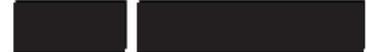


Rapport d'investigation du coroner

Loi sur les coroners

à l'intention des familles,
des proches et des organismes
POUR la protection de LA VIE humaine

concernant le décès de



2023-05562

Le présent document constitue une version dénominalisée du rapport (sans le nom du défunt). Celui-ci peut être obtenu dans sa version originale, incluant le nom du défunt, sur demande adressée au Bureau du coroner.

Me Joanne Lachapelle

BUREAU DU CORONER	
2023-07-27 Date de l'avis	2023-05562 N° de dossier
IDENTITÉ	
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance
60 ans Âge	Féminin Sexe
Gatineau Municipalité de résidence	Québec Province
	Canada Pays
DÉCÈS	
2023-07-27 Date du décès	Gatineau Municipalité du décès
Hôpital de Hull Lieu du décès	

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ est identifiée visuellement par un proche en cours d'hospitalisation.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

La lecture du dossier médical nous apprend que le 25 juillet 2023, vers 14 h, Mme ██████████ s'est présentée à la salle d'urgence de l'Hôpital de Hull, car elle accuse des douleurs abdominales depuis quatre semaines avec des selles irrégulières. À la suite de l'évaluation médicale, Mme ██████████ est admise dans un contexte d'occlusion intestinale, où une masse cancéreuse au côlon est diagnostiquée causant une obstruction.

À la suite de deux chirurgies pratiquées le 27 juillet 2023, l'état de Mme ██████████ se détériore. Un choc septique est soupçonné. Elle décède à cette date à 20 h 30 et un médecin de l'établissement dresse un constat de décès.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOL

Comme les conditions qui ont entraîné le décès de Mme ██████████ sont bien documentées dans son dossier médical de l'Hôpital de Hull, aucune expertise additionnelle n'a été ordonnée.

ANALYSE

Mme ██████████ n'a pas d'antécédents médicaux significatifs au moment où elle se présente à la salle d'urgence. Toutefois, elle se plaint de douleurs abdominales et de selles irrégulières depuis au moins quatre semaines qui l'incommodent de plus en plus.

À la suite d'un diagnostic d'une occlusion intestinale due à une masse cancéreuse au côlon, le 27 juillet, de 0 h à 3 h 30, un premier chirurgien pratique une chirurgie de Hartmann avec colostomie. Cette chirurgie est pratiquée généralement sur le côlon, plus précisément lorsqu'une partie du côlon est atteinte par une pathologie grave comme dans le présent cas, un cancer du côlon. Une fois la partie malade du côlon retiré, l'extrémité restante est abouchée à la peau pour former une stomie (colostomie) qui peut être temporaire ou

définitive. L'extrémité restante du côlon (rectum) est fermée et laissée en place dans l'abdomen. Le plus souvent pratiquée en urgence, elle est effectuée lorsqu'il n'est pas possible de réaliser une reconnexion des deux parties du côlon (anastomose) en toute sécurité, par exemple en cas de péritonite, d'infection sévère ou d'état général précaire. Selon l'évolution de la colostomie pratiquée au cours de cette chirurgie, une seconde intervention peut être possible, plusieurs mois plus tard, pour reconnecter le côlon et supprimer la stomie.

Le même jour, à 11 h 30, Mme [REDACTED] est transférée dans l'unité des soins intensifs en raison d'une détérioration progressive des signes vitaux qui oriente le pronostic vers un choc septique. À 16 h 55, Mme [REDACTED] quitte les soins intensifs pour le bloc opératoire pour une seconde chirurgie considérant les soupçons d'une péritonite postopératoire qui constitue une complication grave de la chirurgie abdominopelvienne. C'est une urgence médico-chirurgicale.

LES CHIRURGIES :

Dans le premier protocole opératoire, la chirurgie de Hartmann, à la lecture des notes, on peut conclure qu'il n'y a pas de perforation intestinale avant la chirurgie.

Le premier chirurgien indique dans son protocole opératoire qu'à l'ouverture de l'abdomen, il y a une légère quantité d'ascite en intra-abdominal. Il n'y a pas de fausse membrane ou de signe de péritonite cependant. L'intestin grêle est de calibre normal. Cependant, le côlon est fortement dilaté, et ce à partir du cæcum, côlon transverse et côlon descendant jusqu'au sigmoïde moyen où il y a une lésion qui exerce une rétraction assez importante de façon circonférentielle au niveau de la séreuse. Au-delà de cette lésion, le sigmoïde distal et le rectum sont de calibre normal. Malgré la dilatation importante, il n'y a pas de signe de gangrène ou d'ischémie du côlon. L'apparence de la lésion est très suspecte d'une néoplasie maligne.

À la fin de cette chirurgie, le premier chirurgien indique dans le protocole que le tout étant satisfaisant, l'hémostase étant satisfaisante, les viscères sont recouverts d'épiploon et la ligne médiane est réapproximée. Un pansement sec est appliqué. La ligne d'agrafes au niveau du moignon colique descendant qui est maintenant à la peau est excisée. À noter que la muqueuse présente une légère congestion, mais elle est viable. Le côlon est donc maturé à la peau de façon simple. La colostomie est appareillée.

Le suivi de Mme [REDACTED] au sortir de la salle d'opération indique une détérioration progressive des signes vitaux, qui oriente vers un choc septique.

À 10 h 45, le premier chirurgien avisé d'une chute de la tension artérielle demande des bilans sanguins et fait administrer les liquides intraveineux.

À 11 h 30, le premier chirurgien avisé des résultats des bilans demandés fait installer un accès veineux par l'anesthésiste, se rend au chevet de Mme [REDACTED] et la fait transférer aux soins intensifs. Considérant la dégradation de Mme [REDACTED] le premier chirurgien est de nouveau contacté à 15 h. On ne retrouve aucune note clinique à savoir pourquoi un deuxième chirurgien est affecté pour une seconde chirurgie.

À 15 h 45, le deuxième chirurgien indique au dossier qu'il a expliqué à la famille que Mme [REDACTED] retourne à la salle d'opération pour une laparotomie exploratrice.

À 16 h 55, elle quitte pour le bloc opératoire. Il n'y a aucune fuite au niveau du colon jusqu'en dessous de la stomie, où on a trouvé une fuite millimétrique d'à peine 3 mm de diamètre et c'est probablement cette fuite qui a causé la péritonite fécaloïde. Il est écrit « qu'à la suite de l'intervention la stomie est vérifiée. Étant donné la détérioration de la patiente pendant l'intervention, elle a besoin de plus en plus d'amines, nous décidons d'aller au plus court, se limiter à réviser la stomie. Donc, on coupe les fils avec lesquels la stomie a été fixée. On tire par le trou de la stomie pour inclure ou exclure plutôt le trou qui a été trouvé pendant l'intervention qui a causé la péritonite et on coupe en bas du trou avec une GIA 75 bleue pour colmater la fuite. Par la suite, la paroi abdominale a été fermée à l'aide d'un hémisurjet PDS en Loop, agrafes à la peau. À la fin, la stomie a été maturée avec des points séparés de Vicryl 3-0 détachables. Procédure bien tolérée. Pas de complication. »

C'est dans la feuille sommaire que le deuxième chirurgien indique qu'il y avait perforation au niveau de l'intestin.

CONSTATATIONS

À la suite de la procédure de Hartmann, la première chirurgie, une perforation intestinale semble avoir provoqué une péritonite fécale avec un choc septique qui a amené le décès de Mme [REDACTED]. Rien dans le dossier ne permet de comprendre ou de suspecter l'étiologie de cette perforation.

Une perforation, située en dessus de la stomie, lors d'une procédure de Hartmann est une complication rare, mais grave. Elle peut survenir peropératoirement ou se révéler en postopératoire immédiat, et plusieurs mécanismes peuvent en être responsables. Appelée péritonite fécaloïde, une complication grave qui peut survenir après une colostomie, bien que son incidence exacte soit difficile à déterminer en raison de la variabilité des contextes cliniques et des études disponibles. Les données spécifiques concernant l'incidence de la péritonite fécaloïde post-colostomie sont limitées. Cependant, certaines études apportent des informations sur des complications similaires qui sont limitées.

Une étude rétrospective a rapporté une incidence de 2,7 % pour les péritonites postopératoires en général, avec une mortalité atteignant 60 %¹.

Au moment d'écrire ces lignes, les circonstances de la fuite ayant entraîné le décès de Mme [REDACTED] demeurent indéterminées. En vertu de la Loi sur les coroners, il n'est pas dans le mandat du coroner d'examiner la qualité des soins ou la compétence des personnes impliquées dans le traitement d'une personne dans le réseau de la santé ; des mécanismes existent à cet effet et des organismes ont le mandat précis de s'assurer de la qualité de l'exercice professionnel de leurs membres. Il revient aux autorités compétentes de l'Hôpital de réviser le dossier médical ainsi que les actes chirurgicaux posés, afin d'évaluer s'ils ont été réalisés selon les règles de l'art.

À la lumière de mon investigation et dans le but d'une meilleure protection de la vie humaine, une recommandation sera formulée.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée de complications médicales apparues à la suite d'une chirurgie intestinale.

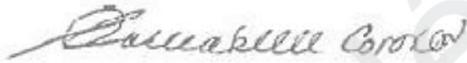
Il s'agit d'un décès survenu dans le contexte d'une chirurgie.

RECOMMANDATIONS

Je recommande que le **Centre intégré de santé et des services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), duquel relève l'Hôpital de Hull** :

[R-1] Révise la qualité de la prise en charge et des soins prodigués le 27 juillet 2023 à la personne décédée, notamment concernant la chirurgie pratiquée entre 0 h et 3 h 30 et, le cas échéant, mette en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers en pareilles circonstances.

Je soussignée, coroner, reconnais que la date indiquée, et les lieux, les causes, les circonstances décrits ci-dessus ont été établis au meilleur de ma connaissance, et ce, à la suite de mon investigation, en foi de quoi j'ai signé, à Maniwaki, ce 27 avril 2025.



Me Joanne Lachapelle, coroner

ⁱ <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/43/125/full>

version dénominalisée