

Réflexions autour des complications et implications juridiques potentielles d'une prise en charge inadéquate d'un problème lymphatique

Une prise en charge inadéquate d'un problème lymphatique peut avoir des conséquences et implications juridiques. Autant le savoir, en être conscient et adapter ces prises en charge à ces situations...

Reflections on the complications and potential legal implications of inadequate management of a lymphatic problem

Inadequate management of a lymphatic problem can have legal consequences and implications. We might as well know it, be aware of it and adapt these treatments to these situations...

Beschouwingen over de complicaties en mogelijke juridische implicaties van ontoereikende behandeling van een lymfeprobleem

Ontoereikende behandeling van een lymfeprobleem kan juridische gevolgen en implicaties hebben. We kunnen het net zo goed weten, ons ervan bewust zijn en deze behandelingen aanpassen aan deze situaties...

Vous avez des questions? Faites-nous part de vos réflexions ? Contactez-nous !

Heeft u vragen? Deel je je gedachten met ons? Neem contact met ons op!

Have questions? Share your thoughts with us? Contact us!

Scénario 1 et Problème 1

Une personne présente une adénomégalie inguinale de consistance « ferme » (un ganglion inguinal de taille augmentée que l'on peut palper) et de position « basse » dans le creux. il n'y a pas d'infection ou site inflammatoire au niveau du membre (ou de la sphère génitale), pas de lésion cutanée ou unguéale ni de ganglions par ailleurs nets.

Le médecin a différentes options :

- a) il demande une biologie (status inflammatoire ? leucocytose ? lymphocytose ?)
- b) il demande une confirmation échographique simple
- c) il demande une analyse écho-doppler de ce ganglion
- d) il demande un PET-scan au 18F-DG
- e) il demande une ponction à l'aiguille fine de ce ganglion
- f) il en demande la résection sélective et
- g) il en demande l'analyse anatomo-pathologique

Problème 1 :

- la biologie est normale et l'échographie simple est réalisée qui confirme un ganglion de structure plus dense que simplement de composition lymphatique.
- les options c et e ne sont pas considérées et le ganglion est réséqué.

Conséquence de cette séquence :

la personne développe un lymphoedème du membre qui s'étend et va progresser de la racine du membre au pied. l'analyse AP du ganglion n'est pas réalisée car la situation considérée bénigne (une ponction eût pu ramener un matériel bénin ou simplement « hémorragique »)

Discussion :

en fait et dans le cas auquel nous pensons, l'AP montre un ganglion à la structure anormale avec un diagnostic de « hamartome lymphangio-myomateux ». De tels ganglions peuvent être observés dans des maladies lymphatiques primaires non oncologiques (parfois aussi après opération pour cancer) et sans œdème concomitant du membre.

Réflexions :

En fait, un interrogatoire clinique eût pu révéler que la personne présentait :

- des symptômes pouvant évoquer des épisodes d'œdème au niveau de ce membre (par temps chauds et/ou de voyages et/ou d'une grossesse et/ou avant les menstruations...)
- un contexte familial d'œdème des membres surtout si latéralisé et hors problèmes explicatifs classiques simples

Solutions :

- un examen écho-doppler de ce ganglion eût pu en démontrer le caractère hyper-vascularisé (qui peut toutefois être observé dans certaines pathologies bénignes)
- un PET-CT au 18F-DG peut être positif dans certaines pathologies bénignes mais aussi « cancéreuses »
- une investigation lymphoscintigraphique des membres inférieurs aurait surtout pu démontrer que le système lymphatique de ce membre était anormal d'un point de vue fonctionnel et surtout morphologique
-

Dans la situation clinique ici exposée, ce ganglion réséqué était le seul présent au niveau de la racine du membre et en assurait seul l'homéostasie. La situation était celle d'un lymphoedème latent primaire.

Scenario 1 and Problem 1

A patient has inguinal adenomegaly of a "firm" consistency (an inguinal lymph node of enlarged size that can be palpated) and of a "low" position in the hollow. There is no infection or inflammatory site in the limb (or genital area), no skin or nail lesions or otherwise clear lymph nodes.

The doctor has different options:

- a) he-she requires a biology (inflammatory status? leukocytosis? lymphocytosis?)
- b) he-she asks for simple ultrasound confirmation
- c) he-she asks for an ultrasound-Doppler analysis of this lymph node
- (d) he-she requests a PET scan with 18F-DG
- (e) he or she requests a fine needle puncture of the lymph node
- (f) he-she requests selective resection of the lymph node, and
- g) he-she requests an anatomical and pathological analysis of the lymph node

Problem 1:

the biology is normal and the simple ultrasound confirms a node with a denser structure than simply with a lymphatic composition. Options C and E are not considered and the lymph node is resected.

As a result of this sequence,

the person develops lymphedema of the limb that spreads and progresses from the root of the limb to the foot. the Anatomic-Pathological analysis of the lymph node is not carried out because the situation considered benign (a puncture could have brought back benign or simply "haemorrhagic" material)

Discussion;

in fact, the PA shows in the case we think of a lymph node with an abnormal structure with a diagnosis of "lymphangiomyomatous hamartoma". Such lymph nodes can be seen in primary non-oncological lymphatic diseases (sometimes also after cancer surgery) and without concomitant limb edema.

Reflections:

In fact, a well-conducted clinical interview could have revealed that the patient had:

- past symptoms that may suggest episodes of edema in this limb (in hot weather and/or travel and/or pregnancy and/or before menstruation, etc.)
- a family context of limb edema, especially if lateralized and excluding simple classic explanatory problems

Solutions:

- an ultrasound-Doppler analysis of the lymph node could have demonstrated its hypervascularized character (which also can be observed in certain benign pathologies)
- 18F-DG PET-CT can be positive in certain benign but also "cancerous" pathologies
- a lymphoscintigraphic investigation of the lower limbs could have shown that the lymphatic system of this limb was abnormal from a functional and especially morphological point of view

In the clinical situation described here, this resected lymph node was the only one present at the level of the root of the limb and alone ensured its homeostasis. The situation was that of a primary latent lymphedema.

Scenario 1 en probleem 1

Een persoon heeft inguinale adenomegalie van een "stevige" consistentie (een lieslymfeklier van vergrote omvang die kan worden gepalpateerd) en van een "lage" positie in de holte. Er is geen infectie of ontstekingsplaats in de ledemaat (of genitale zone), geen huid- of nagellaesies of anderszins heldere lymfeklieren.

De arts heeft verschillende opties:

- a) hij-zij vereist een biologie (inflammatoire status? leukocytose? lymfocytose?)
- b) hij-zij vraagt om eenvoudige ultrasone bevestiging
- c) hij-zij vraagt om een echo-Doppler-analyse van deze lymfeklier
- (d) hij-zij vraagt een PET-scan met 18F-DG
- e) hij of zij verzoekt om een fijne naaldpunctie van de lymfeklier
- f) hij-zij vraagt selectieve resectie van de lymfeklier, en
- g) hij-zij vraagt om een anatomische en pathologische analyse van de lymfeklier

Probleem 1:

de biologie is normaal en er wordt een eenvoudige echografie uitgevoerd die een lymfe klier bevestigt met een dichtere structuur dan alleen met een lymfesamenstelling. Opties C en E worden niet overwogen en de lymfeklier wordt weggesneden.

Als gevolg van deze sequentie

de patiënte ontwikkelt een lymfoedeem van de ledemaat dat zich verspreidt en vordert van de wortel van de ledemaat naar de voet. de Anatomico-Pathologische-analyse van de lymfeklier wordt niet uitgevoerd omdat de situatie als goedaardig wordt beschouwd (een punctie had een bloedend materiaal kunnen terugbrengen)

Discussie;

in feite en in het geval dat we denken blijkt uit de AP aan een lymfeklier met een abnormale structuur met de diagnose "lymfangiomyomateuze hamartoom". Dergelijke lymfeklieren kunnen worden gezien bij primaire niet-oncologische lymfatische aandoeningen (soms ook na een kankeroperatie) en zonder bijbehorend oedeem van de ledematen.

Reflecties:

In feite had een goed uitgevoerd klinisch interview kunnen uitwijzen dat de patiënte had:

- symptomen die kunnen wijzen op episodes van oedeem in dit ledemaat (bij warm weer en/of reizen en/of zwangerschap en/of vóór de menstruatie, enz.)
- een familiale context van ledemaatoedeem, vooral indien gelateraliseerd en met uitsluiting van eenvoudige klassieke verklarende problemen

Oplossingen:

- een echografie-Doppler-analyse had het hypervasculariseerde karakter ervan kunnen aantonen (wat echter kan worden waargenomen bij bepaalde goedaardige pathologieën)
- 18F-DG PET-CT kan positief zijn bij bepaalde goedaardige maar ook "kankerachtige" pathologieën
- een lymfoscintigrafisch onderzoek van de onderste ledematen had kunnen aantonen dat het lymfestelsel van deze ledemaat was abnormaal vanuit functioneel en vooral morfologisch oogpunt

In de hier beschreven klinische situatie, deze geresecteerde lymfeklier was de enige die waarneembaar was ter hoogte van de ledemaat en die zorgde alleen voor de homeostase ervan. De situatie was die van een primair latent lymfoedeem.