

CŒLIOSCOPIE GYNECOLOGIQUE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MERE ET ENFANT A LIBREVILLE : BILAN APRES 4 ANS DE PRATIQUE

O. MAKOYO KOMBA, U. MINKOBAME, P. ASSOUMOU, N. AMBOUNDA,
R.R. AGONDJO, J. MINTO'O, J. A. BANG, J. F. MEYE

RESUME

Introduction : La pratique de la cœlioscopie gynécologique peine à se vulgariser au sein des différentes structures hospitalières de Libreville au Gabon.

Objectif : l'objectif de ce travail était d'évaluer les résultats de 4 ans de pratique de la cœlioscopie dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Mère – Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME FJE) à Libreville.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive réalisée sur une période de 4 ans allant du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Décembre 2022. Etaient inclus, tous les dossiers des patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique du CHUME FJE, ayant bénéficié d'une chirurgie par abord cœlioscopique. L'analyse statistique a été faite par le logiciel IBM SPSS Statistics version 22.0.

Résultats : Durant la période d'étude, 10% (n=158) des patientes opérées avaient bénéficié d'une cœlioscopie. L'âge moyen des patientes était de $32,70 \pm 8,86$ ans avec des extrêmes allant de 13 à 76 ans. Plus de 3/4 des patientes étaient des employées soit 83%. Les patientes étaient admises pour chirurgie programmée dans 76% des cas. Le bilan d'infertilité représentait 48% des indications. Les obstructions tubaires représentaient 46% des lésions retrouvées. La durée du séjour hospitalier était en moyenne de $2,5 \pm 1$ jours avec des extrêmes de 2 et 3 jours. Le taux de conversion en laparotomie était de 1,8% (3 cas). Nous n'avons noté aucune complication. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

Conclusion : La pratique de la laparoscopie au Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant est encore loin d'être courante. Les indications sont prépondérément liées au diagnostic de l'infertilité, et les obstructions tubaires dominent les constats opératoires.

Mots-clés : Cœlioscopie ; Infertilité ; Obstruction tubaire ; Gabon.

SUMMARY

The practice of laparoscopic gynaecology at the foundation Jeanne Ebori mother and child university hospital in Libreville: a 4-year review of activity.

Introduction : The practice of gynaecological laparoscopy is struggling to be popularised within the various hospital structures of Libreville in Gabon.

Objective : The aim of this study was to evaluate the results of 30 months of laparoscopic surgery in the Obstetrics and Gynaecology Department of the CHUME FJE since the opening of the hospital.

Patients and methods: It was as a retrospective and descriptive study carried out over a 4-year period from January 1st 2019 to 31st December 2022. All patients admitted to the obstetrics and gynaecology department of the CHUME FJE who had undergone laparoscopic surgery were included. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 22.0.

Results: During the study period 10% (N=158) of operated patients had undergone laparoscopy. The mean age of the patients was 32.70 ± 8.86 years with extremes ranging from 13 to 76 years. More than half of the parturients (83%) were female employees. Patients were admitted for scheduled surgery in 76% of cases. Infertility accounted for 48% of indications. Tubal obstructions accounted for 46% of lesions found. The average length of hospital stay was 2.5 days, with extremes of between 2 and 3 days. We have not recorded any complications.

Conclusion: The practice of laparoscopy at the mother-child university hospital is still far from common. The indications are predominantly related to the diagnosis of infertility and tubal obstructions dominate intraoperative findings.

Keywords: Laparoscopy; Infertility; Tubal obstruction; Gabon.

INTRODUCTION

La cœlioscopie est une technique chirurgicale qui permet d'accéder à l'intérieur de l'abdomen et du bassin sans avoir à faire de grandes incisions sur la peau [1]. En gynécologie cette technique n'est pas nouvelle puisqu'en 1955 Palmer fit ses premières

tentatives opératoires, de libération d'adhérences tuboovariennes et une biopsie de l'ovaire [2]. Cette technique a connu un essor rapide grâce à la médiatisation et elle a inauguré une nouvelle ère de la chirurgie mini invasive.

C'est dans les pays occidentaux que cette technique a longuement été utilisée avant de se répandre

Tirés à part : Opheelia Makoyo Komba, Gynécologue Obstétricienne, Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Jeanne Eborie ; BP 19328 Libreville, Gabon. Email : mopheelia@yahoo.fr

MAKOYO KOMBA O., MINKOBAME U., ASSOUMOU P., AMBOUNDA N., AGONDJO R.R., MINTO'O J., BANG J. A., MEYE J. F Cœlioscopie gynécologique au Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant à Libreville : bilan après 4 ans de pratique. Journal de la SAGO, 2023, vol.24, n°1, p.35-39.

dans le reste du monde. La coelioscopie a montré ses avantages sur la laparotomie par rapport à la simplification des suites opératoires, la réduction de la durée d'hospitalisation entraînant une reprise rapide des activités socioprofessionnelles sans oublier les avantages esthétiques associés à de petites incisions [1].

Au Gabon, les premières publications à ce sujet remontent aux années 1980 [3]. Et malgré les équipements techniques disponibles dans la plupart des hôpitaux publics du pays, cette pratique peine à se vulgariser. Il est admis à Libreville que la coelioscopie n'est pas la voie d'abord de première intention en chirurgie gynécologique car très peu de gynécologues en ont la compétence. Le CHUME FJE est un hôpital de niveau 3 qui a ouvert les portes en 2019. Il a entre autres vocations de promouvoir la formation de jeunes gynécologues à cette compétence en leur permettant l'accès à ce type de technologies par la mise en place d'un diplôme universitaire d'endoscopie.

L'objectif de ce travail était de rapporter les résultats de 4 ans de pratique de la coelioscopie dans le service de gynécologie de cette structure.

I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive réalisée sur une période de 4 ans allant du 1er janvier 2019 au 31 décembre 2022. Etaient inclus dans cette étude, tous les dossiers des patientes admises dans le service de gynécologie obstétrique ayant bénéficié d'une chirurgie par abord coelioscopique, nous avons exclu les dossiers incomplets et inexploitable. Avant la collecte des données nous avons obtenu l'autorisation du comité scientifique de l'hôpital et la confidentialité des données a été respectée. Les variables suivantes ont été retenues : l'âge, la profession, la gestité, la parité, les antécédents chirurgicaux, le mode d'admission au bloc opératoire, les indications, le diagnostic per opératoire, le geste réalisé, la conversion en laparotomie, la durée de l'intervention, les complications, la durée d'hospitalisation et le coût de cette intervention. L'analyse statistique a été faite par le logiciel Excel 2016. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, les quantitatives en moyenne +/- écart type.

II. RESULTATS

Durant la période d'étude, 1594 patientes avaient bénéficié d'une chirurgie gynécologique et 158 d'entre elles avaient été opérées par voie coelioscopique, soit une fréquence de 10%. L'âge moyen des patientes était de $32,70 \pm 8,86$ ans avec des extrêmes allant de 13 à 76 ans. Trois –quart (3/4) des patientes étaient des employées soit 83%. Les pauci gestes

étaient les plus représentées soit près de la moitié de l'échantillon (44,9%). La parité moyenne était de 3 avec des extrêmes allant de 1 à 5 enfants. Soixante-quatorze pour cent (74%) des patientes n'avaient aucun antécédent chirurgical (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques des patientes (n=158)

Variables	Effectifs (N=158)	Pourcentage (%)
Age (ans)		
≤ 15]	1	0,6
[16-30]	61	38,6
[31-45]	86	54,5
≥ 46]	10	6,3
Profession		
Etudiante	19	12,0
Sans emploi	6	3,7
Employée	131	83,0
Retraîtée	2	1,3
Statut matrimonial		
Marié	57	36,1
Concubinage	86	54,4
Célibataire	15	9,5
Gravidité		
0-1	63	39,9
2-4	71	44,9
≥ 5	24	15,2
Parité		
0	52	32,9
1-5	106	67,1
Antécédents chirurgicaux		
Laparotomie :		
Appendicectomie	8	5,0
Salpingectomie	15	9,5
Myomectomie	7	4,4
Kystectomie	3	1,9
Salpingotomie	4	2,5
Splenectomie	1	0,6
Coelioscopie diagnostique		
Aucun	117	74,1

Les patientes étaient admises pour chirurgie programmée dans 76% des cas. Le bilan d'infertilité était l'indication principale avec 48% de cas, suivie de la chirurgie pour grossesse extra utérine 23,4% (Tableau II).

Tableau II : Indications opératoires

Indications	Effectifs (N=158)	%
Mode d'admission au bloc		
Chirurgie programmée	120	76
Chirurgie d'urgence	38	24
Diagnostic pré opératoire		
Infertilité	76	48,1
Infertilité primaire	17	10,7
Infertilité secondaire	59	37,3
GEU	37	23,4
Non rompue	29	18,4
Rompue	8	5
Kyste ovarien organique	16	10,1
Masse ovarienne suspecte	10	6,3
Abcès tubo ovarien	4	2,5
Torsion de kyste	4	2,5
Kyste hémorragique de l'ovaire	4	2,5
Douleur pelvienne chronique	2	1,3
CIN 3	2	1,3
Adhésiolyse	2	1,3
Myome utérin	1	0,6

Au cours de ces interventions les lésions retrouvées sont inscrites dans le Tableau III.

Tableau III : Diagnostic per opératoire

Lésions per opératoires	Effectifs (N=158)	%
Suspicion de carcinose péritonéales	7	4,4
Kystes ovariens dermoïdes	11	6,9
Torsion de kystes	6	3,8
Endométriomes	10	6,3
Grossesse extra utérine Non rompue	24	15,2
Grossesse extra utérine Rompue	13	8,2
Adhérences pelviennes	8	5
Hydrosalpinx	31	19,6
Pyosalpinx	2	1,2
Obstruction Tubaire Bilatérale	24	15,2
Obstruction tubaire Unilatérale	17	10,7
Utérus Unicorn	2	1,2
Endométriose profonde	3	1,8
Salpingite isthmique noueuse	11	6,9
Myomes	14	8,8
Aucune	6	3,7

Nous avons répertorié les actes chirurgicaux réalisés. La salpingectomie était le geste le plus réalisé 21% des cas (Tableau IV).

Tableau IV : Actes chirurgicaux réalisés

Actes	Effectifs	%
Biopsie	7	4,4
Hystérectomie	2	1,3
Kystectomie	20	12,7
Détorsion de kyste	4	2,5
Salpingectomie	26	16,5
Adhésiolyse	8	5
Salpingotomie	34	21,5
Aucun	19	12
Ligature tubaire par pose de clip	23	14,5
Ligature tubaire par électrocoagulation/section	19	12
Myomectomie	1	0,6

Le taux de conversion en laparotomie était de 1,8% soit 3 cas. La cause de conversion la plus importante était l'état inflammatoire du pelvis. La durée médiane d'intervention est de 71,51 avec des extrêmes de 26 à 360 min.

En post opératoire, nous n'avons noté aucune complication. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2,5 jours avec des extrêmes allant de 2 à 3 jours. Le coût de la coelioscopie varie entre 48.000 FCFA pour les patientes assurées et 132.000 FCFA pour celles ne disposant d'aucune assurance. La majorité des patientes opérées soit 99,9% de l'effectif étaient sorties avec une évolution favorable. Nous n'avons noté aucun cas de décès.

III. DISCUSSION

La fréquence de réalisation de la coelioscopie dans notre structure est de 10% (n=158), une proportion de loin inférieure à ce qui devait être pour un hôpital de niveau 3. Sur la même durée de 4 ans, Mbaye et al [2] au Sénégal retrouvaient une fréquence de 14,37% de l'activité opératoire programmée. Tandis que Ndong et al [4] retrouvaient une fréquence de 18,7 % sur une période plus courte de 3 ans.

Le facteur principal mis en cause dans la difficulté de réalisation des laparoscopies, dans notre hôpital est la pénurie de personnel compétent. Aussi bien les gynécologues que le personnel para médical. Près d'un quart (24%) des interventions étaient des urgences. Le manque de disponibilité du personnel qualifié à l'hôpital et pendant les heures de garde explique ce chiffre. C'est pourquoi la grande majorité de ces coelioscopies se sont déroulées dans le cadre des interventions programmées à l'avance.

Le coût de la coelioscopie au sein de notre hôpital a été standardisé, et ce quelle qu'en soit l'indication. Le montant varie entre 48.000 et 132.000 francs CFA, soit respectivement 73 et 201 euros, selon que la patiente bénéficie d'une assurance maladie ou non. Les patientes employées de profession qui représentent 83% sont généralement détentrices d'une assurance maladie. La seule indication non prise en charge par les assurances reste celle de l'infertilité, dont le coût est évalué à 156.000 francs CFA, soit 238 euros. Nous pouvons de ce fait estimer que le facteur coût n'est pas limitant à la réalisation d'une coelioscopie. Par contre pour d'autres pays de la sous-région, le coût de la coelioscopie pourrait représenter un facteur limitant. En effet Fouogue et al [5] estimaient à environs 613 euros le coût de la coelioscopie au Cameroun.

L'âge moyen de nos patientes était de $32,70 \pm 8,86$ ans avec des extrêmes allant de 13 à 76ans (Tableau I). Cet âge est superposable à celui retrouvé dans d'autres série. Au Sénégal, Niassé et al [6] en 2020 retrouvaient un âge moyen de 31,5 ans avec des extrêmes qui variaient entre 15 et 85 ans. En effet, la coelioscopie dans notre pratique s'adresse à des femmes en âge de procréer. L'infertilité représente l'indication principale dans notre série avec 48,1 % des cas. Cette fréquence est également proche de celle retrouvée par Itoua [7] à Brazzaville avec 45,2 % des patientes qui bénéficiaient d'une coelioscopie pour infertilité féminine.

L'infertilité secondaire est prédominante avec 37,3% des indications. Ce fait avait déjà été relevé lors des études précédentes [8 ;9]. Les constatations (Tableau III) faites au cours des laparoscopies étaient dominées par les hydrosalpinx (19,1%), les obstructions tubaires bilatérales (15,2%) et les salpingites isthmiques noueuses (6,9%).

La prise en charge des grossesses extra utérines par coelioscopie a été faite pour la majorité des cas (18,4%) lorsque celles-ci étaient non rompues (Tableau II). En effet, La coeliochirurgie demeure une crainte dans la prise en charge de la GEU rompue du fait du retentissement du pneumopéritoine sur le retour veineux. Le pneumopéritoine entraîne une augmentation de la pression intra abdominale diminuant le retour veineux. Ainsi, l'association représentée par l'hémopéritoine, le pneumopéritoine et les effets dépresseurs de l'anesthésie générale représentent une grande source d'instabilité hémodynamique peropératoire. D'où la réticence de certains médecins réanimateurs dans ces situations [10]. La rupture de la trompe a été constatée chez 8 patientes (5%) avant la réalisation de la coelioscopie. Il s'agissait de rupture tubaire récente, avec un hémopéritoine de faible abondance ne mettant pas en jeu l'état hémodynamique de la patiente.

Une kystectomie était réalisée chez 12,7% des patientes. La coelioscopie est devenue la technique chirurgicale de choix pour le traitement chirurgical des kystes organiques bénins. Le traitement conservateur qui consiste à cliver le kyste en conservant l'ovaire doit être privilégié chez les femmes désireuses de grossesses ultérieures. Toutefois le risque de cancer de l'ovaire doit rester la préoccupation majeure du chirurgien [11]. Nous nous sommes contentés de réaliser des biopsies pour analyse anatomopathologique en cas de masse ovarienne suspecte dans 4,4% des cas. Toutefois il existe le risque de greffes pariétales, véritables métastases qui se localisent sur les trajets des orifices de trocart, après extraction de la lésion cancéreuse ou de sa biopsie. Selon la littérature ce risque varie entre 0 et 1,6% [12]. Ces patientes sont réopérées secondairement par laparotomie lorsque le caractère malin vient à se confirmer.

Les interventions gynécologiques fréquentes telles que la myomectomie et l'hystérectomie (Tableau IV) ont été représentées dans respectivement 0,6 % (1 cas) et 1,3% (2 cas). Elles sont habituellement réalisées par laparotomie. Ceci est lié dans un premier temps au manque d'expérience des gynécologues et aussi au caractère polymyomateux et volumineux des utérus des femmes africaines, ce qui contre indique la voie laparoscopie [13].

Le taux de conversion en laparotomie était de 1,8% soit 3 cas. La cause de conversion la plus importante était l'état inflammatoire du pelvis. La conversion ne doit cependant pas être perçue comme un échec, mais comme une décision prudente permettant de minimiser les complications per opératoires. Notre taux de conversion était inférieur à celui de certaines séries africaines variant entre 5,2 et 16,4% [14,15]. La durée moyenne d'intervention était de 71 minutes. Notre expérience très récente en la matière pourrait expliquer cette durée d'intervention plus importante. Notre durée moyenne était supérieure à celles retrouvées dans d'autres séries [14]. Les suites opératoires simples observées dans notre série sont dues à la sélection minutieuse des indications opératoires.

CONCLUSION

La coelioscopie n'est pas la voie d'abord principale dans notre structure en ce qui concerne la chirurgie gynécologique de routine. Les indications sont prépondérément liées au diagnostic de l'infertilité et les obstructions tubaires dominent les constats peropératoires. Afin d'étendre cette pratique à de plus larges indications opératoires, la formation du personnel médical et paramédical est primordiale.

REFERENCES

1. **Ngaroua, Soufianou A, Yaouba D, Dieudonné D & Joseph EN.** Chirurgie de la coelioscopie au Cameroun: bilan après 11 ans de pratique. *Int J Surg Invasive Procedures*, 2020 ; 3(2) : 109-14
2. **Mbaye M, Cisse ML, Gueye SMK, Dieme MEF, Diouf AA,** et al. Premiers résultats de la coelioscopie gynécologique au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar : Série prospective de 128 cas. *J Obstet Gynecol Can.* 2012 ; 34 : 939-46.
3. **Mounanga M, Koutele F, Engongah T, Zinzou RD.** Laparoscopy the experience of 421 cases. *Med d'Afrique noire.*1986 ; 33(3) :191-96
4. **Ndong A, Racine IB, Diao ML, Tendeng JN, Diallo AC ,Thiam O, Diouf A, Dia DA ,Sarr N, Soh GT ,Diedhiou M , Nyemb MA, Cissé M, Konaté I.** Bilan des activités de la chirurgie laparoscopique au centre hospitalier régional de saint louis (sénégal) : étude prospective sur 3 ans. *J Afr Chir Digest* 2022 ; 22(2) : 3763 – 67
5. **Fougué JT, Fouelifack FY, Fouedjio JH, Tchounzou R, Sando Z et Mboudou ET.** Premiers pas de la chirurgie laparoscopique en Afrique Sub Saharienne : bilan de neuf mois à l'hôpital Gynéco-obstétrique et Pédiatrique de Douala (Cameroun). *Faits Vues Vis Obgyn.* 2017 juin ; 9(2) :105-10.
6. **Niasse A, Faye PM, Ndong A, Toure AO, Thiam O, Gueye ML,** et al. Morbidity of laparoscopy surgery at the general surgery department of aristide le dantec hospital: retrospective study of 43 cases. *J Surg Res Ther.* 2020 ; 3(1) : 05-09
7. **Itoua C.** Apport de la coelioscopie dans la prise en charge de l'infertilité féminine au centre hospitalier universitaire de Brazzaville ; *Annales des Sciences de la Sante* ; 2014 ;15(5)
8. **Makoyo Komba O, Assoumou P, Minkobame U, Ambounda N.** profil épidémiologique des patientes réalisant une exploration tubaire à l'hôpital mère enfant de Libreville. *Bull Med Owendo.*2022 ; 20(52): 16-21.
9. **Mayi Tsonga S, Diallo T, Litochenko O.** prévalence des avortements clandestins au centre hospitaliers de Libreville, Gabon. *Bulletin de la Société de pathologie exotique.*2009 ;102(4) : 230-2
10. **Edjo Nkilly G, Okoue Ondo R, Matsanga A, Sougou E, Manli D, Tchanchou T, Mayi-Tsonga S, Mandji-Lawson J, Tchoua R.** Prise en Charge des Grossesses Extra-Utérines Rompues:Coeliochirurgie Versus Laparotomie. *Health Scie Dis.* 2020 ; 21(6) :21-24.
11. **Raiga J, Djafer R, Benoit B, Treisser A.** Prise en charge des kystes ovariens, *Journal de Chirurgie* ; 2006 ; 143(5) : 278-84.
12. **Boudhraa K, Bensalah N, Nefoussi R, Triki A, Ouerhani Radhia R, Aissia NB, Gara M.F.** Kyste De L'ovaire : Confrontation Echographique, Coelioscopique Et Anatomopathologique A Propos De 100 Cas. *La Tunisie Médicale.* 2009; 87 (08) : 516-20.
13. **Malartic C, Morel O, Akerman G, Tulpin L, Clément D, Barranger E.**La myomectomie par coelioscopie en 2007: état des lieux. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2007 ; 36 (6) :567-76.
14. **Cissé ML, Touré AO, Tendeng JN, Seck M, Thiam M, Guèye ML** et al. Apport de la laparoscopie devant les urgences abdominales au CHU A Le Dantec de Dakar, à propos de 144 cas. *Le journal de Coelio-chirurgie .*2015 ;95 : 1-4
15. **James DL, Ide K, Abdoulaye MB, Adama S, Hama Y, Chaibou MS** et al. Indications et résultats de la coelioscopie diagnostique à l'Hôpital National de Niamey : une étude rétrospective de 65 patients. *Health Sci Dis.* 2018 ;19(3) : 78-82.