

Chirurgie annexielle per-coéloscopique

O. Acker
D.I.U. Coeliochirurgie 2004-2005

Chirurgie annexielle

- Pathologie ovarienne
 - Lésions fonctionnelles
 - Lésions organiques
 - Bénignes
 - Malignes
 - Abscès, adhérences
 - GEU
- Pathologie tubaire
 - Kystes
 - Cancers
 - Infection : aiguë, séquelles
- L'endométriose

Kyste ovarien

- Doit on l'opérer ?
- Ttt urgent ou différé ?
- Laparoscopie possible ?
 - Risque de prise en charge inadéquate (cancer)
 - Terrain, Clinique
 - Bilan pré-thérapeutique :
 - échographie pelvienne sus-pubienne et endovaginale (critères bénins)
 - Biologie β HCG, CA 125

Kystes ovariens

- Kyste organique d'allure bénigne :
<5cm, liquidien pur ou dermoïde, moins de 3 cloisons, paroi et cloisons fines (3mm), absence de végétation, CA 125 < 35 ui/l
- Kyste organique suspect : (2 critères)
végétations endo-kystiques, cloisons épaisses +/- irrégulières, ascite, vascularisation centrale, IR faible, CA 125 > 65 ui/l

Kystes ovariens

- Soit cœlioscopie opératoire :
 - kyste bénin, risque de laparo-conversion
 - Incidence de tumeurs malignes non suspectes en préop
 - 1 % pour les cancers et 1,5% pour les lésions border-line
- Soit cœlioscopie diagnostique :
 - Cytologie péritonéale première
 - Examen général de la cavité abdomino-pelvienne
 - Examen du pelvis : aspect per-coelio de l'ovaire
- Soit laparotomie d'emblée, ou secondaire (trsv ou médiane):
 - si suspect +++

Kystes ovariens

- Position de la patiente
- Canulation utérine
- Position de l'opérateur
- Trocarts
- Technique opératoire

Kystes ovariens

Kyste ovarien d'allure bénigne:

➤ Fonctionnel:

Aspect translucide, paroi fine, peu vascularisée, lisse

➤ Organique:

Ligament utéro-ovarien allongé, vascularisation en peigne, contenu mixte (dermoïde)

Kystes ovariens

Soit kystectomie intra-péritonéale d'emblée:

expose à la rupture accidentelle du kyste

Ou ponction du kyste puis :

- Kystectomie intra-péritonéale
- Kystectomie trans-pariétale

Kystes ovariens

- Dissection kyste ouvert ou fermé
- Si ouvert: kystoscopie
- Incision anti-mésiale
- Extraction dans un sac étanche
- Suture ovarienne non systématique
- Lavage péritonéal
- +/- liquide anti-adhérentiel

Kystes ovariens complications

- Taux inf à 0,5%
- Hémorragie, plaie vésicale ou urétérale
- 0,5‰ de laparo-conversion pour complication
- Risque liés à la nature du kyste ovarien :
 - Greffe carcinomateuse entre 0 et 1,6%
 - Maladie gélatineuse du péritoine
 - Rupture per-coelio de carcinome ovarien : ttt laparo rapide
 - Rupture dermoïde : péritonite chimique, gliome bénin

Ovariectomie - Annexectomie

- Ovariectomie :

- Plus rare chez la femme jeune
- Femme ménopausée +++

- Annexectomie :

- GEU ou hydrosalpinx ancien
- Femme ménopausée
- Repérer l'uretère ++

Atcd infectieux

- Trois complications :
 - Adhérences pelviennes
 - Hydrosalpinx
 - Phimosi tubaire
- Chez la femme jeune :
 - Chirurgie de la fertilité (bilan et ttt)
 - Test au bleu, éversion du pavillon tubaire
 - Parfois salpingectomie

Endométriose

Laparoscopie: ttt de référence de l'endométriose ovarien

- diagnostic :

- Anatomico-pathologie
- Stadification score AFS

- thérapeutique :

- Adhésiolyse
- Kystectomie ou destruction de la paroi kystique
- Destruction de foyers actifs

Endométriose

- Sans chirurgie le taux de grossesse est faible <10%
- Après chirurgie : taux de grossesses : 40 à 60 %
- La chirurgie prépare le terrain pour la FIV et la ponction ovarienne
- La cœlioscopie est aussi efficace que la laparotomie
- Controverse: Chirurgie en un temps ou en deux temps

Endométriose

● Qui traiter ?

- Femmes sans enfant ou Pb de stérilité
- adénomyose
- Douleur chronique

● Quand s'abstenir ?

- Endométriose minime ou modérée
- Sans effets sur les trompes ou les ovaires
- Spermogramme normal

Endométriose

- Exérèse ou destruction d'implants
- Libération adhérences péri-tubo-ovariennes
- Fimbrioplasties
- Exérèse lésions ovariennes

Objectifs :

- restituer un cul de sac de douglas et des annexes normales.
- Ablation de l'endométriome en préservant l'ovaire
- Adhésiolyse +/- chirurgie tubaire lorsque l'endométriose est sévère
- Destruction simple des lésions lorsque l'endométriose est de stade I ou II
- Traitement chirurgical le plus complet possible

Endométriose

	Kystectomie	Drainage et destruction	
dlr pelv. chroniques	10 %	52,9 %	P< 0.05
dysménorrhée	15,8 %	52,9 %	P< 0.05
Dyspareunie	20 %	75 %	P< 0.05
Récidives à 24 mois	6,2 %	18,8 %	<i>ns</i>
Tx Grossesse à 24 mois	66,7 %	23,5 %	P< 0.05