

2025

L'analyse de l'expert

Dr Régis CAUCHOIS

Oto-rhino-laryngologiste consultant MACSF

L'analyse des réclamations met en exergue les points suivants :

- **Septoplasties et rhino-septoplasties avec allégation de mauvais résultats esthétiques et/ou fonctionnels :**
 - **Sur le plan fonctionnel**, l'indication doit être posée avec impérativement un scanner pour confirmer l'indication d'une septoplastie. En cas de geste turbinel associé, l'indication sur les cornets ne se conçoit qu'après échec de traitements médicaux suffisamment prolongés. Le terme de turbinectomie dans le CRO doit être évité au profit du terme de turbinoplastie (même si la différence est "sémantique »). Le syndrome du nez vide (3 dossiers) doit être évoqué dans l'information au patient tout comme le risque de résultat fonctionnel insuffisant.
 - **Sur le plan esthétique**, il n'y a pas de petit geste esthétique (6 dossiers pour insuffisance de résultat). Le dossier photographique doit être particulièrement bien tenu avec des photos datées pré et postopératoires (*a fortiori* s'il y a des retouches), et ce, même si la motivation initiale du patient est purement fonctionnelle. 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 le dossier de la clinique, ou sans dossier photographique complet. L'information doit bien sûr porter entre autres sur le risque de résultat esthétique "insuffisant".
- **Chirurgie endo-nasale avec complications cérébro-méningées ou oculaires** : ces dossiers sont en général considérés comme "maladresse fautive" dans une chirurgie dont l'indication est le plus souvent fonctionnelle. L'utilisation du NIM n'est pas encore obligatoire. En cas de complication, l'indication devra être justifiée (scanner, échec de traitements médicaux prolongés). Deux oublis de compresses ou de fragments de mèche : il est "dangereux" de couper des compresses pour faire une hémostase transitoire avant de poursuivre un geste. Peut-être faudra-t-il en venir à l'utilisation systématique de cotons neuro-chirurgicaux qui présentent un fil de rappel.

- **Adéno-amygdalectomie** : 2 cas de "compresse oubliée". Il faudra sans doute se plier à l'impératif du comptage des compresses.
- **Chirurgie otologique** : il est important dans l'otospongiose de préciser l'alternative de l'appareillage et que l'information sur le risque de cophose et de vertiges post-opératoires soit bien tracée dans le dossier. En cas d'échec fonctionnel d'une ossiculoplastie ou encore de survenue de vertiges postopératoires 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 (lobectomie simple voire même simple surveillance). Intérêt de présentation du dossier à une RCP si suspicion de cancer sur l'échographie et/ou la cytoponction.