

# Retard diagnostique d'un accident vasculaire cérébral - Cas clinique





 0 Commentaire

Chez une patiente aux nombreux facteurs de risque non contrôlés et dans un contexte de plaintes fonctionnelles multiples, constitution « par à coups » d'une hémiparésie révélatrice d'un thrombus carotidien...



Médecin

## Sommaire




-  Cas clinique
-  Jugement

Auteur : La Prévention Médicale / MAJ : 30/05/2016

## Cas clinique


- D'après l'époux, l'histoire clinique de cette femme âgée de 70 ans commence en janvier par des douleurs pulsatiles du « côté droit de la tête » avec une impression de surdité et de « bruits » au niveau de l'oreille droite.
- Le médecin généraliste l'adresse en consultation à un ORL pour « bilan d'otalgie droite avec acouphènes ». Celui-ci prescrit un traitement symptomatique vasodilatateur pour un mois, traitement qu'il renouvelle 3 semaines plus tard du fait de la persistance des symptômes.
- Le généraliste, le 21 février, conclut à un dysfonctionnement tubaire bilatéral compte tenu des observations de l'ORL.

## Cas Cliniques du mois

-  "Malaise" après une matinée de ski  
**24/01/2017**
-  Lithotripsie rénale chez un patient traité par AVK  
**03/01/2017**
-  AVC et absence de renouvellement d'un antiplaquettaire  
**28/12/2016**

[Voir tous les cas cliniques](#)

## Actualités

-  L'infection à cytomégalovirus (CMV)  
**18/01/2017**

[Voir toutes les actualités](#)

## Revue de questions

Briefing et check-list au bloc  
Consultations par téléphone  
Défaut d'antibioprophylaxie en chirurgie

• Le 1er mars, elle le consulte car elle du mal « à bouger son bras gauche » et présente une maladresse inhabituelle ; il sera impossible de préciser a posteriori si cette symptomatologie a débuté brutalement.

• Le généraliste note « impotence fonctionnelle partielle du membre supérieur gauche, symptomatologie atypique : scanner cérébral de sécurité, envisager électromyogramme puis consultation en neuro ».

• Dans les antécédents, il est noté une intervention pour varices 3 ans auparavant, plusieurs épisodes de thromboses veineuses superficielles, un traumatisme crânien ayant majoré un syndrome dépressif chronique, une hypothyroïdie bien équilibrée par le traitement ; elle est malvoyante (détachement de rétine et maculopathie), a une intoxication (alcool) tabagique avec BPCO, souffre de douleurs multiples (chondrocalcinose, fibromyalgie).

• Elle a été prise en charge pour la première fois par ce médecin à l'âge de 63 ans munie d'un courrier de son précédent médecin (retraité) faisant état d'« un syndrome anxio dépressif chronique avec multiples somatisations ayant entraîné chez elle « tous les examens complémentaires du monde ».

• Le dossier informatique des consultations au moins mensuelles fait état d'une tension normale (seul paramètre d'examen noté), du renouvellement d'un traitement anxiolytique, somnifère, antidépresseur, antalgique ou anti-inflammatoire, symptomatique pour une colopathie et phlébotonique (10 à 14 médicaments différents). Les bilans sanguins annuels révèlent une hypercholestérolémie ; les tentatives de régime sont un échec, les statines envisagées mais jamais prescrites. Plusieurs courriers de différents spécialistes soulignent le caractère fonctionnel de certaines plaintes.

• Le scanner (le 9 mars) signale la présence d'un micro nodule pariétal sur les coupes sans injection. Le radiologue conseille de compléter l'examen par une IRM qui est prescrite et dont le rendez-vous est prévu pour le 28 avril.

• Le 20 mars, un neurologue (?) écrit au généraliste qu'il vient de pratiquer à sa demande un électromyogramme du membre supérieur gauche chez cette patiente qui présente « une fibromyalgie et se plaint depuis quelques semaines d'un déficit du membre supérieur gauche avec apraxie et quelques dysesthésies de la main ; cet examen ne montre pas de signe d'atteinte neuromusculaire, en particulier pas de signe en faveur d'une atteinte radiculaire ». Aucun commentaire n'est ajouté à ce courrier.

• Le 22 mars, la patiente constate que son visage est asymétrique et qu'elle a du mal à fermer l'œil gauche. Elle consulte son généraliste qui note « paralysie faciale gauche a frigore vraisemblable. A revoir dans 10 jours par sécurité, occlusion palpébrale si besoin ». Le mari dit que le déficit du membre supérieur se serait aggravé.

• A son domicile, le 28 mars, elle se rend compte qu'elle ne peut plus bouger la jambe gauche. Son époux appelle le médecin généraliste vers 8h du matin qui effectue une consultation à domicile en fin de matinée, constate une hémiparésie (ou hémiplégie ?) gauche et fait transporter sa patiente par ambulance simple aux urgences où elle est arrivée à 13h et est examinée à 14h40 : l'examen met en évidence « un hémiplégie gauche à prédominance brachiofaciale » et une déviation du regard vers la droite ».

• Le scanner montre une hypodensité temporo pariétale droite étendue avec effet de masse évoquant un accident vasculaire ischémique du territoire sylvien. Elle est adressée aux urgences neurovasculaires du centre hospitalier où elle arrive à 19h30 : un traitement est alors institué comportant du Lovenox et du Kardegic.

- Un écho doppler des vaisseaux du cou met en évidence un **thrombus extensif de la carotide interne droite**.
- Une angio IRM ultérieure confirme une thrombose complète de la carotide interne droite sur une sténose serrée.
- Il n'y a pas d'indication chirurgicale.
- La patiente garde les séquelles invalidantes de cette hémiparésie gauche prédominant au membre supérieur.
- Elle arrive à faire quelques pas avec une canne mais reste le plus souvent en fauteuil et il n'y a pas de récupération du membre supérieur. Elle arrive à se lever seule, à faire une partie de sa toilette seule mais a besoin d'aide pour s'habiller, manger, faire ses courses et a une auxiliaire de vie 4 heures par jour.
- L'époux qui a toujours été très présent lors des consultations de sa femme soutient que dès le premier mars il a demandé à son médecin l'avis d'un neurologue et un doppler, reproche dans des courriers très détaillés en les motivant l'absence d'hospitalisation précoce et l'absence de conseil d'appeler le centre 15 lors du dernier entretien téléphonique. Il communiquera à l'expert le résultat d'un doppler carotidien datant de trois ans auparavant (prescrit semble-t-il à la suite d'une consultation ophtalmologique et portant la mention : AIT ?): ce doppler des troncs supra aortiques avait alors mis en évidence des plaques calcifiées des deux bifurcations carotidiennes, sans sténose hémodynamiquement significative sur les axes explorés. Le médecin généraliste n'a pas eu connaissance de cet examen.

## Jugement

L'expert considère que lorsque la patiente a consulté son médecin généraliste en janvier, il était logique que celui-ci l'adresse à un ORL qui a recherché une cause locale.

Lorsque le 1<sup>er</sup> mars lorsqu'elle a consulté pour une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, dans la mesure où le déficit n'était pas complet et où sa survenue n'était pas de façon évidente brutale, dans la mesure où il était semble-t-il isolé, de description imprécise et dans un contexte de plaintes antérieures multiples, le diagnostic était dans ce contexte difficile. Le scanner : mettait en évidence en fait des hypodensités paraventriculaires évoquant une pathologie vasculaire, une lacune au niveau de la capsule interne droite évoquant un accident vasculaire, le micro nodule étant un artéfact. Le fait que le radiologue n'ait pas signalé ses images et que le médecin généraliste ne les ait pas vues ne constitue pas une perte de chance pour la patiente dans la mesure où ces signes étaient très discrets et difficilement interprétables.

Lorsque le 22 mars apparaît une **paralysie faciale**, il aurait fallu à ce moment là associer les signes et évoquer une cause neurologique vraisemblablement vasculaire compte tenu de la brutalité de l'apparition de la paralysie faciale et adresser la patiente en urgence à l'hôpital. Le médecin dit avoir évoqué une hospitalisation mais ceci n'est pas mentionné dans son dossier, la famille ne s'en souvient pas. L'expert au passage regrette qu'aucune donnée de l'examen clinique

Le retard diagnostique constitue une perte de chance d'éviter à la patiente l'apparition d'une hémiparésie complète. Cette perte de chance peut être chiffrée à 50

% car, compte tenu de la thrombose de la carotide interne qui était en train de se constituer, une prise en charge plus rapide n'aurait pas obligatoirement changé de façon certaine l'évolution. La prise en charge à l'hôpital est conforme aux règles de l'art : transfert en unité neurovasculaire et impossibilité de fibrinolyse compte tenu des délais depuis la constitution de l'AVC.

La commission CRCI se déclare compétente et suit l'avis de l'expert déclarant responsable le médecin généraliste du fait de cette erreur diagnostique à hauteur de 60%.

Ce matériel est réservé à un usage privé ou d'enseignement. Il reste la propriété de la Prévention Médicale, et ne peut en aucun cas faire l'objet d'une transaction commerciale.

[Télécharger l'exercice \(pdf - 28.46 Ko\)](#)

[Retrouver l'analyse des barrières de prévention \(pdf - 50.71 Ko\)](#)

[Télécharger le jugement \(pdf - 9.62 Ko\)](#)

A découvrir sur notre site :

[Voir toutes nos vidéos](#)

[Cas cliniques du mois](#)

[Méthodes de prévention des risques](#)

[Revue de presse](#)

[Nos offres de formation](#)

[Revue de questions thématiques](#)

[0 Commentaire](#)

### Publier un commentaire

Votre nom \* (seule la 1ere lettre apparaitra)

Nom\*

Votre Profession

Profession

Votre prénom \*

Prenom\*

Votre Email \* (non communiqué)

Email\*

Votre commentaire \*

Commentaire\*

Publier mon commentaire

Actualités et  
revues de presse

TOUTES LES ACTUALITÉS

Cas cliniques et  
retours  
d'expérience

Revue de  
questions  
thématiques

Médiathèque

TOUTE LA BIBLIOTHÈQUE

Chiffres et  
Méthodes de  
prévention

Formations et  
événements

FORMATIONS