L'ACTU JURIDIQUE

Cholécystectomie et plaie biliaire

RESUME : Plaie de la voie biliaire après une cholécystectomie.

ANTECEDENTS : Spondylarthrite ankylosante traitée, bandelette, conisation.

FAITS : Femme de 60 ans qui consultera un chirurgien viscéral et digestif pour un tableau de cholécystite chronique. Une indication opératoire lui sera proposée. Elle sera informée des risques et bénéfices du geste chirurgical. Une cholécystectomie par coelioscopie sera réalisée 6 jours plus tard sans difficulté avec réalisation d'une antibioprophylaxie. Elle subira une reprise chirurgicale 3 jours plus tard par un autre chirurgien digestif en raison d'un écoulement important de bile dans le redon et de douleurs abdominales importantes. Il sera mis en évidence une plaie de la face postérieure du cholédoque due à une lésion par brûlure thermique. La patiente sera traitée par la pose d'un drain d'Escat. Les suites opératoires immédiates seront simples et le drain abdominal sera ôté. Cependant, 48 heures plus tard, la patiente présentera des douleurs abdominales vives avec apparition brutale de bile dans le pansement qui motiveront une seconde reprise. Il sera retrouvé un cholépéritoine de faible abondance ainsi qu'une perforation à la face antérieure du cholédoque plus large que précédemment avec absence d'étanchéité autour du drain. Un drain de Kehr sera mis en place après ablation du drain d'Escat. Un prélèvement bactériologique sera réalisé se révélant négatif. Les suites de cette troisième intervention seront compliquées par l'apparition d'une thrombose veineuse profonde au niveau du mollet droit qui nécessitera un traitement anticoagulant à doses curatives durant 3 mois avec relais par antivitamine K associé à une contention élastique. Une cholangiographie sera réalisée ne révélant aucune fistule ni anomalie et confirmant le bon positionnement du drain de Kher dans la voie biliaire principale. Un traitement par IPP sera également mis en place devant l'existence d'une douleur épigastrique. La patiente sera par la suite autorisée pour un retour à domicile. Elle sera revue en consultation par son chirurgien une semaine plus tard qui notera des suites normales. La patiente décidera de poursuivre sa prise en charge auprès d'un autre service de chirurgie digestive et sera vue en consultation par un 3ème chirurgien digestif qui lui prescrira une nouvelle bili-IRM qui mettra en évidence une sténose de la voie biliaire principale. Il procédera au déclampage du drain de Kehr suite à l'apparition d'un écoulement bilieux avant d'être de nouveau clampé une semaine plus tard. La patiente sera vue en consultation par un 4ème chirurgien digestif qui prescrira un bilan hépatique et une bili-IRM de contrôle qui ne montreront aucune anomalie. L'ablation du drain de Kehr sera effectuée sans difficulté. La patiente sera cependant hospitalisée à nouveau 2 mois plus tard pour un geste de calibrage par voie endoscopique pour la prise en charge d'une sténose. La patiente sera opérée 4 mois plus tard pour la pose d'une prothèse métallique couvrant la sténose persistante. Les suites opératoires seront marquées par une pancréatite aigüe traitée médicalement. Un scanner révèlera l'existence d'une maladie kystique de la queue du pancréas. La patiente sera par la suite suivie régulièrement par un gastro entérologue qui constatera suite à une bili-IRM de contrôle une migration de la prothèse biliaire associée à une sténose persistante.

PROCEDURE : Dans son rapport, l'expert retient que la plaie biliaire présentée par la patiente dans les suites de l'intervention initiale constitue un aléa thérapeutique. Il précise par ailleurs que la sténose biliaire n'est pas en lien avec la première reprise chirurgicale et que l'ensemble des lésions survenues et soins sont

imputables de façon directe, certaine et exclusive à l'aléa thérapeutique. Par ailleurs et s'agissant de la survenue d'une thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit, l'expert estime qu'elle est due à l'absence de mise en place d'une prophylaxie efficace lors de la cholécystectomie dont la responsabilité incombe au premier chirurgien digestif.

DECISION : Chaque expertise est une enquête minutieuse pour retracer les faits et gestes des professionnels de santé afin d'appréhender réellement la responsabilité de chacun des intervenants. Nous vous rappelons que les patients peuvent porter réclamation 10 ans après consolidation. Dès lors, les mises en cause peuvent surgir malgré un nomadisme du patient et plusieurs années après votre prise en charge. Constituez vous un dossier médical avec une traçabilité optimale.

ANALYSE DIRECTEUR MEDICAL

Chaque expertise est une enquête minutieuse pour retracer les faits et gestes des professionnels de santé afin d'appréhender réellement la responsabilité de chacun des intervenants. Nous vous rappelons que les patients peuvent porter réclamation 10 ans après consolidation. Dès lors, les mises en cause peuvent surgir malgré un nomadisme du patient et plusieurs années après votre prise en charge. Constituez vous un dossier médical avec une traçabilité optimale.