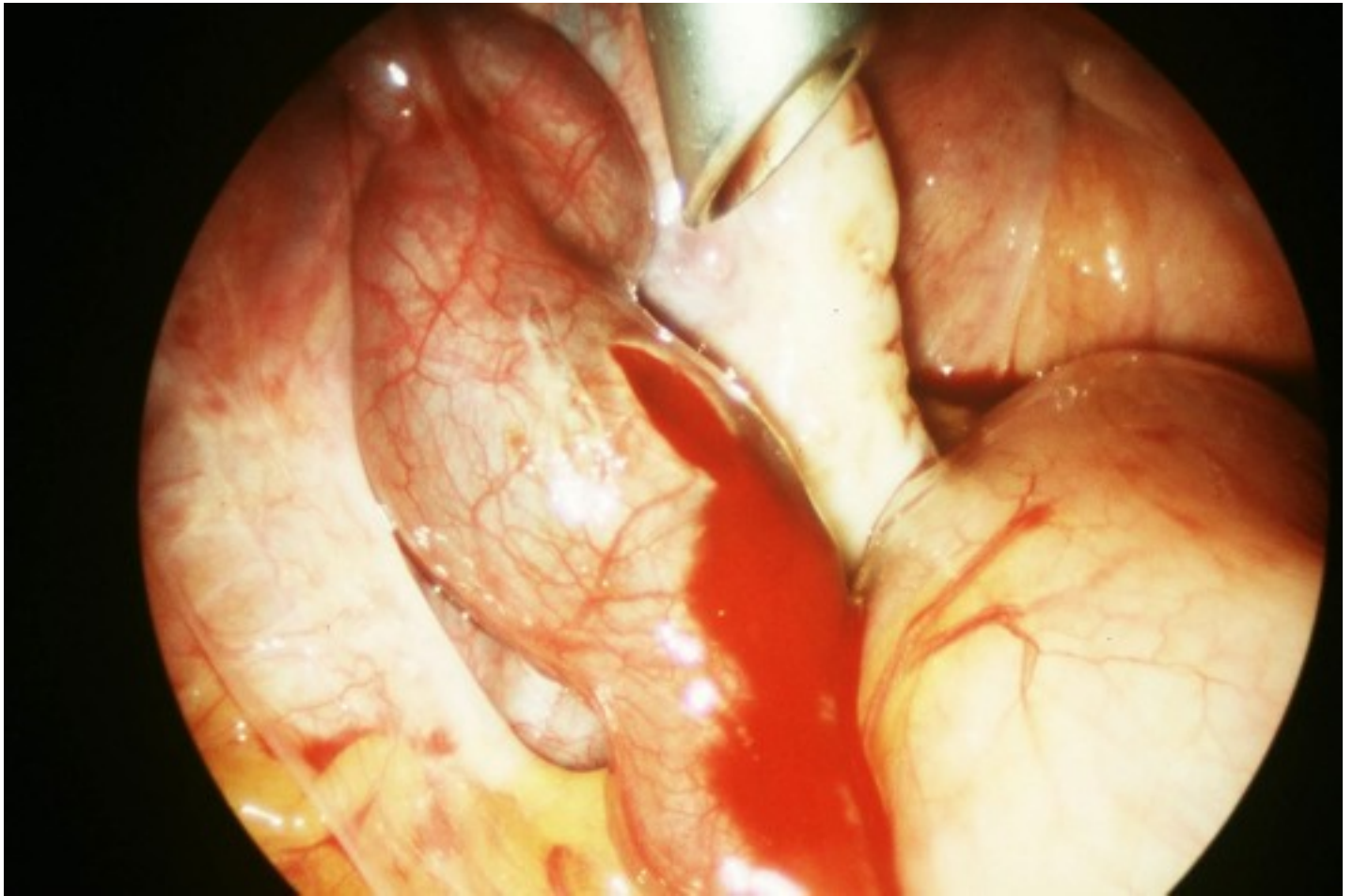


# Grossesse extra utérine

selon

Hubert Manhès



La coelioscopie a trouvé l'une de ses meilleures expressions avec le traitement de la grossesse extra-utérine (GEU). Là où la simple suspicion du diagnostic de GEU déclenchait l'exécution d'un plan chirurgical d'urgence, la coelioscopie a apporté une heureuse pondération non seulement dans les gestes mais également dans les esprits. Les outils du diagnostic comme le dosage des  $\beta$ HCG, l'échographie vaginale et la coelioscopie ont permis d'éliminer de nombreuses laparotomies inutiles. Enfin, la coelioscopie a apporté la démonstration d'une chirurgie efficace, propre et peu envahissante. Mais il aura fallu une longue et parfois difficile remise en cause des acquis chirurgicaux classiques pour en arriver à cet heureux dénouement.

L'histoire commence le 15 octobre 1973, le jour où j'ai tenté et réussi le premier traitement conservateur de la GEU par coelioscopie. À cette époque, il était inimaginable et inconcevable que l'on puisse aborder ainsi un des bastions de la chirurgie pelvienne d'urgence. La coelioscopie servait à confirmer le diagnostic pour laisser la place ensuite à la laparotomie. Cette contestation des possibilités chirurgicales de la coelioscopie a duré presque 30 ans avant qu'elle ne soit validée et admise au point de devenir maintenant le "gold standard" du traitement de la GEU.

Ce nouvel abord chirurgical de la GEU mais également des autres pathologies pelviennes chez la femme m'a permis d'élaborer le concept de chirurgie biologique, de **Biochirurgie**. Ce concept pourrait se résumer ainsi ; moins d'ouverture corporelle et la coelioscopie en est la pierre angulaire, moins de traumatisme tissulaire, le respect de l'ingénierie cellulaire environnante et surtout l'utilisation au mieux des facultés de réparation naturelle de l'organisme.

La prise en charge de la GEU par coelioscopie est certainement le premier exemple mais aussi le plus démonstratif de cette nouvelle philosophie chirurgicale. Alors même que la chirurgie classique exécutait une indication précise issue d'une élaboration diagnostic imprécise, la coelioscopie apporte la certification diagnostique, le traitement et l'établissement d'un pronostic. *C'est l'unité d'action dans l'unité de temps et dans l'unité de lieu.*

Le comportement du chirurgien change radicalement. Il n'est plus au service d'une technique codifiée et immuable, il devient l'acteur principal de la "commedia dell'arte" biologique. Son improvisation gestuelle se fait étape par étape avec pour but la restitution anatomique et fonctionnelle la plus proche de l'originale. En effet :

- Le chirurgien apporte la certification diagnostique de la GEU, sa localisation et ses conséquences sur la trompe.
- Puis il fait le traitement toujours conservateur dans un premier temps.
- Une fois l'urgence écartée et le calme revenu, il s'attache au bilan des lésions susceptibles d'expliquer la localisation ectopique mais plus largement celles qui compromettent la fertilité et pourraient être responsables de récives : adhérences, endométrioses, obstructions tubaires.
- Toujours dans le même temps et dans le même lieu, il va s'attacher au traitement de ces lésions.
- Au bout de ce double traitement, il est en mesure d'apprécier les chances d'une fertilité spontanée, les risques de récives ou une probable stérilité définitive.

Cette démarche graduelle est nouvelle et exige du chirurgien une solide formation, les outils nécessaires et un savoir faire propres à transformer son artisanat en un véritable artisanat d'art.

Par ailleurs, l'information que le chirurgien doit à sa patiente l'oblige à lui faire le compte-rendu précis de son action. D'emblée elle lui est reconnaissante de l'avoir tirée d'une mauvaise situation dont on rappelle ici qu'elle est encore une cause de mortalité. Au passage, elle le remercie de lui avoir épargné une cicatrice douloureuse et inesthétique. Elle pose par contre trois questions et toujours les mêmes:

- Qu'est-ce que vous avez trouvé et qu'est-ce que vous avez fait?
- Pour quelle raison, j'ai fait une GEU et cela risque-t-il de recommencer?
- Cela a-t-il des conséquences sur ma fertilité?

Jusqu'ici le chirurgien classique s'était borné à répondre à la première question : les laparotomies s'accompagnaient le plus souvent de salpingectomie voire d'annexectomie; le danger vital écarté, le problème fonctionnel était à revoir secondairement. Maintenant la coelioscopie va plus loin. C'est en quelque sorte la chirurgie de l'absolu. Compte tenu de l'absence d'ouverture et d'effets collatéraux délétères, elle peut se permettre, une fois la menace hémorragique écartée, de traiter "à chaud" les pathologies causales et d'améliorer la fertilité. Le chirurgien coelioscopiste peut sans difficulté répondre aux trois questions et communiquer clairement ses constatations, son action et son opinion sur la fertilité ultérieure. La relation de confiance qui le lie à sa patiente n'en est que meilleure.

### **L'approche diagnostique**

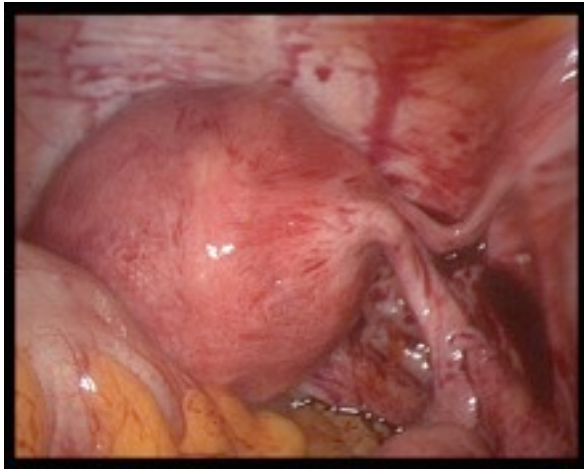
Elle repose actuellement sur trois éléments : la clinique, l'échographie et la biologie. Ces trois éléments indissociables et renouvelés doivent conduire à l'indication de coelioscopie. C'est une approche diagnostique dynamique.

**La clinique** ne s'est guère modifiée depuis nos maîtres qui, en l'absence des moyens dont nous disposons actuellement, en avaient fait une description séméiologique exhaustive. Malgré le sacrifice de la "lapine", elle conduisait trop souvent à de nombreuses laparotomies blanches. La triade symptomatique : retard de règles, métrorragies, douleurs garde toujours sa valeur d'alerte. Les signes physiques ont le désavantage de la subjectivité et le toucher vaginal combiné au palper abdominal n'avait de significatif que la sensibilité, le cri du Douglas.

L'échographe fait maintenant partie intégrante de l'équipement de toute salle d'examen gynécologique. L'**échographie** se fera essentiellement par voie endovaginale à l'aide d'une sonde de haute fréquence, au contact même de l'appareil génital. La sonde voit, mais aussi palpe ; cette "palpation visuelle" est une dimension fondamentale à acquérir et cette acquisition va de pair avec l'amélioration de l'imagerie. Le diagnostic échographique précoce de la grossesse extra-utérine est certainement l'un des plus difficiles et requiert de bonnes connaissances de l'imagerie anatomique et fonctionnelle de l'appareil génital féminin.

Le troisième élément est **biologique** et prendra toute sa valeur dans le temps. En effet, l'hormone gonadotrophine chorionique signe la présence de la grossesse. Mais plus que son taux statique,

son analyse cinétique est primordiale. Une grossesse normale évolutive double son taux de  $\beta$ HCG: 53-100% toutes les 48 heures. Pour les GEU, dont l'implantation peut être considérée comme en "terrain pauvre", la croissance est inférieure: 21-35% en 48 heures. D'une façon



générale la progression du taux des  $\beta$ HCG signe l'imminence du risque de rupture alors même que la diminution signe indubitablement la fausse couche tubaire et l'éloignement du danger hémorragique. Plus de 50% des GEU sont résolutive et guérissent spontanément. Là où auparavant la clinique : métrorragies, douleurs, retard de règles, l'échographie : hémopéritoine, masse latéro-utérine, la biologie :  $\beta$ HCG positifs étaient suffisants pour déclencher le recours en urgence à la procédure chirurgicale, le deuxième dosage à 48 heures en l'absence de signes cliniques et

de perturbations hémodynamiques peut apporter une pondération, voire une annulation pure et simple de la coelioscopie dans certains cas.

## Le diagnostic de certitude revient à la coelioscopie. Photo 2

Un simple coup d'œil suffit pour établir le diagnostic d'hémopéritoine. Ce seul argument commande la mise en place des trocarts opératoires, le transfert de la patiente en position de Trendelenbourg et la mise en place d'une canule utérine.



J'utilise de façon systématique trois trocarts, un de 10mm sus-pubien médian pour le **Triton** et 2 de 5,5mm latéralement à 2 cm en dedans des épines iliaques antéro-supérieures. Cette triangulation orientée vers le centre du pelvis va fournir toutes les incidences nécessaires au bon déroulement de la procédure ainsi qu'à la sécurité des gestes.

Le curetage évacuateur et biopsique de la cavité utérine est fait dans le but d'améliorer les suites et la surveillance post-opératoires. La mise en place d'une canule utérine permettra la mobilisation de l'utérus et, si besoin est, l'épreuve tubaire au bleu de méthylène.



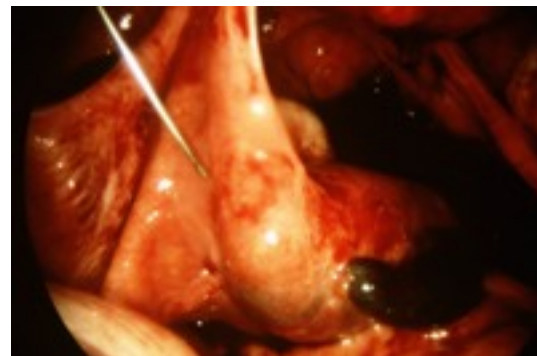
## Le traitement coelioscopique : la "commedia dell'arte"

*"L'unité d'action, dans l'unité de temps et dans l'unité de lieu".*

## Matériel



Le matériel est d'une importance capitale. On peut considérer que la GEU fait partie des procédures de base de la coelioscopie. Le geste est codifié, simple à apprendre et à la portée des résidents de première année. Par contre, la plupart des laparotomies de conversion ou des "excès" de traitement sont dues à l'absence ou à l'inadaptation du matériel.



Le **matériel spécifique** est le **Triton**. (photos 3,4,5,6,7)

Le **Triton** a été spécialement étudié en 1976 pour le traitement des GEU. Il reste l'outil essentiel pour aborder par coelioscopie tous les types de GEU. Il peut servir également pour l'ouverture et l'aspiration des kystes de l'ovaire, des hydrosalpinx ou des collections abcédées. Il réunit dans la main de l'opérateur trois fonctions :

- L'aspiration du **Triton** est assurée par un tube de 10mm de diamètre extérieur dont le diamètre interne est de 6mm en moyenne.
- L'irrigation est conduite dans le **Triton** par un tube de 2 mm arrivant à la partie terminale de l'appareil, à la partie haute du biseau. Il est relié au système d'irrigation.
- La section est assurée par une électrode monopolaire totalement isolée et logée dans un conduit de 2 mm qui s'ouvre à la partie terminale du **Triton**, partie basse, à l'opposé du système d'irrigation. Cette électrode est auto rétractable.
- Une quatrième fonction optionnelle est la palpation pneumatique. Elle consiste à présenter l'orifice biseauté du **Triton** en regard d'un organe et d'actionner la pédale d'aspiration. Le vide ainsi créé permet de maintenir et de déplacer l'organe. Une soupape remet l'espace intérieur **Triton** à la pression atmosphérique et l'organe est relâché.

Le **matériel additionnel** dont je me sers le plus souvent, et qui n'est pas spécifique à cette seule indication, est constitué par : (photos catalogue Storz)

- Une grip pince
- Une pince plate triangulaire
- Une paire de ciseau
- Une pince bipolaire fine
- Une pince bipolaire large
- Le kit de microchirurgie par coelioscopie de H. Manhès



Le **matériel occasionnel** dépendant des circonstances sera mis en place en concertation avec l'anesthésiste.

- L'hémostase chimique sera utile dans certains cas d'hémorragies diffuses du lit tubaire, lorsque l'on veut conserver la trompe. Il s'agit de l'utilisation d'une solution vasoconstrictrice d'ornithine vasopressine(POR8)\*. Une ampoule de 75 UI est diluée dans 50 cc de sérum physiologique. L'injection de 10 à 15 cc de cette solution se fait dans le mésosalpinx à l'aide d'une aiguille de 18 G passée au travers de la paroi abdominale et insinuée sous contrôle de la vue entre les deux feuillets du mésosalpinx. (photo 8)
- Un "cell saver" prêt à l'emploi dans le bloc opératoire est d'une importance capitale dans les grands hémopéritoines. Il permet la récupération, la filtration et la réinjection d'une grande partie du sang de la grande cavité. (photo 9)

## Méthode

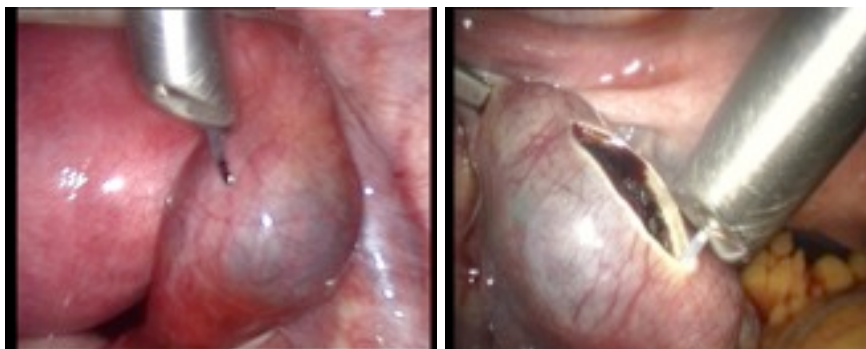
### •La forme coelioscopique la plus courante

Nous allons traiter une GEU ampullaire non rompue de taille moyenne (photo 10), avec hémopéritoine de moyenne abondance chez une femme en recherche de fertilité . Nous verrons plus loin comment aborder par coelioscopie les tableaux particuliers qui posent problème et fournissent l'essentiel des conversions à la laparotomie.

(1)Le premier temps est celui de l'aspiration de l'hémopéritoine suivie d'une toilette au Ringer chaud (40°) pour **voir** l'hématosalpinx et l'importance de l'hémorragie qui l'accompagne.(photo 11) Les différentes densités hématiques caillots plus ou moins organisés, débris tissulaires, sang lysé sont très rapidement absorbés par le **Triton** dont le canal aspirateur ne comporte aucune striction. La disparition de la dominante rouge améliore la qualité de l'image transmise et permet un premier bilan d'opérabilité. On ne s'occupe pas pour le moment de l'hémopéritoine au-dessus du promontoire. Il sera repris en fin d'intervention après la remise à plat de la patiente.

(2)Le deuxième temps est celui du **traitement** proprement dit de la GEU tubaire.

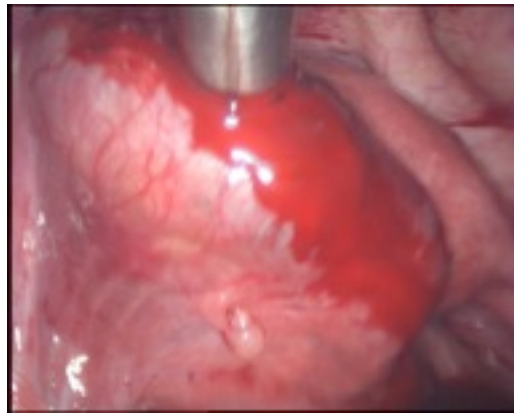
Ce traitement, sauf urgence hémorragique et hémostase difficile ou impossible, sera initialement conservateur. Une pince grip à cheval sur l'isthme présente l'ampoule gravide.



A l'aide de l'aiguille monopolaire du **Triton**, on pratique une césarienne tubaire en utilisant l'effet de fulguration section sur un courant de faible intensité. L'incision linéaire de 1 à 2cm doit impérativement être antimésiale et proximale sur l'hématosalpinx.(photos 12, 13)

- Antimésiale, pour être au minimum de la vascularisation de la trompe.
- Proximale, pour pouvoir évacuer la totalité du trophoblaste. En effet, dans son parcours vers l'utérus, l'embryon s'arrête et s'implante au niveau de l'obstacle tubaire. La grossesse qui s'en suit, va se pédiculiser et se développer vers l'aval.

Avec cette incision antimésiale et proximale, le **Triton** est placé en regard du pédicule générateur de la GEU. Sous l'effet de la pression, la trompe s'ouvre et le trait d'incision, de linéaire, devient losangique.



Le **Triton** est inséré dans cette ouverture. L'aspiration et l'irrigation combinées ou successives permettent d'obtenir rapidement une bonne vacuité tubaire (photo 14,15). C'est très efficace et facile à faire, aussi efficace qu'une IVG à l'aide d'une sonde fenêtrée.

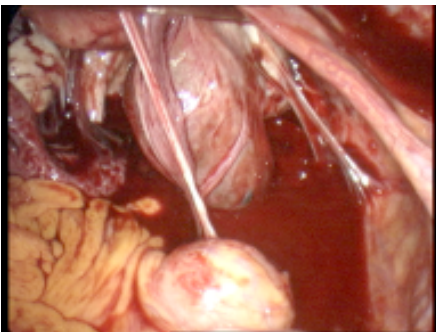
(3)Le troisième temps est dévolu à l'hémostase et au contrôle de la vacuité tubaire. La plupart du temps, comme dans l'utérus, la vacuité de l'organe induit l'hémostase physiologique à la nuance près que la musculature tubaire n'est pas aussi efficace que le myomètre. Parfois, il est possible de voir sur la tranche de salpingotomie une artériole qui sera coagulée électivement à la pince bipolaire fine. Ailleurs, et dans un faible pourcentage de cas, le saignement persiste, préoccupant et intéressant tout le lit tubaire de la GEU. Les solutions sont diverses, mais n'ont pas toutes la même valeur biologique. Ici une pince plate triangulaire sera passée d'arrière en avant à cheval sur le mésosalpinx et clampée au ras de l'hématosalpinx. Là, l'artère de la GEU, lorsqu'elle est identifiée, sera coagulée au niveau du même mésosalpinx. Ce sont des solutions dont les conséquences ischémiques sont difficilement évaluables et donc à rejeter sauf urgence. La solution qui m'apparaît la plus biologique est l'hémostase chimique car elle entraîne le tarissement sans apporter d'ischémie définitive. Une ampoule d'ornithine-vasopressine (POR 8\*) de 75 UI diluée dans 50cc de soluté physiologique constitue le mélange vasoconstricteur idéal. L'injection est faite avec une aiguille de 18 gauges passée au travers de la paroi abdominale puis insinuée sous contrôle de la vue entre les deux feuilletts du mésosalpinx (photo 16). L'injection doit être strictement extra-vasculaire. Il suffit de 10 à 15 cc de la solution de POR 8 pour obtenir un effet rapide sur l'arrêt du saignement et spectaculaire sous la forme d'un blanchiment des tissus. Cette action vasoconstrictrice va durer 12 heures, le temps largement nécessaire pour que se mettent en place les autres temps de l'hémostase.

Le contrôle de la vacuité tubaire se fait avec une pince triangulaire longue introduite dans l'orifice de salpingotomie puis écartée. Dans cette ouverture, les débris tissulaires restants sont aisément saisis.

(4)Le quatrième temps est celui de l'évaluation. Le trophoblaste est enlevé, l'hémostase est acquise, le calme est revenu. Le chirurgien pourrait très bien terminer là sa mission. La coelioscopie l'engage à poursuivre en mettant au service de la patiente ses qualités biologiques maintenant reconnues par tous dans l'infertilité féminine. Le chirurgien va faire un état des lieux, un bilan des lésions. Ces lésions feront l'objet d'une chirurgie reconstructrice.

•Bilan des lésions tubo-péritonéales. (photo 17)

Ce bilan est rapide mais capital. Il se propose de retrouver les lésions causales de la GEU, d'apprécier la qualité fonctionnelle des différents acteurs de la fertilité féminine : trompes, ovaires et péritoine du cul de sac de Douglas. C'est à ce moment que l'on peut mettre à profit la canulation utérine pour effectuer une épreuve de perméabilité tubaire au bleu de méthylène. Ces constatations pathologiques seront notées en se référant aux classifications les plus communément utilisées : le score tubaire de Mage, le score adhérentiel et le score endométriosique de L'AFS (American Fertility Society) que tout le monde connaît.



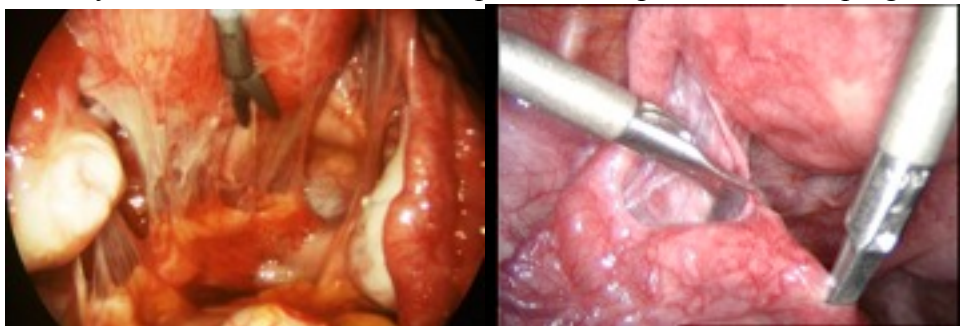
•Traitement des lésions tubopéritonéales.

Ce traitement repose sur les anciennes règles de la microchirurgie par laparotomie. Il s'agit maintenant de **Biochirurgie** par coelioscopie et le but est de replacer le système génital au plus près de sa fonction de fertilité naturelle. Les gestes sont simples et dans la pratique courante de chacun. Par contre, l'instrumentation énumérée plus haut est indispensable pour vous procurer une action délicate la moins traumatique possible, la plus biologique.

La disposition triangulaire des trois orifices opératoires vous permet de trouver et de présenter l'objet à la meilleure incidence opératoire. La section aux ciseaux froids des adhérences est préférable à l'électro-section. La destruction des implants, des petits nodules, des restes adhérentiels s'effectue, sous hydro-protection, avec le laser CO2 ou la coagulation bipolaire. L'hémostase est ponctuelle et bipolaire. Enfin le lavage est généreux et chaud (40°) si possible.

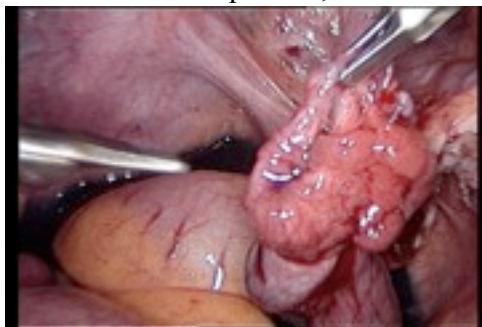
La plupart de ces gestes de base concourent à l'amélioration anatomique et fonctionnelle des trompes, des ovaires et du péritoine du cul-de-sac de Douglas.(photos 18, 19, 20, 21, 22)

○Adhésiolyse et détorsion de trompe, fimbrioplastie, néosalpingostomie,



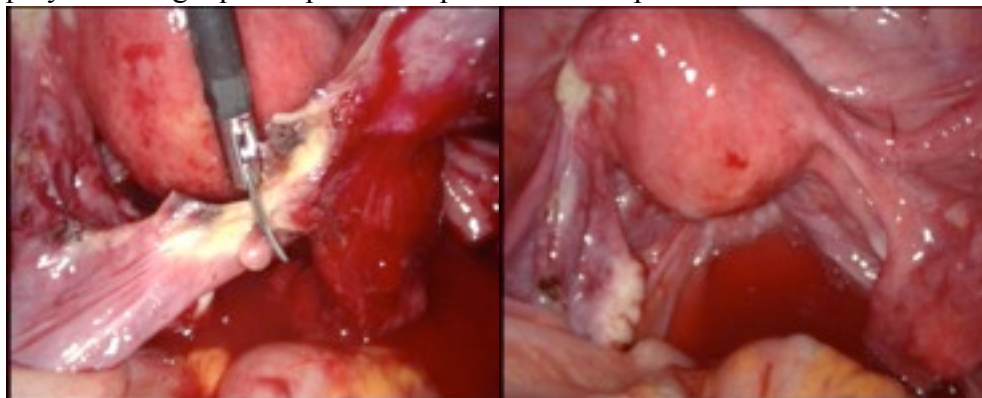
○Ovariolyse,

○ Traitement d'implants, de nodules, de kystes endométriosiques.



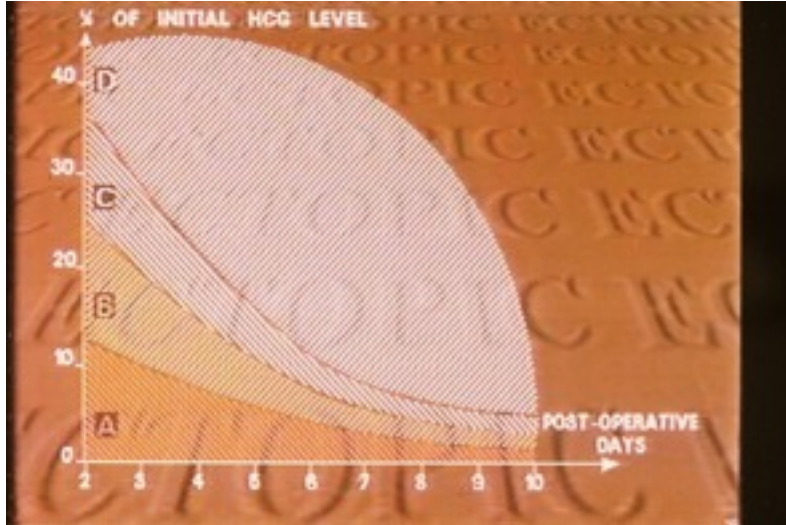
Les résultats dans la littérature de cette microchirurgie par coelioscopie, "à froid" sans GEU préalable, font état de 30 à 50 % de GIU avec 3 à 8% de récurrences de GEU.

(5) Le cinquième temps est certainement le plus difficile car il requiert une certaine humilité. Il convient en effet au bout de votre travail réparateur d'apprécier, en tenant compte des possibilités de réparation naturelle spontanée, quels sont les risques de récurrences et de stérilité définitive. Le score de J.L. Pouly, basé sur ces constatations et les antécédents, vous servira d'aide à la décision thérapeutique. C'est facile dans des lésions majeures et irréversibles. La salpingectomie ici est alors licite. Dans tous les autres cas où le doute persiste, il est préférable de s'abstenir de tous gestes définitifs. La salpingectomie est considérée par votre patiente comme une mutilation, surtout si elle intervient dans un contexte d'infertilité. Elle est une des raisons de la souffrance psychologique que la patiente éprouve très souvent après GEU.



Quoi qu'il en soit, lorsque la salpingectomie est jugée nécessaire, les principes de biochirurgie recommandent de faire une salpingectomie totale et la plus conservatrice possible de la vascularisation de l'ovaire. J'utilise une paire de ciseaux, une pince bipolaire et une pince "grip" pour mon assistant. La technique la plus facile à exécuter est la salpingectomie rétrograde : coagulation-section de l'isthme tubaire au ras de la corne utérine, saisie par l'assistant de l'isthme avec la "grip" pince pour le présenter aux instruments de l'opérateur, coagulation-section du mésosalpinx au ras de la trompe en terminant par la coagulation-section du ligament infundibulo-ovarien contenant l'artère tubaire latérale. L'extraction de la trompe vide par l'orifice de 10mm ne pose aucun problème. (photos 24, 25, 26)

(6) Le sixième temps, lorsque l'on a fait un traitement conservateur, est celui de la prudence postopératoire. Votre action, quelle qu'ait été sa valeur, impose un contrôle simple. Il suffit de reprendre l'analyse cinétique du taux de  $\beta$ HCG en commençant 2 jours après l'intervention et de le comparer au taux initial préopératoire. Le chiffre exprimé en pourcentage de ce taux initial vous rendra compte du succès de votre intervention. Cet excellent travail fait par JL. Pouly et basé sur l'analyse des échecs du traitement conservateur de la GEU rend très fidèlement compte du succès de votre entreprise. En effet trois situations peuvent se rencontrer: (photo 27)



- Le chiffre des  $\beta$ HCG est inférieur en pourcentage à 15% du taux initial préopératoire. La partie est gagnée.
- Entre 15% et 40%, la prudence est de mise. Il convient d'établir une surveillance hebdomadaire du taux des  $\beta$ HCG. La décroissance signe l'arrêt de l'activité trophoblastique. La remontée impose le traitement médical adjuvant par méthotrexate.
- Au-delà de 40%, l'échec est probable. Les  $\beta$ HCG remontent, les signes cliniques s'expriment à nouveau au bout de 15 à 21 jours. A ce moment-là, le recours à la coelioscopie de rattrapage avec salpingectomie est nécessaire. Avant ce délai, il faut arrêter l'évolution du trophoblaste dès que possible. J'utilise le méthotrexate selon le schéma posologique "dose unique": une injection intramusculaire de 1mg/kg ou de 50mg/m<sup>2</sup>, éventuellement renouvelable une fois.

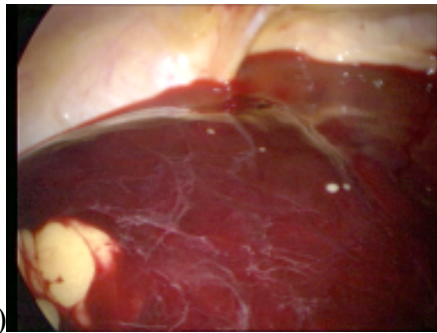
Au total cette démarche chirurgicale rigoureuse sorte de "check list" est la garantie d'obtenir les meilleurs résultats et d'éliminer les échecs:

1. voir
2. traiter
3. évaluer
4. améliorer
5. décider
6. contrôler

## Les formes coelioscopiques.

Elles motivent encore aujourd'hui une grande partie des conversions à la laparotomie. Elles ne sont pourtant pas insurmontables, mais nécessitent le bon matériel, la participation de votre anesthésiste réanimateur et l'abandon de certains réflexes issus de la chirurgie traditionnelle.

### •L'hémopéritoine de grande abondance avec perturbations hémodynamiques.



(photos28, 29)

C'est certainement la meilleure et la plus logique des indications de la coelioscopie en urgence. La bonne synchronisation des gestes de l'opérateur et de son anesthésiste réanimateur est fondamentale.

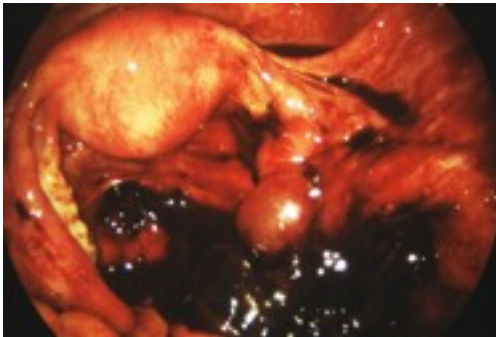
- La ou les voies veineuses sont installées. Le remplissage commence et la patiente est endormie.
- La création du pneumopéritoine est un des tous premiers gestes participant à l'hémostase. Là où la laparotomie pouvait entraîner une décompensation de l'état de choc par mise à la pression atmosphérique, le pneumopéritoine assure une contre-pression suffisante pour diminuer voir arrêter le saignement. En effet, la pression artérielle, partant du cœur et allant vers la périphérie, décroît en fonction du calibre du vaisseau. Pour une pression brachiale initiale de 60 à 70 mm de Hg, la pression des artères de la trompe sera voisine ou inférieure à la pression du pneumopéritoine. Cette baro-hémostase interne équivaut à la combinaison antiG externe dont se servent les urgentistes lors des grands traumatismes abdominaux.
- La coelioscopie est installée et l'hémopéritoine évalué. La patiente est alors mise en position de Trendelenbourg pour une meilleure exposition du pelvis en même temps que sont privilégiées les conditions hémodynamiques cérébrales.
- Le réanimateur branche un "cell saver" en circuit fermé: le sang récupéré sera filtré et réinjecté.
- Le **Triton** est un outil d'aspiration rapide et efficace indispensable dans cette situation. Il permet de parvenir rapidement sur le site du saignement et d'en faire l'hémostase. Le sang récupéré sert de transfusion autologue immédiate.

- Le reste de l'intervention se déroule comme décrit plus haut toujours dans le souci de préservation de la fertilité.

Nous sommes dans une réanimation idéale et autologue. Pas de traumatisme pariétal, restitution rapide d'une bonne hémodynamique, réduction de l'anémie et de ses conséquences post-opératoires.

•**L'hématocèle rétro-utérine (photo 30)**

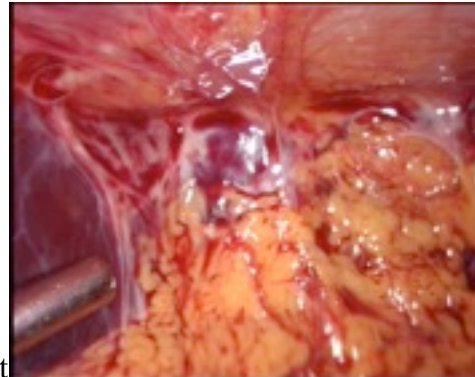
Ici l'hémorragie est moins abondante au point de s'organiser autour de la trompe et de s'enkyster dans le cul de sac de Douglas. Les différences de densité hématique créent la difficulté d'une bonne évacuation. Le **Triton** est ici souverain. Son



aspiration puissante et la dilution qu'il permet grâce à son irrigation permettent de parvenir sur l'hématosalpinx et en faire le traitement.

•**Les difficultés d'accès : adhérences (photo 31)**

Les adhérences qui cachent à la vue le système génital sont également un motif fréquent de conversion à la laparotomie. Pourtant elles font partie des procédures de base et ne doivent pas faire reculer le chirurgien, même dans le tableau hémorragique auquel il est



confronté. Ces adhérences sont généralement des séquelles d'une ancienne infection et ou d'un traumatisme portant sur la sphère génitale ou digestive. L'adhésiolyse prudente à deux instruments, pince à préhension et ciseaux coelioscopiques, permet de dégager le système génital et de poursuivre la procédure normale que nous avons décrite plus haut.

•**La GEU interstitielle (photos 32, 33, 34, 35)**

Cette localisation est la plus redoutée car la plus hémorragique en cas de rupture spontanée mais aussi provoquée au cours de la salpingotomie. L'idéal serait de pouvoir faire le diagnostic de la localisation interstitielle avant la coelioscopie, ce qui est rarement le cas. Les méthodes pour traiter cette localisation particulière, lorsqu'elle est prouvée, font appel au méthotrexate, à la mifépristone, à l'embolisation sélective. Le plus souvent le diagnostic n'est fait que lors de la coelioscopie. Le recours à la laparotomie conduit à des gestes mutilants et doit être évité. La recette que j'ai pu appliquer par coelioscopie lors des six GEU interstitielles que j'ai rencontrées n'est pas dogmatique mais elle s'est avérée



efficace. La voici :

- hémostase préventive par infiltration prudente et avasculaire de la corne utérine,
- incision linéaire, horizontale de 10 à 20 mm sur la corne utérine,
- aspiration lavage au **Triton**, indispensable dans cette localisation,
- hémostase complémentaire à la demande avec la pince bipolaire,
- surveillance très étroite de la décroissance des  $\beta$ HCG.

## Les résultats

La coelioscopie, en sa qualité de procédure non invasive, a apporté à toutes les spécialités une progression chirurgicale remarquable. Cette chirurgie s'exprime à l'intérieur du corps, dans un endobloc biologique dont on connaît les énormes avantages. Elle devient nécessairement Biochirurgie. Il est maintenant admis de tous que pour la GEU les meilleurs résultats en termes de fertilité reviennent au traitement conservateur par coelioscopie. Elle arrive en tête à égalité avec le traitement médical. Mais les indications de ces deux moyens thérapeutiques ne sont pas les mêmes.

- D'un côté, la GEU intervient dans un contexte de non désir d'enfant et la fertilité n'est plus la préoccupation de la patiente. Le traitement médical sera le bon choix à la condition de :
  - Respecter le score de prise en charge de H. Fernandes\*
  - Éluder les trois questions de votre patiente et qui continueront à vous préoccuper quant à elle.
  - Informer de la nécessité d'une surveillance médicale sans faille.

- De l'autre coté, vous gardez votre rôle médical de thérapeute et d'informateur. La fertilité est au centre des préoccupations. La coelioscopie, nous venons de le voir, est le meilleur choix.

### **Conclusions :**

Je n'ai pas effectué de laparotomie pour GEU depuis 1980 et ma conviction est que l'on peut aborder maintenant toutes les formes de GEU par coelioscopie. C'est une procédure fiable, à la portée des résidents de premières années et des services d'urgence. Cette coelioscopie, nous venons de le voir, ne souffre pas l'approximation. Elle n'aura de réelle valeur qu'avec l'aide d'un matériel spécifique pouvant s'adapter à chaque circonstance. Sinon, et pour la sécurité des patientes, mieux vaut revenir à la laparotomie.

# Grossesse extra utérine

selon

Hubert Manhès