

# ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 16 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)  
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

**Directeur de publication**

Mamadou Saliou Diallo

**Rédacteur en chef**

Namory Keita

**Rédacteur en chef adjoint**

Telly Sy

**Comité de parrainage**

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

**Comité de rédaction**

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

**Comité de lecture**

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

**Recommandations aux auteurs**

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

**Conditions générales de publication**

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : [namoryk52@yahoo.fr](mailto:namoryk52@yahoo.fr)

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

**Présentation des textes**

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
    - Un titre concis, précis et traduit en anglais
    - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
    - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
    - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
  - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
  - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
    - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 218- 225
    - Pour un livre:
  3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2<sup>ème</sup> éd. 1992 : 349.
    - Pour une thèse:
  4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

### **Le comité de rédaction**

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

### **Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)**

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

### **La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés a la maternité du CHU de Cocody.**

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

### **Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré**

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Mounkoro N, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Bagayoko M, Traoré B, Sandjo Ofd, Dolo T, Kone M, Traore M, Dolo A.....9 - 13

### **Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody**

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

### **Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan**

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

### **Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.**

Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

### **Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas**

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

### **Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.**

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

### **Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.**

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Moreau JC.....37 - 41

### **Estimations clinique et échographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo.**

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

### **La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois**

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

### **Analyse du taux de réalisation des paramètres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.**

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

## CAS CLINIQUE

### **Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature**

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

# CONTENTS

## ORIGINAL ARTICLES

### ***Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)***

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A .....1 - 4

### ***Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody***

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

### ***Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital***

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Mounkoro N, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Bagayoko M, Traore B, Sandjo Ofd, Dolo T, Kone M, Traore M, Dolo A.....9 - 13

### ***Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody***

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

### ***Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan***

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

### ***Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.***

Millogo/Traore TFD, Akotiongna M, Sanou SYG.....22 - 27

### ***Fistula***

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

### ***Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.***

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

### ***Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases***

Mbaye M, Moreira PM, Gueye Smk, Foulot H, Moreau JC.....37- 41

### ***Clinical and echographic birth weight estimation during the labor.***

#### ***In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.***

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

### ***Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months***

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

### ***Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.***

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

## CASE REPORT

### ***Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy:***

#### ***A case report and literature review***

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

## BILAN DE 164 LAPAROSCOPIES GYNECOLOGIQUES EFFECTUEES DANS 3 CENTRES HOSPITALIERS A ABIDJAN

### LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGY ABOUT 164 CASES PERFORMED IN 3 HOSPITALS IN ABIDJAN

GUIÉ P<sup>1</sup>, DJAHAN L<sup>1</sup>, BOHOUSSOU E<sup>1</sup>, SAKI C<sup>1</sup>, BLEGOLÉ<sup>2</sup>, SIDIBÉ A<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de gynécologie obstétrique Centre Hospitalier Universitaire de Treichville.

<sup>2</sup> Service de Chirurgie digestive Centre Hospitalier Universitaire de Treichville.

**Correspondances :** Guié Yeret Privat service de gynécologie obstétrique CHU de Treichville Abidjan.  
RCI Tel : (225) 07073989 E-mail : [pagyka@yahoo.fr](mailto:pagyka@yahoo.fr)

#### RESUME

**Introduction :** La cœlioscopie est depuis quelques années pratiquée en Côte d'Ivoire.

Nous voulons à travers ce travail faire le bilan de 7 années de cœlioscopie en gynécologie.

**Méthodologie :** Notre étude est rétrospective descriptive, portant sur 164 cas de laparoscopies effectuée en gynécologie sur une période de 7 ans (01 Janvier 2000 au 31 Décembre 2006).

Les patientes ont été recrutées dans trois centres hospitaliers. Différents paramètres ont été étudiés.

**Résultats :** La fréquence de la laparoscopie est en nette progression. L'âge moyen de nos patientes était de 34 ans. Les indications étaient variables (obstruction tubaire, kyste ovarien, Grossesse extra utérine, algie pelvienne chronique), mais dominées par les explorations pour infertilité (39, 87%).

Le premier trocart était mis en place par la technique « open-coelio » dans la majorité des cas. Différents gestes opératoires ont été pratiqués. Nous avons noté quelques incidents à type d'insufflation de gaz en sous cutané. La durée moyenne de l'hospitalisation était de un jour.

**Conclusion :** La pratique de la laparoscopie est en nette progression en Côte d'Ivoire. Elle mérite une réelle promotion (formation post-doctorale) devant les nombreux avantages que la vidéochirurgie apporte.

**Mots clés :** Laparoscopie, chirurgie, gynécologie.

#### SUMMARY

**Introduction:** Laparoscopy for a few years has been practised in Côte.d'ivoire.

We want through this work to take stock of 5 years of laparoscopy in gynaecology.

**Methodology:** It was a retrospective and descriptive study, bearing on 164 cases of laparoscopy is carried out in gynaecology over 7 years period.

The patients were recruited in three hospitals. Various parameters were studied.

**Results:** The frequency of the laparoscopy is in clear progression.

The average age of our patients was 34 years.

The indications variable (distal obstruction tubal, cyst ovarian, ectopic pregnancy, chronic pelvic pain), but were dominated by explorations for infertility.

The first trocar was set up by the "open-laparoscopy" technique in the majority of the cases. Various operational gestures were practised. We had noted some incidents with type of gas blowing in under cutaneous. The average duration of the hospitalization was one day.

**Conclusion:** The practice of the laparoscopy is in clear progression in Côte.d'ivoire. It deserves a real promotion (post-doctoral formation) in front of the many advantages which the video-surgery brings.

**Key words:** Laparoscopy, surgery, gynaecology.

## INTRODUCTION

La coelioscopie a connue de grands progrès ces trois dernières décennies.

En gynécologie, elle est beaucoup utilisée dans les pays hautement médicalisée où elle est devenue la référence dans de nombreuses indications.

Dans les pays en développement, principalement en Afrique sub-saharienne, la coelioscopie est à ses débuts, faisant de cette technique un luxe destiné à une certaine tranche de la population.

Le but de notre travail est d'apprécier la pratique de la coelioscopie en gynécologie dans notre pays.

## METHODOLOGIE :

Notre étude était rétrospective descriptive, elle a été menée sur une période de 7 ans (01 janvier 2000 au 31 décembre 2006).

Ont été incluses toutes les laparoscopies pratiquées pour une indication gynécologique sur la période dans 03 (trois) structures hospitalières d'Abidjan. Ces trois structures ont été choisies pour la facilité d'accès aux dossiers des malades.

Ont été exclue de l'étude toutes les femmes ayant bénéficiées d'une coelioscopie non gynécologique

et celles dont les dossiers n'ont pas été retrouvé.

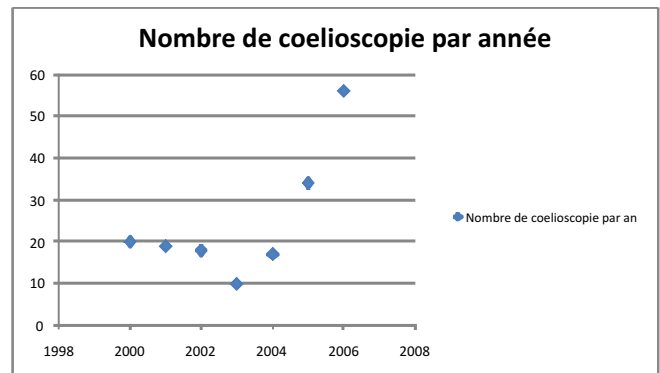
Les indications, la technique de mise en place du premier trocart, le diagnostic per opératoire, le type d'intervention pratiquée, les difficultés techniques et complications, la durée du séjour, ont été étudié.

## RESULTATS

### 1. Nombre de coelioscopie :

Sur la période de 7 ans, il a été enregistré 164 laparoscopies réparties comme suit (Voir figure N°1)

**Figure N°1 : Répartition du nombre de coelioscopie par année**



**Tableau : Regroupant indication, diagnostic, Peropératoire et type d'intervention**

INDICATIONS		DIAGNOSTIC PEROPERATOIRE		INTERVENTION	
Type	n	Type	n	Type	n
Bilan infertilité	64	Adhérences	82	Adhésiolyse	63
Douleurs pelviennes	37	Myome utérin	43	Salpingostomie	41
GEU	29	Kyste ovarien	24	Kystectomie	20
Kyste ovarien	14	GEU	21	Salpingectomie	16
Suspicion endométriose	08	Anomalie de la trompe	37	Electrocoagulation	08
Adhérences post opératoire	04	Lésions d'endométriose	19	Appendicectomie	06
Aménorrhée primaire	01	Appendicite	06	Myomectomie	04
Stérilisation tubaire	01	Torsion d'annexe	02	Annexectomie	02
		Pelvis normal	12		

### 2. Age des patientes :

La tranche d'âge 35 40 ans représentait 34,3% de la population. La moyenne était de 33,8 ans avec des extrêmes allant de 17 à 48 ans.

### 3. Les indications :

Elles étaient variables, dominées par les bilans d'infertilité, les douleurs pelviennes chroniques, la grossesse extra utérine et les kystes ovariens. (Voir tableau I)

### 4. Technique de la mise en place du premier trocart et les autres.

L'open-coelioscopie a été utilisé dans 79% des cas

et l'aiguille de Veress dans 21%.

Le nombre total de trocars utilisés variait de 01 à 04.

### 5. Diagnostic per opératoire :

Plusieurs pathologies ont été retrouvées. Elles étaient soit isolées, soit associées. (Voir tableau I)

### 6. Intervention pratiquée :

Soixante quatre pour cent des laparoscopies étaient à visée diagnostique. Dans 36 % des cas, des gestes opératoires ont été effectués (Voir tableau I). A ces gestes ont été associés une épreuve au bleu dans 59

% à la recherche d'une perméabilité tubaire.

### **7. Difficultés techniques et complications :**

Au cours de nos 164 laparoscopies, nous avons eu recours à 14 conversions en chirurgie classique. Ces laparo-conversions étaient dues à des difficultés techniques telles que :

Les adhérences solides importantes empêchant l'exploration pelvienne, la persistance de saignement après une salpingectomie, une panne technique (source de lumière), les difficultés d'extraction de la pièce opératoire et l'existence de volumineux fibrome utérin.

Une complication à type d'hémorragie pariétale par lésion des vaisseaux superficiels lors de l'introduction d'un trocart.

### **8. La durée d'hospitalisation**

Pour les patientes ayant bénéficié d'une cœlioscopie, la durée d'hospitalisation variait de 01 à 03 jour. 61,10% de nos patientes étaient sorties 24 heures après l'intervention, 26,50% après 48 heures.

En cas de laparo-conversion la durée d'hospitalisation était comprise entre 03 et 06 jours.

## **DISCUSSION**

La laparoscopie dans les pays en voie de développement est à ces débuts comme le montre quelques travaux publiés en Afrique subsaharienne [1]

Nana J. [1] publie une série de 40 patientes ayant bénéficié d'une cœlioscopie pour pelvi-algie chronique sur une période de 4 ans (2001-2005).

On assiste de plus en plus à des publications comportant des séries plus importantes en gynécologie.

Ces chiffres en nette progression sont cependant inférieurs à ceux des pays hautement médicalisés. Lachman et col. [2] rapportait 518 cas de la littérature anglaise en 1999 de laparoscopie uniquement au cours de la grossesse. Milingos rapporte 1065 cas de chirurgie laparoscopique pour kyste ovarien sur 10 ans (1992-2002) [3].

Notre série de laparoscopie en gynécologie (164 sur 7ans) est largement inférieure à ceux des pays développés. Cette différence est essentiellement due à deux raisons :

- Le sous équipement de nos hôpitaux en matériel adapté à la laparoscopie diagnostique et chirurgicale ; devant le coût important du matériel.

- Le nombre limité de spécialistes en laparoscopie (chirurgien laparoscopiste).

En effet cette nouvelle technique nécessite une

formation particulière des médecins. En Côte d'Ivoire outre la formation de proximité dans les services équipés de matériel de cœliochirurgie ; il existe une école de formation périodique de médecins pour l'acquisition des gestes de bases (Institut de Vidéo Chirurgie d'Abidjan : IVCA). Ces écoles existent également dans d'autres pays en Afrique subsaharienne.

L'âge moyen de nos patientes était de 33,8 ans. Il est proche de celui de Nana Njamen au Cameroun, chez qui l'âge moyen de la population étudiée était de 35,25 ans [1]. Milingos dans sa série trouve un âge moyen de 26 ans [3]. L'âge des patientes est fonction des pathologies traitées. Dans notre travail, l'âge moyen de 33 ans est sûrement lié au nombre élevé de patientes ayant bénéficié de la cœlioscopie pour infertilité.

Les indications : elles sont de plus en plus élargies grâce aux progrès technologiques, aussi bien en technique chirurgicale qu'en anesthésie ; certains auteurs allant même à déclarer qu'on peut « tout faire » par voie cœlioscopique [4].

Dans notre étude la cœlioscopie a été le plus souvent à visé diagnostique (64%).

La mise en place du premier trocart : l'abord de la cavité péritonéale reste un geste important en laparoscopie. En effet plus de la moitié des accidents ont lieu pendant la phase d'installation des trocarts, ou leur fréquence atteint 0,11 % [5]. Plusieurs techniques sont utilisées [5, 6, 7, 8]:

- La technique ouverte : « Open Laparoscopy », l'accès à la cavité abdominale est obtenue en disséquant la paroi plan par plan et le trocart est introduit sous contrôle visuel, sans son mandrin après un abord chirurgical à minima. Le pneumopéritoine est constitué secondairement en utilisant directement le canal du trocart.

- La technique fermée « Aiguille Trocart », le pneumopéritoine est créé en premier temps avec l'aiguille de Veress, puis l'insertion du premier trocart se fait à l'aveugle au niveau sous ombilical. Pour réduire le risque à l'introduction du premier trocart, l'utilisation des « trocarts optiques » type opti-view est de plus en plus utilisé.

- La technique de la « double laparoscopie » : Elle consiste dans un premier temps à créer le pneumopéritoine par l'introduction de l'aiguille de Veress en hypochondre gauche, puis à la substituer par un trocart de 5 mm permettant l'exploration de la cavité abdominale. Dans un second temps, le premier trocart ombilical de 10 mm sera introduit en toute sécurité sous contrôle de la vue.

Dans notre série, la mise en place du premier trocart



s'est fait dans la majorité des cas par la technique Open cœlioscopie jugée la plus pratique, la moins à risque et la moins coûteuse. Il n'a pas été signalé de complications.

Il faut signaler qu'en cas de ventre cicatriciel, il est recommandé d'avoir recours à la double laparoscopie pour la voie d'abord initiale en cœlioscopie gynécologique [5].

Nos interventions sont dominées par les Adhésiolyse (63 cas) suivie des plasties tubaires effectuées dans le cadre d'exploration de la cavité pelvienne pour infertilité. D'autres interventions ont été pratiquées, à savoir des kystectomies, des salpingectomies, des salpingectomies, des appendicectomies, des annexectomies et quelques cas de myomectomies. Ces types d'interventions sont retrouvées chez la plus part des chirurgiens laparoscopistes [7,8,9]. Elles constituent la chirurgie de base en cœlioscopie. Des interventions plus compliquées telle que : des hystérectomies, la chirurgie pour cancer gynécologique n'ont pas été retrouvé dans notre étude, comme c'est le cas chez d'autres auteurs plus expérimentée et plus équipés.

Les suites pos-opératoires sont le plus souvent simples, comme dans notre cas. La durée d'hospitalisation dépend du type d'intervention, mais elle est plus courte qu'en cas de laparotomie.

Sur la période et le nombre de cas enregistré, nous n'avons pas retrouvé de complications graves. Il a été signalé une hémorragie pariétale par lésion des vaisseaux superficiels par le trocart et un cas d'insufflation sous cutanée de gaz (CO<sub>2</sub>).

La durée d'hospitalisation dans notre série était le plus souvent de un jour (61 %) voir deux jours (26, 5 %). la durée d'hospitalisation dépassait deux jours en de laparoconversion (14 cas dans notre série) liée à des difficultés techniques où à une mauvaise sélection des patientes devant bénéficier d'une laparoscopie.

Il est reconnu par tous les auteurs que l'un des avantages de la cœlioscopie est la réduction de la durée d'hospitalisation. Cette durée à l'hôpital est le plus souvent fonction du type d'intervention [7-10]. Dans nos cas la majorité des cœlioscopies étaient à visé diagnostic, ce qui explique que le plus grand nombre de nos patientes soit sorti 24 heures après l'intervention.

Concernant le coût de la cœlioscopie, il faut noter que, si en première approche la cœliochirurgie semble coûteuse, in fine dans de nombreuses situations le coût est moindre.

## CONCLUSION

La laparoscopie est encore à ses débuts dans notre pays. Sa promotion indispensable passe par la formation des médecins à l'usage de ce nouvel outil, mais aussi à l'équipement des structures et surtout à la mise place d'un service d'entretien de ce matériel fragile et coûteux.

## REFERENCES

1. Njamen Nana T, Kassia J.M, Toukam M, et coll. Cœlioscopie pour douleurs pelviennes: résultats d'une série de 40 cas. Journal de la SAGO 2005 ; 1 : 34-38.
2. Lachman E, Schienfeld A, Vost E, et al. Pregnancy and laparoscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999; 6 (3): 347-351.
3. Milingos S, Protopapas A, Drakakis P, et al. Laparoscopy treatment of ovarian dermoid cysts: Eleven years' experience. J. Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11(4): 478-485.
4. Wattiez A, Waters N, Rodriguez B. Grossesse extra-utérine: pour le traitement conservateur chirurgical Gynecol Obstet Fertil 2007 ; 35 (1) : 70-73.
5. Durand-Réville M, Guichard-hecchi C, Ejnès L, et coll. Cœliochirurgie gynécologique et ventre cicatriciel : quel abord de la cavité péritonéal ? J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 625-633.
6. Adamyan L. V.Minimally invasive surgery in gynecologic practice. Int. J. Gynecol obstet. 2003; 82: 347-355.
7. Chi Denis S, Abu-Rustucu Nadeen R, Sonoda Y, et al. Ten years experience with laparoscopy on a gynecologic oncologic service: Analysis of risk factors complications and conversion to laparotomy Am J. Obstet Gynecol 2004; 191: 1138-45.
8. Kumar R, Erian M, Sinnot S, Knoesen R, Kimble R. Laparoscopic appendectomy in modern gynecology J. Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9 (3): 252-262.
9. Fuchs F, Raynal P, Salama S, et coll. Fertilité après chirurgie coelioscopique de l'endométriase pelvienne chez les patientes en échec de grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2007, 36 (4): 354-359.
10. Lachman Eylon, A. Schienfeld, E. Vost, G. et al. Pregnancy and laparoscopic surgery. J Am assoc of Gynecol Laparosc 1999; 6 (3): 347-351.