

Ostéosarcome et responsabilité médicale : à propos d'un cas

A. ABBAS¹, M.S. LAIDL¹

INTRODUCTION

La prise en charge des tumeurs malignes des os se fait actuellement, par une équipe pluridisciplinaire associant un oncologue médical, un chirurgien, un pathologiste, un radiologue et un anesthésiste exerçant dans un même établissement spécialisé.

Le diagnostic de ces tumeurs est basé sur la clinique et des examens complémentaires pour bilan diagnostique et bilan d'extension, tels que les radiographies simples, la scintigraphie osseuse, l'IRM, et la biopsie osseuse seul examen pouvant apporter la preuve formelle qu'il s'agit d'un cancer.

Le traitement fait référence à des protocoles thérapeutiques associant chimiothérapie (néo adjuvante et adjuvante) et la chirurgie la plus conservatrice possible (possibilité de prothèse). Sauf pour les cancers osseux chimiorésistant où le traitement est d'emblée chirurgical.

Il arrive parfois que la prise en charge de ces cancers osseux soit à l'origine d'une mise en jeu de responsabilité médicale pour dommage corporel suite à des erreurs de diagnostic ayant conduit soit à un retard de prise en charge adéquate, soit à la pratique d'une chirurgie se révélant être, à posteriori, inutile.

Comment situer la ou les responsabilité(s) quand la décision médicale se fait de façon conjointe entre les différents spécialistes de l'équipe médicale d'une structure hospitalière ?

Quelle est la nature du cadre juridique de la relation médecin – patient lorsque l'un des médecins ayant contribué au diagnostic (radiologue) est en exercice libéral ?

Faut-il retenir la faute médicale ou l'erreur de diagnostic quand le diagnostic d'une récidive d'un cancer osseux se révèle être erroné ?

Comment se conformer à la mission d'expertise médicale quand les questions posées par le juge ne permettent pas à l'expert de dire s'il existe un manquement aux règles de l'art ou non.

Toutes ces questions se sont posées lors de la pratique d'une expertise médicale ordonnée par jugement suite à une plainte, en responsabilité civile pour faute médicale, d'un patient atteint d'un ostéosarcome chondroblastique chimiorésistant non métastatique, contre le médecin radiologue (en exercice libéral) qui selon le patient est à l'origine de l'amputation de son bras en ayant diagnostiqué une récidive de son cancer, à l'IRM. Diagnostic infirmé par l'analyse histologique.

LES FAITS CLINIQUES

Selon les termes du dossier médical :

Le patient est un homme jeune, âgé de 26 ans, l'année du diagnostic de sa maladie, adressé au service de chirurgie orthopédique et traumatologique d'un CHU d'Alger centre (public) suite à l'apparition d'une tumé-

1. Service de Médecine Légale, CHU Bab El Oued, Alger, Algérie.

faction de l'extrémité inférieure de l'avant – bras gauche et préalablement muni de radiographies simples, d'une IRM et d'une scintigraphie osseuse faites et interprétées dans une clinique radiologique privée.

– **Les radiographies simples** (nov. 07) de l'avant bras gauche avaient objectivé :

Une image ostéolytique de l'extrémité inférieure du radius et de multiples images géodiques.

– **L'IRM** (12 nov. 07) avait conclu :

« Aspect de processus invasif du tiers inférieur du radius avec infiltration musculaire et vasculo-nerveuse pouvant être compatible avec le diagnostic d'ostéosarcome. ».

– **La scintigraphie osseuse** : avait conclu à un processus invasif tumoral, sans métastase.

– **Une biopsie osseuse** a été pratiquée par le service hospitalier de chirurgie orthopédique qui, après lecture anapath, a posé le diagnostic d'ostéosarcome chondroblastique (chimio et radio résistant).

Décision thérapeutique

Après colloque il a été décidé un traitement radical par amputation au 1/3 inférieur de l'humérus emportant le coude (23-01-08). Le diagnostic a été confirmé par l'étude anapath de la pièce opératoire.

Suivi et contrôle

– **Scintigraphie pulmonaire** : normale.

– **Radio simple** du moignon huméral : image suspecte.

– **IRM du bras gauche** a été demandée et faite dans la même clinique privée de radiologie (06 avril 08) Il a été remis au patient les clichés, le CD des séquences gravé au nom du patient et l'interprétation concluant, en précisant le contexte clinique d'ostéosarcome chondroblastique opéré moins de 2 mois auparavant, à :

« Aspect de localisations secondaires de la jonction métaphysio-diaphysaire supérieure du moignon huméral avec appositions périostées du bord externe de la diaphyse ».

Sur la base de ces examens il y a eu un 2^e colloque et :

Décision thérapeutique : par désarticulation du moignon huméral (09 avril 08)

La pièce opératoire fut envoyée au service d'anapath hospitalier.

Le compte rendu anapath a été directement récupéré par le patient, de son propre chef, et non pas par le service demandeur.

La conclusion du compte rendu anapath était la suivante :

« Les prélèvements effectués sur pièce montrent des tissus osseux réguliers ainsi qu'un tissu hémato-poïétique normal. Absence de prolifération néoplasique maligne dans les limites des prélèvements. ».

LA MISSION D'EXPERTISE SUITE À LA PLAINE

- Etude du dossier médical.
- Expliciter les termes du compte rendu de l'IRM de contrôle du 06-04-08.
- Expliquer le degré de gravité de cette pathologie.
- Dire si l'amputation du moignon huméral était l'unique solution thérapeutique, plus précisément, est ce que la conclusion de ce compte rendu IRM a été à l'origine de cette décision thérapeutique.
- Examen clinique de la victime et évaluer les différents préjudices qui en découlent.

Le contradictoire a été respecté et des avis ont été pris : équipe de radiologues et oncologue.

CE QUE L'EXPERTISE À ÉCLAIRÉ

1. Que la 1^{re} décision thérapeutique de désarticulation du coude suite à un diagnostic d'ostéosarcome confirmé histologiquement, a été prise au cours d'un colloque réunissant un oncologue médical, l'anatomopathologiste ayant fait la lecture, le chirurgien, et un médecin radiologue du même établissement hospitalier.
2. Qu'au cours de ce colloque le médecin radiologue a analysé et émis un avis diagnostique sur la base des clichés et compte rendu du médecin radiologue privé.

3. Qu'au 2^e colloque, à l'origine de la décision d'amputation du bras gauche suite à la détection IRM d'une lésion osseuse du moignon huméral ayant l'aspect d'une localisation secondaire, seuls étaient présents le chirurgien orthopédiste et son chef de service. Le radiologue et l'oncologue n'étaient pas présents pour discuter la récidive.
4. Que, selon l'avis de médecins radiologues (n'exerçant pas dans l'établissement hospitalier où a été traité le malade) l'image osseuse suspecte à l'IRM, évoquait bien l'aspect d'une localisation secondaire (récidive locale).
5. Que la surveillance de récidives se fait par scintigraphie osseuse examen clef de détection, si il y a anomalie l'on fait des clichés standards, si ceux-ci sont sans anomalies malgré une scintigraphie positive l'on passe à l'IRM, si doute : biopsie à l'aiguille.

DISCUSSION

I. Cadre juridique et responsabilité qui en découle

Nous nous sommes interrogés sur la nature du cadre juridique qui a caractérisé les relations de ce patient avec les différents praticiens ayant contribué au diagnostic et au traitement de son cancer osseux.

1. Avec le médecin radiologue privé

– De nature contractuelle ; le radiologue est soumis à une obligation de moyens ; d'où la plainte devant une juridiction civile.

En matière d'imagerie médicale :

– Il y a obligation de résultat pour la qualité de l'image, indispensable à l'élaboration du diagnostic.

– Il y a obligation d'accompagner les examens radiologiques d'un compte rendu.

– Il est reconnu que l'interprétation des radiographies en vue de diagnostic comporte des aléas ; l'erreur de diagnostic ne constitue pas en elle-même une faute professionnelle dans les cas difficiles.

Dans notre cas le radiologue semble avoir satisfait à ses obligations, le compte rendu IRM précisait :

- Le contexte clinique.
- Les techniques utilisées.

– La description des anomalies observées à savoir « **image mal limitée** médico humérale supérieure et appositions périostées pluri lamellaires » (ce qui traduit une lésion agressive de l'os).

– La conclusion : « **aspect de localisation** secondaire du moignon huméral.....avec appositions périostées ».

On note une prudence dans la formulation, sans certitude diagnostique, la récidive est possible compte tenu du contexte clinique, mais non certaine, ce qui suggère la possibilité de pratiquer d'autre investigations. Peut être ? aurait il put écrire la formule consacrée : « à confronter avec les données cliniques ».

2. Avec l'équipe médicale hospitalière : Service public

Responsabilité administrative. La recherche d'une faute devient complexe dès lors que le médecin fait appel à d'autres confrères pour éclairer son diagnostic et prendre une décision médicale.

Dans notre cas : le colloque où il a été décidé l'amputation pour récidive :

- Radiologue et oncologue étaient absents.
- La décision chirurgicale a été prise par le chirurgien et le chef de service.
- Les seules données cliniques : compte rendu IRM et clichés simples de l'humérus présentant des anomalies en faveur d'une récidive locale.
- Une scintigraphie pulmonaire normale.
- Y'a-t-il eu un manque de prudence ? un manquement à l'obligation de mettre en œuvre tous les moyens diagnostiques en ne sollicitant pas l'avis d'un radiologue, et d'un oncologue (rapidité de la récidive) en ne pratiquant pas une scintigraphie osseuse, compte tenu des conséquences psychologiques et de l'handicap lourds d'une amputation chez un adulte jeune.

Mais le contexte clinique et l'absence de tout autre traitement que la chirurgie ne permettaient pas de prendre le risque d'apparition de métastases pulmonaires (pronostic vital en jeu).

II. La mission d'expertise

« Dire si l'amputation du moignon huméral était l'unique solution thérapeutique, plus précisément, est

ce que la conclusion de ce compte rendu IRM a été à l'origine de cette décision thérapeutique. ».

– Ne permet pas à l'expert de dire clairement s'il y a eu manquement aux règles de l'art où non (prudence, attention, conformité du comportement du médecin aux données scientifiques du moment) ni de les situer.

– Ne permet pas d'expliquer les différentes phases de la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients, et la décision médicale.

– La mission nous donne l'impression d'être « orientée » à l'origine d'un malaise de l'expert qui est soumis à l'obligation de strictement se conformer cette mission.

– Difficulté pour l'expert de préciser si le dommage provient d'une faute médicale établie ou d'une autre cause (lien de causalité douteux).

Ainsi, comment le juge pourra conclure à :

- Une responsabilité sans faute.
- A une responsabilité partagée, partielle ?
- A une erreur de diagnostic non fautive ?
- Ou débouter le patient ?

CONCLUSION

L'expertise médicale et l'expert se retrouve au centre d'un conflit, elle est un enjeu psychologique et finan-

cier. On donnant son avis scientifique l'expert se met au service de la vérité.

C'est dire l'importance de la pertinence, de la clarté, de la précision de la mission ordonnée par le juge qui permettrait à l'expert de trouver dans sa réflexion le chemin d'une mission réussie en dehors de toute pression et subjectivité et qui permettrait au juge. ■

BIBLIOGRAPHIE

Code de déontologie Algérien, Code civil Algérien, La responsabilité médicale : données actuelles, Dr Malicier, A. Miras, P. Feuglet, P. Faivre (édition Alexandre Lacassagne).

La responsabilité médicale, Editions Techniques, juris-classeur 1993.

Responsabilité et diagnostic de l'ostéosarcome : Magazine de la Société Méditerranéenne de Médecine Légale, volume n°1, août 2008, service de Médecine Légale, Sousse, Tunisie.

La responsabilité médicale, Droits des malades : Angelo Castelletto, Edition Dalloz. Comprendre l'ostéosarcome : Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le cancer, 2003.

Référentiel Régional Loire : Sarcomes et Tumeurs Appareil Locomoteur (2006).

Tumeurs malignes des os : D. Vanel, institut Gustave-Roussy, Villejuif.