoi d'un patient par un médecin à un illégal chiropractor ou ostéopathe pour une manipulation engage sa responsabilité et constitue une complicité d'exercice illégal de la médecine.

De même les chiropractors et ostéopathes ne peuvent bénéficier d'une couverture en responsabilité civile, car aucune assurance ne peut couvrir une activité illégale.

Les illégaux sont régulièrement condamnés par les tribunaux, mais les peines sont le plus souvent légères.

Le retard dans le diagnostic par une prise en charge non médicalisée peut constituer une perte de chance.

Ceci étant, même docteur en médecine, la 1ère contre-indication à la manipulation est la compétence insuffisante de l'opérateur.

LA FAUTE TECHNIQUE

• **Lors du diagnostic :**

- l'interrogatoire doit rechercher la notion d'un traumatisme récent, des réactions anormales après les précédentes manipulations, des facteurs de risque vasculaires, des

épisodes paroxystiques d'insuffisance vertébro basilaire,

- l'examen clinique doit être rachidien, cervical, neurologique (à la recherche de signes radiculaires ou pyramidaux), vasculaire (auscultation des vaisseaux du cou),

- les radiographies cervicales sont systématiques, une anomalie de la charnière cranio-rachidienne doit être éliminée,

- il ne saurait y avoir de manipulations sans un examen clinique préalable (la nomenclature des actes professionnels cotant l'acte manipulatif K7 la séance est inadapté car ne prend en compte que l'acte thérapeutique indissociable de l'acte diagnostic),

- les rachialgies secondaires à des traumatismes rachidiens récents, inférieures à 6 semaines sont des contre-indications relatives dans la mesure où les dissections artérielles, les hématomes, les lésions discales, peuvent ne pas avoir d'autres traductions cliniques et être sans anomalie radiologique.

D'une manière générale la faute médicale a été retenue par les tribunaux devant l'absence d'examen clinique préalable, ou l'absence d'examen radiologique.

• **Lors du traitement :**

- les manipulations cervicales, en particulier si elles portent sur le rachis cervical haut, seront précédées de tests de posture en hyperextension et rotations cervicales maintenues 30 secondes (en particulier en position debout).

Rancurel a proposé la compression directe des artères vertébrales dans le creux sus claviculaire puis au triangle de Tillaux dans la région sous occipitale.

- ne pas manipuler s'il existe des signes déficitaires, des signes

d'irritation pyramidale ou d'intolérance vasculaire,

- respecter la règle de la non douleur et du mouvement contraire (Maigne),

- expliquer le principe de la manipulation et obtenir le consentement du patient avant de réaliser le geste thérapeutique,

- proscrire les techniques brutales mal exécutées et répétées surtout si les précédentes manœuvres ont été mal tolérées (l'accident ne survient pas toujours à la première manipulation ! Mais des accidents peuvent se produire en territoire vertébro-basilaire même si l'examen est rassurant et la technique correcte quel que soit l'âge du patient).

• La surveillance post-thérapeutique :

Si un accident survient ou le moindre prodrome, réexaminer le patient dans les plus brefs délais.

L'absence de disponibilité et l'insuffisance du suivi ayant pu être reprochés à des praticiens par les tribunaux.

Au total donc pour limiter au maximum les risques d'accident post-manipulatif :

- ces techniques doivent être réservées à des médecins formés à ces techniques,

- comporter un interrogatoire minutieux, un examen clinique et radiographique,

- elles s'adressent à une symptomatologie de dérangement intervertébral mineur articulaire postérieur en l'absence de contre-indication, en particulier neurologique,

- la technique doit être disponible afin de pouvoir éventuellement assurer la surveillance post-mani-

pulative en sachant que des effets secondaires de courte durée 3 à 5 jours à type de courbatures et de myalgies voire exacerbation transitoire des douleurs sont possibles.

- importance médico-légale du dossier médical en cas d'accident secondaire, ainsi que du courrier au confrère-correspondant, rapportant, la négativité de l'examen neurologique et des tests de posture pré-manipulatifs, en particulier.

Les manipulations par touchers pelviens peuvent être mal comprises ou interprétées : mieux vaut préserver la consultation à l'examen classique ostéo-articulaire loco-régional, et informer le patient de la nécessité d'un examen voire d'un traitement par TR lors de la prochaine consultation si les douleurs persistent.

Qu'il s'agisse de manipulations ou d'infiltrations et a fortiori des soins de physiothérapie, il ne s'agit jamais d'une urgence et il convient dans tous les cas d'élaborer un diagnostic précis au besoin par des examens complémentaires radiologiques et biologiques avant d'envisager un geste thérapeutique.

Les tribunaux font preuve de rigueur et de sévérité lorsqu'il y a :

- précipitation lors de la mise en route d'un traitement dont l'urgence ne se fait pas sentir,

- un défaut manifeste de surveillance post-thérapeutique.

Les complications, nous l'avons vu, sont exceptionnelles moins de 1/10 000 pour les infiltrations, plus rares encore pour les manipulations.

Le consentement à l'acte thérapeutique doit être obtenu : ne pas manipuler ou réaliser une infiltration contre la volonté du patient.

Le consentement éclairé pourrait être un frein à la réalisation des soins, dans l'intérêt du patient et par ailleurs générateur d'une trop forte «angoisse».

Pourtant des décisions de justice malgré le caractère exceptionnel des complications (< à 2 %) ont condamné des médecins par défaut de consentement éclairé en matière d'infiltrations (C. Cass. 1e ch. civ. 09.10.85) et de manipulations vertébrales. ■

BIBLIOGRAPHIE

1) BESSE D. - Responsabilité du rhumatologue et du médecin physique, les fautes à ne pas commettre - *Communication au 23e congrès de la FFAMCE «L'expertise en responsabilité médicale»*, Toulouse 30, 31 mai, 1 juin 1996

2) DUPONT C., POIROT I., BOISSON D., EYSSETTE M. - Locked-in syndrome après manipulation cervicale. A propos de 2 cas - *Ann. Réadaptation Méd. Phys.*, 1992, 32, 101-104

3) FRITZ P. - Injections articulaires et périarticulaires de glucocorticoïdes et d'anesthésiques in thérapeutiques rhumatologiques - *Ed. Maloine*, 1995, 63-89

4) MAS J.L. - Dissection des artères vertébrales - *Revue de Médecine Orthopédique*, 1995, 39, 29-36.

5) HUSSON R. - Rapports du conseil d'administration du sou médical, 1984, 1989 - *Concours médical* 1985, 107, 2732-2734 ; 1990, 112, 2314-2315

6) LECOCQ J., VAUTRAVERS PH., KUNNERT J.E. - Accidents des manipulations vertébrales in pathologie iatrogène du rachis - *Masson Ed.*, 1993, 312-321

7) MALICIER D., MIRAS A., FEUGLET P., FAIVRE P. - La responsabilité médicale, données actuelles - *Ed. Lacassagne*, 1992, 1 vol, 492 p

8) PIGANIOL G. - La pratique des manipulations vertébrales : risques et aspects médico-légaux - *Revue Française du dommage corporel*, 1990, 16, 2, 345-350

9) SÉRIAUX A. - Les conditions de la responsabilité délictuelle in Droit des obligations - *Ed. PUF*, 1992, 317-396

10) VAUTRAVERS PH., VAUTRAVERS M.J., MEYER R., KUNNERT J.E. - Epidurite infectieuse après infiltration périurale de corticoïdes, prévention du risque septique - *Rachis*, 1994, vol 6, 2, 91-98