

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



2021-05490

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.

Dr André-H. Dandavino

BUREAU DU CORONER		
2021-08-21 Date de l'avis	2021-05490 N° de dossier	
IDENTITÉ		
██████████ Prénom à la naissance	██████████ Nom à la naissance	
79 ans Âge	Féminin Sexe	
Saint-Jean-sur-Richelieu Municipalité de résidence	Québec Province	Canada Pays
DÉCÈS		
2021-08-21 Date du décès		
Domicile Lieu du décès		Saint-Jean-sur-Richelieu Municipalité du décès

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

Mme ██████████ est identifiée de façon visuelle devant moi par son époux le 21 août 2021 à 11 h 08 l'Hôpital du Haut-Richelieu.

CIRCONSTANCES DU DÉCÈS

Le 20 août 2021, Mme ██████████ se lève à 8 h, se recouche et dort une partie de l'avant-midi. En après-midi, elle va chez une membre de sa famille pour environ deux heures et revient vers 17 h. Elle se couche vers 17 h 30, fatiguée, et dans la nuit à 1 h 30, le 21 août 2021 elle vomit à deux ou trois reprises. Elle se sent faible. Le matin, vers 6 h 18, elle a de la difficulté à se lever et demeure assise au lit. Alors que son conjoint fait le tour du lit, elle s'étend et fait un arrêt cardio-respiratoire. Le conjoint appelle le 911 et débute les manœuvres de réanimation. Les policiers sont sur les lieux à 6 h 24 et poursuivent les manœuvres de réanimation.

Les ambulanciers appelés à 6 h 18 sont sur les lieux à 6 h 26. Mme ██████████ est au sol, n'a pas de pouls et la respiration est agonale. Aucun choc n'est conseillé. Les manœuvres sont continuées par les ambulanciers et les policiers. Il y a une activité électrique sans pouls tout au long de l'intervention. Les ambulanciers quittent les lieux à 6 h 51 pour arriver à l'Hôpital du Haut-Richelieu à 6 h 59. Les manœuvres de réanimation sont poursuivies à l'Hôpital du Haut-Richelieu et comme l'échographie cardiaque ne montre aucune activité, elles sont cessées devant la non réponse à 7 h 05 et le décès est constaté par le médecin de garde.

EXAMEN EXTERNE, AUTOPSIE ET ANALYSES TOXICOLOGIQUES

Un examen externe fait par moi-même le 21 août 2021 à 10 h 45 à l'Hôpital du Haut-Richelieu montre une femme avec des lividités en postérieur qui disparaissent à la pression et une absence de rigidité. Il y a absence de signe de violence sur le corps. Aucune lésion contributive au décès n'est observée.

Les prélèvements sont faits par moi-même à l'Hôpital du Haut-Richelieu le 21 août 2021 à 10 h 05 au niveau oculaire et fémoral. Il y a absence d'urine au niveau de la vessie.

Une tomodensitométrie est effectuée le 21 août 2021 à l'Institut de cardiologie de Montréal et montre de rares nodules thyroïdiens, de l'athéromatose légère avec des calcifications coronariennes légères. Il y a un épanchement péricardique circonférentiel léger. Il y a une lésion arrondie en par-œsophagien inférieur compatible avec la tumeur stromale gastro-intestinale connue. Il y a une petite hernie hiatale et des fractures de côtes en lien avec les manœuvres de réanimation.

Il y a absence de vésicule biliaire et présence d'une endoprothèse cholédocienne. Le pancréas est diffusément atrophique et calcifié en lien avec des séquelles de pancréatite chronique. Il y a une collection hétérogène au pourtour du pancréas de 49 x 46 mm et une autre collection hétérogène dans l'espace para-rénal antérieur gauche de 41 x 31 mm. Il y a un hémopéritoine modéré prédominant en péri hépatique, péri-splénique et pelvien. Il y a un important hématome péri-gastrique inférieur dans l'arrière-cavité des épiploons de 14 x 5 x 7 cm. La rate a progressé de taille depuis les études antérieures mesurant 12 x 8 mm probablement lié à une thrombose de la veine splénique. Il y a une diverticulose sigmoïdienne modérée. La tomographie conclut à un décès probable en lien avec un saignement intra-abdominal, un hémopéritoine modéré et un hématome dans l'arrière-cavité des épiploons. Il y a des stigmates de pancréatite chronique et une lésion péri-pancréatique de nature indéterminée. La tumeur GIST connue est stable à l'œsophage distal sans signe d'obstruction ou de complication.

Une autopsie est faite le 24 août 2021 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et montre une absence de lésions cérébraux-méningées. On note de l'athérosclérose coronarienne avec une sténose focale de 50 % au tiers proximal de la coronaire droite et une sténose focale de 40 % au tiers proximal et 20 % au tiers moyen de la coronaire inter-ventriculaire antérieure. Il y a de l'athérosclérose aortique modérée.

On note une pancréatite aiguë sur une pancréatite chronique sévère, un hémopéritoine de 1000 mL composé de sang et de caillots, incluant un large caillot situé dans la bourse omentale, une cavité de 5 cm contenant des caillots de sang à l'endroit où devrait se trouver la queue du pancréas, la présence d'une cavité remplie de liquide jaunâtre-brunâtre près de la cavité mentionnée précédemment, un pancréas largement remplacé par du tissu fibreux avec présence de calcifications. Il y a un phéochromocytome au niveau des surrénales et une tumeur stromale gastro-intestinale au niveau de l'œsophage. Il y a une hyperplasie focale hépatique, un goitre multinodulaire, une néphrosclérose, un tuteur biliaire perméable et un état post cholécystectomie.

De multiples fractures de côtes et une lacération de la veine cave inférieure à son origine intraépicaudique, associée à la présence de sang liquide et de caillots dans le péricarde (100 mL) sont secondaires aux manœuvres de réanimation.

Des analyses toxicologiques sont pratiquées au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale à Montréal. L'alcoolémie est non détectée. La présence de diphenhydramine et d'acétaminophène est détectée au niveau sanguin à taux thérapeutique. Les analyses toxicologiques ne permettent pas de mettre en évidence la présence de drogues usuelles et d'abus dans les milieux biologiques analysés dans les limites des méthodes utilisées.

Le test de la COVID-19 (SRAS-CoV-2) fait le 21 août 2021 est négatif.

ANALYSE

Mme [REDACTED] âgée de 79 ans, habite avec son conjoint à Saint-Jean-sur-Richelieu.

Mme [REDACTED] subit une sphinctérotomie et une cholécystectomie dans un contexte de pancréatite biliaire en février 2020. Le 20 janvier 2021, on note que Mme [REDACTED] présente une tumeur stromale gastro-intestinale (GIST) de 2 cm au niveau de l'œsophage.

Le 14 avril 2021 Mme [REDACTED] est asymptomatique, n'a pas de dysphagie ou autres symptômes gastro-intestinaux et est en sevrage de prednisone à 5 mg par jour pour une hépatite auto-immune.

Le 19 mai 2021, on note une stabilité de la lésion œsophagienne moyenne de 24 x 25 mm, non occlusive. Elle est sous prednisone 20 mg par jour depuis le 5 mai 2021.

Le 30 juin 2021, on note un bilan hépatique en amélioration avec une dose de prednisone à 15 mg par jour.

Le 8 juillet 2021, Mme [REDACTED] présente une complication de l'intervention de la biopsie œsophagienne avec choc hémorragique sur biopsie œsophage/pancréas, avec court séjour aux soins intensifs, support volémique, thrombose partielle de la veine splénique provoquée par compression d'hématome au niveau de la queue du pancréas, une bactériémie à *Enterobacter cloacae* sous Tazocin puis triméthoprim-sulfa et anémie.

Mme [REDACTED] n'a pas de céphalée, pas de paresthésie, pas de paralysie, pas de confusion, pas de changement de vision ou d'audition, pas de palpitation, pas de douleur rétrosternale, pas d'œdème des membres inférieurs, pas de dyspnée ni d'orthostatisme, ni fièvre, mais a présenté des frissons la nuit précédente.

Le 8 juillet 2021, l'angioscan abdomino-pelvien montre un volumineux hématome péri-gastrique de 12 cm de grand axe et hémopéritoine. On note un hématome distinct à proximité de la queue du pancréas de 3 cm. Il n'y a pas de saignement actif identifié. Il y a un probable vasospasme de branches artérielles spléniques. L'hématome péri-pancréatique entraîne un effet de masse sur la veine splénique qui est collabée et qui présente un thrombus. On note des foyers d'infarctus spléniques.

Une biopsie est faite au niveau de la masse œsophagienne de même qu'au niveau surrénalien gauche qui est de nature indéterminée.

Le 8 juillet 2021, le scan thoracique C+ montre qu'il n'y a pas de signe de complication de la biopsie de la lésion œsophagienne. Il y a augmentation des opacités pulmonaires adjacentes à la lésion œsophagienne, probablement attribuable à des troubles ventilatoires, mais un petit foyer hémorragique alvéolaire ne peut être exclu, à suivre selon l'évolution clinique.

Dans la note du 9 juillet 2021, il est noté que Mme [REDACTED] ne veut pas d'acharnement ni de réanimation cardio-respiratoire. Elle est d'accord pour une intubation si c'est une mesure temporaire.

Le 13 juillet 2021, Mme [REDACTED] se sent bien et se dit prête pour un retour à domicile et a son congé.

Mme [REDACTED] a son congé le 13 juillet 2021, suite à un choc hémorragique sur biopsie de l'œsophage/pancréas avec court séjour aux soins intensifs, une thrombose partielle de la veine splénique provoquée par compression de l'hématome au niveau de la queue du pancréas, une bactériémie à *Enterobacter cloacae* traitée avec Tazocin puis Septra et de l'anémie.

Selon la note de départ du 13 juillet 2021, on note un hématome gastrique de 12 cm et péri-pancréatique, un hématome de la queue du pancréas de 3 cm et un hémopéritoine. Aucun saignement actif n'est identifié, il y a un thrombus au niveau de la veine splénique et un foyer d'infarctus splénique.

Le 28 juillet 2021, Mme [REDACTED] consulte à l'urgence du CHUM pour une détérioration de l'état général, faiblesse apparue soudainement au réveil le matin du 27 juillet 2021. Selon elle, il n'y a pas d'élément déclencheur, pas de chute, pas de syncope et elle a pu marcher avec aide alors que normalement elle marche sans aide. Le diagnostic est une hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie secondaire et adénome parathyroïdien. Elle est admise au CHUM pour hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie secondaire probablement de longue date et détérioration de l'état général mis sur le compte de l'hypotension artérielle et de l'hypercalcémie, et une insuffisance surrénalienne secondaire à la prise de cortisone.

Durant l'hospitalisation elle subit une scintigraphie des parathyroïdes, une échographie de la thyroïde et un angioscan du cou. Elle est vue par l'oto-rhino-laryngologiste et par l'endocrinologue et aura un suivi en externe avec la gastroentérologie pour la gestion de la prednisone, avec la médecine interne et l'endocrinologie.

La scintigraphie parathyroïdienne du 1er août révèle des micronodules évocateurs d'adénome parathyroïdien inférieurement au lobe thyroïdien gauche 3,3 cm x 0,8 cm x 1,1 cm. L'isthme est à 0,2 cm. Il y a de multiples images d'allure un peu mixte/spongiforme très discrètement hypo-échogène, disséminées dans l'ensemble du parenchyme thyroïdien, ne dépassant pas 0,6 cm de grand axe pour la plus volumineuse lésion à droite. Il y a absence d'adénomégalie. L'anomalie scintigraphique, derrière le lobe thyroïdien gauche, n'est pas retrouvée de façon fiable.

Mme [REDACTED] évolue bien et a son congé le 5 août 2021. La note de départ mentionne une hyperparathyroïdie primaire avec hypercalcémie secondaire probablement de longue date, l'échographie de la thyroïde montre de multiples images d'allure un peu mixte/spongiforme très discrètement hypoéchogène disséminées dans l'ensemble d'un parenchyme thyroïdien, ne dépassant pas 0,6 cm de grand axe pour la plus volumineuse et une insuffisance surrénalienne secondaire à la prise de prednisone.

Selon la note d'évolution du 11 août 2021, il est convenu de ne pas opérer Mme [REDACTED] pour la tumeur stromale gastro-intestinale, compte tenu de ses comorbidités, entre autres son hépatite auto-immune, son âge, et le fait que la tumeur est de moins de 2 cm et d'observer l'évolution de près.

Mme [REDACTED] a un scan de suivi abdomino-pelvien 18 août 2021 pour une tumeur stromale gastro-intestinale de l'œsophage. L'examen est réalisé le 18 août 2021 à 17 h, dicté le 1^{er} septembre 2021 à 10 h 48 et transcrit à 10 h 58 soit 14 jours plus tard.

Le scan abdomino-pelvien comparé à celui du 8 juillet 2021 montre une progression de la taille d'une collection liquidienne au niveau de la queue du pancréas mesurant 5 cm (auparavant 2,8 cm) et apparition d'un pseudoanévrisme de l'artère splénique. À noter qu'à l'examen antérieur, l'artère était partiellement thrombosée. Le liquide péri-splénique a diminué. La rate a augmenté et mesure 9 cm (auparavant 7,2 cm).

On note des calcifications diffuses de la glande pancréatique témoignant de signes de pancréatite chronique avec légère proéminence du Wirsung et des calcifications intra-Wirsung. Il y a présence d'un tuteur dans le cholédoque. On note une aérobilie (présence d'air dans les voies biliaires). Il n'y a pas de lésion hépatique. Il y a un peu de liquide péri-rénal gauche collecté, post-inflammatoire probable, mesurant 1,9 x 3.7 cm. Il n'y a pas de liquide libre. L'estomac est collabé et ne peut être évalué. Il y a une petite varice gastrique secondaire à la thrombose d'allure chronique de la veine splénique. Il y a apparition d'un pseudoanévrisme de 11 mm au niveau de l'artère splénique.

L'hématologue-oncologue est avisé immédiatement le 1^{er} septembre 2021 à 10 h 45 et la famille est appelée à ce moment pour que Mme [REDACTED] se présente le même jour à l'Hôpital pour une évaluation, alors qu'elle est décédée le 21 août 2021.

Les antécédents médicaux montrent de l'hypertension artérielle, une hépatite auto-immune, un diabète de type II pancréatoprive insulino-traité, une dyslipidémie, une polyarthrite rhumatoïde et une ostéopénie.

Mme [REDACTED] prend comme médication du denosumab, de la prednisone, du brinzolamide, du timolol, de la metformine, de l'atorvastatine, du pantoprazole, de l'ursodiol, de la pancrélipase, du léflunomide, de l'acide folique et du sulfate ferreux.

Une note du comité de thérapie du cancer de la thyroïde du 26 août 2021 résume que Mme [REDACTED] présente une tumeur stromale gastro-intestinale au niveau gastrique ayant subi un saignement important de sa tumeur suite à une intervention. Mme [REDACTED] a aussi été diagnostiquée avec une hyperparathyroïdie primaire avec un calcium ionisé à 1,50 et une PTH à 15. Mme [REDACTED] ne présente pas d'insuffisance rénale ou d'autre symptôme évident, toutefois elle présente une certaine fatigue liée à son hyperparathyroïdie. Une chirurgie de son adénome parathyroïdien localisant est recommandée, pourvu qu'elle soit capable médicalement de subir l'intervention.

Les antécédents médicaux avec comorbidités significatives révèlent une polyarthrite rhumatoïde, un diabète, de l'hypertension, une dyslipidémie, une tumeur stromale gastro-intestinale et une pancréatite auto-immune.

Lors de l'autopsie effectuée au CHUM le 24 août 2021, le rapport de la tomographie du 18 août 2021 n'était pas disponible, car lu seulement le 1^{er} septembre 2021. La dissection spéciale des vaisseaux fins n'a pas été effectuée à l'autopsie et on n'a pas pu mettre en évidence le pseudo-anévrisme de 11 mm de l'artère splénique dont il est question dans le rapport de la tomographie ou une rupture de ce dernier. Il est clair par ailleurs que l'hémopéritoine est une complication de la pancréatite. Outre la présence de larges caillots dans la bourse omentale et une cavité contenant des caillots de sang où aurait dû se trouver la queue du pancréas il n'y a aucune autre source de saignement identifiée sur les autres vaisseaux. Selon la littérature il est mentionné que 60 % de toutes les hémorragies aiguës en présence d'une pancréatite sont causées par une rupture d'un pseudo-anévrisme. De plus, le site le plus fréquent d'un pseudo-anévrisme est l'artère splénique dans 35 % des cas. S'il y a un hémopéritoine compliquant une pancréatite aiguë sur chronique et qu'il y a un

pseudo-anévrisme de l'artère splénique sur une tomographie, et que le pseudo-anévrisme de l'artère splénique semble être la cause la plus commune pour une hémorragie aiguë dans un contexte de pancréatite, il faut croire que l'origine la plus probable de cet hémopéritoine est une rupture de ce pseudo-anévrisme. Puisqu'on n'a pas pu le confirmer à l'autopsie et que d'autres causes peuvent être envisagées pour expliquer une hémorragie aiguë compliquant une pancréatite tel un pseudo kyste hémorragique ou hémorragie des petits vaisseaux, on ne peut confirmer avec certitude que la rupture du pseudo-anévrisme de l'artère splénique décrit à la tomographie soit la cause de l'hémorragie.

Étant donné la condition clinique de Mme [REDACTED] et l'importance de sa pancréatite chronique, on ne peut se prononcer à savoir si une intervention plus précoce aurait pu être tentée chez Mme [REDACTED] en tenant compte de son état de santé et de ses antécédents et si cela aurait pu changer le cours des choses. En effet, le 11 août 2021, il est convenu de ne pas opérer Mme [REDACTED] pour la tumeur stromale gastro-intestinale, compte tenu de ses comorbidités, entre autres son hépatite auto-immune et de son âge.

La condition clinique très complexe de Mme [REDACTED] a exigé une investigation poussée avec de l'imagerie ciblée dans un milieu universitaire. Le but premier de l'imagerie est d'informer les médecins d'une condition pathologique afin de prendre les décisions éclairées dans la planification d'un traitement optimal. Or, dans le cas présent, Mme [REDACTED] a subi une tomographie abdomino-pelvienne le 18 août 2021 qui a été lue 14 jours plus tard, soit le 1^{er} septembre 2021, jour où elle fut appelée pour se présenter à l'hôpital en urgence, soit dix jours après son décès. Le délai de la production des rapports de tomographie peut avoir un impact sur les soins aux patients.

CONCLUSION

Mme [REDACTED] [REDACTED] est décédée d'une hémorragie intrapéritonéale compliquant une pancréatite aiguë sur une pancréatite chronique sévère.

Il s'agit d'une mort naturelle.

RECOMMANDATION

Je recommande que le **Centre hospitalier de l'Université de Montréal** :

[R-1] Révise le dossier médical de la personne décédée, notamment en ce qui concerne le délai de lecture des tomographies et, le cas échéant, prendre toutes les mesures appropriées pour assurer un délai de lecture adéquat de ces examens médicaux.

Je soussigné, 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 Saint-Jean-sur-Richelieu, ce 12 mai 2025



Dr André-H. Dandavino, coroner