International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)
ISSN: 2643-9824
Vol.5 Issue 5, May – 2021, Pages: 3-12

Coelioscopie au service de gynécologie obstétrique I du CHU Hassan II de Fès : série de 138 cas

Hayat AALALOU, Nisrine MAMOUNI, Sanaa ERRARHAY, Chahrazad BOUCHIKHI, Abdelaziz BANANI

Service gynécologie obstétrique I
CHU Hassan II
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

Abstract: ***Objectifs*** *: Analyser les résultats et évaluer la pratique de la cœlioscopie gynécologique au service de gynécologie obstétrique I du centre hospitalier universitaire (CHU) Hassan II de Fès.* ***Méthodologie*** *: Il s'agit d'une étude rétrospective (descriptive et analytique) sur une période de 6 ans de Janvier 2015 à Décembre 2020, à propos d'une série de 138 patientes bénéficiaires d'une coelioscopie, réalisée au service de gynécologie obstétrique I du CHU Hassan II de Fès. Avec analyse des paramètres sociodémographiques et cliniques, les données opératoires, ainsi que les suites évolutives.* ***Résultats*** *: la coelioscopie représente 4% des activités du bloc opératoire, L'âge moyen des patientes est de 35,8 ans avec des extrêmes allant de 14 ans à 68 ans. 87,7% sont des patientes en activité génitale. Une moyenne de parité de 1.4 enfants par patiente. La douleur pelvienne chronique a été le principal signe fonctionnel dans 38% des cas, les métrorragies dans 28% des cas et l'infertilité dans 21% des cas. 87,6% interventions étaient programmées et 12,4% ont été réalisées en urgence. La cœlioscopie a été faite essentiellement dans le cadre de prise en charge des kystes ovariens d'allure bénigne (45%) et d'un bilan d'infertilité (29%). La kystctomie a été réalisée chez 50% des patientes, et l'adhésiolyse dans 20% des interventions. Les principales complications per opératoires étaient une plaie digestive chez une seule patiente, une plaie vésicale chez une seule patiente et rupture accidentelle d'un kyste chez 5 patientes. Recours à une conversion en laparotomie chez 9 patientes due surtout aux adhérences. Notion de grossesse après la coelioscopie dans 17% des cas.* ***Conclusion*** *: La cœlioscopie est devenue le traitement chirurgical de référence dans de nombreuses indications en gynécologie. Le geste coelioscopique peut cependant être source de complications. Les risques sont réduits par l'amélioration de l'instrumentation et par l'expérience indispensable de l'opérateur.*

Keywords: coelioscopie, infertilité, laparoscopie

Introduction :

L'exploration visuelle du pelvis féminin et la cavité utérine a toujours été ressentie comme une nécessité par les gynécologues, ce qui a contribué au développement de l'endoscopie gynécologique : la cœlioscopie et l'hystéroscopie.

La cœlioscopie gynécologique a été suggérée par HOPE en 1937 pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine (GEU), révolutionnée par Raoul palmer en 1947 en introduisant avec Fourestier la lumière « froide » extracorporelle et les premiers instruments : palpateurs, pinces à biopsie, ciseaux. La cœlioscopie a bouleversé tous les champs de la chirurgie en introduisant le concept de chirurgie minimale invasive.

La cœlioscopie est une technique chirurgicale qui permet d'aborder l'intérieur de l'abdomen et du pelvis, en particulier des organes génitaux (utérus, ovaires, trompes), sans ouvrir le ventre contrairement à la chirurgie classique. Le geste endoscopique peut cependant être source de complications. Les risques sont réduits par l'amélioration de l'instrumentation et par l'expérience indispensable de l'opérateur.

L'objectif de notre étude est :

- Décrire l'expérience du service de gynécologie obstétrique I au CHU Hassan II de Fès en matière da la prise en charge coelioscopique des pathologies gynécologiques à travers une série de 138 patientes bénéficières d'une coelioscopique sur la période allant de janvier 2015 à décembre 2020.
- Etudier les indications ainsi que les résultats obtenus et les comparer aux données de la littérature afin d'évaluer notre pratique.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, (descriptive et analytique) sur une période de 6 ans de Janvier 2015 à Décembre 2020, à propos d'une série de 138 patientes bénéficiaires d'une coelioscopie, réalisée au service de gynécologie obstétrique I du CHU Hassan II de Fès. Nous avons colligé l'information sur toutes les patientes ayant bénéficié d'une intervention cœlioscopique dans le service durant la période d'étude. Pour chaque patiente, nous avons compilé une fiche d'exploitation individuelle et étudié les paramètres suivants :

• les paramètres sociodémographiques et cliniques tels l'âge, la gestité, la parité, les antécédents et la pathologie en cause

• les données opératoires, en particulier les indications, le déroulement de l'acte cœlioscopique, les gestes éventuellement réalisés, ainsi que les incidents et les difficultés opératoires

International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)
ISSN: 2643-9824
Vol.5 Issue 5, May – 2021, Pages: 3-12

• les suites opératoires à court, à moyen et à long terme.

Résultats :

Données épidémiologiques :

Nous avons effectué 138 actes de cœlioscopie durant la période d'étude sur un total de 3461 actes opératoires et endoscopique gynécologiques, ce qui représente une fréquence de 4% de la chirurgie gynécologique exécutée. L'âge moyen est de 35,8 ans, l'écart allant de 14 à 68 ans. 57% de l'effectif appartient à la tranche d'âge des 30 à 39 ans. Les nullipares correspondent à 45 % de l'effectif, et la multiparité à 16%. La parité moyenne est de 1,4.

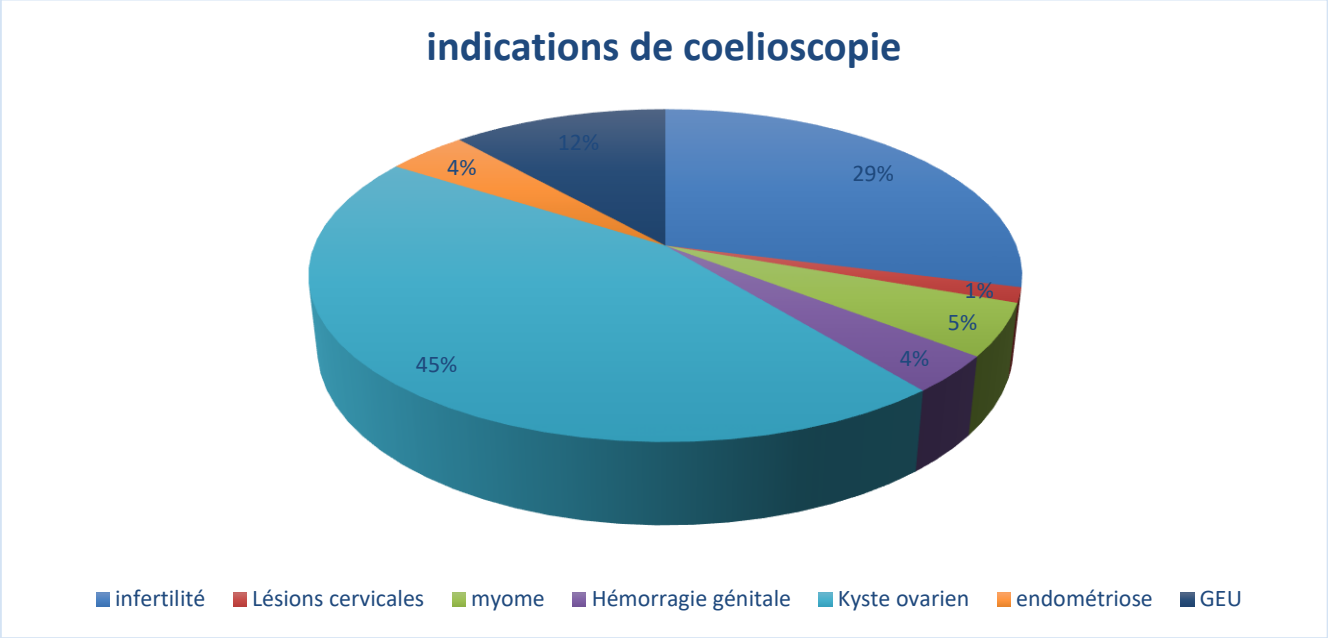
Données cliniques :

Vingt-deux patientes (15,94%) ont subi une laparotomie antérieure, une chirurgie pelvienne dans 8 cas et une chirurgie abdominale dans 9 cas, et 5 césariennes.

La douleur pelvienne chronique a été le principal signe fonctionnel dans 38% des cas, les métrorragies dans 28% des cas et l'infertilité dans 21% des cas.

Sur le plan des indications opératoires, La cœlioscopie a été faite essentiellement dans le cadre de prise en charge des kystes ovariens d'allure bénigne (45%) et d'un bilan d'infertilité (29%) (Figure 1).

Figure 1: indications de coelioscopie



Données opératoires :

121 coelioscopies étaient programmées (87,6%) et 17 ont été réalisées en urgence (12,4%)

Le diagnostic coelioscopique des kystes ovariens a été fait chez 33% des cas, les adhérences pelviennes ont été détectées chez 22% des cas. Le reste des lésions diagnostiquées par coelioscopie sont rapportées dans les tableaux 1, 2 et 3

Tableau 1 : résultats de l'exploration coelioscopique

Lésions détectées par coelioscopie diagnostique	Nombre	Pourcentage
Normale	11	8%
Adhérences pelviennes	30	22%
Adhérences tubo-ovariennes	9	7%
Hydrosalpinx unilatéral	11	8%
Hydrosalpinx bilatéral	15	11%
Grossesse extra utérine	16	12%
Kyste ovarien	45	33%

Kyste paratubaire	13	9%
Torsion d'annexe sur kyste ovarien	2	2%
Myomes utérins	10	7%
Endométriose	6	4%
Suspicion de tuberculose péritonéale	2	1%
Syndrome de Fitz Hugh Curtis	5	4%

Tableau 2 : causes des douleurs pelviennes détectées par coelioscopie

Anomalie	Nombre	Prévalence
Kyste de l'ovaire	29	55%
Kyste paratubaire	7	13%
Hydrosalpinx	5	9%
Endometriose	4	8%
Granulations de Tuberculose péritonéale	3	6%
Myome	2	4%
Torsion d'annexe	1	2%
Syndrome de Fitz Hugh Curtis	2	4%
Total	53	100%

Tableau 3 : causes d'infertilité détectées par coelioscopie

Anomalie	Nombre	Prévalence %
Adhérences	9	23
Hydrosalpinx	15	38
Endométriose	4	10
Kyste ovarien	2	5
Kyste paratubaire	2	5
Myome	2	5
Sans particularité	6	15
Total	40	100

Les gestes opératoires :
La kystectomie a été le geste le plus réalisé (36%), l'adhésiolyse a été faite chez 20% de l'effectif, 22 patientes ont bénéficié de gestes de chirurgie tubaire distale dont 19 néosalpingostomies et 3 fimbryoplasties. 18 salpingectomies ont été réalisées dont 10 dans le cadre de grossesse extra utérine.

La coelioscopie a permis de réaliser 8 annexectomies et 7 hysterectomies. Autres gestes ont été réalisés par cœlioscopie opératoire (Tableau 4) :

- Traitement conservateur de GEU pour 6 patientes
- Myomectomie : chez 6 patientes
- Ovariectomie : chez 3 patientes
- Biopsies multiples : chez 8 patients

Tableau 4 : les gestes effectués par coelioscopie opératoire

Geste thérapeutique	Nombre	Pourcentage
Salpingectomie	18	13%
Neosalpingostomie	19	14%
Fimbrioplastie	3	2%
Adhésiolyse	27	20%
Kystectomie	50	36%
Ovariectomie	3	2%
Annexectomie	8	6%
Myomectomie	6	4%
Hysterectomie + annexectomie	7	5%
Traitement conservateur de GEU	6	4%
Biopsies	8	6%
Aucun geste	2	1%

Complications :
Parmi les kystectomies réalisées par coelioscopie, cinq ont été marquées par une rupture accidentelle du kyste. Une plaie digestive est survenue chez une seule patiente ayant bénéficié de coelioscopie dans le cadre d'infertilité, avec présence de multiples adhérences. Une plaie vésicale a été causée par le décollement vésico utérin lors d'une hysterectomie par coelioscopie dont l'indication était un résultat anatomopathologique d'un myome accouché par le col en faveur d'une tumeur musculaire lisse à potentiel de malignité incertain.
La conversion s'est révélée nécessaire dans 9 cas (6,5%). Elle est motivée par la présence d'adhérences pelviennes chez 8 patientes, et la présence d'un kyste ovarien enclavé chez une patiente.
Pronostic :
Les suites post opératoires étaient généralement simples chez toutes les patientes.
24 patientes ont pu concevoir après la coelioscopie soit 17% interventions réalisées. Parmi ces patientes 15 avaient bénéficié de coelioscopie dont l'indication était l'infertilité.
Discussion :

Fréquence :
Sur une période de 6 ans (janvier 2015 à décembre 2020) nous avons colligé 3461 interventions endoscopiques et chirurgicales gynécologiques, dont 138 cas de cœlioscopie (4%).
Ce taux, très faible par rapport aux séries occidentales [1, 3] où cette activité est courante. Cette pratique endoscopique très peu répandue dans notre service est due au nombre restreint d'endoscopistes, à l'insuffisance de personnel de bloc formé, à l'inaccessibilité du matériel en urgence. Cette technique mérite d'être étendue vue ces avantages par rapport à la laparotomie en particulier un préjudice esthétique moindre, des douleurs post opératoires réduites, et une durée d'hospitalisation plus courte.
Le profil épidémiologique :
La moyenne d'âge des patientes admises pour cœlioscopie dans la littérature se situe entre 32 et 60 ans [7].
Dans notre série l'âge moyen est de 35,8 ans avec une prédominance de la tranche d'âges [30 à 39 ans].
Dans notre série 87,7% (n=121) des patientes bénéficières de cœlioscopie étaient en activité génitale. Dans une série de Dakar de 128 patientes, toutes les patientes étaient en activité génitale [7].
Données cliniques :
Dans notre service l'indication principale de coelioscopie était les kystes ovariens 45%, l'exploration de l'infertilité chez 29% des patientes et GEU chez 12%.
Une étude faite au centre hospitalier de Dakar à propos de 128 cas de cœlioscopie dont 57 cas de cœlioscopie diagnostic (44.9%), a montré que l'indication principale de la cœlioscopie diagnostique était l'exploration de l'infertilité 32%. 9 cas d'exploration d'aménorrhée primaire, 8 cas de bilan d'algie pelvienne, 4 cas syndrome de Rokitansky Kuster Hauser, 4 cas d'hypoplasie utéro-ovarienne. [7]
Une étude faite en 2018 a l'hôpital national de Niamey à propos de 65 cas, a trouvé que La douleur abdomino-pelvienne chronique était l'indication la plus fréquente (64,63 %). [6]
Une autre étude faite au CHU Marrakech en 2018 à propos de 120 cas, l'indication principale était l'exploration de l'infertilité 38 %, la douleur pelvienne chronique 22 %, trouble de cycle de 19 %, exploration d'aménorrhée primaire et secondaire 5 %. [5]
Les aspects opératoires :
L'indication opératoire était posée au terme d'un examen clinique complet et des examens complémentaires : Biologique et radiologique (échographie, TDM et IRM). En per opératoire les kystes ovariens étaient les plus fréquents avec 33% suivis des adhérences pelviennes 22%, les GEU 12%, les hydrosalpinx bilatéral (11%) et unilatéral (8%), les kystes paratubaires 9%, les myomes utérins 7%.
Le diagnostic per coelioscopique a montré une plus grande précision par rapport au diagnostic pré opératoire. La cœlioscopie a été une méthode de diagnostique plus précise dans notre série. Cette constatation est identique à l'avis d'autres auteurs [12, 4, 8, 11]. (Tableau 5)

Tableau 5 : comparaison entre nos résultats et la littérature.

Diagnostic peropératoire	Notre série N= 138		Série CHU Marrakech N= 120 [47]		Série de Mali Hôpital point G N= 70 [48]		Coeliochirurgie de Mali N= 426 [49]	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kyste de l'ovaire	45	33	39	42	20	28.6	71	16.7
Adhésion péritonéale	30	22	20	22	6	8.6	26	6.1
Hydrosalpinx	26	19	2	2	11	16	65	19.3
Adhérence tubo-ovarienne	9	7	0	0	6	8,6	0	
Salpingite chronique	0	0	1	1	0		0	
Hydrosalpinx	0	0	0		3	4.3	0	
Pyoovaire	0	0	0		1	1	0	

Ovaire poly kystique	0	0	4	4	0		0	
GEU	16	12	1	1	2	1	7	1.6
Fibrome	10	7	12	13	6	8.6	0	
Pelvis inflammatoire			2	2	0		0	
Utérus Adénomyosique	0	0	4	4	0		0	
Granule pelvienne bleuâtre endometriosique	6	4	2	2	3	4.3	0	
Granulation péritonéale a chlamydia	0	0	1	1	0		0	
Carcinose péritonéale	0	0	3	3	0		0	
Tumeur de l'ovaire d'allure maligne	0	0	2	2	0		0	
DIU adhérent au grêle	0	0	1	1	0		0	
Normale	11	8	0		3	4.7	0	
Coelioscopie exploratrice	0	0	0		0		26	6.1

En per opératoire les gestes chirurgicaux les plus effectués étaient la Kystectomie dans 36% des cas suivi de l'adhésiolyse 20% des cas, la néosalpingotomie 14% des cas, la salpingectomie 13% des cas, annexectomie 6% des cas, hysterectomie avec annexectomie 5% des cas, myomectomie 4% des cas, et traitement conservateur de GEU 4% des cas. (Tableau 6)

Tableau 6: comparaison des gestes thérapeutique avec la littérature

Geste thérapeutique	Notre série N= 138		Série CHU Marrakech N= 120 [47]		Série de Mali hôpital point G N= 70 [48]		R.HENRION N=65 [30]
	N	%	N	%	N	%	%
Kystectomie	50	36	21	20	20	31.2	16.15
Annexectomie	8	6	19	18			-
Ovariectomie	3	2	0		1	1.6	-
Salpingectomie	18	13	0		4	6.2	-
Neosalpingostomie	19	14	0		27	42.2	-
Hystérectomie	7	5	10	10	0		-
Promontofixation	0		9	9	0		-

Adhésiolyse	27	20	18	17	6	9.4	6.9%
Myomectomie	6	4	10	11	6	9.4	-
Cerclage cervico-isthmique	0	0	1	1	0		-
Traitement d'une GEU	6	4	1	1	0		-
Transposition ovarienne	0	0	1	1	0		-
Fimbrioplastie	3	2	1	1	0		-
Ponction d'un kyste	0	0	1	1	0		-
Biopsie péritonéale	8	6	3	3	0		-
Retrait de DIU	0	0	1	1	0		-

Les aspects évolutifs et pronostiques

En moins d'un demi-siècle, la laparoscopie est devenue une discipline chirurgicale à part entière. Comme toute intervention chirurgicale, elle présente des risques et expose à des complications, parfois très graves voire mortelles pouvant poser d'énormes problèmes médicolégaux. Le risque de complications commence avec le choix puis l'administration de l'anesthésie et continue pendant toute la durée de l'opération et au-delà dans la période postopératoire.

Les facteurs de risque de complications les plus importants sont : l'inexpérience de l'opérateur, l'importance du geste coeliochirurgical, l'existence d'un antécédent de laparotomie, l'obésité, un contexte ou un antécédent d'endométriose, la nécessité de devoir réaliser une adhésiolyse.

Des facteurs secondaires rentrent aussi en compte : le coût, le résultat cosmétique, la durée d'hospitalisation et la durée de convalescence [10]. Les risques étant les mêmes quel que soit le type de cœlioscopies, Il n'y a pas de « petite cœlioscopie » [9].

Les risques généraux de la chirurgie laparoscopique sont aussi largement dépendants de l'insufflation du pneumopéritoine, qui peut avoir des effets délétères du fait de pathologies préexistantes chez la patiente. Il arrive également que ce soit l'acte chirurgical qui soit à l'origine d'une complication.

Une étude multicentrique a été effectuée dans sept centres français de référence en cœliochirurgie gynécologique. Réalisée sur une durée de neuf ans cette série porte sur 29966 cœlioscopies diagnostiques et/ou opératoires. [2]. Le taux de mortalité est de 3,33 pour 100000 cœlioscopies. Le taux global de complications est de 4,64 pour mille cœlioscopies (139 cas). Le taux de complications nécessitant une laparotomie est de 3,20 pour mille (96 cas).

Dans notre étude nous avons comme comlications peropératoires : une rupture accidentelle de kyste chez 5 patientes, une plaie digestive chez une seule patiente qui a bénéficié de coelioscopie pour bilan d'infertilité. Une plaie vésicale a été causée par le décollement vésico utérin lors d'une hysterectomie par coelioscopie. Une conversion en laparotomie chez 9 patientes due principatement aux adhérences pelviennes. Les suites post opératoires étaient généralement simples chez toutes les patientes.

24 patientes ont pu concevoir après la coelioscopie soit 17% interventions réalisées. Parmi ces patientes 15 avaient bénéficié de coelioscopie dont l'indication était l'infertilité.

Conclusion :

L'endoscopie est actuellement devenue le principal moyen à la fois du diagnostic et du traitement de la plupart des pathologies gynécologiques bénignes et maligne. L'hysterocoelioscopie est le gold standard pour évaluer la pathologie utérine endocavitaire, les trompes et le pelvis en même temps. Elle peut être recommandée comme première et dernière procédure d'évaluation de l'infertilité féminine. Le geste coelioscopique peut cependant être source de complications. Les risques sont réduits par l'amélioration de l'instrumentation et par l'expérience indispensable de l'opérateur.

La coelioscopie est de pratique faible dans nos activités de chirurgie et ses indications sont restreintes à un groupe de pathologie du fait du manque de certains matériels. Il est essentiel d'étendre nos indications en cœliochirurgie gynécologique. Pour cela beaucoup d'effort reste à faire dans la mise en

place des infrastructures, la fourniture des matériels et la formation du personnel soignant.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Bibliographie

1. Bruhat MA, Manhes H, Mage G, Pouly JL. Treatment of ectopic pregnancies by means of laparoscopy. Fertil. Steril. 1980;33:411–414
2. C.Chapron1,F.Pierre,D.Querleu, J.B. Dubuisson Complications de la cœlioscopie engynécologie Gynécol Obstét Fertil 2001 ; 29 : 605-12
3. Cravello L, Banet J, Agostini A, Bretelle F, Roger V. « L'open cœlioscopie » : analyse des complications liées au mode d'introduction du premier trocart. Gynécol. Obstét. Fertil. 2002;30,4:286–290
4. KHADIJA KACIMI : Prise en charge endoscopique des pathologies gynécologiques au service de gynécologie obstétrique chu Mohamed VI Marrakech durant 3 ans. 2019.
5. Lassey James Didier, et AL NDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA CŒLIOSCOPIE DIAGNOSTIQUE À L'HÔPITAL NATIONAL DE NIAMEY : UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 65 PATIENTS, HEALTH SCIENCES AND DISEASES, Vol 19, No 3 (2018)
6. Magatte Mbaye, et AL Premiers résultats de la cœlioscopie gynécologique au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar :série prospective de 128 cas. Université Cheikh Anta Diop, Clinique Gynécologique et Obstétrique, Fann, Sénégal
7. PALMER R : Les adhérences pelviennes comme cause de stérilité : prévention et traitement. J Gynéco surg ; 5, 47-53. Dans spécial coeliochirurgie - gynécologique 1993. Paris.
8. PALMER R : Chirurgie digestive par voie coelioscopique. Ed maloine 1991.Paris. Page3.
9. ROLLINS MD. ET AL. Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnanacy. A new standard of care. Surg endosc 2004; 18: 237-41
10. STEED H, ROSEN B, MURPHY J, ET AL. A comparison of laparoscopic-assisted radical vaginal hysterectomy and radical abdominal hysterectomy in the treatment of cervical cancer. Gynecol Oncol 2004; 93:588-593
11. TRAORE KALIFA : Cœlioscopie et stérilité à propos de 265 cas. Thèse de médecine Bamako (FMPOS) 1985 100 pages
12. TRAORE SEYDOU : apport de la cœlioscopie dans le diagnostic de la stérilité féminine à propos de 121 cas. Thèse de med Bamako(FMPOS) 1997

International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)
ISSN: 2643-9824
Vol.5 Issue 5, May – 2021, Pages: 3-12

International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)
ISSN: 2643-9824
Vol.5 Issue 5, May – 2021, Pages: 3-12