

EVALUATION DU RISQUE MEDICO-LEGAL DES THYROÏDECTOMIES EN PRATIQUE ORL A ABIDJAN

EVALUATION OF THE MEDICO-LEGAL RISK OF THYROIDECTOMY IN ENT IN ABIDJAN.

MOBIO A M N¹, KOFFI-AKA V¹, BALAGHI H¹, KACOU E², N'GATTIA K V³

1 : Service ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU de Treichville-Abidjan

2 : Service dermatologie (épidemiologiste), CHU de Treichville-Abidjan

3 : Service ORL CHU et Chirurgie cervico-faciale, Bouaké

Correspondance : MOBIO N'kan Max Ange

Service ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU de Treichville,

01 BPV 03 Abidjan 01, Côte d'Ivoire / Email: mobiomax@yahoo.fr

RESUME

Objectif : Evaluer le risque médico-légal lié à la thyroïdectomie.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, transversale réalisée dans les services d'ORL-CCF des CHU d'Abidjan entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2009. Elle a concerné 56 cas de thyroïdectomie. Les critères d'évaluation ont été basés sur les écarts entre les informations contenues dans le dossier médical et la série des actes obligatoires à accomplir ainsi que sur la notion d'imputabilité. Le risque médico-légal a été lié à la probabilité que ces écarts auraient pu être source de préjudices et de litiges.

Résultats : L'interrogatoire a été incomplet dans 78,6% des cas. L'examen des cordes vocales n'a pas été rapporté dans 62,5% des cas. Le compte rendu opératoire a été incomplet dans 42% des cas. La surveillance post-opératoire n'a pas été relevée dans 71,4% des cas. Les complications post opératoires ont représenté 16%. Le risque médico-légal a été jugé moyen et élevé dans respectivement 83,9% et 16,1% des cas.

Conclusion : Les thyroïdectomies en pratique ORL à Abidjan exposent à un risque médico-légal relativement important. Les omissions et les négligences montrent l'intérêt d'une sensibilisation des différents acteurs impliqués.

MOTS CLÉS : THYROÏDECTOMIE – RISQUE MÉDICOLÉGAL

ABSTRACT

Objective : Evaluate the medico-legal risk of thyroidectomy.

Materials and Methods: it's descriptive and transversal study, made in ENT's unit of CHU of Abidjan from 1st January 2000 to 31 December 2009. It's about 56 cases of thyroidectomy. The criterion of evaluation have based on difference between the information in medical record and series of obligatory acts in thyroidectomy and the notion of imputability. The medico-legal risk has bound at the probability that the difference could been source of damages and lawsuits.

Results: Interrogation has been incomplete in 78.6% of cases. The exam of vocal cord wasn't mentioned in 62.5% of cases. The report operatories has been incomplete in 42 % of cases. The post surgical surveillance wasn't noted down in 42% of cases. The post surgical complications were 16% of cases. The medico-legal risk has been judge medium and high respectively in 83.9% and 16.1% of cases.

Conclusion: The medico-legal risk of thyroedectomy in Abidjan was relatively high. The omissions and negligence show interest in sensitization of different practitioner.

KEYS WORDS: THYROIDECTOMY- MEDICOLEGAL RISK

INTRODUCTION

Les litiges post-thyroïdectomies seraient en augmentation exponentielle aux Etats-Unis. En effet, 2 à 3% des revendications médico-légales en chirurgie générale sont en rapport avec une lésion du nerf laryngé inférieur après thyroïdectomie ^[1, 2]. Le risque médico-légal lié aux thyroïdectomies est de deux ordres. Il existe un risque qualifié d'absolu

en rapport avec les actes susceptibles d'induire statistiquement une proportion donnée de complications. L'autre niveau de risque qualifié de relatif est fonction du praticien lui-même notamment, de ses habitudes de pratique et de son expérience ^[3].

L'objectif de la présente étude était d'évaluer le risque médico-légal absolu des thyroïdectomies en pratique chirurgicale d'oto-rhino-laryngologie (ORL).

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale menée dans les services d'ORL et de CCF des trois CHU d'Abidjan partir des dossiers de patient chez lesquels une thyroïdectomie a été pratiquée.

Ont été inclus les dossiers des patients de la période allant du 1er janvier 2000 au 31 décembre 2009. Les dossiers des patients ayant fait l'objet de reprise de thyroïdectomie n'ont pas été retenus. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'une fiche d'enquête.

L'évaluation du risque médicolégal absolu a été faite à partir des informations des dossiers portant sur la prise en charge clinique et thérapeutique des patients.

Trois types de critères d'évaluation ont été déterminés sur la base des écarts entre les informations contenues dans le dossier médical et celles attendues conformément aux actes obligatoires à accomplir lors d'une thyroïdectomie.

Trois critères classés majeurs, moyens et mineurs ont été définis dans les tableaux I, II, III.

Tableau I : Définition des critères majeurs

Items	Conditions
Indication de la thyroïdectomie	Absence de notification ou de justification dans le dossier médical
Décision chirurgicale per-opératoire	Absence de justification dans le dossier médical
Compte-rendu opératoire	Absence dans le dossier médical d'information concernant l'ensemble des actes opératoires suivants : Non réalisation et non enregistrement d'un ou de plusieurs actes opératoires suivants : -l'hémostase des artères et veines thyroïdiennes inférieures sauf isthmectomie isolée -l' hémostase de l'artère et veines thyroïdiennes supérieures sauf isthmectomie isolée - conservation de l'intégrité du nerf laryngé inférieur (récurrent) sauf isthmectomie isolée
Examen anatomopathologique de la pièce opératoire	Absence dans le dossier médical du résultat
Acte chirurgical	Absence dans le dossier médical ou non conformité du geste ou de la technique opératoire vis-à-vis : - du diagnostic suspecté en per-opératoire - de la réparation d'un éventuel incident per-opératoire à effectuer
Complications postopératoires d'hémorragie et de paralysie récurrentielle	Présence de l'une ou l'autre complication
Surveillance postopératoire	Absence de notification dans le dossier médical

Tableau II : Définition des critères moyens

Items	Conditions
Interrogatoire	Absence dans le dossier médical d'une ou de plusieurs des données suivantes : - l'existence de dysphonie ancienne (antécédent de dysphonie) - la notion d'irradiation cervicale antérieure (antécédent d'irradiation cervicale) - l'antécédent de pathologie thyroïdienne - le signe d'appel à type de dysphonie et/ou de dyspnée
Examen physique	Absence dans le dossier médical d'information relative à la laryngoscopie indirecte (LID ou Nasofibroscopie) en pré-opératoire
Bilan préopératoire	Absence dans le dossier médical des résultats d'un ou de plusieurs des examens suivants : - le dosage des hormones thyroïdiennes - l'échographie thyroïdienne - la radiographie pulmonaire - la consultation préanesthésique
Consentement éclairé	Absence de notification dans le dossier médical
Compte-rendu opératoire	Absence dans le dossier médical d'information concernant l'un des actes opératoires suivants : - l'hémostase des veines jugulaires antérieures - l'hémostase de la veine thyroïdienne moyenne - l'hémostase de l'artère et des veines thyroïdiennes inférieures - l'hémostase de l'artère et des veines thyroïdiennes supérieures - le geste sur le nerf laryngé supérieur - le geste sur le nerf laryngé inférieur (récurrent)
Examen anatomopathologique de la pièce opératoire	Non disponible
Ordre chronologique des principaux temps opératoires	Non respecté
Traitement et soins post-opératoires	Absence dans le dossier médical d'information concernant l'un ou plusieurs des données suivantes : - la calcithérapie après hypocalcémie post thyroïdectomie totale biologiquement prouvée - l'opothérapie après hypothyroïdie post thyroïdectomie totale biologiquement prouvée - tout autre traitement médical et soins post-opératoires
Surveillance post-opératoire	Absence dans le dossier médical d'information concernant l'un ou plusieurs des données suivantes : - la qualité de la voix - la fréquence respiratoire - l'efficacité de l'hémostase (le drain cervical, le volume cervical) - la mobilité des cordes vocales (LID post-opératoire ou Nasofibroscopie) - la calcémie post thyroïdectomie totale - la consultation endocrinologique post thyroïdectomie totale (le dosage des hormones thyroïdiennes)
Complications autres que la paralysie récurrentielle et l'hémorragie	Présence de la complication

Tableau III : Définition des critères mineurs

Items	Conditions
Compte-rendu opératoire	Absence dans le dossier médical d'information concernant l'un ou plusieurs des actes opératoires à priori réalisés suivants: <ul style="list-style-type: none"> - le type d'incision cutané - la longueur de l'incision cutanée - la confection du lambeau myo-cutané - les limites du décollement - la dissection de ligne blanche - la reclinaison latérale ou section des muscles sous hyoïdiens - l'isthmectomie - l'exérèse de la glande - la description de l'aspect macroscopique de la glande - la mise en place des drains aspiratifs - le pansement - la réalisation d'un geste à visée réparatrice

Le risque médico-légal a été établi sur la probabilité que les écarts ont pu être source de préjudices. Il a été jugé selon les trois niveaux suivant:

- il est faible en présence d'au moins un critère mineur ;
- il est moyen en présence d'au moins un critère moyen associé ou non à un critère mineur ;
- il est élevé en présence d'au moins un critère majeur associé ou non à un critère moyen associé ou non à un critère mineur.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi Info 6.04.

RESULTATS

Cinquante six dossiers médicaux de patients ayant subi une thyroïdectomie ont été collectés. Les différents critères ont été respectivement relevés dans 91,1% des cas pour les mineurs (n = 51/56), 35,7% pour les moyens (n = 20/56) et 16,1% pour les majeurs (n = 9/56). Dans certains dossiers, plusieurs critères ont été relevés à la fois.

Les données d'interrogatoire étaient estimées incomplètes dans 78,6% des cas. Cette insuffisance est due à l'absence d'information sur :

- les antécédents de dysphonie (62,5%),
- les antécédents d'irradiation cervicale (66,1%),
- les antécédents de pathologie thyroïdienne (33,9%),

- l'existence ou non de dysphonie (37,5%) ou de dyspnée (39,3%).

L'examen des cordes vocales n'était pas rapporté dans 62,5% des cas (n= 35).

Les indications de la thyroïdectomie étaient justifiées dans 100% cas. Aucune preuve de consentement éclairé n'a été trouvée.

Le compte-rendu opératoire était estimé incomplet dans 42% des cas du fait de l'inexistence d'information sur d'une part l'hémostase des vaisseaux thyroïdiens et jugulaires antérieurs (figI) et d'autre part sur les données suivantes :

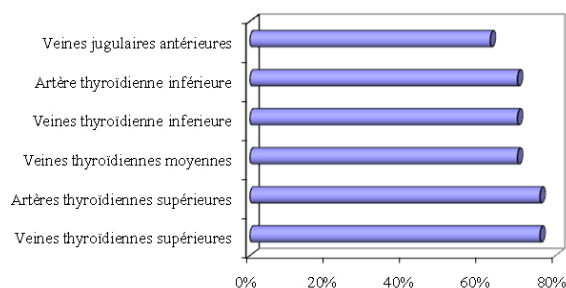


Figure I: Informations absentes relatives à l'hémostase des vaisseaux thyroïdiens et jugulaires antérieurs

- la conservation ou non des parathyroïdes (62,9%)
- l'intégrité du nerf laryngé supérieur (11,1%)
- la dissection ou non du nerf laryngé inférieur (18,6%)
- l'indication de la longueur de l'incision cutanée (83,9%),
- la dissection de la ligne blanche (51,7%),
- l'exérèse de la glande thyroïde (8,9%),
- et la fermeture de la plaie opératoire (12,5%).

Le résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire n'était pas mentionné dans 69,9% des cas.

Les éléments de la surveillance post-opératoire manquaient dans 71,4% des cas. Il s'agissait notamment des informations suivantes :

- l'examen post-opératoire des cordes vocales (67,8%)
- la qualité de la voix (17,9%)
- la fréquence respiratoire (44,6%)
- le volume cervical (55,4%)
- la quantité de liquide du de drainage de la plaie opératoire (21,4%)

- le pouls, la température et la tension artérielle (respectivement 3,6%).

N'ont pas été également rapportés la calcémie pour les cas de thyroïdectomie totale et subtotale (40%) ainsi que les signes d'hypoparathyroïdie pour les cas de thyroïdectomie totale (47,6%). Les informations relatives aux pansements et à l'ablation du drain n'ont pas été consignées dans 17,9% des cas respectivement.

Les complications post-opératoires représentaient 16% des cas (n = 14). Au nombre des critères majeurs ont été recensés une paralysie récurrentielle transitoire et séquellaire respectivement dans 10,7% et 1,7% des cas et un hématome cervical (5,3%). Les complications relevant des critères moyens ont été représentées par des cas de dyspnée laryngée, de crise parathyroïdienne, d'hypothyroïdie et de cicatrice chéloïde. Elles ont constitué respectivement 1,7% des cas.

Le risque médico-légal a été estimé moyen dans 47 cas (83,9%). Dans 4 de ces dossiers (7,1%) ne figuraient que des critères moyens et dans les 43 autres (76,8%) des critères moyens et mineurs ont été simultanément relevés.

En fonction du type d'intervention, le risque médico-légal moyen a concerné :

- 15 cas (26,7%) de thyroïdectomie totale,
- 27 cas (48,2%) de lobo-isthmectomie,
- 3 cas (5,3%) de thyroïdectomie subtotale,
- 2 cas (3,5%) isthmectomie.

Le risque médico-légal élevé a été retenu dans 9 cas (16,1%). L'un de ces dossiers (1,8%) mentionnait à la fois des critères majeurs et moyens, pour les 8 autres (14,3%) des critères majeurs, moyens et mineurs étaient simultanément rapportés.

En fonction du type d'intervention, le risque médico-légal élevé a concerné :

- 6 cas (10,7%) de thyroïdectomie totale.
- 2 cas (3,5%) de lobo-isthmectomie,
- 1 cas (1,7%) de thyroïdectomie subtotale.

Nous n'avons pas constaté de cas de risque médico-légal faible parce qu'aucun dossier médical ne comportait de critères mineurs seuls.

COMMENTAIRES

Notre étude montre qu'il existe un risque médico-légal dans la pratique de la chirurgie thyroïdienne en ORL à Abidjan.

Concernant le risque médico-légal moyen, il a été plus fréquemment relevé dans les dossiers de lobo-isthmectomie et de thyroïdectomie totale.

Certains actes comme la notification des données de l'interrogatoire auraient pu réduire le risque. Dans plus de la moitié des cas, le résultat de l'examen des cordes vocales n'a pas été enregistré dans le dossier médical avant l'intervention entraînant un doute sur sa réalisation. C'est inadmissible pour des spécialistes dont relève cet examen [4,5]. De plus, LAMAS et coll.[6], ont montré la possibilité de découvrir une paralysie récurrentielle sans expression fonctionnelle lors de la laryngoscopie indirecte. Cet examen s'impose également après l'intervention dans des délais variables selon les équipes ; dès le lendemain de l'intervention pour AYACHE et coll.[7]. Pour MEGHERBI et coll. [8], la laryngoscopie devrait être pratiquée au huitième jour post-opératoire chez les patients présentant une dysphonie et dans un délai de 3 mois chez tous les patients.

Aucun consentement éclairé n'a pu être prouvé, on peut supposer qu'il a pu être oral ; ce qui pose le problème de la meilleure formule à utiliser. Si certaines équipes apprécient le bien fondé de cette pratique, d'autres estiment que la fiche d'information écrite n'a pas fait la preuve de son utilité au plan médical et qu'elle est à la base de 14,6% de refus avant chirurgie thyroïdienne [9,10].

Les techniques et moyens d'hémostase ont été insuffisamment décrits dans plus de la moitié des cas dans notre étude. Il en découle que toute justification des complications hémorragiques survenues dans notre série paraîtrait douteuse. Dans plus de la moitié des cas, les informations sur le geste pratiqué au niveau des parathyroïdes ont manqué dans notre étude. Ces omissions auraient rendu difficile l'interprétation d'une hypocalcémie secondaire. Celle-ci peut résulter soit d'une suppression intentionnelle de la glande parathyroïde en position intracapsulaire [11] soit d'un échec de tentative de sa préservation. La responsabilité du chirurgien pourrait être mise en cause vis-à-vis des conséquences d'une hypocalcémie.

L'absence du résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce de thyroïdectomie dans la majeure partie de nos dossiers ne permet au chirurgien d'avoir le diagnostic définitif. Il se pose à lui un problème de moyens pour une prise en charge efficiente des patients.

Le risque médico-légal a été jugé élevé déterminé par notre étude pour les cas de paralysie récurrentielle et d'hémorragie. Le taux de l'atteinte récurrentielle des séries d'OUOBA^[12] et de HASSAN^[4] représentant respectivement 13,46% et 9,8% étant sensiblement comparable à celui de notre étude. Cela prouve que c'est une chirurgie à risque. L'atteinte récurrentielle constitue avec l'hémorragie, les principales complications de la chirurgie thyroïdienne et leur survenue entraîne une imputabilité complète^[1, 5].

CONCLUSION

Les thyroïdectomies en pratique ORL à Abidjan exposent à un risque médico-légal relativement important. Les valeurs du risque rendent compte des actes préjudiciables posés par ces chirurgiens ORL les exposant ainsi à des sanctions juridiques. Les omissions et négligences dans la prise en charge montrent l'intérêt d'une sensibilisation des différents acteurs impliqués.

REFERENCES

- 1- SCHULTE KM, RÖHER HD. Medico-legal aspects of thyroid surgery. *Chirurg* 1999; 70: 1131-8.
- 2- MANOLIDIS S, TAKASHIMA M, KRIBY M et al. Thyroid surgery: a comparison of outcomes between experts and surgeons in training. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2001; 125: 30-3.
- 3- COURTAT P, VILANOVA J. Accident et risque médical : le point de vue de l'assureur et de son médecin-conseil. In : *Laccoureye O, Chabolle F, eds. Les risques chirurgicaux en oto-rhino-laryngologie : information, prise en charge et prévention*. Paris : Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la Face et du Cou; 2008. p.69-75.
- 4- HASSAN I, KOLLER M, KLUGE C et al. Supervised surgical trainees perform thyroid surgery for Graves' disease safely. *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 597-602.
- 5- ROSATO L, CARLEVATO MT, DE TOMA G ET AL. Recurrent laryngeal nerve damage and phonetic modifications after total thyroidectomy: Surgical malpractice or predictable sequence? *World J Surg* 2005; 29: 780-4.
- 6- LAMAS G, TANKERE F, SOUDANT J. Examen des cordes vocales avant une thyroïdectomie. *Ann Chir* 1999; 53(1): 69-70.
7. AYACHE S, TRAMIER B, CHATELAIN D ET AL. Evolution de la chirurgie thyroïdienne vers la thyroïdectomie totale : à propos de 735 cas. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2005; 122(3): 127-33.
- 8- MEGHERBI MT, GRABA A, ABID L ET AL. Complications et séquelles de la chirurgie thyroïdienne bénigne. *J Chir (Paris)* 1992; 129(1): 41-6.
- 9- LACCOUREYE L, WERNER A, CAUCHOIX R ET AL. Apports et limites de la fiche écrite lors de l'information sur les risques encourus avant un acte chirurgical programmé. *Med Droit* 2008; (90): 63-6.
- 10- LACCOUREYE O, CAUCHOIS R, WERNER A ET AL. Analyse des facteurs qui influencent sur la mémorisation et l'interprétation par le malade de l'information concernant les risques de thyroïdectomie : discussion. *Bull Acad Natl Med* 2008 ; 192(2): 405-20.
- 11- MANOURASA, MARKOGIANNAKISH, LAGOUDIANAKIS E et al. Unintentional parathyroïdectomy during total thyroidectomy. *Head Neck* 2008; 30: 497-502.
- 12- OUOBA K, SANO D, WANDAOGO A ET AL. Les complications de la chirurgie thyroïdienne : à propos de 104 thyroïdectomies au *CHU de Ouagadougou*. *Cah ORL* 1998; 3: 178-82.