

Analyse de la pratique de la cœlioscopie à Libreville de 2006 à 2021

Analysis of the practice of laparoscopy in Libreville from 2006 to 2021

Ngou Mve Ngou JP¹, Methogo Essandone M¹, Ngou Mve Ngou K¹, Meye O¹, Mabicka B²

¹Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine Libreville

²Département d'Anatomie-Pathologie, Faculté de Médecine Libreville

Correspondances : Jean Pierre NGOU MVE NGOU, B.P 4847 Libreville. Email : ngoumvevou@gmail.com

Reçu le 14 octobre 2021 - Accepté le 14 novembre 2021 - Publié le 3 décembre 2021

RESUME

Objectif : étudier l'évolution de notre pratique en cœlioscopie dans la prise en charge des affections gynécologiques à la clinique Biyoghé de Libreville.

Matériels et Méthode : il s'est agi d'une étude rétrospective monocentrique sur 15 ans, entre le 1^{er} janvier 2006 et le 1^{er} janvier 2021.

Nous avons inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une cœlioscopie, qu'elle soit diagnostique ou opératoire durant cette période de référence.

Résultats : nous avons colligé 534 cœlioscopies. L'âge moyen des patientes était de 31,2 ans, extrêmes 16 et 62 ans. Les patientes opérées étaient soit en activité génitale (82,3%), soit ménopausées (17,7%). Les indications ont été pour les cœlioscopies diagnostiques, les salpingites 19,2%, les algies pelviennes 14,8% et la stérilité 11,2%. Pour les coeliosurgeries, les traitements de la GEU 19,6%, kystectomie 11,7%, fimbryoplastie 12,2%, adhésiolyse 10,3%. Les principales complications observées en per-opératoire sont les hémorragies 2,2%, les ruptures de kyste 2,1%, et en post-opératoire les algies 1,4% et les hyperthermies 1,3%. Aucun décès n'est imputable à la cœlioscopie durant ces 15 années.

Conclusion : étant donné le retour sur investissement en matière de santé publique, les auteurs recommandent une plus large diffusion de ces techniques dans les équipes du sud afin d'améliorer la prise en charge des patientes.

Mots clés : cœlioscopie – coeliosirurgie – Libreville – Gabon

SUMMARY

Objective: to study the evolution of our coelioscopy practice in the management of gynecological diseases at the Biyoghe clinic of Libreville.

Materials and Methods: it was a 15-year mono-centric retrospective study, between January 1, 2006 and January 1, 2021.

We included all patients who received coelioscopy, whether diagnostic or operative during this reference period.

Results: we have collected 534 coelioscopies. The average age of patients was 31.2 years old, extremes 16 and 62 years old. Patients performed were either in genital activity (82.3%), or menopausal (17.7%). The indications were for diagnostic coelioscopies, salpingitis 19.2%, pelvic algia 14.8% and sterility 11.2%. For coeliosurgeries, treatment of EGU 19.6%, cystectomy 11.7%, fimbryoplastia 12.2%, adhesiolysis 10.3%. The main complications observed in the per-operative are bleeding 2.2%, cyst breaks 2.1%, and in post-operative algia 1.4% and hyperthermia 1.3%. No death is attributable to coelioscopy during those 15 years.

Conclusion: as a return on investment in public health, the authors recommend that these techniques be wider disseminated in southern teams to improve patients care.

Key words: coelioscopy – coeliosurgery – Libreville – Gabon

INTRODUCTION

L'efficacité et l'intérêt des traitements coelioscopiques qu'ils soient à visée diagnostique ou thérapeutique ont été démontrés par de nombreux auteurs [1].

La coeliochirurgie offre un intérêt significatif en termes de morbidité par rapport à la chirurgie conventionnelle [2]. Elle entraîne moins de complications. Elle est moins couteuse et les durées d'hospitalisations sont courtes.

Pour notre équipe, la pratique coeliochirurgicale concerne des gestes de coeliochirurgie mineure et majeure dont les principales indications ont été par ordre de fréquence : les cures de GEU et les kystectomies, les adhésiolyse et les fimbryoplasties.

Nous avons observé au cours de ces quinze années une nette ascension des indications dans le groupe des cœlioscopies opératoires alors que les cœlioscopies uniquement diagnostiques ont considérablement diminué [3].

La diffusion de la technologie coelioscopique se fait progressivement au Gabon. Nous comptons quatre centres à Libreville, un à Port-Gentil et un à Franceville, avec des équipes jeunes mais encore peu entraînées.

L'objectif de cette étude a été d'étudier l'évolution de notre pratique coeliochirurgicale au cours de ces quinze dernières années.

MATERIELS ET METHODE

Il s'est agi d'une étude rétrospective monocentrique entre le 1^{er} janvier 2005 et le 1^{er} janvier 2020, réalisée dans le service de gynécologie obstétrique de la clinique Biyoghe Libreville.

Nous avons colligé toutes les cœlioscopies et coeliochirurgies effectuées durant cette période, soit 534 patientes.

Nous avons inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une intervention coelioscopique qu'elle soit à visée diagnostique ou opératoire.

Les informations ont été recueillies au niveau des observations cliniques, des protocoles opératoires et des fiches d'anesthésie.

Instrumentation

Le cœlioscope utilisé est un insufflateur électronique à régulation automatique, optique à vision axiale panoramique et système vidéo de chez Storz.

La technique proprement dite

Le pneumopéritoine est obtenu à partir d'une incision péri ombilicale, une ponction sous costale gauche ou sus pubienne médiane.

Le débit moyen est maintenu à 3 litres pour les

patientes de moins de 60 kg et 3 litres et demi pour les autres patientes de 60 kg et plus.

La pression intra abdominale est entretenue de façon automatique entre 12 et 14 mm Hg.

Nous réalisons une moucheture sur le bord inférieur de la margelle ombilicale de manière à ce que le ressort soit libre. L'aiguille de Palmer Veres est introduite lentement par un geste contrôlé avec un angle de 90° par rapport à la paroi. Lors de cette introduction, l'opérateur doit percevoir deux ressauts correspondant au plan aponévrotique et péritonéal.

Désormais, nous préférons cette technique à l'introduction directe, sans soulèvement de la paroi, car elle limite le risque de lésion de gros vaisseaux surtout chez des patientes maigres.

Analyse statistique

La saisie et l'analyse des données ont été faites avec les logiciels d'analyse de données Excel et Stata version 14. Les variables qualitatives et quantitatives ont été exprimées en pourcentage.

Résultats

L'âge moyen des patientes est de 31,2 ans, extrêmes 16 et 62 ans. Les patientes traitées étaient soit en période d'activité génitale 82,3%, soit ménopausées pour quelques-unes d'entre elles 17,7%.

Nous avons colligé 814 cœlioscopies. Les cœlioscopies diagnostiques représentent 262 patientes soit 32,2% et les cœlioscopies opératoires 552 patientes soit 67,8% (Tableau I).

Tableau I : Résultats globaux

Modalités	Diagnostiques	Opératoires	Total (%)
Mineures	32,2	38,4	70,6
Majeures	----	29,4	29,4
Total	32,2	67,8	100

Pour les cœlioscopies diagnostiques, les indications sont mentionnées dans le Tableau II.

Tableau II : Indications des cœlioscopies

Modalités	Indications	%	Total (%)
Diagnostiques	Algies	19,2	45,2
	Salpingite	14,8	
	Stérilité	11,2	
Opératoires	Adhésiolyse	10,3	54,8
	Fimbryoplastie	12,2	
	Kystectomie	12,7	
	Cure de GEU	19,6	
Total			100

102, soit 19,2%, suivies des salpingites aiguës 79, soit 14,8% et des stérilités 60, soit 11,2% associées ou non à une épreuve de perméabilité tubaire (EPT).

Pour les cœlioscopies opératoires, les gestes de coeliochirurgie mineure atteignent 22,5% dont les adhésiolyse 55, soit 10,3%, et les fimbryoplasties 65, soit 12,2%.

Dans les coeliochirurgies majeures, nous avons retrouvé : Tableau II

-Les cures de GEU 105, soit 19,6% ;

-Les kystectomies 68, soit 12,7% ;

-Les fimbryoplasties 65, soit 12,2%.

Le kystectomies sont intrapariétales (KIP) dans 9,9% et transpariétales dans 2,8%. Elles occupent le 2^e rang des indications coeliochirurgicales (12,7%).

Les cures de GEU représentent actuellement la première indication de nos cœlioscopies opératoires 19,6%, suivies des kystectomies 12,7%.

Durée d'intervention

La durée d'intervention varie entre 35 et 50 minutes pour les cœlioscopies diagnostiques (médiane 45 minutes) et de 50 à 135 minutes pour les coeliochirurgies (médiane 90 minutes).

Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation a été de 24 à 48 heures pour les cœlioscopies diagnostiques (médiane 54 heures) et de 48 à 72 heures pour les coeliochirurgies (médiane 62 heures).

Les complications per opératoires (Tableau III)

Les coelio-conversions représentent 7 cas dont 4 cas d'hémorragies intra péritonéales de moyenne abondance, 2 ruptures de kystes et une plaie intestinale de découverte fortuite au décours d'une laparoconversion dont les suites étaient simples.

Tableau III : Complications per et post opératoires

Modalités	Indications	%	Total (%)
Per opératoires	Hémorragie	2,2	4,8
	Rupture de kyste	2,1	
	Plaie intestinale	0,5	
Post-opératoires	Hyperthermie	1,4	3,3
	Douleur	1,3	
	Retard de transit	0,3	
	Hématurie	0,3	
Total			8,1

Les complications post-opératoires (Tableau III)

L'hyperthermie est retrouvée comme étant la principale complication post-opératoire : 1,4%, suivies des douleurs pelviennes : 1,3%, et du retard de transit : 0,3% et d'un cas d'hématurie de résolution spontanée après 4 heures. Aucune

cœlioscopie ne s'est compliquée d'un abcès de paroi sur les orifices de trocarts et aucun décès n'a été observé pour l'ensemble des observations colligées.

DISCUSSION

Notre pratique de quinze années de cœlioscopie et de coeliochirurgie a évolué au fil des années. Comme le montrent différentes séries de la littérature [4, 5, 13], les indications de cœlioscopie diagnostique dans notre étude, ont été remplacées par les coeliochirurgies mineures, puis majeures au fur et à mesure de nos acquisitions techniques et technologiques.

Comme le montre Broek [6], les cœlioscopies diagnostiques représentent 30% des indications coelioscopiques et les traitements de kystes de l'ovaire représentent la principale indication des coeliochirurgies, suivies des stérilisations tubaires, le traitement des GEU et de l'endométriose, alors que dans notre étude, les coelio-diagnostiques représentent encore 45,2% des indications.

Dans notre série, les complications étaient surtout dominées par les hémorragies et les hyperthermies pour un total de 2,2%. Ces résultats, comme le rapporte également Maget [7], permettent de dire que la cœlioscopie diagnostique n'est pas une intervention anodine et que, même si le risque de complication est significativement moindre qu'en cas de coeliochirurgie, il est néanmoins réel.

Dans notre étude, aucun décès n'est imputable à la coeliochirurgie. Toutefois, comme le montrent différentes études [8, 9, 15], les complications vasculaires majeures sont parfois dramatiques.

Favre P [9], rapporte quant à lui que le risque de complication est significativement plus important en cas de cœlioscopie majeure qu'en cas de cœlioscopie diagnostique. Ce constat est aussi fait par d'autres auteurs [10, 11].

Dans la plupart des études rapportées par la littérature [12, 13], plus d'un tiers des complications sont secondaires à la création du pneumopéritoine ou à la mise en place des trocarts. La technique que nous avons décrite dans notre étude et que nous avons adoptée nous permet de contrôler pas à pas ces deux temps cruciaux de l'intervention que sont : le pneumopéritoine et la mise en place des trocarts.

Nous avons également eu recours comme le suggère Foroozanfar [14], à la conversion chaque fois que nous avons un doute sur la précision du geste et le soupçon d'une complication.

Comme le montre Jansen FW [15], l'hystérectomie et la lymphadénectomie qui constituent des gestes majeurs ne sont pas encore envisageables dans nos services. Toutefois, des essais d'hystérectomie

coelio-préparées sont d'une pratique encore limitée mais connaissant un engouement certain dans notre pays.

CONCLUSION

La technologie coeliochirurgicale a toute sa place dans la prise en charge de certaines affections gynécologiques en Afrique.

Dans notre série, les meilleures indications sont les adhésiolyse, les cures de GEU et les kystectomies. Toutefois, certaines interventions telles que les hystérectomies et les lymphadénectomies ne peuvent pas encore être effectuées. Ces coeliochirurgies dites avancées comportent malheureusement des risques lorsqu'elles sont réalisées dans des pelvis inflammatoires et élargies comme c'est souvent le cas dans nos contrées.

Quoiqu'il en soit, il serait souhaitable que de nombreuses équipes au sud du Sahara s'approprient cette technologie qui malgré son coût, pourrait nous permettre d'améliorer la prise en charge de nos patientes.

Nous pensons enfin que dans un contexte à forte prévalence de VIH, la coeliochirurgie pourrait constituer une alternative à la laparotomie en limitant les risques de piqûres accidentelles et d'éclaboussures.

RÉFÉRENCES

1. **Lansac J, Body G, Magnin G.** Chirurgie par voie coelioscopique. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. 3ème édition. Paris : Elsevier Masson ; 2011. P. 3-20.
2. **Mage G.** Stérilité péritonéale. Chirurgie coelioscopique en gynécologie. 2ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2013. P. 33-46.
3. **Ngou Mve Ngou JP, Diallo FK, Nzogue P, Mounanga M.** Expérience de dix années de coelioscopie et de coeliochirurgie à la Fondation Jeanne Ebori de Libreville. Cahier de santé Oct-Nov-Dec 2009; 19 (4): 181-84.
4. **Torre A, Pouly J-L, Wayner B.** Le bilan anatomique de la femme du couple infécond. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39: S34-44.

5. **Isao T, Kazumi A, Nahoko F, Hiroshi H.** The significance of laparoscopy in determining the optimal management plan for infertile patients with suspected tubal pathology revealed by hysterosalpingography. Tohoku J. Exp. Med 2012; 227: 105-8.
6. **Broek R, Yama I, Evert JP, Bouvy ND.** Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. BMJ 2013; 347: f55-88.
7. **Maget V, Belaish-Allart J.** Les traitements de l'infertilité. Genesis 2015; 187: n 7-10.
8. **Kehila M, Hmid RB, Khedler SB, Mahjoub S, Channoufi MB.** Concordance et apports de l'hystérosalpingographie et de la coelioscopie dans l'exploration tubaire et pelvienne en cas d'infertilité. Pan Afr Med J 2014; 17: 126.
9. **Favre P, Lansac J.** Complications chirurgie coelioscope. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1993 ; 23 : 109-10.
10. **Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M.** Endometriosis still a challenge. Journal of Medicine and Life 2014; 7 (3): 349-57.
11. **Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.** Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. Fertil Steril 2015; 103: e37-43.
12. **Yazbeck C, Fauconnier A, Pouly J-L.** La chirurgie de la reproduction. J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39: S75-87.
13. **Harkki Siren P, Kurki TA.** Nation Wide analysis of laparoscopic complications. Obstet Gynecol 1997; 89: 108-12.
14. **Foroozanfard F, Sadat Z.** Diagnostic value of hysterosalpingography and laparoscopy for tubal patency in infertile women. Nurs Midwifery Stud 2013; 2 (2): 188-92.
15. **Jansen FW, Kapiteny K, Trimbo-Kemper T, Hermans J, Trimbo JB.** Complications of laparoscopy: a prospective multicenter observational study. Br J Obstet Gynecol 1997; 104: 595-600.