

Problèmes médico-légaux liés aux liposuccions

**Pr Ag Mohamed ALLOUCHE – Dr Maha SHIMI – Pr Moncef
HAMDOUN**

Service de Médecine Légale-HCN

Chirurgie esthétique

- Spécialité à haut risque médico-légal
- 3^{ème} spécialité
- Nombre de plaintes en augmentation

Haut risque médico-légal

- Particularités de la **spécialité**
 - une personne en « bonne santé »
- Particularités des **patients**
 - Exigeants
- Particularités liées aux **juges**
 - Sévérité: chirurgie sur des personnes saines

Chirurgien

- Compétences
- Connaissance de ses « responsabilités »
- Règles de bonne conduite : la prévention

CADRES DE LA RESPONSABILITÉ

Les cadres de la responsabilité

- La responsabilité en chirurgie esthétique est soumise aux mêmes règles générales de la RM
- Le **fondement** de la RM en droit tunisien est la **faute**.
- Peut être engagée sur le plan **pénal**, **civil**, **disciplinaire** et **administratif**.

Chirurgie esthétique

- **Obligation de moyens?**
- **Obligation de résultats?**

Obligation de résultats?

- Les patients opérés ne sont **ni malades ni blessés**
- Pas d'actes opératoires dont l'indication est **vitale ou fonctionnelle**
- « Chirurgie de confort »
- Obligation de résultat: **irréalisable**

Obligation de résultats?

- Interventions sur le corps humain : **aléas liés aux réactions imprévisibles**
 - Ne disparaissent pas sous prétexte : « intervention esthétique »
- **Inconcevable** :
 - d'obliger le chirurgien à toujours réussir les interventions esthétiques
 - Engager systématiquement la responsabilité en cas d'échec ou de complications

Obligation de résultats?

- Est elle possible?
 - Il s'agit d'une chirurgie

➔ l'obligation ne peut donc être que de moyens.

Obligation de moyens?

- Appréciable d'une façon plus stricte que dans le cas de la chirurgie classique
- **Obligation de moyens renforcée**
(jurisprudence française)

Obligation de moyens renforcée

- **La règle de proportionnalité** entre le risque de l'intervention et l'importance de la disgrâce:
 - Plus la disgrâce à traiter sera **minime**, plus la méthode utilisée devra être **anodine** et les **moyens** d'assurer la **sécurité** du patient **grands**

Obligation de moyens renforcée

- **Une obligation rigoureuse de prudence et de diligence:** obligation de se conformer strictement aux « **règles de l'art** »
 - Le bien fondé de l'indication: **Balance bénéfiques?/risques**
 - Information
 - Consentement
 - Choix de la technique opératoire
 - Respect de la réglementation pour les dispositifs médicaux implantables
 - Surveillance post-opératoire

Obligation de moyens renforcée

- **Une obligation de « non aggravation » :**
les séquelles opératoires ne doivent pas dépasser la disgrâce initiale

Responsabilité pénale

Responsabilité pénale

- **Infraction à un texte pénal**
- **Répressive** : sanction par l'emprisonnement et/ou l'amende.
- **Individuelle et personnelle**
- **Ne peut pas être couverte par une assurance**

Responsabilité pénale

- Peut être mise en cause sur les qualifications suivantes :
 - homicide involontaire,
 - coups et blessures involontaires +++
 - maladresse, imprudence, négligence, inattention ou inobservation des règlements.

– , , , ,

Responsabilité civile

Responsabilité civile

- vise l'**indemnisation** ou la réparation d'un **dommage** causé à un malade à la suite d'une **faute** dans les soins.
- Peut (**doit**) être **couverte par une assurance** en responsabilité

Responsabilité civile

- Pour qu'elle soit engagée, il faut la réunion de 3 conditions :
- une **faute** commise par le chirurgien
- un **dommage** subi par le malade
- un **lien de causalité** entre la faute et le dommage

Responsabilité administrative

Responsabilité administrative

- Le chirurgien qui exerce dans une **structure publique** de la santé
- Deux situations pour le fonctionnaire :
 - La **faute simple** ou « **faute de service** »: engage la **responsabilité de l'état (service public)**
 - La **faute lourde** : engage la **responsabilité personnelle de l'agent**

Responsabilité disciplinaire

Responsabilité disciplinaire

- Conseil de discipline de l'Ordre des médecins
- Infraction au CDM

Responsabilité disciplinaire

- « la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce »
- **Interdiction la de publicité**
 - Sites Internet
 - Débat télévisé
- **Tourisme médical?**
 - Recrutement des malades
 - Relation médecin-malade
 - Surveillance post opératoire

LIPOSUCCION

Liposuction

- Méthode simple, rapide et efficace pour traiter les excédents graisseux localisés
- Technique séduisante pour le chirurgien comme pour le patient
 - Cicatrices très limitées
 - Douleur postopératoire moindre
 - Suites postopératoires simples
 - Reprise de l'activité plus précoce

- Extension de l'utilisation : lipomes, certaines gynécomasties
- Complications → responsabilité du chirurgien

Affaires en Responsabilité Médicale

- 4 cas de **décès** suite à une lipoaspiration associée ou non à une plastie abdominale
- 2 affaires en justice
- 2 avis médico-légaux

Cas n°1

- Mme 52 ans hospitalisée dans une clinique pour liposuccion avec une plastie abdominale
- Indication: une obésité morbide
- Examen pré-anesthésique + bilan: RAS
- L'intervention sous anesthésie générale aurait duré 2H30

Cas n°1

- Intervention: lipoaspiration de 4 litres de graisse (cuisses et hanches), une résection cutanéograsseuse du tablier abdominal avec l'ombilic et plastie d'un nouvel ombilic
- Intervention sans incidents
- Extubation sur table après réveil complet
- Évolution immédiate : détresse neurologique, respiratoire et hémodynamique (12H après l'intervention)
- Transfert au service d'anesthésie réanimation de la même clinique.

Cas n°1

- Bilan : **anémie** à 5.8 g/dl, GB= **22900**, cytolyse hépatique, insuffisance rénale et **acidose métabolique**.
- Réanimation
- Catécholamines + transfusion (CG + PFC)
- Aggravation: embolie graisseuse?
- Transfert vers un hôpital universitaire

Cas n°1

- Admission à l'hôpital: fièvre à 39°C, une insuffisance circulatoire aiguë, saignement minime par la plaie chirurgicale
- Le bilan : hyperglycémie à 16mmol/l, anémie, GB à 11000, thrombopénie, TP bas, IR, CRP à 80mg/l.
- **Décès** (J3 post-op)

Autopsie médico-légale

- Très forte corpulence
- Plaie opératoire abdominale de 54cm de long, suturée, laissant suinter du pus et est entourée d'une large plage d'ecchymoses comportant des zones de peau nécrosée qui s'étend du bas ventre jusqu'à la racine des membres inférieurs
- Conclusion: le décès en rapport avec une septicémie ayant compliqué la plastie abdominale

- Plainte
- Collège d'experts: médecin légiste, chirurgien plasticien et anesthésiste réanimateur
- Mission:
 - De préciser la cause de la mort.
 - De préciser s'il y a eu une imprudence, une négligence, une inattention ou une inobservation des règlements lors de sa prise en charge.
 - De préciser, le cas échéant, si sa mort est en rapport avec une faute médicale.

Conclusions des experts

- 1- La mort en rapport avec des complications infectieuses de l'intervention chirurgicale subie par Mme probablement favorisées par un diabète déséquilibré.
- 2- L'indication de cette intervention aurait dû être précédée par une prise en charge médicale et / ou chirurgicale de l'obésité.
- 3- D'après les documents fournis, il en sort que le bilan préopératoire et la consultation pré anesthésique n'étaient pas conformes aux données de la science et aux moyens disponibles

Conclusions des experts

- 4- Le chirurgien avait procédé à une liposuction des cuisses et des hanches ainsi qu'une dermolipéctomie abdominale. Par mesure de prudence, il aurait dû procéder à la dissociation de ces deux actes.
- 5- Il en sort que **les soins prodigués** par le médecin anesthésiste et le chirurgien **n'étaient pas conformes aux données acquises de la science.**

Cas n°2

- Mme âgée de 44 ans hospitalisée dans une clinique pour plastie abdominale et liposuccion
- L'examen pré anesthésique + bilan : RAS
- L'intervention sous anesthésie générale aurait duré 4H30

CRO

- **Premier temps** : lipoaspiration de 05 litres au niveau de la région sous ombilicale, des cuisses, des genoux et des bras.
- **Deuxième temps** : Plastie abdominale avec exérèse de l'excédent cutané sous ombilical.
- **Troisième temps** : exérèse de la vergeture verticale au niveau des cuisses
- **Quatrième temps** : résection de l'excédent de peau au niveau des bras

Cas n°2

- Patiente extubée sur table
- Évolution immédiate: RAS
- Antibiothérapie + antalgique
- Sortante 24h post-op
- Quelques heures après: douleurs abdominales et vomissements
- Appel du chirurgien : réconforte la famille + traitement symptomatique

Cas n°2

- 24 h après: vomissements incoercibles et douleurs abdominales intenses avec une altération profonde de l'état général
 - **Décès** de la patiente
- ➔ Autopsie médico-légale

Autopsie médico-légale

- Traces d'intervention médicale
- Épanchement péritonéal purulent avec de fausses membranes
- Plaie arrondie de l'iléon à berges ecchymotiques mesurant environ 8mm de diamètre
- Appendice, vésicule et estomac d'aspect sain
- Conclusion: la mort est la conséquence d'une **péritonite purulente secondaire à une perforation traumatique de l'intestin grêle**





Cas n°2

- Plainte
- Collège d'experts
- Mission:
 - De dire si la chirurgie était indiquée;
 - De préciser la cause de décès ;
 - De préciser si la mort est la conséquence d'une négligence ou d'une faute médicale.

Conclusions des experts

- Mme présente un excédent de poids et un excédent cutané au niveau des cuisses et des bras avec présence de vergetures. **L'indication est bien fondée** mais vu l'importance du geste chirurgical, une **intervention en deux temps** aurait du être envisagée par mesure de prudence
- La mort de Mme est la conséquence d'une **péritonite purulente secondaire à une perforation traumatique** de l'intestin grêle survenue au cours d'une plastie abdominale avec liposuction

Conclusions des experts

- Après l'intervention chirurgicale, les **soins fournis par le chirurgien ne sont pas conformes** aux données acquises de la science aux moments des faits.
 - Devant l'apparition de vomissements et de douleurs abdominales après l'intervention, le chirurgien aurait dû examiner la patiente et demander, en urgence, des examens para cliniques voire une reprise chirurgicale.

Cas n°3

- Mr âgé de 48 ans, hospitalisé dans une clinique pour une surcharge graisseuse au niveau des flancs et du ventre avec un excès cutanéograisseux.
- ATCD: Tabac à 20 PA, HTA sous traitement, hypercholestérolémie et une obésité.
- Examen pré AG + bilan: RAS

Cas n°3

- Intervention:
 - Aspiration des flancs et des bras
 - Cure de gynécomastie
 - Incision de lipectomie au niveau des bas et du ventre
 - Excision de l'excès cutané et transposition de l'ombilic.
- Extubation sur table sans complications
- Évolution immédiate sans aucun incident

Cas n°3

- Premier levé l'après midi même de son intervention
 - Sortant 24H post-op
 - Le lendemain : dyspnée avec douleurs basithoraciques
 - Décès 1 H plus tard
- Autopsie médico-légale**

Autopsie médico-légale

- Forte corpulence
- Traces d'intervention médicale
- Un cœur pesant 620 grammes avec athérosclérose diffuse :
 - IVA : sténose à 80 %.
 - CX: plaque compliquée au niveau de sa portion proximale.
 - Co Dt: plaque compliquée au niveau de sa portion proximale siège d'un thrombus frais.
- Zone fibreuse blanchâtre au niveau du VG
- Zone de remaniements hémorragiques au niveau du septum
- Conclusion: insuffisance cardiaque aiguë secondaire à une cardiopathie ischémique survenue dans les suites d'une intervention chirurgicale.

Cas n°3

- Avis médico-légal
- Mission:
 - De dire si l'intervention était indiquée;
 - De préciser si la mort est la conséquence d'une négligence ou d'une faute médicale dans les soins fournis.

Conclusions

- Selon les pièces fournies, **l'intervention chirurgicale n'est pas indiquée en premier lieu**. L'obésité morbide est une maladie multifonctionnelle dont la prise en charge doit être multidisciplinaire. La chirurgie esthétique doit être discutée dans le cadre de la prise en charge globale de l'obésité.
- Les soins fournis par les médecins **ne sont pas conformes aux données acquises** de la science notamment l'indication et la surveillance post opératoire.
 - devant les antécédents et les facteurs de risque cardiaques chez ce patient, la **surveillance post opératoire aurait dû être prolongée et stricte** vu le risque de décompensation cardiaque.

Cas n°4

- Mme âgée de 60 ans, admise dans une clinique pour une liposuccion, une plastie abdominale et une plastie mammaire
- ATCD: **obésité** et **hypertension artérielle**
- L'examen pré- AG + bilan :RAS
- Intervention aurait duré 3H

Cas n°4

- Intervention:
 - Une plastie des deux seins
 - une lipoaspiration de 6 litres de graisse au niveau des cuisses, hanches et fesses
 - une résection cutanéograsseuse du tablier abdominal.
 - Plastie abdominale avec exérèse de l'excédent cutané sous ombilical et plastie d'un nouvel ombilic

Cas n°4

- Réveil complet sans incidents
 - Post-opératoire: **antibiothérapie** et une **héparinothérapie**
 - Évolution immédiate: sans anomalie
 - J1 post-opératoire: bon état général initialement au matin
 - Vers 11H : **détresse respiratoire aiguë** rapidement suivie par une altération profonde de son état neurologique
 - **Décès** le jour même vers 17H.
- Autopsie médico-légale**

Autopsie médico-légale

- Forte corpulence
- Traces d'intervention médicale
- Poumons pesant 800 et 700 grammes d'aspect congestif
- **Artères pulmonaires** totalement **obstruées** dès leurs origines par des embols, élastiques et adhérents à la paroi artérielle.
- Conclusion: la mort est la conséquence d'une **embolie pulmonaire bilatérale et massive**.

Cas n°4

- Avis médico-légal
- Mission:
 - De préciser la cause de la mort
 - De préciser s'il y a une relation entre les soins fournis et la survenue du décès

Conclusion

- La mort est la conséquence d'une embolie pulmonaire bilatérale et massive survenant 24h après une plastie mammaire et abdominale associée à une lipoaspiration.
- Les soins fournis à Mme sont conformes aux données actuelles de la science notamment l'héparinothérapie préventive a été démarrée à temps.

Prévention du risque médico-légal

- **ConsultationS pré-opératoireS** : au moins **deux** séparées par un **délai de réflexion**
 - Écouter la patiente
 - Existence d'un éventuel trouble psychiatrique : demander une **consultation spécialisée psychiatrique**
 - L'indication opératoire : toujours posée après **mûre réflexion** : rigueur et honnêteté

L'INFORMATION

- Interventions esthétiques: **aucun caractère d'urgence vitale ou fonctionnelle**
- Information particulièrement **rigoureuse**

L'INFORMATION

- **Précise et claire:** compréhensible pour le patient
- **Complète et exhaustive:** information sur tous les risques graves ou bénins, même exceptionnels
- **Loyale:** explication détaillée sur la ou les techniques possibles, les modalités, les avantages et les inconvénients, les complications et séquelles cicatricielles.

- Consentement libre et éclairé
- Par écrit ?
 - c'est au médecin qu'il incombe de prouver qu'il a correctement informé son patient et obtenu son consentement pleinement éclairé

Le médecin ne doit pas hésiter à refuser

- Une intervention faisant encourir un **risque important**, prévisible d'aggravation
- S'il y a une « **discordance** » entre la réussite technique escomptée et l'amélioration psychologique prévisible
 - (demande disproportionnée, motivations confuses,..),
- Une **intervention refusée** par un ou plusieurs confrères

Conclusion

- **Bénéfices ? /RISQUES**
- **Obligation de moyens « renforcée »**
- **Information et consentement**
- **Ne pas banaliser l'acte chirurgical**

Conclusion

- Différents cadres de responsabilité: pénale, civile, disciplinaire, ordinale
- Responsabilité du chirurgien devant sa **conscience**

MERCI POUR VOTRE ATTENTION