

L'analyse de l'expert

ORL

Dr Régis Cauchois



L'analyse des mises en cause en ORL permet d'identifier les points marquants suivants :

- ✓ **Concernant les rhino-septoplasties** avec allégation de mauvais résultat esthétique et/ou fonctionnel : sur le plan fonctionnel, l'indication d'une septoplastie doit être posée avec nécessairement un scanner pour la confirmer. En cas de geste turbinal associé, l'indication sur les cornets ne se conçoit qu'après échec de traitements médicaux suffisamment prolongés. Les mêmes remarques sont valables pour les septoplasties-turbinoplasties. Le terme de turbinectomie dans le CRO doit être évité au profit du terme de turbinoplastie (même si la différence est "sémantique"). Ce qui est important, c'est ce qui restera du cornet inférieur sur le scanner post-opératoire. Le syndrome du nez vide doit être évoqué dans l'information au patient. Sur le plan esthétique, il n'y a pas de petit geste. Le dossier photographique doit être particulièrement bien tenu, avec des photos datées pré et post-opératoires, *a fortiori* s'il y a des retouches. Le "consentement éclairé" doit être signé avec un délai de réflexion suffisant, de même que le devis en cas de geste esthétique associé, et l'ORL doit en garder une copie. Nous voyons encore trop de dossiers sans formulaire de consentement signé, celui-ci étant "égaré" dans les papiers de la clinique.
- ✓ **Les rares dossiers de chirurgie endo-nasale** avec complications cérébro-méningées (ou oculaires) sont en général considérés comme "maladresse fautive" dans une chirurgie qui est le plus souvent fonctionnelle. L'utilisation du NIM n'est pas encore obligatoire. En cas de complication, il est évident que l'indication devra être justifiée (scanner, échec de traitement médical prolongé).
- ✓ **Amygdalectomie** : un cas de "compresse oubliée", en fait oubliée dans le cavum après adénoïdectomie associée.
- ✓ **Chirurgie otologique** : il est important, dans l'otospongiose, de préciser l'alternative de l'appareillage et que l'information sur le risque de cophose post-opératoire soit bien tracée dans le dossier. En cas d'échec fonctionnel d'une ossiculoplastie ou encore de survenue de vertiges post-opératoires après tympanoplastie, l'aléa thérapeutique peut également être défendu à condition ici aussi d'une information tracée. La paralysie faciale définitive est en général considérée comme une faute technique. L'utilisation du NIM n'est pas obligatoire mais recommandée, en tout cas pour les reprises de tympanoplastie.
- ✓ **Thyroïde** : le risque récurrentiel et parathyroïdien est le plus souvent reconnu comme aléa thérapeutique, mais encore faut-il que l'information sur ces risques soit bien tracée et que l'indication sur certains nodules *a priori* bénins (échographie avec score Tirads et cytoponction avec classification de Bethesda) soit bien discutée avec l'alternative de la surveillance. Dans le cas d'une thyroïdectomie totale, les experts demandent de plus en plus s'il y a eu utilisation du NIM (non pas pour éviter la paralysie, mais pour décaler dans le temps l'exérèse du 2^e côté s'il y a un doute sur la vitalité du récurrent après le 1^{er} côté). Cette utilisation n'est pas encore obligatoire. Il y a une nette tendance à une désescalade thérapeutique dans les micro-carcinomes papillaires (lombo-isthmectomie simple voire même simple surveillance). Intérêt de présentation du dossier à une RCP.