

COELIOSCOPIE POUR DOULEUR PELVIENNE: Résultats d'une série de 40 cas.

NANA NJAMEN T.¹; KASIA J.M.²; TOUKAM M.²; MEDOU A.¹; MESSINA R.³; ENAMA B.³;
MOMO A.³; NGUIONZA J.M.¹

(Manuscript N° A18. Received 28 December 2005. Accepted in revised form 24 February 2006) *Clin Mother Child Health* 2006; Vol 3, N° 1: 427-431

RESUME:

Dans le but d'étudier objectivement les causes des pelvialgies, nous avons, de Janvier 2001 à Novembre 2005 soumis au Centre de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine de Yaoundé (CRACERH), 40 patientes Camerounaises à des coelioscopies de bilan, pour pelvialgie chronique. La moyenne d'âge était de 35,25 ans \pm 6,23 (23 – 51) ; il s'agissait de pelvialgie indépendante du cycle chez 36 patientes (90%), de dyspareunie profonde chez 16 patientes (40%) et de dysménorrhée secondaire chez 15 patientes (37,50%). La durée moyenne de la pelvialgie était de 3ans \pm 1,5 (1 – 7). Les antécédents de maladie inflammatoire pelvienne à *Chlamydia trachomatis*, d'avortement septique, et de laparotomie pelvienne étaient retrouvés respectivement dans 55 % (22 cas) ; 50 % (20 cas) ; 19 cas (47,5%).

Les pathologies essentiellement rencontrées chez nos patientes, et par ailleurs reconnues algogènes étaient : les adhérences pelviennes (particulièrement utéro-douglaso-annexielles) 77,50% (31 cas), les hydrosalpinx 27,50% (11 cas), l'endométriose 22,50% (9 cas), les varices pelviennes 22,50% (9 cas), les kystes ovariens 12,50% (5 cas) et les fibromes utérins 15% (6 cas). Vingt trois patientes (57,5%) étaient porteuses chacune d'au moins 2 pathologies pelviennes algogènes.

Cette étude vient témoigner davantage le rôle fondamental de la coelioscopie dans le dépistage, et par conséquent la bonne prise en charge des pelvialgies chroniques.

MOTS CLES: Coelioscopie - Pelvialgie - Adhérences pelviennes - *Chlamydia trachomatis*.

LAPAROSCOPIC FINDINGS IN PATIENTS WITH PELVIC PAIN: Results of 40 patients.

SUMMARY:

In order to objectively study the causes of pelvic pain, from January 2001 to November 2005, we decided to evaluate under laparoscopy in CRACERH (Centre de Recherche et d' Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine de Yaoundé), 40 Cameroonian women who complained of chronic pelvic pain. The average age was 35.25 years \pm 6,23 (range 23 – 51). Thirty six patients (90 %) complained of pelvic pain not related to their menstrual period while 16 patients (40%) complained of deep dyspareunia and 15 patients (37%) had secondary dysmenorrhea. The average duration of the pelvic pain was 3 years \pm 1.5 (range 1 – 7). A past history of pelvic inflammatory disease due to *Chlamydia trachomatis*, of septic abortion and of pelvic laparotomy were found respectively in 55% (22 cases) ; 50% (20 cases) and 47.5% (19 cases). The recurrent pathologies found in our patients and known to be associated with pain were : pelvic adhesions (particularly utero-douglaso-adnexal) 77.50% (31 cases), hydrosalpinx 27.50% (11 cases), endometriosis 22.50% (09 cases), pelvic varicosities 22.50% (09 cases), ovarian cysts 12.50% (5 cases) and uterine fibroids 15% (6 cases). Twenty three patients (57.5%) at least 2 pelvic pathologies associated with pain.

This study stresses the fundamental role of laparoscopy in the screening and consequently the good management of chronic pelvic pain.

KEY WORDS: Laparoscopy-Pelvic pain -Pelvic adhesions - *Chlamydia trachomatis*.

I- INTRODUCTION

La douleur pelvienne fait partie des composantes syndromiques auxquelles le gynécologue est confronté au cours de ses consultations dans notre milieu. Le contexte socio-culturel lui vaut plusieurs ap-

pellations dont la plus répandue est celle de «Vers des femmes». Des fois les patientes pensent devoir en parler, même si elles ne la ressentent pas, afin de montrer la gravité de leur plainte. C'est dans le souci de mieux étudier objectivement les causes de cette douleur chez la femme Camerounaise que nous avons mis à contribution la coelioscopie, compte tenu de son efficacité dans la détermination des lésions organiques, la distinction entre le fonctionnel et l'organique, et l'explication étiologique.

¹Hôpital Général de Yaoundé

²Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé/
Hôpital Général de Yaoundé

³Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé

Correspondances : NANA NJAMEN T. Hôpital Général de Yaoundé ; BP 7013 ; Tél : 7654819,

E mail: njanatheo@yahoo.fr

également des médiateurs néosynthésés, leucotriènes et PAF acether [6,7,8].

Chez 23 patientes (57,50 % de cas) (Tableau II), au moins 02 pathologies algogènes étaient associées, suggérant la difficulté de traitement efficace sans coelioscopie préalable, et la chronicité de la maladie faute de diagnostic précis et de traitement adéquat.

Les principales pathologies observées dans cette étude rejoignent celles de la littérature [9, 10, 11, 12, 13] (Tableau III). Cependant cette littérature révèle des taux élevés de coelioscopies normales par rapport au nôtre:

Tableau III- Comparaison de nos observations coelioscopiques avec celles de la littérature.

Auteurs	Fear	Johns on	Cunanan	Onvural	Almeida
Littérature	11	12	10	13	9
Année	1969	1978	1983	1990	2002
Nombre de cas	23	49	1194	25	116
Coelioscopie normale	26 %	71%	30%	16%	
Adhérences	21%		19%	16%	51,7%
Inflammation pelvienne		8%	22%	16%	31,9%
Endométriose	43%	14%	4%	8%	33,6%
Myome utérin			6%		6%
Annexite chronique				28%	
Stein Leventhal	4%				
Masters-Allen					
Kyste corps jaune hémorragique		6%		4%	
Hydrosalpinx					
Congestion pelvienne			3%	4%	11,2%
Abcès tubaire					
Kyste ovarien					
Paramérite ancienne				8%	
Divers	4%				
Hématocèle enkysté					
Sequelles du syndrome de Fitz Hugh Curtis (adhérences hépatodiaphragmatique)					

JOHNSON [12], a directement appliqué la coelioscopie de bilan sur 49 patientes souffrant de douleur pelvienne, sans distinction des cas chroniques ou non ; il a observé que 71% des malades étudiées avaient des pelvis normaux. Sur une série de 25 patientes dont la moitié souffre de pelvialgie chronique depuis 1 à 3 ans, ONVURAL [13] note un abaissement de l'incidence des pelvis normaux à 15%. Dans notre série caractérisée par la sélection des cas de pelvialgies chroniques, résistantes au traitement médical, et surtout par une durée au moins 2 à 3 fois plus longue que dans la série précédente, nous observons un seul cas de pel-

vis normal, soit 2,5%. Ces observations nous amènent à penser que les pelvialgies chroniques et de longue durée sont d'origine organique.

A partir de 1983, la congestion pelvienne est de plus en plus retrouvée dans la douleur pelvienne [9,10,13]. Certainement l'amélioration de l'ergonomie à travers l'utilisation du moniteur et conséquemment l'agrandissement du champ visuel opératoire ont fortement contribué à peaufiner le diagnostic coelioscopique de cette pathologie.

Contrairement à certains auteurs [9, 12,13] il ne nous paraît pas évident de mettre de limites définitives dans la distinction entre l'annexite chronique typique, l'inflammation et l'adhérence pelvienne ancienne : une inflammation pelvienne peut aboutir plus tard à des

adhérences. Les adhérences en phase chronique, qu'elles soient d'origine infectieuse, endométriosique voire chirurgicale ne sont pas différentes macroscopiquement, voire histologiquement. Même l'étude cyto bactériologique du liquide péritonéal n'est pas significativement contributive à l'identification des adhérences chroniques d'origine infectieuse [13]; en revanche, les antécédents de laparotomie, la présence des séquelles du syndrome de Fitz Hugh Curtis (adhérences hépatodiaphragmatique), et la présence des foyers d'endométriose peuvent être considérés comme des marqueurs crédibles des adhérences respectivement d'origine chirurgicale, infectieuse et endométriosique. Cependant lorsque plusieurs pathologies pourvoyeuses d'adhérences sont retrouvées chez la même patiente (17,5 % de cas dans notre série) qui en plus peut avoir un antécédent de chlamydie (55% de cas dans notre série), d'avortement septique (50% de cas dans notre série) et de laparotomie pelvienne (47,50 % des cas dans notre

série), il devient difficile de faire la part des choses.

V- CONCLUSION

Cette étude vient témoigner davantage le rôle fondamental de la coelioscopie de bilan dans le dépistage des pelvialgies chroniques. Il s'agit de la preuve, comme le disait GRANT en 1978 [14] qu'«un œil dans le pelvis vaut mieux que deux doigts dans le vagin».

Il est question aujourd'hui que l'Afrique s'approprie davantage de la démarche endoscopique dont l'intérêt n'est plus à démontrer dans le diag

nostic et la prise en charge des pathologies pelviennes algogènes, afin que le «Vers des femmes» ne représente plus un parasite saprophyte pour la femme Africaine, mais effectivement un «parasite» pathogène que nous avons l'obligation éthique d'extirper.■

Figure 1- Adhérences utéro-annexo-dougllassienne.

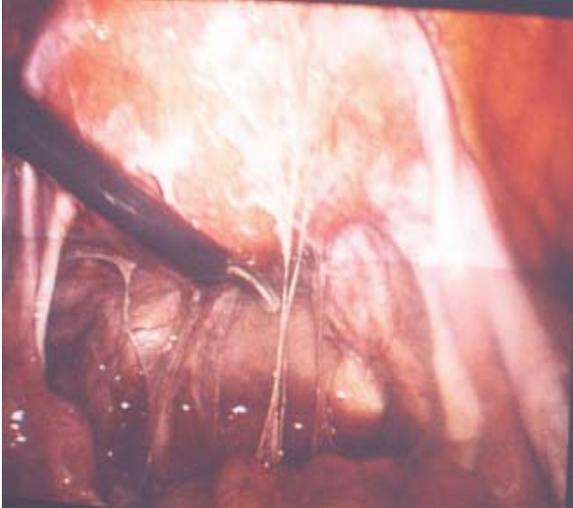


Figure 2- Adhérences hépato-diaphragmatique. (Séquelles du syndrome de Fitz Hugh Curtis).

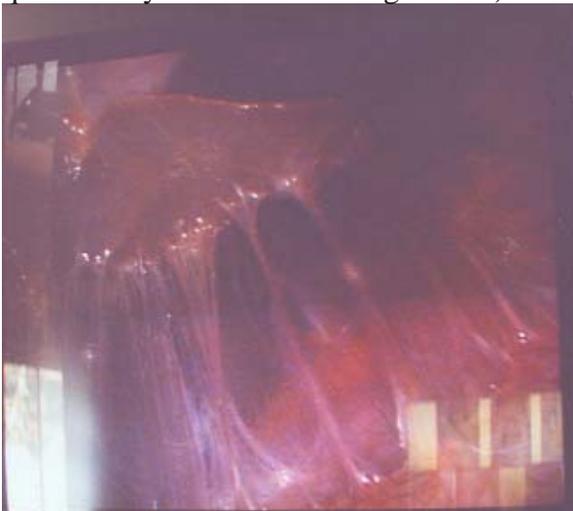


Figure 3- Varices pelviennes (turgescence des veines utérines et de l'arcade tubaire).



REFERENCES:

1. Peters AA, Trimbois Kemper GC, Admiraal C. A randomised clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and CPP. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 59-63.
2. Alain A. Endometriose et douleur: Traitement actuel et perspective. *Magazine d'Endoscopie* 2002; 34: 4-8.
3. Tulandi T, Chen MF, A-Took S. A study of nerves fibers and histopathology of postsurgical, postinfectious, and endometriosis-related adhesions. *Obstet Gynecol* 1998; 92:766-70.
4. Sulaiman H, Gabelle G, Davis MSc C, Mutsaers SE, Boulos P, Laurent GJ et al. Presence and distribution of sensory nerve fibers in human peritoneal adhesions. *Ann Surg* 2001;234,2: 256-61.
5. Olive DL, Blackwell RE, Copperman AB. Endometriosis and pelvic pain. In: *Chronic pelvic pain*. 1st ed. Springer Verlag, New York;1998 p.61-84.
6. Niebes P. Physiopathologie de la veine variqueuse. *Act Int Angiologie* 1987; 41, 3: 280-3.
7. Niebes P, Zyma. Possibilités offertes par l'étude biochimique du syndrome variqueux. *Phlébol* 1985 ; 38 ,2 : 333-46.
8. Staubesand J. New concept of the pathogenesis of varicose disease. *Phlebol* 1983; 36, 1: 39-43.
9. Almeida EC, Nogueira AA, Candido Dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79 ,2: 101-4.
10. Cunanan RG, Courey NG, Lippes J. Laparoscopic findings in patients with pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1983;14 ,5: 589-91.
11. Fear RE. Laparoscopy: A valuable aid in gynecologic diagnosis. *Obstet Gynecol* 1968; 31, 3: 297-300.
12. Johnson CE. Laparoscopy (700 cases). *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19, 5 : 707-19.
13. Onvural A, Cognat M, Karabacak O, Posaci C. A propos de 25 patientes ayant subi une coelioscopie pour douleurs pelviennes. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1993; 88, 1: 1-6.
14. Howkins J, Hudson CN, Grant's quote. In: Shaw's textbook of operative gynecology. 5thed. Churchill Livingstone;1983. p.38.