

Laparoscopie chez les patientes présentant une grossesse ectopique hémorragique

Togas Tulandi, MD, MHCM, Nadia Kabli, MD

Département d'obstétrique-gynécologie, Université McGill, Montréal (Québec)

« Pourquoi voudrais-je effectuer une laparoscopie? Elle saignait; elle présentait près d'un litre de sang dans l'abdomen. »

Puisque la plupart des gynécologues connaissent mieux la laparotomie que la laparoscopie avancée, nous ne devrions pas être surpris par une telle déclaration quant à la prise en charge d'une grossesse ectopique hémorragique. En fait, pour un bon nombre de pathologies, la plupart des gynécologues expérimentés douteraient du bien-fondé d'effectuer une laparoscopie. Comme eux, nous pensions auparavant que les femmes présentant un hémopéritoine ne devaient pas subir une laparoscopie. Les préoccupations entourant l'exécution d'une laparoscopie chez des patientes en hémorragie sont associées à la création d'un pneumopéritoine et à l'imposition possible d'un délai quant à la maîtrise de l'hémorragie. Le pneumopéritoine distend la paroi abdominale et exerce une pression sur le diaphragme, l'estomac et les vaisseaux sanguins, ce qui entraîne la diminution du retour veineux et la baisse du débit cardiaque¹.

Tel était l'avis de l'un d'entre nous (TT), jusqu'à ce qu'il ait opéré un bon nombre de femmes présentant une grossesse ectopique hémorragique et une importante quantité de sang dans la cavité abdominale; il n'est toutefois plus de cet avis et ses collègues « spécialistes en laparoscopie avancée » partagent sa nouvelle façon de voir les choses. Plus récemment, ils ont abordé ce type de cas en effectuant avec succès une chirurgie laparoscopique sans conversion en laparotomie. Contrairement à l'opinion de nos collègues « laparotomistes », nous remettons, dorénavant, souvent en question la nécessité même d'avoir recours à une laparotomie dans le cadre de la prise en charge de la grossesse ectopique, qu'il y ait rupture ou non. Les avantages de la laparoscopie, par comparaison avec la

laparotomie, ont été maintes fois démontrés dans le cadre d'essais cliniques randomisés. Pour ce qui est de la prise en charge de la grossesse ectopique, la laparoscopie est associée, par comparaison avec la laparotomie, à une perte sanguine moindre, à une hospitalisation plus courte et à des coûts moins élevés².

À l'avenir, il est probable que la laparoscopie en viendra à remplacer la laparotomie, celle-ci ne serait alors donc plus effectuée qu'avec parcimonie. Par exemple, en 1989, Harry Reich a effectué la première hystérectomie laparoscopique³. De nos jours, certains laparoscopistes gynécologiques pratiquent même des hystérectomies totales élargies par laparoscopie⁴.

Il serait cependant malavisé que tous les gynécologues fassent uniformément appel à l'approche laparoscopique, quelle que soit la pathologie à traiter. Certains critères se doivent d'être respectés. Le fait, pour le chirurgien, de posséder une bonne connaissance des techniques de laparoscopie avancée constitue la condition préalable la plus importante. Faire preuve de jugement clinique ne se limite pas qu'au choix de la meilleure option de prise en charge, il faut également tenir compte de ses propres limites. Dans le cas d'une grossesse ectopique hémorragique, il est parfaitement acceptable d'avoir recours à la laparotomie plutôt que de tenter, avec difficulté, d'effectuer une laparoscopie et d'ainsi retarder l'hémostase. Il est important de reconnaître le fait que d'autres chirurgiens pourraient effectuer la chirurgie en question en toute sûreté au moyen de la laparoscopie. En fait, les spécialistes en laparoscopie avancée peuvent pénétrer la cavité péritonéale et assurer l'hémostase par laparoscopie aussi rapidement que par laparotomie, sinon plus^{1,5,6}.

La laparoscopie est-elle jamais appropriée dans le cas de patientes instables? En effet, en présence de saignements excessifs dans un délai relativement court, des modifications orthostatiques affectant la tension artérielle et la fréquence cardiaque ou un état de choc peuvent survenir. Cependant, en présence de saignements graduels, la plupart

des patientes demeurent stables sur le plan hémodynamique, et ce, malgré un hémopéritoine se situant entre 1 000 et 1 500 ml⁷. Peu importe l'approche chirurgicale, une patiente qui est instable sur le plan hémodynamique doit d'abord être stabilisée. Une perfusion intraveineuse de solution cristalline ou de sang (au moyen d'un ou de deux tubes grand calibre) devrait être entamée sans délai afin de compenser la perte sanguine. Un prélèvement de sang devrait être immédiatement effectué aux fins de la mesure du taux d'hémoglobine et de la détermination du groupe sanguin et du profil de coagulation. La patiente devrait faire l'objet d'une épreuve de compatibilité croisée pour au moins quatre unités de sang. Une sonde urinaire à demeure doit être mise en place aux fins du contrôle du débit urinaire; de plus, les signes vitaux doivent être surveillés rigoureusement. Le contrôle hémodynamique invasif, y compris la mise en place d'un cathéter artériel ou d'un cathéter de pression veineuse centrale, devrait être envisagé.

Une fois la patiente stabilisée sur le plan hémodynamique, le recours à une approche laparoscopique devient une option chirurgicale. Cependant, bien que la patiente faisant l'objet de l'opération soit stable, nous devons tout de même prendre d'autres facteurs en considération.

Un ensemble complet d'instruments laparoscopiques, de matériel d'anesthésie et de moniteurs cardiovasculaires devraient être à votre disposition; de plus, la salle d'opération devrait disposer des installations nécessaires à une conversion rapide en laparotomie. Si l'intervention est prévue comme étant « une laparoscopie et une possible laparotomie », vous serez assuré que les deux ensembles chirurgicaux nécessaires se trouveront à votre disposition. Nous nous devons de souligner la nécessité d'avoir recours à la cautérisation bipolaire et à un irrigateur par aspiration de 10 mm doté de différents embouts d'irrigation^{2,6}.

Les facteurs de risque à l'origine de la nécessité de convertir une laparoscopie en laparotomie devraient faire l'objet d'une évaluation⁸. Le fait de connaître ces facteurs de risque aide le chirurgien et la patiente à prendre une décision éclairée. Parmi les facteurs de risque, on trouve les complications possibles au cours de l'intervention, des antécédents de laparotomies multiples, la présence de graves adhérences pelviennes et le manque d'expérience du chirurgien. En présence de ces facteurs de risque, le recours à la laparotomie constitue une meilleure option.

L'obésité constitue une contre-indication relative. La chirurgie laparoscopique chez une patiente obèse peut s'avérer difficile en raison du fait que l'épaisseur de la paroi abdominale peut en venir à compliquer l'atteinte du pneumopéritoine. De plus, des quantités excessives de gras omental et rétropéritonéal limitent la manœuvrabilité des

instruments. Qui plus est, l'accroissement de la pression des voies aériennes complique la ventilation pulmonaire, particulièrement en position de Trendelenburg. Les patientes obèses courent quatre fois plus de risques de connaître une conversion en laparotomie que les patientes de poids normal. Cependant, l'expérience acquise indique que la prise en charge laparoscopique de la grossesse ectopique ne semble pas entraîner une hausse de la morbidité chirurgicale chez les patientes obèses⁹.

Il est crucial que l'anesthésiste soit d'accord avec votre décision d'effectuer une chirurgie laparoscopique. Notre expérience auprès de divers anesthésistes indique qu'ils n'ont pas d'objections à assurer une anesthésie même si la patiente saigne, puisque le débit hémorragique causé par une grossesse ectopique est lent (contrairement à une hémorragie causée par une rupture d'anévrisme) et que la patiente peut être stabilisée avant la chirurgie.

Les conseils suivants pourraient aider les chirurgiens à effectuer une chirurgie laparoscopique en présence d'un hémopéritoine. Premièrement, un manipulateur intra-utérin devrait être utilisé; bien que cet instrument facilite l'exposition, permettant ainsi l'identification du site hémorragique, il est vital que la présence de grossesses intra-utérines et extra-utérines simultanées soit d'abord écartée. Cela s'avère particulièrement pertinent dans le cas d'une grossesse attribuable aux techniques de procréation assistée, lesquelles sont associées à des risques considérables de grossesse hétérotopique. De toute évidence, l'utilisation d'un manipulateur utérin devrait être proscrite dans une telle situation.

Deuxièmement, le pneumopéritoine devrait être créé de façon habituelle. L'accroissement de la pression intra-abdominale attribuable au pneumopéritoine entraînera le tamponnement des vaisseaux en hémorragie, ce qui atténuera le débit hémorragique⁵. Troisièmement, à la suite de l'insertion d'un trocart, le laparoscope devrait être inséré graduellement. Si l'on prévient le contact avec le sang se trouvant dans la cavité péritonéale, la propreté du bout du laparoscope sera assurée, ce qui permettra la visualisation instantanée des organes pelviens. Autrement, le bout du laparoscope doit être nettoyé à répétition, ce qui retarde l'atteinte de l'hémostase.

Il est possible que les organes pelviens soient entièrement couverts de sang. Dans un tel cas, l'utérus devrait être manipulé vers le haut, de façon à le retirer de la mare de sang se trouvant dans le bassin. Le site hémorragique peut ainsi être identifié et immédiatement protégé. Habituellement, une salpingectomie s'avère requise et peut être immédiatement effectuée par coagulation bipolaire. Une fois l'hémorragie maîtrisée, il est possible de procéder au retrait du sang².

Si la source de l'hémorragie ne peut être identifiée, le sang se trouvant dans la cavité péritonéale doit être aspiré; à cette fin, nous avons recours à un irrigateur par aspiration de 10 mm. En présence d'un blocage de l'aspiration, il peut s'avérer requis de passer à un embout d'aspiration d'un type différent. Il n'est pas rare de constater, au moment où l'on effectue la laparoscopie, que l'hémorragie a déjà cessé et que la salpingectomie peut ainsi être évitée. Il est également possible de constater un avortement tubo-abdominal, dans lequel cas aucune autre mesure de traitement n'est requise¹.

En tenant compte de tous ces facteurs, la laparoscopie s'avère aussi sûre que la laparotomie. Quoi qu'il en soit, la décision d'effectuer une laparoscopie ou une laparotomie devrait être fondée sur les préférences du chirurgien, sur l'opinion de ce dernier quant à ses propres compétences en laparoscopie, ainsi que sur la situation clinique.

RÉFÉRENCES

1. Akhan SE, Baysal B. « Laparotomy or laparoscopic surgery? Factors affecting the surgeons' choice for the treatment of ectopic pregnancy », *Arch Gynecol Obstet*, vol. 266, 2002, p. 79–82.
2. Tulandi T. « Surgical treatment of ectopic pregnancy and prognosis for subsequent fertility », *UpToDate, Clinical Reference Library*. Disponible à : www.uptodate.com. Consulté le 16 mars 2006.
3. Reich H, DeCaprio J, McGlynn F. « Laparoscopic hysterectomy », *J Gynecol Surg*, vol. 5, 1989, p. 213.
4. Abu-Rustum NR, Gemignani ML, Moore K, Sonoda Y, Venkatraman E, Brown C et coll. « Total laparoscopic radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy using the argon-beam coagulator: pilot data and comparison to laparotomy », *Gynecol Oncol*, vol. 91, 2003, p. 402–9.
5. Sagiv R, Debby A, Sadan O, Malinger G, Glezerman M, Golan A. « Laparoscopic surgery for intrauterine pregnancy in hemodynamically unstable patients », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 8, 2001, p. 529–32.
6. Sokol AI, Chuang K, Milad MP. « Risk factors for conversion to laparotomy during gynecologic laparoscopy », *J Am Assoc Gynecol Laparos*, vol. 10, 2003, p. 469–73.
7. Mohamed H, Maiti S, Phillips G. « Laparoscopic management of ectopic pregnancy: a 5-year experience », *J Obstet Gynaecol*, vol. 22, 2002, p. 411–14.
8. Takacs P, Latchaw G, Gaitan L, Chakhtoura N, De Santis T. « Risk factors for conversion to laparotomy during laparoscopic management of an ectopic pregnancy », *Arch Gynecol Obstet*, vol. 273, 2005, p. 32–4.
9. Hsu S, Mitwally MF, Aly A, Al-Saleh M, Batt RE, Yeh J. « Laparoscopic management of tubal ectopic pregnancy in obese women », *Fertil Steril*, vol. 81, 2004, p. 198–202.