

La torsion du testicule et la perte de chance, un cas d'école



S. Bart

Spermatic cord torsion and loss of chance, a model case

S. Bart^a
W. Djadoun^b

^aService d'urologie, CH René-Dubos,
95300 Pontoise, France

^bPôle juridique de l'association pour l'étude de la
réparation du dommage corporel (AREDOC),
75009 Paris, France

RÉSUMÉ

La torsion du cordon spermatique est une urgence fonctionnelle qui met en jeu le pronostic vital du testicule. Des formes atypiques gênent l'évaluation diagnostique et la prise en charge chirurgicale. Cette problématique est à la source de nombreuses plaintes et d'expertises médicales. La mission de l'expert consiste à retracer les faits médicaux, évaluer la ou les responsabilités et évaluer le dommage. La notion de perte de chance, notion juridique, est régulièrement demandée à l'expert médical qui doit s'appuyer sur un raisonnement médical et les données de la science afin de permettre au juriste (magistrat, régleur) de proposer une indemnisation. Au travers d'un rapport d'expertise, nous illustrerons notre propos par un cas clinique représentatif.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

The spermatic cord torsion is a functional emergency that involves the vital prognosis of the testis. Atypical forms hinder diagnostic assessment and surgical management. This problem is the source of many complaints and medical expertise. The expert's mission is to track medical events, assess liability(s) and assess damage. The concept of loss of chance, a legal concept, is regularly asked of the medical expert who must rely on medical reasoning and scientific data in order to allow the lawyer (judge, trimmer) to propose compensation. Through an expert report, we will illustrate our point by means of a representative clinical case.

© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

PRÉSENTATION DU CAS

Urologue en exercice libéral, vous voyez en consultation un patient de 16 ans pour des douleurs lombaires et du flanc gauche d'apparition brutale, au lever et sans autre signe fonctionnel, spontanément résolutive en 2 heures.

Son médecin traitant vous l'adresse avec une échographie de l'arbre urinaire sans anomalie. Il ne présente pas d'antécédent urologique ou chirurgical. Vous évoquez de principe une colique néphrétique. Vous proposez une uroTDM et de le revoir en cas de récurrence douloureuse.

Quatre mois plus tard, il se présente le samedi soir vers 23 :00 aux urgences de votre clinique pour une douleur identique et isolée apparue vers 12 h et insoutenable à partir de 15:00. Il est vu par l'urgentiste qui l'interroge et l'examine. Il prend connaissance de votre courrier de consultation.

Il ne retrouve pas d'anomalie à l'examen abdominal et ne réalise pas d'examen des organes génitaux.

Le bilan biologique et la bandelette urinaire sont sans anomalies. M. L. est soulagé partiellement par les antalgiques intra veineux.

Il sort après quelques heures de surveillance, avec une suspicion de récurrence de colique

MOTS CLÉS

Torsion
Cordon spermatique
Testicule
Perte de chance
Expertise médico-légale

KEYWORDS

Torsion
Spermatic cord
Testis
Loss of chance

Auteur correspondant:
CH René-Dubos, service
d'urologie, 95300 Pontoise,
France.
Adresse e-mail :
Stephane.bart@ght-novo.fr



néphrétique et une échographie à réaliser secondairement. Il revient le lundi matin vers 7:45 pour une douleur localisée au testicule gauche. L'avis urologique est demandé en urgence avec suspicion de torsion du cordon spermatique.

Il est opéré en urgence vers 10:20. La nécrose testiculaire gauche est confirmée et votre collègue réalise une orchidectomie gauche et une orchidopexie droite. L'intervention a eu lieu 46 heures après le début de la douleur abdominale. L'anatomopathologie confirmera l'infarctissement du testicule.

Il n'a pas souhaité l'implantation secondaire d'une prothèse. Ses parents portent plainte auprès du tribunal de grande instance. Seul le médecin urgentiste est mis en cause par la famille.

La famille évoque l'erreur diagnostique à l'origine de la perte du testicule, l'appréhension de perdre le testicule droit et le préjudice psychologique et moral de leur fils. Des spermogrammes ont été réalisés par la famille et sont normaux.

L'expert commis auprès du TGI réalise l'expertise et réponds aux questions de la mission confiée par le juge.

QUELS SONT LES SIGNES TYPIQUES DE TORSION DU CORDON SPERMATIQUE [1-3] ?

Ces signes sont décrits dans le *Tableau 1*.

Aucun de ces éléments cliniques classiques de torsion ne sont évoqués dans l'observation de M. L du fait de l'absence d'examen clinique des bourses, sans point d'appel douloureux.

De manière fréquente, les dossiers vus en expertise sont liés à des douleurs atypiques dont l'origine scrotale n'est pas évoquée. Elles évoluent régulièrement depuis plusieurs heures.

Certains patients ont pu d'ailleurs être traités chirurgicalement pour suspicion d'appendicite.

Les éléments fréquemment retrouvés lors des expertises sont le plus souvent la survenue brutale, nocturne, intense d'une douleur abdominale du flanc ou de la fosse iliaque et non calmée par les antalgiques simples. Il n'existe pas de signes fonctionnels urinaires.

Lors de l'examen clinique, les organes génitaux ne sont pas examinés de manière systématique. Le bilan biologique (NFS, CRP, Ionogramme sanguin, créatininémie, bandelette urinaire) et/ou radiologique (TDM abdomino pelvien) s'avère normal. Néanmoins, le diagnostic de constipation, colique néphrétique, est retenu sans arguments cliniques et paracliniques concordants.

Les diagnostics différentiels retenus habituellement ne sont pas évoqués du fait de l'absence de douleurs scrotales :

Tableau 1. Signes physiques (d'après Bah et al. [1]).

Signes physiques	Pourcentage (%)
Tuméfaction de l'hémibourse	85,1
Testicule ascensionné	66,6
Signe de Prehn	48,1
Vacuité de l'hémibourse	3,7
Tuméfaction inguinale	3,7
Atrophie testiculaire controlatérale	3,7

torsion des annexes testiculaires, orchépididymites (attention à la torsion dépassée), traumatisme scrotal, hernie inguinale étranglée, colique néphrétique, purpura rhumatoïde, varicocèle.

QUEL EST L'AVIS DE L'EXPERT APRÈS LA RECONSTITUTION DES FAITS DE MANIÈRE CONTRADICTOIRE EN DISPOSANT DE L'ENSEMBLE DES ÉLÉMENTS DU DOSSIER MÉDICAL ?

« Au total, l'état de santé de M. L., avant le . . . , apparaît bon. On ne distingue aucun antécédent susceptible d'avoir eu une incidence sur la pathologie présentée. Tout au plus, peut-on a posteriori suspecter les prémices d'une torsion testiculaire gauche spontanément résolutive en . . . et n'ayant à juste titre, pas fait l'objet d'une prise en charge thérapeutique ».

La responsabilité du médecin urgentiste est mise en cause sur la base des éléments techniques suivants :

« Dans la majorité des cas, le diagnostic de torsion du testicule est aisé. La simple douleur scrotale présente chez un adolescent suffit à l'évoquer. Le diagnostic est alors confirmé à l'examen clinique des OGE, voire à l'aide d'une échographie doppler si sa réalisation ne retarde pas la prise en charge chirurgicale de la pathologie. En cas de doute, une exploration en urgence chirurgicale dans les meilleurs délais est préconisée. Parfois, le diagnostic est plus difficile à établir en raison d'un tableau clinique inhabituel avec notamment l'absence de douleur scrotale évoquée. Ainsi, une torsion du testicule peut prêter à confusion avec une crise de colique néphrétique. Cette dernière est un des diagnostics différentiels de la torsion et vice versa. . . Le Dr . . . pose le diagnostic de crise de colique néphrétique gauche sans certitude. Pour ce faire, il s'appuie sur les antécédents supposés de colique néphrétique, sur les douleurs évocatrices ainsi que sur les données de l'examen abdominal, les examens biologiques pratiqués alors n'ayant aucun caractère discriminant. . . Pour ces raisons, un examen clinique complet et approprié avec inspection et palpation des régions scrotale et inguinale après avoir fait déshabiller le patient, sachant que d'autant plus par pudeur un adolescent peut éventuellement focaliser l'attention sur l'abdomen et non sur le scrotum. Cet examen clinique est d'autant plus nécessaire en présence d'un doute diagnostic. . . »

Au total, le diagnostic erroné de colique néphrétique ne peut être corrigé par un examen clinique adéquat et/ou par un bilan radiologique complémentaire, voire un avis spécialisé. Il est constaté un manque de prise en charge attentive et consciencieuse de la part du Docteur . . . associant un examen clinique incomplet, l'absence d'éventuel examen paraclinique ainsi qu'un avis spécialisé. Ce manquement a exposé M. L à un retard de diagnostic ayant entraîné une perte de chance de conserver un testicule fonctionnel, sachant que l'exploration chirurgicale scrotale aurait été de toute façon nécessaire. . . ».

QU'EST CE QUE LA PERTE DE CHANCE ? NOTION MÉDICALE ET/OU JURIDIQUE ?

La notion de perte de chance est un concept à géométrie variable, d'autant plus difficile à cerner que l'on ne dispose



à l'heure actuelle d'aucune définition légale. Classiquement, constitue une perte de chance « réparable », la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable.

Sa définition s'est forgée au fil du temps dans les prétoires. La chambre criminelle de la Cour de cassation en particulier, a affirmé à plusieurs reprises que « l'élément de préjudice constitué par la perte d'une chance peut présenter en lui-même un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition de la possibilité d'un évènement favorable, encore que, par définition, la réalisation d'une chance ne soit jamais certaine »¹.

On la retrouve dans les deux ordres de responsabilité, délictuelle et contractuelle et dans de nombreux domaines. Ainsi, le plaideur qui perd une chance d'intenter un procès ou de former une voie de recours à la suite de la faute d'un avocat ou d'un auxiliaire de justice² qui a omis d'accomplir un acte de procédure dans les délais requis [4]. Dans ce cas le dommage est bien certain : l'action en justice du plaideur n'a pu aboutir. Pour autant, plusieurs incertitudes, inhérentes à l'aléa judiciaire viennent altérer le lien causal entre la faute (de l'avocat ou de l'auxiliaire de justice) et le dommage subi (la perte du procès)³. Autrement dit, même en l'absence de faute, le plaideur aurait pu perdre le procès. C'est pour pallier cette difficulté que la jurisprudence est venue déplacer l'exigence du lien de causalité vers un dommage de substitution, la perte de chance d'éviter celui-ci.

Il en est de même lorsque l'on reproche à un intermédiaire d'assurances, d'avoir manqué à son obligation d'information et de conseil à propos d'une garantie. Ce manquement n'est peut-être pas la cause du défaut d'assurance, néanmoins des dommages-intérêts équivalant à ce que la garantie non souscrite aurait procuré, pourront être alloués⁴.

Dans le cadre de la responsabilité médicale, le principe de la réparation de la perte de chance a clairement été affirmé pour la première fois dans un arrêt de la première chambre civile du 7 février 1990⁵ : le médecin « qui manque à son obligation d'éclairer son patient sur les conséquences éventuelles du choix de celui-ci d'accepter l'opération qu'il lui propose, prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision peut-être plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de ladite opération ».

Il s'agit de réparer la perte de chance qu'aurait eue le patient de ne pas subir de dommages en refusant l'intervention ou les soins s'il avait été correctement informé des risques.

Mais le recours à la notion de la perte de chance dans le domaine médical s'est développé au-delà de la simple sanction au manquement d'une obligation d'information, en présence d'une erreur de diagnostic ou de soins ayant fait perdre au patient une chance de guérison ou de survie.

La perte de chance ne supplée pas le lien causal, mais répare un préjudice ou la disparition d'une probabilité de refuser un traitement, obtenir une guérison, ou subir un préjudice moindre. Dans un arrêt récent du 12 septembre 2018⁶, la première chambre civile de la Cour de cassation énonçait : « lorsqu'il

ne peut être tenu pour certain qu'en l'absence de faute dans la prise en charge d'un patient, le dommage ne serait pas survenu, le préjudice subi s'analyse en une perte de chance d'échapper à ce dommage ou de présenter un dommage de moindre gravité, correspondant à une fraction des différents chefs de préjudices, évaluées par les juges du fond en mesurant l'ampleur de la chance perdue et non en appréciant la nature ou la gravité de la faute ».

Les juges recourent à cette notion chaque fois qu'une victime a été privée d'une espérance future dont il est impossible de savoir, de par le fait dommageable, si elle se serait réalisée. La responsabilité médicale connaît fréquemment de telles hypothèses, surtout lorsque la faute consiste en une abstention. Pour l'expert, il est alors difficile, voire impossible de savoir quelle aurait été l'issue de l'acte médical en l'absence de faute. Pour pallier de telles incertitudes, la jurisprudence opte pour la théorie de la perte de chance.

La perte de chance ne constitue un préjudice indemnisable que si la chance perdue est sérieuse, c'est-à-dire si la probabilité que l'évènement heureux survienne était importante. L'évènement purement hypothétique n'a pas ce caractère, de sorte que si sa survenance devient clairement impossible, celui qui en aurait profité ne peut obtenir réparation du chef de la perte de cette pure éventualité.

Enfin, pour qu'il y ait perte de chance, la victime ne doit plus pouvoir remédier à l'impossibilité de survenance de l'évènement. Si elle pouvait demeurer maîtresse de sa réalisation tout autant qu'avant, elle n'a rien vraiment perdu. Un arrêt pose ainsi le principe selon lequel « la perte d'une chance ne peut dépendre que d'un évènement futur et incertain dont la réalisation ne peut résulter de l'attitude de la victime »⁷.

Ainsi, « seule constitue une perte de chance réparable la disparition actuelle et certaine d'une éventualité favorable »⁸ sous réserve que cette éventualité apparaisse suffisamment sérieuse. Les juges du fond disposent en la matière d'un pouvoir d'appréciation souverain. La Cour de cassation et le Conseil d'Etat le rappellent régulièrement⁹. Cette condition de certitude est double, elle s'applique tant à la chance, la probabilité d'éviter le dommage devant être certaine, qu'à sa perte, l'éventualité favorable n'étant plus possible. Comme tout préjudice, la perte d'une chance peut être actuelle ou future.

En application de l'article 1353 du Code civil, c'est à la victime ou à ses ayants droit d'établir que les chances de guérir, de survivre ou de subir des séquelles moindres auraient été plus importantes si les soins avaient été appropriés et/ou le diagnostic correct et donné en temps utile. Seul le défaut d'information déroge à cette règle, puisqu'en ce cas, il appartient au débiteur de l'information de prouver qu'il s'en est correctement acquitté.

Concernant son évaluation, en principe, il n'appartient pas au médecin expert de chiffrer la perte de chance, mais dans la pratique, il s'avère que certains experts judiciaires se prononcent sur le pourcentage de perte de chance. La perte de chance est dépendante du préjudice final. En effet, elle est évaluée en fonction de ce dernier puisqu'elle correspond à une

¹ Cass. Crim, 18 mars 1975, Bull crim n°79.

² Cass. Req., 17 juillet 1889 ; Cass. 1^{er} civ., 19 septembre 2007, n°05-15.139.

³ Cass. 1^{re} civ., 27 février 2008, n°06-20.785.

⁴ Cass. 1^{re} civ., 7 février 1990, n°88-14.797.

⁵ Cass. 1^{er} civ., 12 septembre 2018, n°17-22.311.

⁶ Cass. 1^{ère} civ., 12 octobre 1984, n°83-14595.

⁷ Cass. 1^{er} civ., 21 novembre 2006, n°05-15674

⁸ CE, 27 mai 2015 n°368440.

⁹ Cass. 1^{ère} civ., 10 avril 2013, n°12-14.813. V. égal. Cass. 1^{ère} civ., 7 décembre 2004, n°02-10.957 ; Bull. I, n°302 ; RCA. 2005, comm. 60 ; D. 2005, p. 406, obs. J. Penneau ; Cass. 1^{er} civ., 14 juin 2005, n°04-14.878.



fraction des différents préjudices qui auraient pu être évités¹⁰. Mais il s'agit aussi d'un préjudice autonome. Il appartient au juge du fond d'évaluer souverainement la probabilité. Il va estimer le pourcentage à attribuer à la chance. Ceci est important pour évaluer le quantum de l'indemnisation.

En ce qui concerne l'indemnisation, ses modalités ont été précisées par la Cour de cassation : la réparation « ne saurait présenter un caractère forfaitaire [et] cette indemnité [...] doit correspondre à une fraction des différents chefs de préjudice supportés par la victime ; [il appartient], dès lors à la cour d'appel, d'une part, d'évaluer les différents chefs de préjudice invoqués [...], d'autre part, d'apprécier à quelle fraction de ces préjudices devait être évaluée la perte de chance indemnisée »¹¹.

Cette formule est à rapprocher de celle d'un arrêt antérieur : « Il incombe seulement à la victime de préciser à quel montant elle évalue ses différents préjudices, l'office du juge consistant alors à en apprécier le bien-fondé et à déterminer, par une appréciation souveraine, la fraction de ces préjudices correspondant à la perte de chance de les éviter si le [défendeur] n'avait pas commis de faute »¹².

En résumé, en cas de dommage subi (séquelles, décès), il convient de s'interroger sur l'existence d'une faute et d'un lien de causalité direct, certain et exclusif entre la faute et le dommage. Dans l'affirmative il y aura une réparation de l'entier préjudice.

Dans le cas contraire, il faut déterminer si la faute a entraîné la disparition d'une éventualité favorable. Si ce n'est pas le cas, il n'y aura pas de réparation. Le cas échéant, il s'agit donc d'une perte de chance et son pourcentage sera fixé sur la base d'éléments objectifs : bibliographie, études, statistiques...

Dans le cas présenté, il existe bien une faute dans l'établissement du diagnostic. En effet, l'examen clinique est incomplet. Le risque de torsion survenant majoritairement chez l'enfant et l'adolescent, l'absence d'examen du jeune homme de 16 ans était fautive.

Pour autant, la responsabilité du praticien peut être tempérée compte-tenu du délai de prise en charge. Comme évoqué plus haut, nous sommes à 12 heures de délai après le début de la symptomatologie au moment où le patient arrive aux urgences. Dès lors, la prise en charge aux urgences était déjà tardive. C'est en ce sens que le juriste pourra déduire une perte de chance déterminée en fonction du lien existant entre la durée d'évolution et du degré de torsion et la conservation du testicule.

Autrement dit, et en appliquant la définition de la perte de chance au cas d'espèce, quand bien même le patient aurait subi une intervention juste après son arrivée (à 13 h ou 14 h de délai), ses chances de conservation du testicule étaient fortement réduites.

A contrario, nous pouvons citer un arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence du 6 mars 2007¹³ dont les faits sont similaires. En l'espèce, il s'agissait également d'un retard de diagnostic d'une torsion testiculaire. Le patient avait été admis aux urgences à trois heures de délai. Lors de l'admission au

service des urgences, il n'a été pratiqué aucun « examen des organes génitaux externes, des orifices herniaires ni de toucher rectal, ces examens étant, pour l'expert, complètement incontournables lorsque l'on s'adresse à l'expertise d'un abdomen douloureux potentiellement chirurgical et urgent ». Les magistrats retiendront une faute médicale et une indemnisation de l'entier préjudice par le responsable, compte-tenu de l'arrivée aux urgences du patient : « attendu qu'il en résulte que l'intervention chirurgicale n'a été pratiquée qu'entre 12 et 14 heures après le début symptomatique de la torsion testiculaire alors que le délai raisonnable de détention du testicule varie entre 6 et 12 heures et que l'évolution du testicule droit vers l'atrophie testiculaire malgré sa détention est donc en grande partie expliquée par ce délai tardif ».

Il y a donc ici une certitude du lien causal entre le retard de diagnostic fautif et le dommage subi par le patient.

D'autres exemples peuvent illustrer l'application de la théorie de la perte de chance en matière de retard de diagnostic plus particulièrement dans les cas de cancer du rein.

Prenons l'exemple d'un arrêt de la Cour d'appel de Toulouse du 11 avril 2011¹⁴.

En l'espèce, il s'agissait d'une patiente qui souffrait de migraines et de malaises survenus au cours de l'été 1995. Son médecin généraliste diagnostique une hypertension artérielle et l'adresse à un cardiologue. Ce dernier met en place un traitement de l'hypertension et plusieurs types de médicaments bêta-bloquants sont utilisés en raison des difficultés rencontrées pour stabiliser la tension artérielle de cette patiente.

En 2003, à la suite d'une prise de poids, la patiente subit des examens prescrits par un médecin diététicien, dont une échographie digestive qui révèle la présence d'une masse anormale sur la glande surrénale gauche. Une semaine plus tard le chirurgien urologue fait réaliser un scanner qui permet le diagnostic d'une tumeur surrénale ou phéochromocytome. Le mois suivant, le chirurgien procède à l'ablation de la tumeur et d'une partie du foie, et l'examen anatomopathologique post-opératoire a confirmé le diagnostic de cancer de la glande surrénale gauche, avec métastases dans le foie.

La patiente suivra après sa sortie clinique un traitement anticancéreux par médicaments radioactifs en 2003 et 2004, puis un traitement identique en 2005 compte-tenu d'une possible récurrence de la sécrétion du phéochromocytome.

Dans l'arrêt, nous pouvons lire que l'expert explique « qu'il s'agit d'une forme d'hypertension rare, de diagnostic certes difficile, mais pourtant bien connu notamment des cardiologues pour lesquels la recherche d'une hypertension secondaire, curable, fait partie du bilan d'une hypertension survenant en particulier chez un sujet jeune, ne répondant pas bien au traitement mis en place, et continuant comme chez Madame E à présenter des manifestations cliniques anormales, qui auraient dû orienter vers une forme d'hypertension secondaire et non essentielle [...] L'expert estime qu'il existe un retard au diagnostic de huit ans, qui est préjudiciable au traitement spécifique de la tumeur surrénalienne, car plus une tumeur est traitée tôt, meilleur est le pronostic ».

C'est donc en l'espèce une perte de chance qui sera retenue, le retard de diagnostic imputable aux manquements du généraliste et du cardiologue a entraîné une perte de chance

¹⁰ Cass. 1^{re} civ., 10 avril 2013, n°12-14.813. V. égal. Cass. 1^{re} civ., 7 décembre 2004, n°02-10.957 : Bull. I, n°302 ; RCA. 2005, comm. 60 ; D. 2005, p. 406, obs. J. Penneau ; Cass. 1^{re} civ., 14 juin 2005, n°04-14.878.

¹¹ Cass. 1^{re} civ., 18 juillet 2000, n°98-20.430.

¹² Cass. 1^{re} civ., 8 juillet 1997, n°95-17.076.

¹³ Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 6 mars 2007 n°05/21825.

¹⁴ Cour d'appel de Toulouse, 11 avril 2011, n°10/00132.

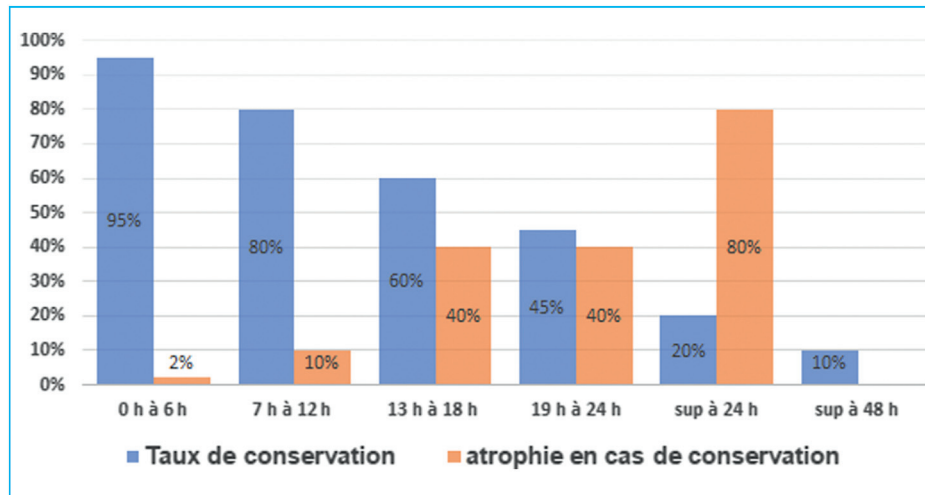


Figure 1. Conservation testiculaire et atrophie secondaire après torsion en fonction du délai de prise en charge (d'après Visser AJ et al. [7]).

d'éviter « les conséquences de la maladie dans toute la gravité de leurs manifestations dans une proportion qu'il apparaît justifié eu égard à la durée de ce retard et à la nature des incidences en résultant en termes de traitement et de qualité de vie, de fixer à 70 % du préjudice subi du fait de cette maladie ». La cour d'appel a retenu la responsabilité in solidum des deux praticiens.

Pour conclure, préjudice atypique, la perte de chance a longtemps été critiquée. En effet, une partie de la doctrine fait grief à cette « curiosité française » [5] de permettre la dissimulation d'une causalité douteuse [6] ou d'éviter la création d'un risque de nature à empêcher la réparation de l'entier dommage.

Pour autant, la perte de chance est aujourd'hui une notion incontournable de notre droit de la réparation. Sa consécration dans le Code civil est prévue à l'article 1238 du projet de réforme de la responsabilité civile¹⁵.

DANS CE CAS PRÉCIS, COMMENT L'EXPERT A-T-IL ÉVALUÉ LA PERTE DE CHANCE ?

L'expert a évalué cette perte de chance à l'aide du risque d'orchidectomie ou d'atrophie en fonction du délai entre l'apparition de la douleur et la détorsion chirurgicale.

Dans le cas de ce patient, il a évalué que l'intervention n'aurait pas eu lieu avant 13 à 18 heures de souffrance testiculaire, même si la prise en charge avait été correcte.

« Monsieur L. se présente aux services des urgences le ... alors que les symptômes ont débuté 11 heures plus tôt. L'examen du médecin urgentiste puis du chirurgien et enfin de l'anesthésiste, la réalisation du bilan pré opératoire et l'installation en salle font que, dans les plus brefs délais, la chirurgie aurait eu lieu entre 13 et 18 heures d'évolution, conférant ainsi des chances de conservation du testicule de 60 % avec un risque d'atrophie séquellaire de 30 %.. A ce stade de la pathologie, les chances de monsieur L. de conserver un testis fonctionnel sont estimées à 42 % (70 % des 60). Or,

finalement, l'acte chirurgical n'est réalisé que le ... , soit près de 48 heures après le début des symptômes. À ce stade, le taux de conservation baisse à 10 % et le taux d'atrophie sur testis conservé augmente à 80 %, ce qui fait tomber à 2 % les chances de conserver un testis fonctionnel (20 % des 10).

Ainsi la perte de chance de Monsieur L. de conserver son testicule gauche fonctionnel est de 40 % (42-2) ».

L'expert va ensuite évaluer les dommages qui seront donc impactés par ce coefficient de 40 % (Fig. 1).

CE QU'IL FAUT RETENIR

Une « grosse bourse aiguë douloureuse » chez un enfant ou un adolescent est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire, et ce, quel que soit le délai de prise en charge.

Les diagnostics évoqués de cette torsion atypique sont le plus souvent : constipation, colique néphrétique, appendicite.

Toute douleur abdominale de l'adolescent nécessite un examen clinique complet et notamment scrotal à la recherche de formes atypiques de torsion du cordon spermatique.

Il est important de tracer, dans le dossier médical, l'heure de début de la douleur et les épisodes antérieurs. Ces éléments sont majeurs dans l'évaluation du risque de nécrose testiculaire, ainsi que les informations données au patient et à sa famille.

Le tableau selon Visser évalue le risque d'orchidectomie ou d'atrophie en cas de conservation du testicule.

Pour les juges, il s'agit de réparer la perte de chance qu'aurait eue le patient de ne pas subir de dommages en refusant l'intervention ou les soins s'il avait été correctement informé des risques.

Cette notion se retrouve notamment dans les erreurs diagnostiques initiales, le retard de traitement en cancérologie ou les retards de prise en charge de complications post-opératoires.

La difficulté de l'avis technique médical est de proposer une évaluation chiffrée de la réalité clinique en rapport avec le dommage.

¹⁵Projet de réforme de la responsabilité civile, mars 2017.



Points essentiels à retenir

- Une « grosse bourse aiguë douloureuse » chez un enfant ou un adolescent est une torsion du cordon spermatique jusqu'à preuve du contraire, et ce quel que soit le délai de prise en charge.
- Les diagnostics évoqués de cette torsion atypique sont le plus souvent : constipation, colique néphrétique, appendicite.
- Toute douleur abdominale de l'adolescent nécessite un examen clinique complet et notamment scrotal à la recherche de formes atypiques de torsion du cordon spermatique.
- Il est important de tracer, dans le dossier médical, l'heure de début de la douleur et les épisodes antérieurs. Ces éléments sont majeurs dans l'évaluation du risque de nécrose testiculaire, ainsi que les informations données au patient et à sa famille.
- Le tableau selon Visser évalue le risque d'orchidectomie ou atrophie en cas de conservation du testicule.
- Pour les juges, il s'agit de réparer la perte de chance qu'aurait eue le patient de ne pas subir le dommage en refusant l'intervention ou les soins s'il avait été correctement informé des risques.
- Cette notion se retrouve notamment dans les erreurs diagnostiques initiales, le retard de traitement en cancérologie ou les retards de prise en charge de complications post opératoires.
- La difficulté de l'avis technique médical est de proposer une évaluation chiffrée de la réalité clinique en rapport avec le dommage.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- [1] Bah OR, Roupret M, Guirassy S, Diallo AB, Richard F. Aspects cliniques et thérapeutiques de la torsion du cordon spermatique: étude de 27 cas. *Prog Urol* 2010;7(20):527-31.
- [2] Mongiat-Artus PP. Torsion du cordon spermatique et des annexes testiculaires. *EMC-Urologie* 2003;1-8 [18-622-A-10].
- [3] Audenet, Roupret M. Les torsions du cordon spermatique: aspects du diagnostic et principes thérapeutiques. *Prog Urol* 2010;20:810-4.
- [4] Bacache M. *Traité de droit civil-Tome V, Les obligations, la responsabilité civile extracontractuelle*, Economica, 3^e édition, 2016.
- [5] Jourdain P. La perte de chance, une curiosité française, *Mélanges P. Wessner*; 2011: 167.
- [6] Savatier R. Une faute peut-elle engendrer la responsabilité d'un dommage sans l'avoir causé? *Chron* 1970 [123].
- [7] Visser AJ, Heyns CF. Testicular function after torsion of the spermatic cord. *BJU* 2003;92:200-3.