



Article original

Pratique de la coelioscopie au service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier régional de Kédougou (Sénégal) : les 50 premiers cas

Laparoscopic practice in the gynecology and obstetrics department of the regional hospital of Kédougou (Senegal): the first 50 cases

M Wade*¹, AN Sarr¹, M Sene², A Traoré, K Faye¹, D Sané¹, AB Faye², H Ghais²

Résumé

Objectifs : évaluer le bilan des activités de coelioscopie à l'Hôpital Régional de Kédougou

Méthodologie : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 50 cas de coelioscopie réalisées en urgence du 1er octobre 2022 au 31 mars 2024 au Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou soit une période de 18 mois.

Résultats : durant la période, nous avons réalisé 50 cas de coelioscopie. L'âge moyen des patientes était de 28 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans. La coelioscopie constituée un moyen diagnostique dans 48% des cas et thérapeutique chez 82% des patientes.

Les pathologies tubo-annexielles représentaient 92% des cas rencontrés. La durée moyenne de la procédure était de 50 minutes. Le taux de conversion était de 4% en rapport à une défaillance de l'équipement et à un pelvis adhérentiel. La durée moyenne d'hospitalisation était de 2 jours. Les suites opératoires étaient simples dans 98%.

Conclusion : La Coelioscopie est un moyen diagnostique et thérapeutique avec des indications

larges en Gynécologie. Elle présente des avantages considérables par rapport à la chirurgie classique, notamment en termes de morbidité et de mortalité per-opératoire. C'est pourquoi cette technique mérite d'être intégrée aux activités courantes de service dans les pays en développement.

Implications : la coelioscopie loin d'être un luxe, est d'un apport important dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies tubo-annexielles et utérines surtout en milieu rurale.

Mots-clés : Coelioscopie, pathologies gynécologiques, amélioration de la qualité des soins.

Abstract

Objectives: to evaluate laparoscopy activities at the Kédougou Regional Hospital.

Methodology: This was a retrospective study of 50 cases of emergency laparoscopy performed from October 1, 2022 to March 31, 2024 at the Centre Hospitalier Amath Dansokho de Kédougou, a period of 18 months.

Results: During this period, we performed 50 cases

of laparoscopy. The mean age of the patients was 28 years, with extremes of 17 and 45 years. Laparoscopy was diagnostic in 48% of cases and therapeutic in 82%. Tubo-annexal pathologies accounted for 92% of cases. The average duration of the procedure was 50 minutes. The conversion rate was 4%, due to equipment failure and pelvic adhesions. The average hospital stay was 2 days. Postoperative follow-up was normal in 98% of cases.

Conclusion: Laparoscopy is a diagnostic and therapeutic tool with large indications in gynecology. It offers considerable advantages over conventional surgery, particularly in terms of per-operative morbidity and mortality. This is why this technique deserves to be integrated into routine service activities in developing countries.

Keywords: Laparoscopy, gynecological pathologies, improving quality of care.

Introduction

La cœliochirurgie ou chirurgie laparoscopique est une technique chirurgicale permettant d'intervenir sous le contrôle d'un endoscope (tube muni d'un système optique), introduit dans la cavité abdominale préalablement distendue par un pneumopéritoine artificiel [1]. En pleine expansion dans les pays du nord depuis une vingtaine d'années, cette technologie est en plein transfert dans les pays en développement notamment le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Sénégal [2]. Cette chirurgie pratiquée grâce à de petites incisions respecte la paroi abdominale et est dite « minimale invasive ». En effet, elle a de multiples avantages indiscutables pour le patient : moindre préjudice esthétique, plus grand confort postopératoire, moindre risque d'adhérence, conséquence respiratoire diminuée, réduction de la durée d'hospitalisation. Ses dangers sont rarissimes lorsque la cœlioscopie est pratiquée par une équipe entraînée. [3] Cette technique a démontré ses nombreux avantages depuis son introduction en gynécologie par Nordentoeft en 1912 et elle est plus accessible dans les pays développés

[4]. Cependant les pays africains ne sont pas restés en marge de cette technique mini-invasive. Ainsi on peut citer les pays comme Sénégal, Côte d'Ivoire, Niger, Maroc qui utilisent la technique avec des fréquences respectives de 14,37% ; 21% ; 2,16% ; 18,4%. [4-7]. La coeliochirurgie a été introduite au Sénégal en 1995 [2] et récemment au Centre Hospitalier régional de Kédougou en Septembre 2022. Ainsi après 18 mois de pratique, nous avons initié le présent travail en vue d'évaluer la place de cette technique dans la prise en charge des pathologies gynécologiques au service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Kédougou. L'objectif de cette étude est d'évaluer la pratique de la coelioscopie dans le service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier Régional de Kédougou.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective sur une période de 18 mois allant du 1^{er} octobre 2022 au 30 mars 2024. Elle est réalisée au Service de Gynécologie et Obstétrique du Centre Hospitalier Régional Amath Dansokho de Kédougou au Sénégal (CHRADK). Le Centre Hospitalier Régional Amath Dansokho de Kédougou est un établissement Public Santé de niveau II inauguré en juin 2021. Il est situé à 800 km de la capitale Sénégalaise Dakar et a une capacité théorique de 150 lits. Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 avec les sage-femmes sous la supervision du Gynécologue. Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 avec les sage-femmes sous la supervision du Gynécologue. Des consultations de gynécologie, de suivi pré et post-natal, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien. La chirurgie programmée est effectuée tous les jeudis sur la base d'un recrutement fait lors des consultations externes et les différentes voies d'approche sont utilisées (abdominale, vaginale, endoscopique). Étaient incluses dans l'étude, toutes les interventions réalisées par coelioscopie au service durant la période.

Une colonne de coelioscopie de marque Sopro-Comeg a été utilisée pour toutes les interventions avec l'instrumentation classiques. La procédure utilisée était la suivante : les patientes étaient installées en position Gynécologique sous rachianesthésie ou sous anesthésie générale. Un pneumopéritoine/aiguille de Veress sous une pression de 12 mm hg après une incision de 1 cm en plein ombilic. Une exploration première par un trocart-optique ombilical de 10 mm était réalisée en première et les autres trocarts opératoires introduits en fonction des découvertes opératoires.

Les paramètres étudiés étaient : la fréquence de la coelioscopie, les caractéristiques sociodémographiques des patientes (l'âge de la patiente, la gestité et la parité), les antécédents chirurgicaux, les indications opératoires, le type d'anesthésie utilisée, les gestes effectués, les suites opératoires, les conversions et complications de la coelioscopie.

Les données étaient saisies dans notre base de données informatique E-périnatal. Ainsi nous avons exploité les données sociodémographiques des patientes, les données opératoires ainsi que les suites et complications opératoires. Elles y étaient ensuite extraites et analysées d'abord sur Microsoft Excel 2016 puis à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS 24, version Mac). Les variables quantitatives continues étaient décrites par leurs paramètres de position et de dispersion : moyenne, médiane, mode, écart-type. Les variables qualitatives étaient décrites par des proportions par rapport à leur part totale.

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons réalisé 102 interventions gynécologiques. La coelioscopie était la voie d'abord la plus utilisée avec près d'une patiente sur 2 comme le montre le tableau I.

L'âge moyen des patientes était de 28,1 ans avec des extrêmes de 17 et 49 ans, La tranche d'âge 20-29 ans était majoritaire. La parité moyenne était de 2. Les multipares représentaient 62% de l'échantillon.

Nous avons retrouvé un antécédent de chirurgie chez 12% des patientes. Il s'agissait de césarienne (2 patientes), d'appendicectomie (2 patientes), d'une myomectomie et une salpingectomie. L'anesthésie générale était utilisée dans 76 % des cas. Néanmoins, 24 % des interventions coelioscopiques ont été réalisées sous rachianesthésie.

Chez 40 % des patientes la coelioscopie était réalisée en urgence. Elle constituait un moyen diagnostique dans 48% des cas et thérapeutique chez 82 % des patientes. Les principales indications et gestes effectués sont résumés sur le tableau II. Les pathologies tubaires représentaient 62 % des indications suivies des pathologies ovariennes dans 30 % des cas. Les gestes étaient dominés par la salpingectomie 11 cas suivie de la kystectomie ovarienne 30%. Les suites opératoires étaient simples dans 98 % avec une durée d'hospitalisation de 2 jours. Nous avons observé un cas de complication en rapport à une perforation de la face postérieure du duodénum en rapport à un ulcère de stress.

Le taux de conversion est de 4 % en rapport à une défaillance de l'équipement et un pelvis adhérentiel.

Tableau I : Répartition des interventions chirurgicales

Voie d'abord	Effectif	Pourcentage
Cœlioscopie	50	49%
Hystérocopie op	24	23,6%
Laparotomie	18	17,6%
Vaginale	10	9,8%
Total	102	100%

Tableau II : Indications et gestes effectués lors de la coelioscopie

Indications	Gestes effectués	Effectifs	Pourcentage
HSIL			
Hyperplasie endomètre	Hystérectomie	3	8%
Myome endocavitaire			
Perforation utérine	Ablation DIU	1	
Infertilité tubaire	Épreuve au bleu	8	62%
	Plastie tubaire	8	
	Adhésiolyse	2	
Grossesse extra utérine	Salpingectomie	11	
	Salpingotomie	1	
AbcèsTubo-Ovarien	Toilette péritonéale	1	
Kyste ovarien	Kystectomie	8	30%
Torsion	Détorsion	3	
SOPK	Drilling ovarien	3	
Tumeur ovarienne	Exploration	1	
Total		50	100%

Discussion

• Principaux Résultats

Au cours de la période d'étude, nous avons réalisé 50 coelioscopies, faisant de cette technique la voie d'abord chirurgicale la plus courante, représentant 49 % des interventions programmées. Parmi ces 50 coelioscopies, 20 ont été effectuées en urgence, soit 40 % des cas. L'âge moyen des patientes était de 28,3 ans, avec une fourchette allant de 20 à 49 ans. La coelioscopie constitue un moyen diagnostique dans 48 % des cas et thérapeutique dans 82 % des cas. Les pathologies annexielles constituaient 92 % des cas traités. La procédure a été réalisée sous anesthésie générale pour 75 % des patientes, tandis que 24 % des interventions ont été effectuées sous rachianesthésie. La salpingectomie était le geste le plus fréquemment pratiqué, suivie de la kystectomie ovarienne, réalisée dans 30 % des cas. Les suites opératoires ont été simples dans 98 % des cas, avec une durée d'hospitalisation moyenne de 2 jours. Le taux de conversion était de 4 %.

• Interprétation de nos résultats

Avec 49 % de l'activité chirurgicale gynécologique,

la coelioscopie occupe une place significative dans notre pratique quotidienne. Ce taux est cependant nettement inférieur à celui observé dans les séries occidentales, qui avoisine les 65 % aux États-Unis. Cette différence peut être attribuée à des facteurs tels que le profil des patientes et, surtout, la présence de centres spécialisés en chirurgie laparoscopique dans les pays occidentaux. Dans notre contexte, plusieurs indications chirurgicales, comme les kystes géants de l'ovaire ou les gros fibromes utérins, sont souvent plus adaptées à une laparotomie en raison du retard dans le diagnostic, ainsi qu'à notre expérience encore jeune en chirurgie laparoscopique (5 ans). En effet, l'inexpérience du chirurgien constitue l'une des principales limites à l'utilisation de la coeliochirurgie. Malgré ces défis, nos taux de coelioscopie restent supérieurs à ceux observés en Afrique subsaharienne. Une étude réalisée au Sénégal par Mbaye avait trouvé une fréquence de 14,7 % [5], tandis que dans la sous-région, les taux étaient de 39 % au Cameroun [8] et de 10 % au Gabon [9].

La chirurgie coelioscopique gynécologique se fait généralement en mode réglé ; néanmoins elle peut se faire en urgence. Elle joue un rôle crucial et est

largement utilisée dans les urgences gynécologiques, en particulier lorsque les examens complémentaires morphologiques ne fournissent pas de résultats concluants [10]. Cependant, son utilisation en urgence reste encore limitée en Afrique subsaharienne en raison de manques en formation, en équipement et en organisation. Au Gabon, MAKOYO a rapporté que 24 % des coelioscopies étaient réalisées en urgence. Dans notre étude, 40 % des coelioscopies ont été effectuées en situation d'urgence. Ce pourcentage élevé peut être attribué, d'une part, au fait que les membres de l'équipe chirurgicale sont basés à l'hôpital, permettant une mobilisation rapide, et d'autre part, au retard de diagnostic de certaines pathologies, comme les kystes ovariens découverts lors de complications telles que la torsion annexielle ou la rupture de kystes hémorragiques. Dans les pays développés, elle est couramment utilisée en urgence pour traiter des pathologies telles que la grossesse-utérine, l'endométriose, les maladies inflammatoires pelviennes chroniques, les pathologies utéro-annexielles et les kystes ovariens hémorragiques [11]. Dans notre contexte, l'endométriose et les maladies pelviennes inflammatoires sont souvent mal diagnostiquées. Notre étude montre que la grossesse extra-utérine est la pathologie la plus fréquemment prise en charge en urgence par coelioscopie, considérée comme le « gold standard » pour cette indication [12-7]. Nous avons pris en charge 12 cas de grossesse extra-utérine, soit 75 % des cas reçus pendant la période d'étude. Ce taux est supérieur à ceux observés en Afrique subsaharienne, où Mbaye a rapporté 4,6 % et Makoyo 21,5 %. Pour cette indication, la laparotomie n'était pratiquée que si le gynécologue était absent ou si la patiente était hémodynamiquement instable. Une meilleure formation des autres chirurgiens pourrait permettre d'atteindre les taux observés dans les pays développés, qui sont de l'ordre de 90 % [12-14]. Concernant la procédure chirurgicale, l'installation était faite en décubitus dorsal et en déclive (gynécologique) avec respect de la règle des deux 15 : pression intra abdominale ≤ 15 mm Hg, inclinaison maximale de la table opératoire ≤ 15 . En pratique

nous utilisons une pression de départ de 12 mm Hg, celle-ci est réduite à 10 mm Hg en fin d'intervention pour vérifier l'hémostase surtout lors des chirurgies majeures telles que les hystérectomies. Cette chirurgie nécessite une bonne myorelaxation permettant ainsi une distension avec une pression intra-abdominale (PIA) minimale et prévient les accidents mécaniques d'une montée brutale de la PIA. La stimulation réflexogène liée au pneumopéritoine est importante [15]. Pour cette raison, L'anesthésie pour la coelioscopie gynécologique se fait généralement sous anesthésie générale. Dans notre série, l'anesthésie générale était utilisée dans 76% des cas. Néanmoins, pré d'une patiente sur 4 une avait subi la procédure sous une rachianesthésie. Cette technique n'est pas contre indiquée mais elle est souvent inconfortable en coeliochirurgie et ne peut concerner que des gestes courts. De plus les conséquences hémodynamiques du bloc se combinent à celles du pneumopéritoine [16]. Dans notre série, l'utilisation de cette technique était faite lors de nos premiers cas et était plus en rapport avec des contraintes de formation sur l'anesthésie en coelioscopie. Le renforcement de compétence dans ce domaine grâce à la coopération avec l'équipe d'anesthésie de l'université de Grenoble a finis de faire de l'anesthésie générale, la méthode exclusivement utilisée depuis. Elle assure d'excellentes conditions opératoires un confort aussi bien pour le chirurgien que pour la patiente.

L'infertilité d'origine tubaire représentait 36% de nos indications de coelioscopie. Cette prévalence est en accord avec les observations rapportées par plusieurs auteurs en Afrique [4,5,9]. La coelioscopie joue un rôle majeur dans ce contexte, car elle permet de corriger les fausses obstructions tubaires diagnostiquées par hystérosalpingographie, de détecter des anomalies pelviennes telles que les adhérences ou l'endométriose, et d'effectuer des interventions thérapeutiques telles que l'adhésiolyse ou les plasties tubaires (néosalpingostomie et fimbrioplastie).

Le débat sur la nécessité d'une coelioscopie systématique lors du bilan d'une infertilité reste d'actualité [17]. Certaines équipes choisissent de

ne pas réaliser de coelioscopie si l'échographie et l'hystérosalpingographie sont normales. En revanche, d'autres préconisent la coelioscopie systématique pour rechercher une endométriose en cas d'infertilité inexplicée. Dans notre contexte, la coelioscopie était pratiquée uniquement en cas d'anomalie détectée lors de l'hystérosalpingographie ou devant des symptômes inexplicés associés à l'infertilité.

• *Implications de nos résultats*

- Pour la pratique

La chirurgie coelioscopique présente des avantages considérables par rapport à la chirurgie classique, notamment en termes de morbidité et de mortalité per-opératoire. C'est pourquoi cette technique est de plus en plus adoptée en gynécologie et mérite d'être intégrée aux activités courantes de service dans les pays en développement. Les avancées récentes en matière de matériel moderne et miniaturisé ont élargi les indications de la coelioscopie, permettant de réaliser des interventions complexes et de plus longue durée. Cependant, maintenir cette pratique dans des zones éloignées constitue un défi. Pour assurer la pérennité de cette technique, il est crucial d'obtenir un soutien institutionnel pour financer les équipements nécessaires, de former continuellement les chirurgiens locaux et de promouvoir la coopération inter-hospitalière avec des centres spécialisés. Cela permettra de renforcer et d'élargir l'utilisation de la coelioscopie dans ces régions

- Pour la santé publique

La coelioscopie présente des avantages notables, particulièrement dans les zones rurales. En améliorant et modernisant l'offre de soins, cette technique permet de réduire les coûts et de diminuer les inégalités d'accès aux soins spécialisés en gynécologie. Afin de rendre la coelioscopie plus accessible, les coûts ont été alignés avec ceux de la laparotomie pour une même indication. Les avantages de la coelioscopie, tels que la réduction de la durée d'hospitalisation et la diminution de la morbidité, facilitent le retour des patientes dans leurs localités souvent éloignées de l'hôpital. Les soins post-opératoires, y compris les pansements, peuvent être assurés au niveau des

postes de santé locaux. Cela permet non seulement de réduire les frais de transport, mais aussi de diminuer les coûts liés aux soins de suivi.

• *Forces et limites de l'étude*

Cette étude est un bilan d'étape sur la pratique de la coelioscopie en milieu rural. Elle met en exergue l'utilité de l'approche coelioscopique à la fois diagnostique et thérapeutique dans la pratique chirurgicale gynécologique et ses avantages en terme morbidité post opératoire. Elle est limitée par son caractère descriptive et rétrospectif ainsi que le nombre de cas.

Conclusion

Laparoscopie Joue un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité des soins et ceci même dans les environnements médicaux limité. Cependant, cela implique également des défis liés à la formation des professionnels et au financement des équipements nécessaires.

***Correspondance**

Mouhamadou Wade

wade200903kia@hotmail.fr

Disponible en ligne : 15 Novembre 2024

1 : Amath Dansokho Regional Hospital, Kédougou, Senegal

2 : Gynecology and Obstetrics, Cheikh Anta DIOP University, Dakar, Senegal

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2024

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Samake N. Chirurgie laparoscopique : prise en charge des pathologies digestives au CHU Gabriel Toure. Université des Sciences, des techniques et des technologies de Bamako, 2019.
- [2] Fotso LDM. Coelio chirurgie au mali evaluation des 45 premiers mois d'activite. Université de Bamako, 2005.
- [3] Henrion R. Avantage et inconvénients de la chirurgie coelioscopique en gynécologie. *Journal de Chirurgie* 1990;116:471–7.
- [4] Le D, Kp K. Bilan d'activite coelioscopique dans un hôpital secondaire. cas de l'hôpital General D' Ayame (Côte d'ivoire) n.d.
- [5] Mbaye M, Cissé L, Guèye M K, FAYE M.E, Diouf AA, Guèye M, et al. Premiers résultats de la coelioscopie gynécologique au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Dakar : série prospective de 128 cas. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2012;34:939–46. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)35407-X](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)35407-X).
- [6] James DL, S A, Mbaye A, K I. La pratique de la coelioscopie dans un service de chirurgie générale au niger : le cas de l'hôpital national de Niamey. *The journal of medicine and health sciences* 2018.
- [7] Lahlahi F. La part de la coeliochirurgie dans un service de chirurgie viscerale et digestive. 1981.
- [8] Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion Paris - Nord. *Endoscopie chirurgicale. Guide de bonnes pratiques*. 2000.
- [9] Tchente Nguefack C., Essola B., Ohandja Ayina P. M. J., et al État des lieux de la pratique de la chirurgie coelioscopique dans les hôpitaux de la ville de Douala en 2017, 2021 ; 42 (6) : 455-462
- [10] Makoyo komba O., Minkobame U., Assoumou P. Et al. Coelioscopie 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.
- [11] Gresta F, Ansaloni L, Baiocchi GL, et al. Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE), Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc* 2012;26:2134—64.
- [12] McWilliams GD, Hill MJ, Dietrich 3rd CS. Gynecologic emergencies. *Surg Clin North Am* 2008;88:265—83.
- [13] Lansac J Grossesse extra utérine 2014, Elsevier Masson : 165-78
- [14] Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG* 2016;.123:e15–e55.
- [15] Anthony J, Cunningham. Anesthetic implications of laparoscopic surgery. *Yale journal of biology and medicine* 1999 ; 71 : 551-578.
- [16] Dominique M : Anesthésie pour endoscopie gynécologique. *Le Praticien en anesthésie réanimation* (2008) 12, 19—22. doi: 10.1016/j.pratan.2008.01.003
- [17] Merviel P *, Lourdel E, Brzakowski M, Urrutiaguer S, Gagneur O, Nasreddine A. Contre la pratique systématique d'une coelioscopie dans le bilan d'une infertilité Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 420–423 doi: 10.1016/j.gyobfe.2010.04.016

Pour citer cet article :

M Wade, AN Sarr, M Sene, A Traoré, K Faye, D Sané et al. Pratique de la coelioscopie au service de gynécologie et obstétrique du centre hospitalier régional de Kédougou (Sénégal) : les 50 premiers cas. *Jaccr Africa* 2024; 8(4): 178-184

<https://doi.org/10.70065/24JA84.011L011511>