**La cœlioscopie**

# Chapitre 7

Introduite en France en 1960, par PALMER, elle est devenue depuis, une discipline chirurgicale à part entière ; c’est une véritable révolution dans le monde de la gynécologie et dans d’autres disciplines (en autres lors des chirurgies telles que l’appendicectomie).

Elle remplace la laparotomie.

Elle ne doit pas être minimisée, puisque le geste opératoire doit être adapté en fonction d'une vision sur écran, et l'anesthésie est plus délicate (AG et intubation).

## **I) Définition**

« Coelio » : ventre.

« Scopie » : vue.

C’est une endoscopie (= vue interne) de la cavité pelvienne préalablement distendue par un pneumo-péritoine (insufflation d’air dans le péritoine), dans un but diagnostic, et actuellement, surtout opératoire.

## **II) Avantages**

* Amélioration du confort post-opératoire (moins de conséquences, sauf les douleurs qui sont surtout liées au gaz résiduel).
* Limitation du saignement et de l'agression tissulaire.
* Diminution des adhérences péritonéales (sources de stérilité et d'occlusion).
* Diminution du risque infectieux.
* Meilleure esthétique : petites cicatrices.
* Lever précoce.

## **III) Indications**

Les cœlioscopies se sont multipliées dans tous les domaines de la gynécologie.

## **1) A visée diagnostique**

**Diagnostic et traitement des stérilités :**

Avant la cœlioscopie, plusieurs éléments sont nécessaires :

* Une courbe de la température.
* Une étude de la glaire cervicale.
* Un spermogramme.
* Une hystérographie.

50% des stérilités ont une origine tubo-péritonéale (endométriose ou trompe bouchée).

**L’endométriose :**

Elle touche 5% des femmes.

Le laser ou le bistouri sont utilisés pour coaguler.

**Les douleurs :**

La cœlio permet de trouver l’origine des douleurs.

**Bilan des malformations congénitales**

***Ex :*** *2 utérus.*

## **2) A visée curative**

**Diagnostic et traitement des GEU :**

Il est important de TOUJOURS faire attention aux saignements de début de grossesse et aux douleurs pelviennes.

95% des GEU peuvent avoir un traitement chirurgical :

* **Salpingectomie :** retrait de la trompe.
* **Salpingotomie :** ouverture de la trompe (si elle n'est pas rompue) avec incision de la trompe.
* **Aspiration de l'œuf :** toilette péritonéale soigneuse afin d'évacuer, s’il y a lieu, les caillots pour éviter les adhérences post-opératoires.

**Les kystes organiques ovariens :**

Lorsqu’un cancer est redouté, on élimine le kyste fonctionnel (= lorsque l’ovaire sécrète trop d’hormones, les follicules se transforment en kystes).

**Le cancer de l’ovaire :**

Un contrôle extemporané est réalisé ( = prélèvement de quelques cellules pour être analysées immédiatement lors du bloc) pour prévoir une laparotomie si nécessaire.

**Les torsions d’annexe :**

Les torsions sont des urgences chirurgicales, puisqu’il existe un risque de perte de l’ovaire et de la trompe.

**Les salpingites :**

La coelio permet le diagnostic et le traitement des salpingites ; le bleu de méthylène permet de voir la perméabilité des trompes..

Un examen bactériologique est réalisé pendant la coelio ; une antibiothérapie par voie veineuse, puis per-os pourra être envisagée en post-op.

**L’utérus rétroversé :**

Lors de la coelio, le chirurgien attrape et fixe le ligament rond, après l’avoir raccourcit.

Il est important de faire attention aux prolapsus, qui sont fréquents chez les femmes ayant un utérus rétroversé.

### La stérilisation tubaire

**L'hystérectomie :**

La coelio est limitée par le volume utérin, mais elle permet d’éviter la laparotomie.

## **IV) Contre-indications**

Elles sont relatives ou absolues, selon la gravité : insuffisance cardiaque ou respiratoire, car il existe une possibilité d’arrêt cardiaque ; le pneumo-péritoine et la position de Trendelenburg peuvent provoquer une compression de l’aorte et de la VCS, entraînant alors une gêne du retour veineux et une hypercapnie (= accélération de la respiration par augmentation du CO2 dans le sang).

## **V) Technique**

* Sous anesthésie générale.
* Bras gauche le long du corps.
* Bras droit à 90°, avec supination de la main droite.
* Protections rembourrées au niveau des articulations (faire très attention au nerf cubitus qui ne doit pas être comprimé), surtout au niveau de l'articulation claviculaire.
* Intubation endo-trachéale.
* Habillage chirurgical.

On distingue deux temps . périnéal puis abdominal.

1. **Le temps périnéal :** la patiente est en position gynécologique

* Sondage évacuateur (intervention de courte durée) ou sonde à demeure (si intervention plus longue).
* Mise en place d'un spéculum pour repérer le col.
* Mise en place de 2 pinces de Pozzi sur le col pour le fixer.
* Mise en place d'une canule dons l'orifice du col pour mobiliser l'utérus.

1. **Le temps abdominal :** la patiente est en décubitus dorsal

* Antisepsie de la paroi abdominale (ombilic +++) : rasage, savonnage à la *Bétadine* \* suivi d’un antiseptique dermique (Bé*t*adine \*).
* Réalisation d’un pneumo-péritoine : le CO2 est insufflé à travers l’orifice ombilical ou péri-ombilical.
* Introduction du trocart à insufflation (aiguille de Palmer) et branchement du tuyau de l’insufflateur automatique électronique.
* Réglage du débit d’insufflation : environ 1L par minute, jusqu’à 6L selon le poids

***NB :*** *l’insufflateur automatique électronique de CO2 est utilisé en bouteille ; il s’adapte à la pression intra-abdominale (il s’arrête automatiquement arrivé au débit seuil fixé) et compense les fuites de gaz en cours d’intervention.*

###### **NB :** cette création d'un pneumo-péritoine a pour but de créer un espace dans la cavité péritonéale, permettant l'exploration des viscères sans les blesser : pelvis, cavité abdominale (foie, appendice, vésicule).

* Incision péri-ombilicale avec un bistouri fin, au niveau de la marge inférieure ou latérale gauche de l'ombilic (surtout pas à droite à cause du foie).
* Mise en place du cœlioscope (tube rigide permettant le passage de fins instruments (trocart, mandrin)) muni d'un système optique relié à la caméra d'endoscopie (assemblage de fibres de verre optique) étanche (rendant possible le nettoyage et la décontamination (à froid pendant 10 minutes)) munie d'un flash électronique en cas de prises de photographies.
* Reliage à la source de lumière froide (l’intensité est variable automatiquement).

***NB :*** *la caméra permet l'éloignement ou le rapprochement du site opératoire. On observe ainsi le foie, la vésicule biliaire, l’appendice ... en même temps.*

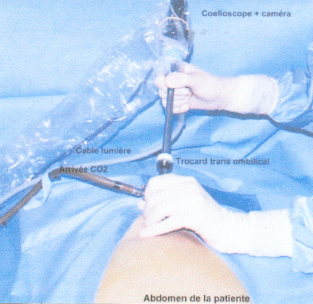
1. **Le temps de Trendelenburg :** la patiente est en décubitus dorsal, incliné vers le bas (la tête en bas, jamais plus de 20°), pour refouler les viscères vers le haut (prévoir des épaulières et une fixation des cuisses)

* Introduction d’un trocart et d’un mandrin grâce à l'optique préalablement mise.
* Retrait du mandrin pour introduire le matériel annexe :
  + - Palpeurs.
    - Pinces à biopsie.
    - Electrodes pour coaguler.
    - Ciseaux pour couper.
    - Pinces pour l’intervention.
    - Canule de lavage ou d'aspiration, pour les épanchements liquidiens (comme le sang).
    - Bistouri électrique, qui permet l'hémostase en cours d'intervention ; la mise en place d'une plaque à usage unique autocollante sur le patient est indispensable : la plaque recueille le courant amené par l'électrode active (pointe du bistouri) au corps du patient et le ramène au générateur.

***NB :*** *la position est dangereuse, donc pas systématique.*

***NB :*** *il y a possibilité d'injecter du bleu de méthylène pour voir la perméabilité des trompes.*

1. **A la fin de l’intervention :**



Une cœlioscopie

* Retrait de l'optique et du trocart sus-pubien.
* Retrait de la pince de Pozzi et de la canule.
* Dégonflement lent en décubitus dorsal.
* Suture des incisions (agrafes, fils) et application des pansements.

Le matériel est totalement démonté dans un produit d'immersion ; il est nettoyé puis stérilisé à l'autoclave, à la vapeur d'eau à 120°C.

Le matériel est ensuite rincé à l'eau stérile, avant sa ré-utilisation.

## **VI) Surveillance et risques de la coelio**

## **1) Bilan pré-opératoire**

**Par rapport à un syndrome hémorragique grave :**

* Réaliser un bilan de sanguin : prothrombine, TS-TC-TCK, groupage, phénotype, ACI.
* S'assurer que les résultats soient normaux.
* Noter s'il y a des notions d'accidents allergiques ou de troubles circulatoires.

**Par rapport à l'anesthésie générale et à la position :**

* Faire un ECG et des radios pulmonaires.
* Prendre le pouls et la TA.
* Observer la respiration.
* Veiller à ce que le repas soit léger la veille.
* Vérifier que le patient soit à jeun, pré-médiqué et rassuré avant d’aller au bloc.

**Prévenir le risque infectieux :**

* Faire prendre une douche *Bétadine* \* ou *Hibiscrub* \*, et raser la partie sus-pubienne.
* Prendre la température.
* Réaliser une irrigation vaginale la veille et le matin de l'intervention.
* Bien nettoyer le nombril.

**Permettre l'exploration dans les meilleures conditions :**

* S’assurer que le patient ait la vessie vide (poser éventuellement une SAD).
* Vérifier la vacuité intestinale (réaliser un lavement la veille si besoin : *X prep* \* ou *Normacol* \*), pour empêcher les anses grêles de descendre dans le pelvis et donc de gêner le geste opératoire (risque de perforation intestinale).

## **2) Soins infirmiers en post-opératoire**

* Réchauffer la patiente.
* Surveiller le réveil : constantes, conscience, température.
* Surveiller la paresthésie du bras.
* Surveiller l'aspect des pansements.
* Surveiller la reprise de la diurèse.
* Prévenir et traiter la douleur :
  + - Par rapport aux différentes incisions (douleurs abdominales).
    - Par rapport au pneumo-péritoine (douleurs scapulaires) ; l'hypertension comprime la coupole diaphragmatique, qui irrite le diaphragme et les nerfs et se projette aux épaules.

=> Antalgiques (*Prodafalgan* \*), vessie de glace, *Aspirine* \* (attention à l'hémorragie intra-abdominale).

* Laisser le patient se reposer au lit.
* Retirer la SAD le soir.
* Surveiller la reprise du transit par libération de gaz.

## **3) La sortie**

En principe, en cas de coelio simple, elle a lieu le lendemain.

En cas de coelio opératoire, elle a lieu 3 à 4 jours après l’opération.

Les agrafes sont retirées vers le 3ème jour.