

L'HYSTERECTOMIE TOTALE PAR VOIE COELIOSCOPIQUE: L'expérience de l'Hôpital Général de Douala, Cameroun.BELLEY PRISO E^{1,2}; MBOUDOU E¹; NANA NJAMEN T²; EGBE OBICHEMTI T²; DOHAS¹.(Manuscript N°E150. Received 14/11/2009. Accepted in revised form 20/12/2009) *Clin Mother Child Health* 2009; Vol 6, N° 2: 1135-1138**RESUME:**

Evaluer la faisabilité et l'intérêt de l'hystérectomie par voie coelioscopique chez la femme camerounaise. Etude prospective qui s'est déroulée à l'Hôpital Général de Douala de janvier 2000 à janvier 2008. Chez 21 patientes sur un total de 24 (soit 87,50%) l'intervention a pu être menée à terme par voie endoscopique alors que chez 3 patientes (12,50%), nous avons effectué une laparotomie de conversion. L'hystérectomie par voie coelioscopique est techniquement faisable dans notre contexte sans exposer à des complications sévères. Son intérêt didactique dans l'apprentissage de la coelioscopie opératoire, voire l'anatomie du pelvis est manifeste dans notre milieu.

MOTS CLES: Hystérectomie total - Coelioscopique - Hôpital Généralde Douala - Cameroun.**TOTAL HYSTERECTOMY BY LAPAROSCOPY: The experience of the Douala General Hospital in Cameroon****ABSTRACT:**

To evaluate the feasibility and the place of laparoscopic hysterectomy in the Cameroonian woman. A prospective study was carried out successfully in the Douala General Hospital from January 2000 to January 2008. The procedure was carried out by laparoscopy route in 21 out of 24 patients (87.50%), while emergency laparotomy was done in 3 (12.50%). These first results prove that laparoscopic hysterectomy is feasible in our milieu without major complications. The importance of such a technique in our milieu in the teaching of operative laparoscopy and the anatomy of the pelvis is evident.

KEY WORDS: total Hysterectomy - laparoscopy - Douala General Hospital - Cameroon.**I- INTRODUCTION**

L'hystérectomie par voie coelioscopique (HPC) est de plus en plus décrite comme une alternative à l'hystérectomie abdominale pour le traitement des pathologies gynécologiques aussi bien bénignes que malignes. Depuis 1989, date à laquelle HARRY REICH [1] a décrit la première hystérectomie réalisée totalement par voie coelioscopique, plusieurs équipes ont rapporté leurs expériences de la coelioscopie en matière d'hystérectomie [2, 3, 4, 5, 6]. Nous rapportons notre expérience sur 24 premiers cas en insistant sur la faisabilité et l'intérêt de la technique dans le contexte africain.

¹Département de Gynécologie-Obstétrique, FMSB Yaoundé

²Service de Gynécologie – Obstétrique Hôpital Général, Douala.

Contact: Dr Eugène Belley Priso

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Général de Douala Tél : 33370252 ; Fax : 33370146 BP 4856,

Email : mzambou@yahoo.fr

II- PATIENTES ET METHODES

IL s'agissait d'une étude descriptive réalisée de janvier 2000 à janvier 2008, portant sur 24 patientes recrutées à l'Hôpital Général de Douala (HGD). Elles avaient toutes donné leur consentement éclairé, et étaient toutes avisées de la possibilité d'une laparotomie de conversion. En raison du fait que nous étions en début d'expérience, tous les cas sélectionnés étaient des cas simples, c'est à dire n'ayant aucun antécédent chirurgical abdomino-pelvien, ni de maladies inflammatoires pelviennes aiguës ou chroniques, et dont le volume utérin ne dépassait pas 12 semaines d'aménorrhée. Toutes les hystérectomies pratiquées étaient de Type II selon la classification de MAGE [7]. Pour chaque patiente la durée opératoire était calculée depuis l'insufflation jusqu'à la suture des points cutanés. Les pertes sanguines étaient évaluées par la chute du taux d'hémoglobine apprécié à la 48^{ème} heure post-opératoire. La morbidité fébrile était évaluée sur la base d'une température supérieure à 38° C en post opératoire. Le nombre de jours d'hospitalisation était pris en compte.

III- RESULTATS

L'âge moyen des patientes était de 47 ans \pm 6,7 (40 - 54) et leur parité moyenne 5,6 \pm 1,4 (3 - 8). Toutes les hystérectomies étaient inter-annexielles indiquées essentiellement pour des utérus polomyomateux. (Tableau I).

L'HPC a pu être réalisée dans 21 cas (87,50%). Nous avons pratiqué des laparotomies de conversion chez 3 patientes (12,50%) : les deux premières étaient dues à un accès très laborieux des artères utérines, dans un cas à cause d'un myome latéro-isthmique droit de 6 cm rendant l'exposition du pédicule utérin difficile ; dans l'autre du fait d'adhérences sévères associées à l'endométriose ne permettant pas l'abord en toute sécurité des artères utérines et exposant à des lésions urétérales potentielles. La dernière était relative à une hémorragie d'environ 300cc (identifiée en post-opératoire immédiat) du fait d'une coagulation imparfaite des artères utérines en rapport avec un dysfonctionnement des bipolaires. Pour les patientes qui avaient bénéficié d'une HPC, la durée opératoire moyenne était de 150mn (80-240). La chute d'hémoglobine était en moyenne de 0,60 g/dl (0,3 - 1,8); la durée d'hospitalisation était de 05 jours pour les 21 cas de coelochirurgie, et de 9 jours pour les 3 cas de laparo-conversion.

Les suites opératoires ont été simples dans 18 cas (75%). Les principales complications étaient : 3 cas d'anémie légère (12,5%), et 1 cas d'hémopéritoine (300cc) (4,17%); aucun cas de fièvre n'a été noté.

Nous avons observé en per-opératoire d'autres pathologies associées : l'endométriose 2 cas (8,34%), les adhérences annexielles 3 cas (12,50%), l'association endométriose-adhérences 2 cas (8,34%).

Tableau I - Indications des hystérectomies

Types d'hystérectomies	Indications	Nom De femmes	%
Hystérectomie totale inter-annexielle	Utérus polomyomateux	21	87,50
Hystérectomie totale inter-annexielle	Hyperplasie atypique de l'endomètre	1	4,17
Hystérectomie totale inter-annexielle	Lésion cervicale intra-épithéliale de haut grade	2	8,34
Total		24	100

IV- DISCUSSION

Les résultats de cette étude préliminaire montrent un taux global de succès de 87,50%, portant sur la seule indication de utérus polomyomateux ; ce taux devrait être relativisé d'emblée du fait non seulement de la petite taille de notre échantillon, mais aussi d'un manque de recul suffisant quant à la technique.

1- Durée opératoire

Chez 15 patientes (62,5%) la canulation est pratiquée par des aides peu aguerris pour ce type d'intervention: pour preuve les durées d'intervention les plus courtes de notre série (80 - 90 minutes) ont été observées lorsque les aides étaient des endoscopistes expérimentés. Le dispositif de canulation que nous utilisons ne permet pas une exposition optimale des culs de sacs antérieurs et postérieurs du vagin, condition indispensable pour la pratique sécurisante et de courte durée d'une hystérectomie de type III, voire IV; d'où l'intérêt de l'utilisation du manipulateur utérin. Wattiez et coll [6] montrent sur une série de 1647 patientes que le temps opératoire moyen passe de 115 minutes (40 min - 270 min) à 90 minutes (40 min - 180 min), soit un gain de 30% sur le temps opératoire grâce à l'utilisation du manipulateur utérin.

2- Durée d'hospitalisation

En réalité toutes les 21 patientes (87,50%) dont les hystérectomies avaient été menées à terme auraient pu sortir au troisième jour, puisqu'elles n'éprouvaient aucun malaise particulier en dehors d'une asthénie modérée chez celles qui étaient anémiées. Mais par prudence du fait que c'est nos premiers pas et de l'éloignement de leurs domiciles, l'hospitalisation a été prolongée de 48 heures. Les durées d'hospitalisation sont de 3,9 jours pour Chapron et coll [8], 4,3 jours pour Wattiez et coll [6] avec la précision que ces auteurs n'ont pas été restrictifs dans leurs critères d'inclusion des patientes.

3- Complications:

a- Fièvre: Nous n'avons pas observé de fièvre chez nos patientes. Hunter et coll [2] trouvent 8% dans leur série. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la coagulation sélective des artères utérines à la pince bipolaire que nous pratiquons évite les tissus nécrotiques pourvoyeurs de substances pyrogènes [9], contrairement à la pince automatique non sélective utilisée par Hunter ; par ailleurs le temps terminal de contrôle coelioscopique que nous respectons systématiquement permet non seulement de parfaire l'hémostase, mais d'aspirer une

éventuelle collection sanguine dont les produits de dégradation peuvent entraîner une fièvre [10].

b- Anémie/Hémorragie: KOUAM et al [11] sur une série de 183 cas d'hystérectomies abdominales et vaginales observent 26,1 % (29 cas) d'hémorragie per-opératoire, puis 13,5 % (15 cas) d'anémie sévère et 2,7 % (3 cas) d'hémorragie post-opératoire. Ces résultats comparés aux nôtres montrent que l'HPC n'est pas pourvoyeuse de complications anémiques et hémorragiques plus graves que celles observées dans les hystérectomies abdominales et vaginales.

C- Conversions: Les laparoconversions relatives aux adhérences et au myome latéro-isthmique étaient presque inévitables. En revanche, l'hémopéritoine survenu en post opératoire était probablement lié à un fonctionnement défectueux de la pince bipolaire ; ceci témoigne des difficultés que nous éprouvons dans la maintenance du matériel du fait de l'absence de techniciens locaux.

4. Pathologies associées

La coeliochirurgie nous a permis de mettre en évidence d'autres pathologies associées telles que les adhérences annexielles, l'endométriose, et même leur association. Elle prend tout son intérêt dans la préparation des cas potentiellement difficiles d'hystérectomie vaginale (hystérectomies vaginales coelio-assistée), ainsi que dans la prise en charge de ces pathologies associées [12,13,14,15, 16].

V- CONCLUSION

L'hystérectomie totale par voie coelioscopique est faisable et utile dans notre environnement sanitaire et universitaire. Elle n'a bien sûr pas la prétention de remplacer ni l'hystérectomie abdominale, ni l'hystérectomie vaginale. Son intérêt didactique dans l'apprentissage des techniques opératoires et de l'anatomie est pertinent dans notre environnement hospitalo-universitaire où les contraintes socioculturelles et financières empêchent d'obtenir des corps pour les travaux pratiques. Cette intervention requiert une forte expérience des chirurgiens par la formation continue, l'entraînement sur modèle animal et l'assistance des chirurgiens endoscopistes expérimentés. Une équipe locale chargée de la maintenance préventive et curative est indispensable afin de garantir l'efficacité maximale et permanente du matériel ■

REFERENCES:

1. Reich H, De Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol surg* 1989; 5 (2): 213-216.
2. Hunter, McCartney J. Can laparoscopic assisted hysterectomy safely replace abdominal hysterectomy? *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 100: 934.
3. Maher PJ. Laparoscopically assisted hysterectomy. *Med J* 1992 Aust; 156: 316-8.
4. Nezhad C, Nezat F, Silfen S. Laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy using multifire GIA surgical stapeler. *J Gynecol Surg* 1990; 6: 287-8.
5. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Mc Pherson. The epidemiology of hysterectomy: Findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 5:402-7
6. Wattiez A, Soranio D, Mage G, Pouly JL, Mille P, Bruhat MA. Courbe d'apprentissage pour l'hystérectomie totale per-coelioscopique : analyse comparative de 1647 cas. *Le Journal de coeliochirurgie*, 2000; 36:14-21.
7. Mage G, Wattiez A, Chapron C, Pouly JL, Canis M, Pigeon JM, Bruhat MA. Hystérectomie per-coelioscopique. Résultat d'une série de 44 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21:436-44.
8. Chapron V , Dubuisson JB, Aubert V, Morice P, Garnier P , Aubriot F.X, Foulot H. Hystérectomie totale per coelioscopique, Technique opératoire, résultats et indications. *J Gynecol Biol Repod* 1995; 24: 802-10.
9. Bletsas A, Beggreen E, Brudvik P. Interleukin-1 α and tumor necrosis factor- α expression during the early phases of orthodontic tooth movement in rats. *Euro J Oral Sci* 2006 Oct; 114 (5): 423-9.
10. Carrillo, Eddy H MD, FACS; Gordon, Laura E. BA; Richardson, J. David MD, FACS; Polk, Hiram C Jr, MD, FACS. Free hemoglobin enhances Tumor Necrosis Factor-[alpha] production in isolated human monocytes. *Journal of Trauma injury infection and Critical Care* 2002 March; 52 (3): 449 – 52.
11. Kouam L, Kongnyuy EJ, Ngassa P, Fomulu N, Wamba MT, Doh AS. Hysterectomy: A 12-year retrospective review in the Yaounde University Teaching Hospital. *Clin Mother Child Health* 2005 Sep; 2 (2): 347-50.
12. Kasia JM, Raiga J, Doh AS, Biouele JM, Pouly JL, Kwiatkowski F, Edzoa T, Bruhat MA.

- Laparoscopic fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience of the Yaounde General Hospital, Cameroun (Report of 1974 cases). *Eu J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 73(1): 71-7.
13. Kasia JM, Verspyck E, Lebouedec G, Struder C, Bourgeois D, Wendumd, Dauplat J, Bruhat MA, Millez J. Peritoneal tuberculosis. Value of laparoscopy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26(4): 367-73.
 14. Raiga J, Kasia JM, Bruhat MA. Laparoscopic surgery in Cameroon. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 65(1): 65-69.
 15. Raiga J, Kasia JM, Canis M., Glowaczower E, Doh A, Bruhat MA. Introduction of Gynaecologic Endoscopic surgery in an African setting. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 46(3) : 261-4.
 16. Kasia JM, Nana Njamen T, Messina RC, Enama BA, Medou A, Nguionza JM. Place of laparoscopic surgery in the management of uterine leiomyoma in the Cameroonian woman: A prospective study of 80 cases. *Clin Mother Child Health* 2006 Dec; 3 (2): 567-71.
 17. Nana Njamen T, Kasia JM, Toukam M, Medou A, Messina R, Enama B, Momo A, Nguionza JM. Coelioscopie pour douleur pelvienne : Résultats d'une série de 40 cas. *Clin Mother Child Health* 2006 Apr; 3 (1): 427 – 431.
 18. Etongue Mayer F. Aspects coelioscopiques de l'endométriase à l'hôpital Général de Yaoundé. Mémoire de fin de cycle de spécialisation en Gynécologie et Obstétrique. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, 2001.
 19. Enama Batsogo B. Apport de la coelioscopie dans le diagnostic et la prise en charge de l'endométriase au Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine. Mémoire de fin de cycle de spécialisation en Gynécologie et Obstétrique. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, 2005.