

BILAN DE QUATRE ANNÉES DE CHIRURGIE LAPAROSCOPIQUE À ABIDJAN

J.M. CASANELLI, E. KELI, J. N'DRI, G. ABOUA, M. KEITA, G. MENEAS, C. BLEGOLE, B. MOUSSA, A. SIDIBE, J.J. TOURE, F. YAMOSSOU, H.A. N'GUESSAN

Med Trop 2007 ; 67 : 481-484

RÉSUMÉ • La chirurgie laparoscopique fait partie intégrante de l'arsenal thérapeutique en chirurgie digestive. Les auteurs font le bilan de quatre années d'expérience à propos de 494 patients opérés par cette méthode à Abidjan, Côte d'Ivoire. Si les indications essentielles sont représentées par les cholécystectomies et les appendicectomies, le champ d'application de la coeliochirurgie est intéressant en Afrique Noire tant en chirurgie réglée (exploration laparoscopique des douleurs abdominales chroniques et des cancers digestifs) qu'en chirurgie d'urgence (péritonite, contusion abdominale).

MOTS-CLÉS • Chirurgie laparoscopique - Cholécystectomie - Appendicectomie.

EVALUATION OF A FOUR-YEAR EXPERIENCE WITH LAPAROSCOPIC SURGERY IN ABIDJAN, IVORY COAST

ABSTRACT • Laparoscopic surgery is now a widely accepted modality for gastrointestinal surgery. In this report the authors evaluate their four-year experience with laparoscopic surgery in a total of 494 patients in Abidjan, Ivory Coast. Cholecystectomy and appendectomy were the main indications in this series. However laparoscopic surgery has a wide range of applications in Black Africa not only for elective indications such as evaluation of chronic abdominal pain and digestive cancer but also emergency indications such as peritonitis and abdominal trauma.

KEY WORDS • Laparoscopic surgery - Cholecystectomy - Appendectomy.

Depuis la première cholécystectomie laparoscopique pratiquée par Mouret en 1987, la chirurgie coelioscopique a connu un essor considérable avec la réalisation d'actes de plus en plus complexes comme la duodéno-pancréatectomie céphalique (1). Le premier symposium de chirurgie laparoscopique d'Abidjan tenu en Avril 1999, marque le point de départ de cette nouvelle approche chirurgicale en Côte d'Ivoire.

Quatre années d'utilisation de la chirurgie laparoscopique à Abidjan nous a permis d'analyser rétrospectivement les indications et les résultats des 500 premières interventions pratiquées.

MATERIEL ET METHODE

Quatre cent quatre vingt quatorze malades (dont six opérés deux fois) ont bénéficié de Juillet 1999 à Avril 2003 d'une chirurgie laparoscopique à la Clinique Chirurgicale III du CHU de Treichville et dans trois institutions privées d'Abidjan.

Les principales indications étaient :

- la pathologie vésiculaire dans 195 cas ;
- les appendicites aiguës dans 145 cas ;
- les douleurs abdominales chroniques dans 41 cas ;
- les péritonites aiguës dans 36 cas ;
- les hernies inguinales dans 22 cas ;
- les occlusions du grêle dans 15 cas ;
- les interventions gynécologiques dans 18 cas (neuf kystes de l'ovaire, quatre obstructions tubaires, deux grossesses extra-utérines, deux pyosalpinx, une ligature des trompes) ;
- la pathologie du hiatus œsophagien dans huit cas (quatre hernies hiatales, quatre achalasies) ;
- l'évaluation des tumeurs abdominales dans huit cas ;
- la pathologie colique dans quatre cas (deux dolichocolons, un cancer du sigmoïde, une sigmoïdite diverticulaire) ;
- dans huit cas : deux gastroplasties par anneau, deux sténoses du pylore, une tumeur du grêle, un kyste sous hépatique, une contusion de l'abdomen, un varicocèle.

199 patients (40%) ont été opérés en urgence.

RÉSULTATS

Les cholécystectomies (195 cas)

Elles ont représenté près de 40 % de la chirurgie laparoscopique durant cette période.

Tous les patients ont été opérés en chirurgie réglée. L'âge moyen de la série était de 42 ans avec des extrêmes allant de 6 à 85 ans.

• Travail du Service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne (Pr. N'GUESSAN H.A) (J.M.C., Maître Assistant ; E.K., Professeur agrégé ; J.N'D., G.A., Ancien Interne des Hôpitaux ; M.K., G.M., Interne des Hôpitaux ; C.B., B.M., Assistant chef de clinique ; A.S., J.J.T., F.Y., C.E.S de chirurgie ; H.A.N'G., Professeur titulaire de chirurgie), BP V3 CHU de Treichville Abidjan.

• Correspondance : J.M. CASANELLI, 04 BP 644, Abidjan 04, Côte d'Ivoire • Fax : +225 21 354 28 93.

• Courriel : casanelli@voilà.fr •

• Article reçu le 7/12/2004, définitivement accepté le 17/09/2007.

Le sexe ratio était de 2 femmes pour 1 homme, soulignant la prédominance féminine de la pathologie biliaire.

La durée moyenne d'hospitalisation fut de 2,7 jours avec des extrêmes allant de 1 à 13 jours. Une laparotomie de conversion s'imposa dans trois cas : une fois pour section accidentelle du cholédoque, une fois pour lithiase de la voie biliaire principale de découverte per-opératoire, et une fois pour défaut d'insufflation.

190 patients cholécystectomisés sur 195 (97%) ont eu des suites simples. Cinq complications sont survenues : deux suppurations pariétales au niveau de l'orifice ombilical jugulées par traitement antibiotique ; une section accidentelle du cholédoque et une sténose tardive du canal hépatique commun, en rapport avec la diffusion de l'électrocoagulation mono polaire traitées par anastomose hépatico-jéjunale et une péritonite biliaire en rapport avec un lâchage du clip sur le moignon du canal cystique traité par simple ligature au fil résorbable.

Les appendicectomies (145 patients)

Elles furent toujours pratiquées devant des syndromes douloureux de la fosse iliaque droite et ont concerné 64 hommes pour 81 femmes d'âge moyen de 32 ans.

Trois conversions ont été nécessaires pour plastron appendiculaire en raison des difficultés de dissection.

L'exploration de l'abdomen a permis de retrouver un appendice en position iliaque droite dans 115 cas, rétro-cœcale dans 14 cas, pelvienne dans 11 cas, sous hépatique dans trois cas, mésocœliaque dans un cas et iliaque gauche dans un cas.

La cœlioscopie a permis de modifier une fois le diagnostic retrouvant une perforation du cæcum par arête de poisson.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 2 jours. La morbidité se résumait à trois cas de suppuration pariétale.

Les douleurs abdominales chroniques (41 patients)

Une cœlioscopie exploratrice a permis de retrouver des brides et adhérences en rapport avec une intervention initiale dans 16 cas, un appendice inflammatoire dans 13 cas, une pathologie ovarienne dans trois cas, une pathologie herniaire dans trois cas, une anomalie du ligament rond du foie dans deux cas, une tumeur du foie dans un cas et une carcinose péritonéale dans un cas, pouvant expliquer les phénomènes abdominaux douloureux.

Les résultats après traitement laparoscopique ont été jugés excellents dans 37 cas avec sédation complète de la symptomatologie douloureuse.

Dans deux cas, aucune cause n'a pu être rattachée à la symptomatologie.

Les péritonites aiguës (36 patients)

Elles ont concerné 21 hommes et 15 femmes d'âge moyen de 45 ans avec des extrêmes allant de 14 à 80 ans.

Les principales étiologies étaient : une péritonite appendiculaire dans 20 cas, une perforation d'ulcère duodénal dans sept cas, une perforation colique dans quatre cas, une tuberculose abdominale dans deux cas, un pyoannexe perforé dans un cas, un pyocholécyste perforé dans un cas et une perforation diastatique du grêle dans un cas.

La morbidité se résumait en deux reprises pour péritonite post opératoire. Les suites ont été simples dans tous les autres cas.

Cure de hernie inguinale (22 patients)

Elle concernait 22 patients tous de sexe masculin, d'âge moyen de 36 ans avec des extrêmes allant de 18 à 56 ans.

Les différentes variétés anatomiques étaient : une hernie inguinale droite dans 15 cas, une hernie inguino-scrotale dans trois cas, une hernie inguinale gauche dans trois cas et une hernie inguinale bilatérale dans un cas.

Le seul procédé utilisé a été la technique transabdominopéritonéale.

Trois conversions ont été nécessaires en raison de difficultés de dissection.

La morbidité s'est limitée à un cas d'hématome scrotal traité par ponction évacuatrice.

Occlusions du grêle (15 patients)

Une cœlioscopie a été pratiquée chez 15 patients : 7 hommes et 8 femmes d'âge variant de 18 à 59 ans et qui présentaient un tableau d'occlusion intestinale aiguë. L'occlusion était en rapport avec des brides et des adhérences post opératoires dans 11 cas, une incarceration du grêle dans le Douglas, et autour du ligament rond et dans un orifice de trocart dans trois cas, et une tumeur du cæcum dans un cas.

Cinq complications sont survenues :

- trois occlusions post opératoires (une bride, une incarceration d'une anse grêle à travers un orifice de trocart et à travers une brèche mésocolique dans un cas) ;

- une péritonite post opératoire par lâchage d'une anastomose iléo-colique après hémi colectomie droite ;

- et une occlusion fonctionnelle traitée médicalement.

Les résultats ont été jugés excellents dans 14 cas avec réduction complète de la symptomatologie.

Cœlioscopie gynécologique (18 patients)

Outre une ligature tubaire, neuf kystes ovariens, deux grossesses extra utérines, deux pyosalpinx, quatre obstructions tubaires ont été traités par voie laparoscopique avec de bons résultats.

Pathologie du hiatus œsophagien (8 patients)

Quatre patients dont l'âge variait entre 33 et 76 ans ont bénéficié d'une cure de hernie hiatale par voie cœlioscopique associée à un montage anti-reflux de Toupet avec des suites simples.

Quatre patients dont l'âge variait entre 34 et 77 ans ont bénéficié d'une opération de Heller associée à un montage anti-reflux pour achalasia avec des suites simples.

Evaluation des tumeurs abdominales (8 patients)

Une exploration cœlioscopique à visée carcinologique a été réalisée chez 8 patients porteurs d'une tumeur abdominale permettant ainsi de réaliser des biopsies tumorales ou ganglionnaires.

Une conversion a été nécessaire devant une tumeur étendue du grêle envahissant le colon ascendant.

Les suites ont été marquées par le décès en post opératoire immédiat de deux patients qui présentaient un cholangiocarcinome dans un tableau d'insuffisance hépato-cellulaire sévère.

Pathologie colique (4 patients)

Quatre patients dont l'âge variait entre 40 et 47 ans ont bénéficié d'une colectomie gauche par voie cœlioscopique pour dolichocôlon gauche dans deux cas, sigmoïdite diverticulaire dans un cas et un cancer du colon gauche dans un cas.

Les suites ont été simples dans tous cas avec reprise du transit à la 48^e heure.

La sortie des malades a été autorisée à J7 post opératoire avec un préjudice esthétique minime.

Autres cas

La chirurgie laparoscopique a été pratiquée avec succès dans huit autres cas dont deux gastroplasties par anneau pour obésité et une contusion abdominale qui a révélé une déchirure du grand épiploon.

DISCUSSION

Qualifiée par les chirurgiens nord américains de « nouvelle révolution française », la chirurgie laparoscopique n'est pas un luxe pour les pays en développement, et ses avantages y sont évidents.

En effet, la cœliochirurgie, en supprimant le contact avec le foyer opératoire présente un intérêt considérable pour le chirurgien en réduisant le risque de blessure per opératoire par du matériel pointu et tranchant et celui de contamination par les virus du sida et des hépatites.

La cœliochirurgie par une réduction des douleurs post opératoires et de la durée d'hospitalisation permet de réduire le risque d'infection nosocomiale et de lutter contre l'absentéisme, véritable fléau de notre administration en Afrique Noire...

Au plan socio-économique, la diminution de moitié du séjour hospitalier et de la durée de convalescence d'environ un tiers par rapport à la chirurgie conventionnelle contribuent à abaisser de façon substantielle les dépenses de

santé dans nos pays où la majorité de la population ne bénéficie pas de protection sociale ni d'assurance maladie.

Au plan des indications de la chirurgie laparoscopique, il faut distinguer la chirurgie réglée et la chirurgie d'urgence.

Chirurgie réglée

• Cholécystectomie

La cholécystectomie pour lithiase vésiculaire symptomatique est l'indication initiale de la chirurgie laparoscopique (2) et demeure le geste cœlioscopique le plus fréquemment réalisé.

C'est actuellement le traitement de choix de la lithiase vésiculaire symptomatique et de la cholécystite aiguë lithiasique (3).

• Chirurgie laparoscopique exploratrice

L'exploration cœlioscopique trouve un grand intérêt dans le cadre des douleurs abdominales chroniques permettant de découvrir des brides ou adhérences, un appendice inflammatoire ou une pathologie rare comme une anomalie du ligament suspenseur du foie.

Un examen clinique et un interrogatoire minutieux sont importants pour éviter de sombrer dans la « cœliomania » exploratrice des douleurs abdominales.

• Evaluation laparoscopique des cancers digestifs

L'exploration cœlioscopique des cancers digestifs permet la détection de lésions méconnues par l'imagerie conventionnelle et une meilleure évaluation de la résécabilité des tumeurs.

Son intérêt est d'éviter une laparotomie inutile et de débiter chez certains patients un traitement complémentaire plus précocement (4).

Cette approche est particulièrement intéressante dans les cancers dont le pronostic à court terme est mauvais et dont les moyens d'imagerie sont limités en Afrique Noire comme les cancers bilio-pancréatiques.

• Cure de hernie inguinale

Véritable problème de santé publique en Afrique Noire, l'application de la chirurgie laparoscopique est freinée par le surcoût occasionné par le prix de la prothèse (50 000 F CFA) et par le type anatomique de hernie : en effet la majorité des patients d'Afrique Noire sont porteurs de volumineuses hernies dont la dissection est souvent laborieuse et hémorragique par voie cœlioscopique.

Chirurgie d'urgence

• Les péritonites aiguës

Le traitement de la péritonite par laparoscopie était contre-indiqué à l'origine en raison du risque supposé accru de choc septique par diffusion systématique des germes par les vaisseaux péritonéaux (5). Il est actuellement admis qu'en l'absence de défaillance hémodynamique d'origine septique, la laparoscopie est le traitement de choix (6).

La laparoscopie permet une meilleure exploration de la cavité abdominale avec toilette péritonéale réduisant à zéro l'incidence des collections résiduelles intra-péritonéales (7).

Le respect de l'intégralité pariétale chez nos malades généralement « fatigués » autorise une mobilisation précoce et réduit le risque d'éventration post opératoire et de complication thrombo embolique. En cas de perforation du grêle, la cœlioscopie offre la possibilité de réaliser une iléostomie où une résection intestinale par une incision élective.

• *Le syndrome occlusif*

L'occlusion du grêle à ventre plat chez un opéré de l'abdomen est l'indication idéale de la cœlioscopie dans les syndromes occlusifs (8).

Le premier trocart doit être introduit par « open cœlioscopie » et l'ensemble du grêle doit être visualisé. Une laparotomie s'impose au moindre doute sur la vitalité intestinale.

• *Les traumatismes de l'abdomen*

La cœlioscopie d'urgence garde tout son intérêt dans les plaies de l'abdomen en précisant leur caractère pénétrant ou pas, d'éventuelles lésions viscérales et permet d'éviter des laparotomies inutiles dont le taux est estimé à 25 % dans certaines séries (9).

Cet intérêt est particulièrement évident en Afrique Noire où les examens d'imagerie que sont l'échographie et la tomodensitométrie sont rarement disponibles en urgence.

• *Les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite*

C'est probablement chez la femme jeune que la chirurgie par laparoscopie trouve le maximum de son intérêt dans le cadre des douleurs de la fosse iliaque droite (10, 11). La distinction entre une pathologie digestive et une pathologie gynécologique est parfois délicate et la cœlioscopie représente un moyen important du diagnostic dans ce contexte.

CONCLUSION

Le bilan de quatre années de chirurgie laparoscopique à Abidjan indique que son domaine d'action intéresse toute la pathologie abdominale.

Cependant, la vulgarisation et la rentabilisation de la cœlioscopie dans nos pays d'Afrique, à moyens limités passe par une bonne hiérarchisation de ses indications en privilégiant certaines comme l'évaluation des cancers digestifs ou la prise en charge des abdomens aigus traumatiques aux détriments d'autres indications qui sont de mise les pays développés...

RÉFÉRENCES

- 1 - GAGNER M, INABNET WB, BIERTHO L, SALKY B - Pancréatectomies sous laparoscopie : une série de 22 patients. *Ann Chir* 2004 ; **129** : 2-7.
- 2 - DUBOIS F, BERTHELOT G, LEVARD H - Cholécystectomie par cœlioscopie. *Press Med* 1989 ; **18** : 980-2.
- 3 - BRUGERE C, SLIM K, LACAINE F - Quand et par quelle voie opérer une cholécystite aiguë lithiasique. *Ann Chir* 2003 ; **128** : 549-50.
- 4 - BARRAT C, CHAMPAULT G, CATHELINE JM - L'évaluation laparoscopique des cancers digestifs est-elle légitime ? Etude prospective de 109 cas. *Ann Chir* 1998 ; **52** : 602-6.
- 5 - MILLAT B, GUILLON F - Traitement chirurgical des péritonites. *Med Mal Infect* 1995 ; **25 Suppl 5** : 134-43.
- 6 - NAVEZ B, TASSETI V, SCOHY JJ *et Coll* - Laparoscopic management of acute peritonitis. *Br J Surg* 1998 ; **85** : 32-6.
- 7 - MARESCAUX J - Ulcère duodénal perforé et laparoscopie. In « CHAMPAULT G, MEYER C - Chirurgie digestive par laparoscopie ». Masson, Paris, 1997, pp 137-45.
- 8 - CLOTTEAU JE, PREMONT M - Occlusion sur bride traitée par section sous cœlioscopie. *Press Med* 1990 ; **19** : 1196.
- 9 - DONALDSON LA, FINDLAY IG, SMITH A - A retrospective review of 89 stab wounds of the abdomen. *Br J Surg* 1981 ; **68** : 1793-6.
- 10 - DOMERGUE J, NÈL P, FABRE JM *et Coll* - Apport de la cœlioscopie dans les abdomens aigus. *Ann Chir* 1992 ; **46** : 287-9.

Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie
Palais des Congrès - Paris - 18 janvier 2008

Dans le cadre des Journées Européennes de la Société Française de Cardiologie une séance sera consacrée à la **cardiologie tropicale** le vendredi 18 janvier 2008 au Palais des Congrès, Porte Maillot, Paris.

- Dépistage des valvulopathies rhumatismales de l'enfant en Afrique - D. SIDI (Paris)
- Diagnostic des myocardites infectieuses - L. FOURCADE (Marseille Armées)
- Cardiomyopathie HIV - J.J. MONSUEZ (Sevran)
- Péricardites infectieuses - J.L. NKOVA (Brazzaville)
- L'ECG du Noir est-il différent de l'ECG du Blanc ? - E. BERTRAND (Carpentras)

Pour tout renseignement :
Société Française de Cardiologie
www.sfcadio.fr • Tel. = +33 (0)1 43 22 33 33 • Fax : +33 (0)1 43 22 63 61