

Chirurgie digestive et viscérale Dr Renaud Guichard



Les motifs de réclamation n'ont pas beaucoup varié. On retrouve, notamment en chirurgie bariatrique, les fistules en première position, soit près de la moitié des dossiers de bariatrique (alors qu'elles ne représentaient qu'un dossier de bariatrique sur quatre en 2022). Si les ressorts techniques de cette complication ne sont pas encore complètement élucidés, il ne s'agit pas pour autant d'une fatalité. À ce titre, les sociétés savantes insistent sur l'intérêt de la préhabilitation. Ce concept vise à se donner les meilleures chances en « préparant » le patient de façon adéquate. En ce qui concerne le risque de fistule, celui-ci peut être minoré si l'on arrive à faire diminuer autant que possible la consommation de tabac chez les fumeurs. On est même en droit de différer une intervention quand ce facteur de risque n'est pas contrôlé.

Une étude plus poussée de ces déclarations montre également tout l'intérêt à travailler en collaboration étroite avec des gastroentérologues expérimentés. En effet, l'endoscopie est à la fois, en chirurgie bariatrique, un élément de diagnostic, mais également de traitement des fistules. Cette opportunité doit être envisagée chaque fois que c'est possible.

Enfin, et pour en finir (provisoirement) avec les fistules en chirurgie bariatrique, on n'insistera jamais assez sur le suivi des premières heures et des premiers jours, qui est parfois en défaut dans certains dossiers. Une tachycardie précoce (dans les heures qui suivent) peut être une alerte, par exemple dans les fistules sur anse biliaire. À ce titre, il ne faut pas être systématique sur l'ambulateur, et savoir garder un patient à risque quand tous les voyants ne sont pas au vert. En cas d'ambulateur, les visites de contrôle doivent être précoces et rapprochées, et l'appel téléphonique du lendemain ne doit pas être négligé.

En ce qui concerne la chirurgie des hernies inguinales, les complications sont là encore classiques. Les douleurs postopératoires prolongées que l'on voit dans certains dossiers sont parfois évitables. Les techniques dites « tension-free » montrent qu'une réparation par abord direct peut-être efficace sans entraîner de fortes douleurs par tensions musculo-tendineuses, ce qui est primordial pour les patients ambulatoires et ceux pour qui la reprise d'activité précoce est importante. Pour ce qui est des ischémies testiculaires, complications malheureusement « classiques », que l'on retrouve chaque année, surtout dans les techniques par abord direct, un examen préopératoire des bourses est nécessaire afin de vérifier l'état antérieur des testicules et ne pas se faire reprocher une lésion testiculaire « préexistante » à la cure herniaire. Il ne faut pas non plus être trop extensif sur la dissection du cordon et du fameux « lipome pré-herniaire », afin de ne pas risquer de compromettre la vascularisation testiculaire.

Enfin, pour en finir avec les « classiques », la prise en compte des recommandations des sociétés savantes dans les cholécystectomies aurait permis d'éviter certains dossiers. Nous rappellerons que la Vision Critique de Sécurité (vision claire du trépied cholédoque, canal cystique et artère cystique, visuelle ou radiologique) est un préalable à la poursuite d'une cholécystectomie dans de bonnes conditions. Enfin, il est regrettable de voir encore des plaies du grêle à distance de la zone opératoire par arc électrique lors de l'utilisation du bistouri monopolaire, l'utilisation de l'énergie bipolaire étant beaucoup plus sûre sur ce point.