Hernie ombilicale et abcès intra abdominal

RESUME : Patiente qui présentera un abcès intra-abdominal après une réparation d'une hernie ombilicale.

ANTECEDENTS : Ligne de hernie discale.

FAITS : Patiente de 50 ans opérée en ambulatoire par un chirurgien général pour une récidive d'hernie ombilicale avec mise en place d'une prothèse intra-péritonéale. Elle avait déjà subi une intervention pour cette hernie 5 ans plus tôt par le même chirurgien. Dans les suites de l'intervention de reprise, elle sera autorisée à regagner son domicile et sera réhospitalisée en urgence le jour même pour des douleurs abdominales intenses accompagnées de sueurs et tachycardie. Un traitement antalgique sera mis en place. La patiente sera prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée puis transférée en USC face à la persistance des douleurs, d'un état dyspnéique ainsi qu'une CRP élevée. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien objectivera alors un épanchement pleural bilatéral associé à un épanchement pelvien probablement du à une fistule digestive. Une triple antibiothérapie sera alors débutée et une reprise chirurgicale pour laparotomie sera effectuée en urgence par le chirurgien initial. En per-opératoire une péritonite par perforation du grêle sera mise en évidence ainsi qu'une zone de nécrose du grêle sur bride. Une suture de la perforation, un lavage, un drainage de la cavité péritonéale ainsi qu'une fermeture pariétale sur une grande prothèse seront effectués. La patiente regagnera alors l'USC. Les suites opératoires seront marquées par la persistance d'un syndrome septique, l'apparition d'un tableau de détresse respiratoire avec dyspnée et hypoxémie, la découverte d'une collection abdominale résiduelle et la persistance d'un syndrome algique abdominal avec troubles du transit. La patiente sera admise en service de soins intensifs puis sera transférée en service de chirurgie digestive au centre hospitalier. Sur le plan respiratoire et infectieux il sera constaté une amélioration. Elle reprendra progressivement la marche mais présentera un abcès persistant de la cicatrice abdominale nécessitant la réouverture de cette dernière pour permettre des irrigations et un drainage par mèche. Un scanner abdomino-pelvien montrera également la persistance d'une infiltration péri-hépatique sous-diaphragmatique et une petite collection résiduelle sous la paroi abdominale antérieure droite. La patiente sera autorisée à regagner son domicile avec port d'une ceinture de contention abdominale. Malheureusement l'apparition d'une nouvelle éventration nécessitera une intervention pour mise en place d'une nouvelle prothèse de renforcement pariétal. Les suites opératoires seront marquées par une autre intervention pour excision d'un névrome au niveau du flanc gauche avec des suites secondaires simples.

PROCEDURE : La patiente saisira la CCI d'une demande d'indemnisation à l'encontre du chirurgien général ainsi que de l'Etablissement. La Commission se déclarera incompétente car les critères ne sont pas atteints. Elle saisira alors le tribunal administratif à l'encontre des mêmes parties ainsi que de l'ONIAM et de la CPAM.

DECISION : L'expert retiendra dans son rapport que la prise en charge initiale du chirurgien général ainsi que la prise en charge de la complication ont été conformes aux règles de l'art. Il conclut en effet que la lésion de l'intestin grêle consécutive à l'intervention est un aléa thérapeutique, aucune faute ou maladresse technique de la part du chirurgien n'ayant été mis en évidence. Le jugement du tribunal administratif n'a pour l'heure pas encore été rendu.

ANALYSE DIRECTEUR MEDICAL

Toute cure chirurgicale d'éventration doit comporter une antibioprophylaxie. Elle était présente ici et tracée. L'expert a retenu des soins conformes et a évoqué une occlusion précoce sur bride. L'importance est de tracer par écrit toute votre prise en charge heure par heure et jour après jour.