



# L'anévrisme de l'aorte abdominale à l'urgence

Un article écrit par des médecins, pour des médecins  
Publié initialement en juin 2007

Page 1 de 5

## RÉSUMÉ

*Le diagnostic d'un anévrisme symptomatique de l'aorte abdominale s'avère difficile à poser. Une analyse de cas médico-légaux concernant des patients s'étant présentés à l'urgence avec un tel anévrisme est offerte, ainsi que des points à considérer en matière de gestion des risques.*

L'absence de diagnostic d'une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) entraîne presque toujours un résultat fatal pour le patient et, à l'occasion, des conséquences médico-légales pour les médecins en cause. L'affirmation faite par Sir William Osler il y a plus d'un siècle demeure encore valable de nos jours : « Aucune maladie n'est plus propice à susciter l'humilité du médecin que l'anévrisme de l'aorte... car ses symptômes, s'il y en a, risquent d'être tellement vagues que la nature de cette affection est alors négligée. » (traduction)

Une analyse a été entreprise des dossiers sur l'AAA qui ont été conclus ou ouverts à l'ACPM au cours des 10 dernières années, mettant en cause des médecins travaillant à l'urgence. Cette analyse permet d'apporter d'autres perspectives sur l'amélioration des résultats pour le patient, minimisant ainsi le risque médico-légal pour le médecin. Ces renseignements pourront intéresser tout médecin évaluant des patients dans le contexte des soins d'urgence.

Le cas suivant est représentatif de nombreuses causes recensées dans le cadre de notre analyse, où la difficulté de poser un diagnostic d'AAA est mise en évidence.

## RÉSUMÉ DU CAS

Un homme de race blanche, obèse, âgé de 58 ans et ayant des antécédents d'hypertension et de tabagisme, se présente à l'urgence. Motif de consultation : une douleur lombaire sévère depuis quatre jours. La douleur est accompagnée de vomissements occasionnels et elle irradie de façon

intermittente aux deux quadrants inférieurs de l'abdomen. La douleur lombaire, ayant augmenté en sévérité, a réveillé le patient le matin même. À son arrivée à l'urgence, les signes vitaux sont normaux, exception faite d'une faible élévation de la tension artérielle systolique. Le Docteur A évalue le patient à 5 h et ne découvre aucune anomalie physique significative. Les pouls fémoraux sont forts et symétriques. Une radiographie abdominale est effectuée et interprétée comme étant normale. Les résultats de l'hémogramme sont normaux. Le patient reçoit un analgésique narcotique.

Au changement de quart, le Docteur B assume les soins du patient. Il évalue ce dernier avant de conclure également au même diagnostic de douleur musculo-squelettique. Le Docteur B accorde le congé au patient, et lui remet une ordonnance pour des analgésiques. La seule instruction qui lui a été donnée est de trouver un médecin de famille qui assurera les soins de suivi.

Le patient est découvert deux jours plus tard, décédé à son domicile. L'autopsie révèle une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, avec une accumulation de 3 000 cc de sang dans l'espace rétropéritonéal. La famille du patient a menacé d'intenter une action en justice contre le Docteur B, alléguant l'absence de diagnostic de l'anévrisme de l'aorte abdominale et le manquement à fournir des instructions adéquates au moment du congé.

## RÉFLEXIONS SUR CE CAS

Tout en reconnaissant que le médecin peut avoir de la difficulté à poser un diagnostic

Les membres peuvent  
communiquer avec l'ACPM au  
numéro 1 800 267-6522 s'ils ont  
des questions médico-légales.

Suite ►

# L'anévrisme de l'aorte abdominale à l'urgence - Piètre acteur, mais excellent imitateur

Un article écrit par des médecins, pour des médecins  
Publié initialement en juin 2007

*suite de la page 1*

Page 2 de 5

d'AAA, ou qu'il risque de passer à côté, même en l'absence de faute professionnelle, quelles seraient les questions que vous pourriez vous poser si vous deviez réfléchir aux soins prodigués dans un cas comme celui-ci?

- Est-ce que l'évaluation documentée était adéquate? Indiquait-elle que le médecin avait pris une anamnèse et effectué une évaluation physique adéquates et qu'il avait formulé un diagnostic différentiel?
- Est-ce que les médecins ont déterminé que l'association des vomissements était congruente avec l'hypothèse de diagnostic?
- Est-ce que les investigations appropriées ont été effectuées?
- Est-ce que l'heure à laquelle le patient s'est présenté constituait un facteur en cause?
- Y a-t-il eu une communication adéquate lors du changement de quart?
- Comment jugeriez-vous la qualité et le contenu des instructions données au patient au moment du congé et pour le suivi?

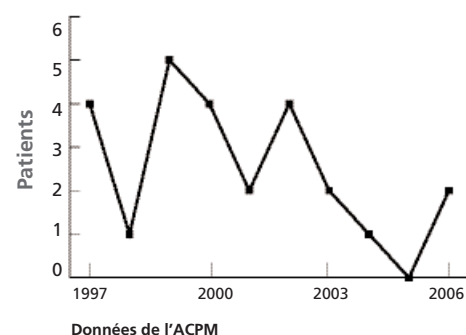
La section suivante présente un résumé des données de l'ACPM des années 1997 à 2006 portant sur des patients ayant reçu un diagnostic final d'anévrisme de l'aorte abdominale, dont les soins ont débuté au service des urgences.

## Nombre de cas

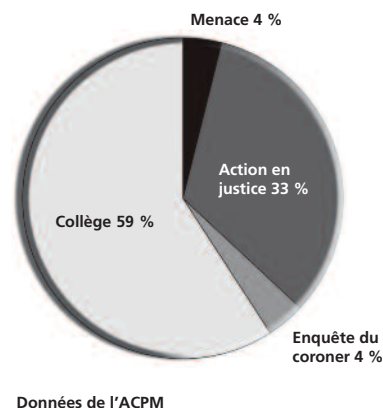
Entre 1997 et 2006, le nombre de cas médico-légaux est demeuré plutôt stable, avec une moyenne de trois par année (**Figure 1**). Sur les 27 cas identifiés, neuf (33 pour cent) ont mené à des actions en justice, 16 (59 pour cent) constituaient un problème avec un

organisme de réglementation (Collège), un (quatre pour cent) était une menace d'action et un (quatre pour cent) une enquête de coroner (**Figure 2**).

**Fig. 1 :** Nombre de cas (deux litiges en cours non inclus)



**Fig. 2 :** Nombre de cas conclus par année



Les membres peuvent communiquer avec l'ACPM au numéro 1 800 267-6522 s'ils ont des questions médico-légales.

*Suite* ►

**AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ :** Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de diligence » à l'intention des professionnels des soins de santé canadiens. L'emploi des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède et à la totalité du Contrat d'utilisation de l'ACPM.

# L'anévrisme de l'aorte abdominale à l'urgence

Un article écrit par des médecins, pour des médecins  
Publié initialement en juin 2007

*suite de la page 2*

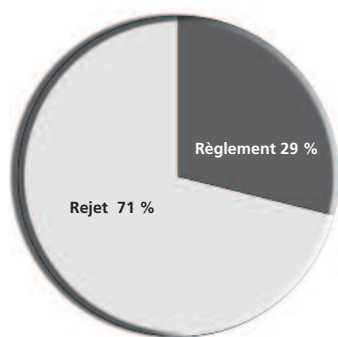
Page 3 de 5

## Issues judiciaires

Sur les neuf actions en justice, deux étaient encore en cours au moment d'aller sous presse et cinq ont été rejetées. Dans deux cas, il n'a pas été possible d'obtenir l'appui des experts travaillant dans un milieu de pratique semblable; par conséquent, ces cas ont dû être réglés en faveur des demandeurs et l'ACPM a versé une indemnisation au nom des membres en cause (**Figure 3**).

En moyenne, le temps nécessaire pour conclure les actions en justice était de 3,8 années. Après avoir effectué une étude exhaustive, les organismes de réglementation (collèges) ont accordé leur appui aux soins prodigués par le médecin dans 13 des 16 cas. Dans les trois autres cas, les collègues ont rejeté les plaintes avec une mise en garde. L'unique enquête du coroner n'a pas soulevé de critiques à l'endroit de la prise en charge telle qu'effectuée par le médecin.

**Fig. 3 :** Issue judiciaire des cas

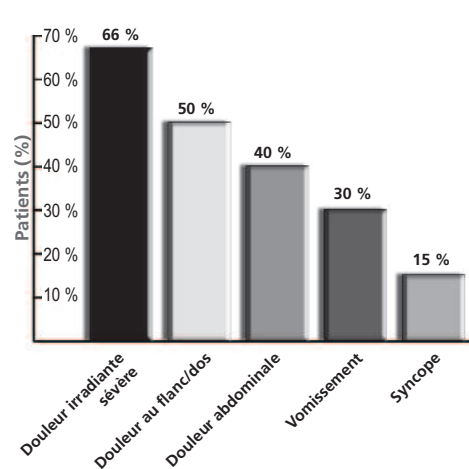


Données de l'ACPM

## Caractéristiques des patients, sémiologie et résultats

L'âge moyen des patients était de 70 ans (fourchette de 58 à 93 ans) et 74 pour cent des patients étaient de sexe masculin. Des antécédents cardiovasculaires étaient présents dans 69 pour cent des cas, l'obésité dans 66 pour cent, et le tabagisme dans 62 pour cent. Les symptômes comprenaient : une douleur irradiante sévère d'apparence soudaine (dos-abdomen, dos-aîne, dos-jambe) dans 66 pour cent des cas; une douleur au flanc/dos dans 50 pour cent; une douleur abdominale dans 40 pour cent des cas; des vomissements dans 30 pour cent; et une syncope dans 15 pour cent des cas (**Figure 4**). Le décès est survenu dans 78 pour cent des cas et une invalidité majeure dans 15 pour cent. Sept pour cent des cas n'ont entraîné qu'une invalidité mineure ou même aucune invalidité.

**Fig. 4 :** Sémiologie



Données de l'ACPM

Les membres peuvent communiquer avec l'ACPM au numéro 1 800 267-6522 s'ils ont des questions médico-légales.

*Suite* ►

**AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ :** Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de diligence » à l'intention des professionnels des soins de santé canadiens. L'emploi des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède et à la totalité du Contrat d'utilisation de l'ACPM.

# L'anévrisme de l'aorte abdominale à l'urgence

Un article écrit par des médecins, pour des médecins  
Publié initialement en juin 2007

*suite de la page 3*

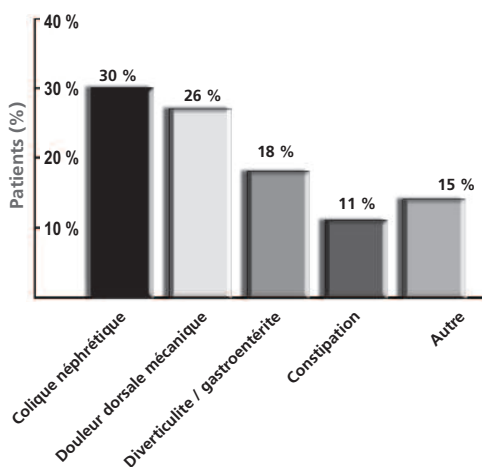
Page 4 de 5

## Soins au service des urgences

Dans 63 pour cent des cas, le patient a reçu son congé du service des urgences et dans 44 pour cent des cas, il y a eu une visite répétée à l'urgence dans les 24 heures suivant la visite initiale.

Les diagnostics présomptifs étaient les suivants : colique néphrétique, 30 pour cent; douleur dorsale musculo-squelettique, 26 pour cent; diverticulite/gastroentérite, 18 pour cent; constipation, 11 pour cent; et 15 pour cent, autre (**Figure 5**). Une imagerie sans préparation (tomographie/plan 3 vues ou rachis lombaire) ou une pyélographie endoveineuse a été ordonnée chez 17 patients; chez sept d'entre eux, l'anévrisme était visible, mais n'a pas été détecté par le premier médecin traitant (41 pour cent).

**Fig. 5 :** Diagnostics présomptifs



Données de l'ACPM

Les membres peuvent communiquer avec l'ACPM au numéro 1 800 267-6522 s'ils ont des questions médico-légales.

## IDENTIFIEZ VOS RISQUES

Selon les opinions reçues des experts dans ces cas, les facteurs suivants ont été soulevés comme points à considérer en matière de gestion des risques :

- Le diagnostic d'une rupture d'un AAA peut constituer un défi. Le maintien d'une vigilance accrue des diverses présentations de cette condition peut aider à établir un diagnostic précis.
- Une douleur irradiante sévère est un symptôme courant. La syncope et les vomissements peuvent également être associés à un AAA.
- L'obésité constitue souvent un facteur qui complique le diagnostic.
- Les diagnostics présomptifs les plus courants sont les suivants : colique néphrétique, douleur dorsale musculo-squelettique, et diverticulite/gastroentérite.
- Un patient qui revient à l'urgence avec une symptomatologie persistante peut avoir besoin d'une nouvelle évaluation. Il faudrait considérer d'autres diagnostics.
- La rupture d'un AAA devrait être considérée dans le diagnostic différentiel chez un patient plus âgé présentant des symptômes suggérant une colique néphrétique.
- Lorsque des doses appropriées de narcotiques ne soulagent pas la douleur, il peut être prudent de revoir le diagnostic différentiel.
- Il peut être utile de passer en revue les facteurs de risque cardiovasculaire.
- Un examen méticuleux des clichés sans préparation, bien que n'étant pas le mode d'imagerie de choix, peut dans certains cas

*Suite* ►

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ : Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de diligence » à l'intention des professionnels des soins de santé canadiens. L'emploi des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède et à la totalité du Contrat d'utilisation de l'ACPM.

# L'anévrisme de l'aorte abdominale à l'urgence

Un article écrit par des médecins, pour des médecins  
Publié initialement en juin 2007

*suite de la page 4*

Page 5 de 5

donner des renseignements utiles pour le diagnostic.

- Lorsqu'approprié, la documentation devrait indiquer que le diagnostic d'un AAA a au moins été considéré. Il est toujours plus facile d'obtenir l'appui de ses pairs lorsqu'un diagnostic différentiel a été documenté et éliminé s'il était raisonnable de le faire.

## **EN BREF**

Cette analyse a pour but de fournir aux membres de l'ACPM des renseignements pouvant les aider à réduire les risques, tant pour le patient que pour le médecin.

Certaines considérations importantes comprennent entre autres :

- Une sensibilisation et une vigilance accrue en ce qui a trait à l'AAA, particulièrement à l'égard de la variation des symptômes présentés.
- Une solide évaluation des symptômes et des facteurs de risque associés peut se révéler utile.
- Dans certaines circonstances cliniques appropriées, le dossier devrait indiquer qu'un AAA a été considéré dans le diagnostic différentiel, et que cette possibilité a été éliminée, s'il était raisonnable de le faire.

Les membres peuvent  
communiquer avec l'ACPM au  
numéro 1 800 267-6522 s'ils ont  
des questions médico-légales.

*Retour* ◀

**AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ** : Les renseignements publiés dans le présent document sont destinés uniquement à des fins éducatives. Ils ne constituent pas des conseils professionnels spécifiques de nature médicale ou juridique et n'ont pas pour objet d'établir une « norme de diligence » à l'intention des professionnels des soins de santé canadiens. L'emploi des ressources éducatives de l'ACPM est sujet à ce qui précède et à la totalité du Contrat d'utilisation de l'ACPM.

RI0607-F © ACPM 2008