

Coelioscopie dans la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'endométriose au Niger

Aliou Zabeirou

Service de chirurgie générale, hôpital général de référence de Niamey, Niger

Boka Tounga Yahouza

Médecin résident de chirurgie générale et digestive, Service de chirurgie générale et viscérale ; hôpital national de Niamey, Niger

Saidou Adama

Enseignante chercheuse à la faculté des sciences de la santé de Niamey (assistante), Service de chirurgie générale, hôpital général de référence de Niamey, Niger

Kaki Ide

Service de chirurgie générale et viscérale; hôpital national de Niamey, Niger

Hamma Y.

Enseignant chercheur à la faculté des sciences de la santé de Niamey (Maitre de conférences agrégé), Service de chirurgie générale, hôpital National Amirou Aboubacr Diallo de Niamey, Niger

Lasley James Didier

Sani Rachid

Enseignant chercheur à la faculté des sciences de la santé de Niamey (professeur titulaire), Service de chirurgie générale, hôpital général de référence de Niamey, Niger

Doi: 10.19044/esipreprint.3.2025.p340

Approved: 20 March 2025

Posted: 23 March 2025

Copyright 2025 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Aliou Z., Boka Tounga Y., Saidou A., Kaki I., Hamma Y., Lassey J.D. & Sani R. (2025). *Coelioscopie dans la prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'endométriose au Niger*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2025.p340>

Résumé

Introduction : L'endométriose est une pathologie non néoplasique très polymorphe quasi exclusive de la femme en période d'activité génitale, se définit par la présence de tissu endométrial en dehors de l'endomètre, susceptible de répondre aux sollicitations hormonales ovariennes.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive allant du

1er janvier 2020 au 30 mars 2024 soit une période de quatre (4) ans. **Résultats** : Au cours de la période d'étude nous avons répertoriés 1810 actes chirurgicales toutes chirurgies confondues. Nous avons ainsi retrouvé 17 cas d'utilisation de la coelioscopie pour la prise en charge de l'endométriose soit une fréquence de 0,93%. La tranche d'âge 15-24 ans était prédominante dans 41,18% des cas. La moyenne d'âge était de 30,29ans, avec des extrêmes allant de 15 à 47 ans. Dans 17,64% des cas les patientes présentaient un antécédent de kystectomie pour endométriose. Pour motif de consultation les douleurs pelviennes étaient retrouvées chez 100% des patientes. Toutes les patientes avaient réalisé une échographie. Le kyste ovarien était le résultat le plus retrouvé dans 52,94% des cas. Le stade I de ASRM était le plus retrouvé avec 47,06% des cas. La kystectomie était l'intervention à la coelioscopie la plus pratiquée dans 58,82% des cas. Les lésions vésicales étaient les complications à court terme les plus représentées dans 11,76%. **Conclusion** : La cœlioscopie se révèle être un outil essentiel dans la prise en charge de l'endométriose, offrant des bénéfices diagnostiques et thérapeutiques significatifs.

Mots clés : Cœlioscopie, endometrioses, anatomopathologique, Niger

Laparoscopy to the diagnostic and therapeutic management of endometriosis in Niger

Aliou Zabeirou

Service de chirurgie générale, hôpital général de référence de Niamey, Niger

Boka Tounga Yahouza

Médecin résident de chirurgie générale et digestive, Service de chirurgie générale et viscérale ; hôpital national de Niamey, Niger

Saidou Adama

Enseignante chercheuse à la faculté des sciences de la santé de Niamey (assistante), Service de chirurgie générale, hôpital général de référence de Niamey, Niger

Kaki Ide

Service de chirurgie générale et viscérale; hôpital national de Niamey, Niger

Hamma Y.

Enseignant chercheur à la faculté des sciences de la santé de Niamey (Maitre de conférences agrégé), Service de chirurgie générale, hôpital National Amirou Aboubacr Diallo de Niamey, Niger

Lassey James Didier

Sani Rachid

Enseignant chercheur à la faculté des sciences de la santé de Niamey (professeur titulaire), Service de chirurgie générale, hôpital général de référence de Niamey, Niger

Abstract

Introduction: Endometriosis is a highly polymorphic non-neoplastic disease almost exclusively affecting women during their reproductive years. It is defined by the presence of endometrial tissue outside the endometrium, which can respond to ovarian hormonal stimulation. **Methodology:** This is a retrospective and descriptive study conducted from 1 January 2020 to 30 March 2024, representing a period of four (4) years. **Results:** During the study period, we recorded 1810 surgical procedures of all types. We identified 17 cases of laparoscopy use for the management of endometriosis, representing a frequency of 0.93% of cases. The 15-24 age group was the most represented, accounting for 41.18% of cases. The mean age was 30.29 ± 10.48 years, with extremes ranging from 15 to 47 years. In 17.64% of cases, patients had a history of cystectomy for endometriosis. Pelvic pain was the reason for consultation in 100% of patients. All patients had an ultrasound (n=17). The ovarian cyst was the most common finding in 52.94% of cases. ASRM stage I was the most common, accounting for 47.06% of cases. Cystectomy was the most common laparoscopic procedure

performed in 58.82% of cases. Bladder lesions were the most common short-term complications, occurring in 11.76% of cases. **Conclusion:** Laparoscopy proves to be an essential tool in the management of endometriosis, offering significant diagnostic and therapeutic benefits.

Keywords: Laparoscopy, endometriosis, Hospital general of reference of , Niger

Introduction

L'endométriose est une maladie gynécologique bénigne, et chronique dont les localisations les plus communes sont pelviennes. D'autres localisations extra pelviennes plus rares ont été décrites, en particulier au niveau de la vessie, de l'intestin, de l'appendice, de l'ombilic, des sacs herniaires, du poumon, des reins et de la paroi abdominale (Velemir L et al (2008à); Ayoub B (2019)). L'endométriose est une maladie controversée, relativement fréquente, et invalidante et qui altère la qualité de vie des patientes, responsable de douleur chronique et/ou d'infertilité posant ainsi un problème majeur de santé publique, avec un lourd fardeau économique (Tonleu Linda B et al(2024); Nisolle M et al (2023)). En effet, cette pathologie touche près de 10 % des femmes en âge de procréer à l'échelle mondiale, soit 190 millions de personnes (); Nisolle M et al (2007), Organisation Mondiale de la Santé(2023)). Cette proportion monte à près de 40% parmi les femmes qui souffrent de douleurs pelviennes chroniques, en particulier au moment des règles. En Afrique subsaharienne, les données sur la prévalence de cette affection sont rares voire inexistantes (Tonleu Linda B et al(2024)). Cependant, les résultats d'une étude réalisée au Mali avaient montré un taux de prévalence préoccupant soit 25 à 30 % ; et les femmes qui ont notamment subi un curetage, une hystérectomie, une césarienne ou une épisiotomie sont les plus touchées par cette affection [6]. Peu connu du grand public, en Afrique en générale et au Niger en particulier; touche des centaines de foyers. La cœlioscopie présente des avantages tels que le bénéfice esthétique, elle produit moins de douleur postopératoire et réduit la durée de convalescence (Organisation Mondiale de la Santé(2023)). L'Hôpital Général de Référence (HGR) de Niamey est un nouvel hôpital où la cœliochirurgie est pratiquée pour la prise en charge de certaines pathologies gynécologiques. Le but de notre étude était de rapporter les résultats de la prise en charge coloscopique de l'endométriose à l'Hôpital Général de Référence de Niamey.

Patients et Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} Janvier 2020 au 31 Mars 2024 soit une période de 51 mois.

Elle était constituée des toutes les patientes admises pour suspicion d'endométriose, admises dans le Service de Chirurgie Générale et Digestive de l'Hôpital Général de Référence. Sont incluses dans l'étude toutes les patientes ayant bénéficiées d'une coelioscopie exploratrice ou chirurgicale et dont l'examen anatomopathologique des biopsies ou des pièces opératoires a confirmé le diagnostic d'endométriose. Non incluses les patientes présentant des pathologies gynécologiques autres que l'endométriose ayant subi une coelioscopie ou non. Pour la collecte des données nous avons utilisé une fiche d'enquête préétablie. Pour la saisie nous avons utilisé Word et Excel 2021. Le traitement et l'analyse des données ont été faits avec le logiciel SPSS 26. Les variables étudiées étaient d'ordre : socio-démographiques (âge, le statut socioprofessionnel, statut matrimonial, le niveau d'instruction), cliniques (antécédents, motif de consultation, examen clinique), paracliniques (NFS, échographie abdominale, tomodensitométrie), thérapeutiques (traitement médical, classification ASA, exploration et traitement chirurgical), évolutives (Durée de séjour, complications, récurrences). Au cours de cette étude nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés telles que : la mauvaise gestion et conservation des dossiers rendant ces derniers inexploitable, des dossiers incomplets. Le respect de la dignité des patients a été pris en compte grâce à la confidentialité des données.

Résultats

Au cours de la période d'étude nous avons répertorié 1810 actes chirurgicales abdominales toute chirurgie confondue. Nous avons ainsi retrouvé 17 cas d'utilisation de la coelioscopie pour la prise en charge diagnostic ou thérapeutique de l'endométriose. La fréquence de la coelioscopie pour endométriose était ainsi de 0,93%. 30,29±10,48 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 47 ans (Tableau I).

Tableau I: répartition des patientes selon les tranches d'âge

Age (Années)	Effectif(n)	Pourcentage (%)
[15-30[9	52,94
[30-45[5	29,41
[45-60[3	17,65
Total	17	100

Les femmes mariées représentaient 59% des cas(n=10). Les patientes non instruites représentaient 41,18% des cas(n=7). Dans 17,65% des cas les patientes présentaient un antécédent chirurgical de kystectomie pour endométriose (n=3). Les ménagères représentaient 71% des cas(n=12). moyenne d'âge à la ménarche était de 13,29±0,46 ans. L'âge des ménarches des patientes était de 13 ans dans 69,03% de cas (n=12) (Tableau II).

Tableau II: répartition des patientes selon l'âge à la ménarche

Age(Années)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
13	12	69,03
14	5	30,97
Total	17	100

La durée du cycle menstruel était de 28 jours dans 47,97% des cas (n=8) avec une moyenne de 27,47 jours. Les patientes qui présentaient un cycle régulier menstruel représentaient 88% des cas (n=15). Une notion d'infertilité a été retrouvée chez 29,41% des patientes (n=5). Les patientes présentaient une durée de mariage >4ans dans 40% des cas (n=4). Les douleurs pelviennes étaient retrouvées chez 100% des patientes (n=17). Une coloration normale des conjonctives a été retrouvée chez 47,06% des patientes (n=8). Avec 94% des cas un IMC normal a été retrouvé chez les patientes (n=16). Dans 64,71% des cas les patientes étaient classées stade 1 de l'OMS (n=11). A la palpation une sensibilité abdominale a été retrouvée dans 58,82% des cas (n=10). Dans 88,24% des cas le toucher vaginal était normal (n=15). Le diagnostic avait été confirmé chez 5 patients (29,41%) qui avaient déjà un antécédent de chirurgie pour endométriose ovarienne ou pleurale (tableau III).

Tableau III: répartition des patientes selon la confirmation au diagnostic préopératoire

Diagnostic	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Diagnostic confirmé	5	29,41
Diagnostic suspecté	4	23,53
Diagnostic non suspecté	8	47,06
Total	17	100

Dans 52,94% des cas une kystectomie a été l'indication préopératoire prédominante (n=9) (tableau IV).

Tableau IV: répartition des patientes selon l'indication préopératoire

Indication	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Kystectomie ovarienne	9	52,94
Coelio-exploratrice+Biopsie	5	29,41
Hystérectomie totale	3	17,65
Total	17	100

La classification ASA 1 et ASA 2 a été retrouvée dans 47,06% chacun (n=8).

Dans 29,41% des cas chacun le péritoine pelvien et un épanchement hématisé étaient les localisations les plus représentées (n=5).

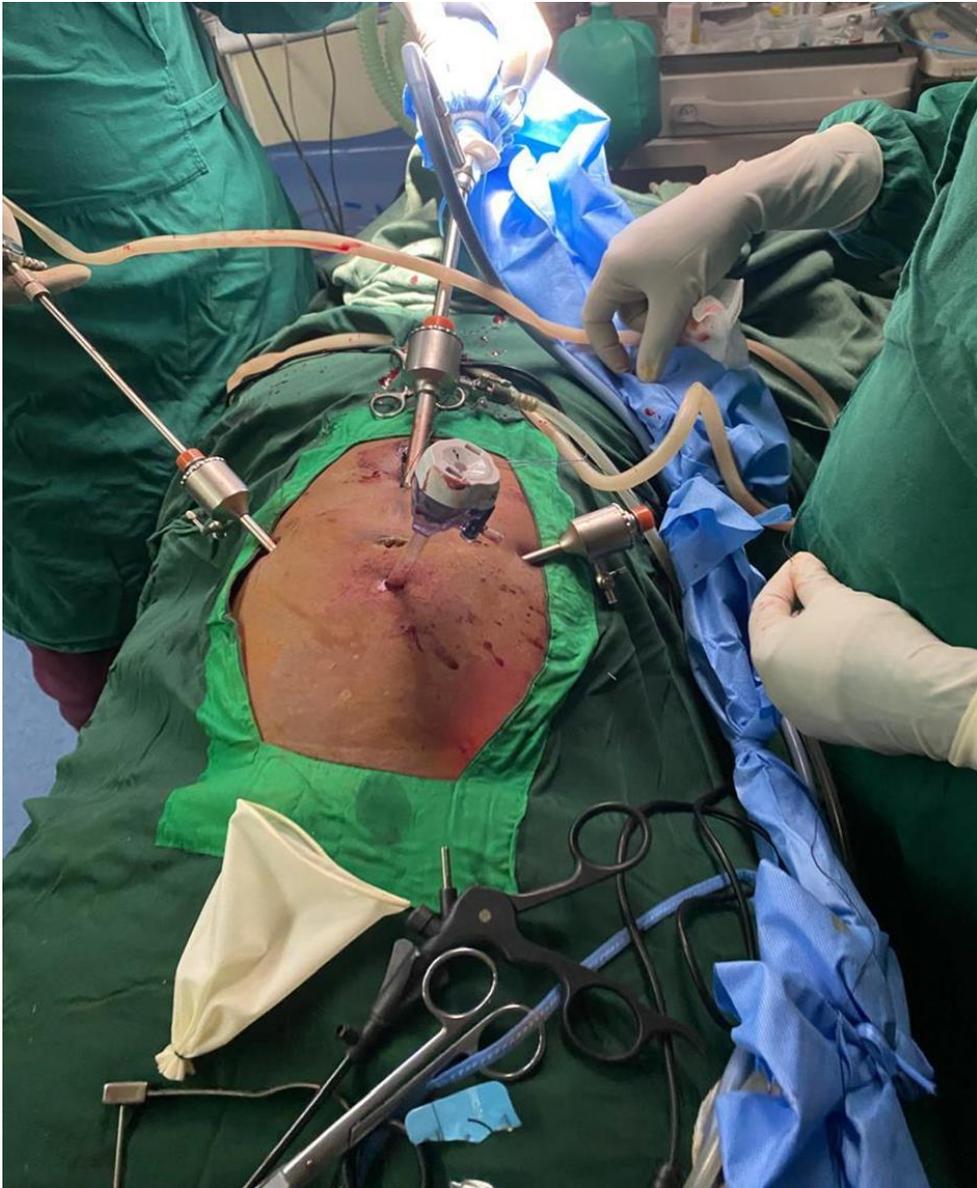


Figure 1: installation & introduction des trocars

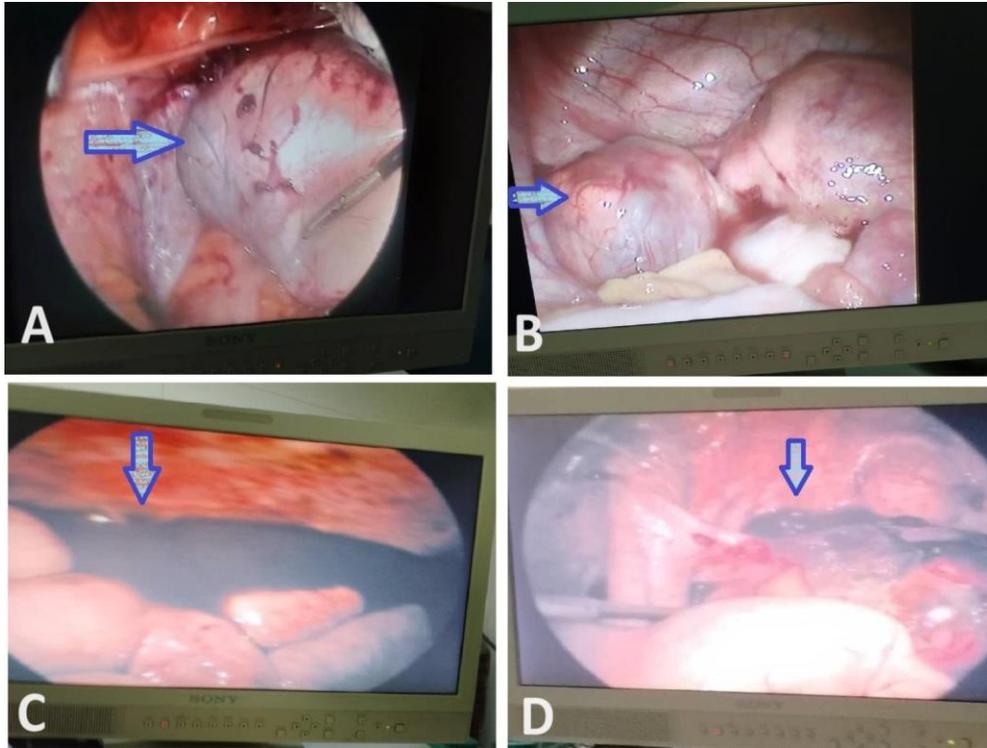


Figure n°2 : vues coelioscopiques montrant des images:

- A** : endométriome droit
- B** : endométriome gauche
- C** : épanchement hématique dans la gouttière pariétocolique droite avec des multiples nodules d'endométriose sur péritoine pariétal
- D** : endométriose pelvienne profonde

Le stade I était le plus retrouvé avec 47,06% des cas (n=8) (tableau V).

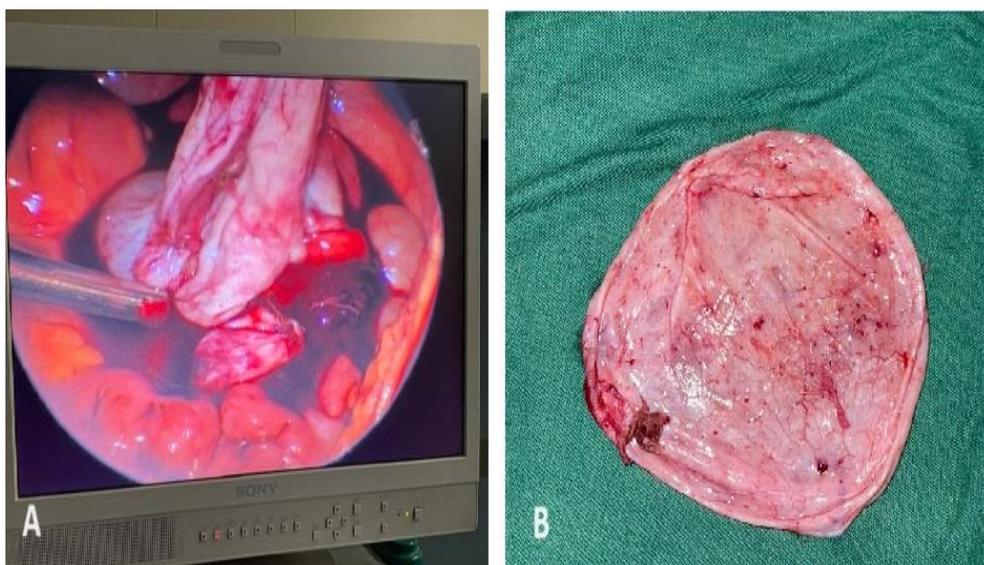
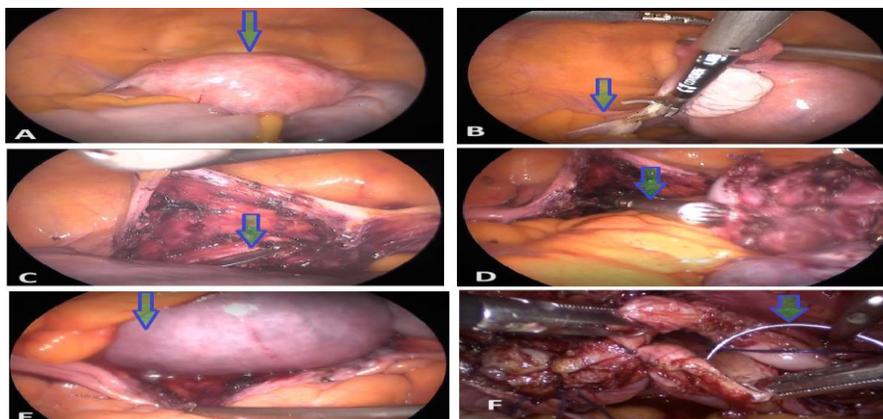
Tableau V: répartition des patientes selon le stade ASRM

Stade	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Stade I (minime)	8	47,06
Stade II (léger)	3	17,65
Stade III (modéré)	1	5,88
Stade IV (sévére)	5	29,41
Total	17	100

Avec 47,06% des cas les actes ont été à visé thérapeutique (n=12). La kystectomie était l'intervention à la coelioscopie la plus pratiquée dans 41,18% des cas (n=7) (tableau VI).

Tableau VI: répartition des patientes selon l'acte chirurgicale

Actes	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Kystectomie	7	41,18
Biopsie péritonéale	5	29,41
Hystérectomie totale	3	17,65
Ovariectomie	2	11,76
Total	17	100

**Figure n°3: (A) Kystectomie ovarienne cœlioscopique; (B) kyste ovarien****Figure n°4 : Hystérectomie totale pour adénomyose chez une patiente non désireuse de grossesse.**

- A :** utérus augmenté de volume
B : dissection et coagulation du ligament IP
C : Colpotomie guidée à l'aide d'une lame malléable (manipulateur utérin non disponible)
D & E : Extraction pièce opératoire en trans-vaginale
F : Fermeture du moignon vaginale

L'évacuation d'épanchement péritonéal était le geste associé le plus pratiqué dans 71,43% des cas (n=5). Nous avons noté 3 incidents opératoires dont 1 hémorragies et 2 déversement du contenu du kyste soit respectivement dans 70,59% des cas les patientes avaient repris l'alimentation (n=12). Une récurrence a été observée chez 64,71% des patientes (n=11), la durée moyenne de suivi était de 38 mois (11-56 mois) Toutes les patientes avaient eu une confirmation anatomopathologique soit 100% (n=17). Toutes les patientes avaient été référées en gynécologie pour suivi et prise en charge soit 100% (n=17). Un décès a été observé au cours du suivi d'une patiente suite à un pneumothorax bilatérale massif lié à une localisation thoracique de l'endométriose soit 5,88% (n=1).

Discussion

L'endométriose est une pathologie gynécologique chronique qui touche près de 176 millions de femmes dans le monde et qui concerne 10% des femmes en âge de procréer. (Velemir L et al (2008)). Les causes supposées multifactorielles de la pathologie ainsi que les mécanismes de développement restent méconnues (Bedaiwy MA (2004)). La cœlioscopie, ou laparoscopie, est reconnue comme une technique essentielle dans le diagnostic et le traitement de l'endométriose chez toutes les patientes. Au cours de la période d'étude nous avons répertoriés 1810 actes chirurgicales toutes chirurgies confondues. Nous avons ainsi retrouvé 17 cas d'utilisation de la cœlioscopie pour la prise en charge de l'endométriose. La fréquence de réalisation de la cœlioscopie pour endométriose était ainsi de 0,93%. Notre résultat est en adéquation avec celui de Kamga F,(2013) au Mali qui a rapporté 1%. Cependant inférieur à ceux d'autres séries africaines RACHDI R (2004), COULIBALY SIRA (2017). Cette faible fréquence peut être attribuée à la spécialisation de la cœlioscopie pour les cas complexes ou confirmés d'endométriose, ainsi qu'à la disponibilité et l'accessibilité de cette technologie dans les hôpitaux. Des études indiquent également que la cœlioscopie est une technique privilégiée dans des contextes spécifiques, mais son utilisation généralisée dépend de nombreux facteurs, y compris l'expérience des chirurgiens et l'équipement disponible Didier LJ (2018). Selon une étude menée par l'association Endomind, la proportion de femme atteinte d'endométriose serait estimée de 2,1 à 4,2 millions en France et à 180 millions dans le monde. 40% des femmes qui souffrent de douleurs pelviennes chroniques voir invalidantes sont touchées. La prévalence de cette pathologie correspond à 10% des femmes en âge de procréer avec un pic d'incidence à 25-30 ans(Organisation Mondiale de la Santé 2023). La moyenne d'âge était de 30,29 ans, avec des extrêmes allant de 15 à 47 ans dans notre étude. Notre résultat est similaire à ceux de plusieurs études ; notamment : Kamga au Mali (2013)avec 30,31 ans, Kamga F,(2013);

Kamga F,(2013)Tunisie ; 2004 avec 30,2 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'à cet âge, la femme se situe à la moitié de sa période de procréation et le désir d'enfant commence à se faire pressant. La tranche d'âge 15-24 ans était la plus représentée dans 41,18% des cas. Cela reflète l'âge typique des femmes atteintes d'endométriose, souvent diagnostiquées pendant leurs années de procréation, lorsque les symptômes deviennent plus prononcés et affectent leur qualité de vie avec 59% de cas les mariées étaient les plus représentés. Notre résultat est similaire à ceux de : Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H.(2021) qui avait rapporté une majorité des patientes mariées dans 99,3% ; Mwinzi et al au Kenya en 2013 avec 65% des mariées. Le statut matrimonial peut influencer la détection et la prise en charge de l'endométriose, car les femmes mariées sont plus susceptibles de chercher des soins médicaux pour l'infertilité ou les douleurs chroniques associées à la maladie. Dans 17,64% des cas les patientes présentaient un antécédent de kystectomie pour endométriose. Notre résultat est différent de celui de Kamga F(2013) au Mali en 2013 où 17,5% des patientes avaient un antécédent chirurgical tout type de chirurgie confondu. Les antécédents chirurgicaux peuvent compliquer la cœlioscopie en raison des adhérences intra-abdominales, rendant l'intervention plus difficile et augmentant les risques de complications. Dans notre étude, une notion d'infertilité a été retrouvée chez 29,41% des patientes. Ce pourcentage est révélateur des complications associées à l'endométriose, une pathologie souvent corrélée à des difficultés de conception. L'infertilité chez ces patientes peut s'expliquer par plusieurs mécanismes liés à l'endométriose, y compris les adhérences pelviennes et l'inflammation chronique qui peuvent altérer la fonction ovarienne et la perméabilité tubaire. Les douleurs pelviennes étaient retrouvées chez 100% des patientes, suivi des dysménorrhées chez 88% des patientes. Ces résultats corroborent avec l'étude de Tesfayeet al. en Ethiopienne qui a rapporté des taux de 85% et 75% respectivement pour ces symptômes. Une autre étude de Lauferetal. en 2003 aux États-Unis a trouvé des taux de douleurs pelviennes de 90%. Ces symptômes sont des manifestations classiques de l'endométriose, justifiant souvent la consultation médicale et les investigations supplémentaires. Selon les données de la littérature, le diagnostic est souvent découvert de manière fortuite lors d'une consultation pour troubles de la fertilité. Toutes les patientes avaient réalisés une échographie soit 100%. Le kyste ovarien était le résultat le plus retrouvé dans 52,94% des cas. Notre résultat est différent de celui de Coulibaly MA au Mali en 2010 qui à rapporter une échographie normale à la hauteur de 72,3%. Ceci pourrait s'expliquer par les variations dans la sensibilité des techniques d'imagerie et à l'expertise des radiologues. L'échographie est un outil essentiel dans l'évaluation initiale, mais ses résultats peuvent varier considérablement. En cas de suspicion d'endométriose de l'appareil urinaire,

l'échographie et/ou l'IRM sont les examens de référence à effectuer pour confirmer le diagnostic. La recherche d'une dilatation urétéropyélocalicielle (DUPC) doit être systématique en cas de suspicion d'endométriase de l'appareil urinaire ou de lésion à proximité. Une DUPC correspondrait à la présence d'un obstacle, une lésion au niveau urétérale, qui peut engager le pronostic fonctionnel du rein. Ce type de lésion est potentiellement grave de par son évolution et son caractère asymptomatique Mwinzi, S.A., et al. (2013) La kystectomie était l'intervention à la coelioscopie la plus pratiquée dans 58,82% des cas. Notre résultat est inférieur à celui de Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H.(2021) ou la kystectomie était réalisée dans 11,6% des cas Coulibaly au Mali en 2013 mais différent de celui de Kamga (2013) au Mali ou l'adhésiolyse pelvienne dans 31% des cas constituait la thérapie la plus réalisée. Les différences dans les types de procédures peuvent être attribuées aux variations dans les pratiques cliniques et les compétences chirurgicales disponibles. Lors de l'intervention, trois trocarts ont été utilisés dans 52,94% des cas, ce qui est une pratique courante dans la laparoscopie pour permettre un accès adéquat et la manipulation des instruments chirurgicaux nécessaires pour le traitement de l'endométriase. L'utilisation de trois trocarts est un compromis entre minimiser le traumatisme chirurgical et assurer une visibilité et une maniabilité suffisantes pour le chirurgien. L'évacuation d'épanchement pleural était le geste associé le plus fréquemment pratiqué, à hauteur de 71,43% des cas. Cela suggère une comorbidité fréquente ou une complication de l'endométriase affectant les cavités thoraciques, une manifestation clinique connue mais moins courante de l'endométriase, souvent désignée sous le terme d'endométriase thoracique. Des anti inflammatoires avec des antalgiques étaient les traitements médicaux les plus administrés dans 100% des cas. Ceci souligne l'importance du traitement symptomatique de la douleur liée à l'endométriase. Les lignes directrices de la pratique clinique, telles que celles publiées par la European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), recommandent souvent des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des antalgiques comme première ligne de traitement pour gérer la douleur associée à l'endométriase. Il n'existe pas à ce jour de traitement spécifique de l'endométriase Kamga F(2013); Didier LJ (2018)., Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H. (2021). Le traitement envisagé dépendra donc de chaque patiente et devra être spécifique. Son choix devra intégrer plusieurs facteurs : Symptomatologie et son impact sur la vie quotidienne, type de lésion (superficielle ou profonde), leur localisation ainsi que le retentissement sur la capacité fonctionnel d'un organe, désir de grossesse ou non de la patiente, rapport bénéfice/risque de la stratégie de prise en charge, tolérance et efficacité de thérapies antérieures, avis éclairé de la patiente Kamga F,(2013).Les thérapies disponibles à

l'heure actuelle s'articulent autour de 2 axes majeurs : l'hormonothérapie, la chirurgie RACHDI R (2004).

Le traitement hormonale de l'endométriose : ainsi, l'hormonothérapie aura pour objectif une diminution voire une suppression des douleurs à prédominance cataménial par mise au repos de l'axe hypothalamo-hypophysaire tout en évitant d'avoir recours à une intervention chirurgicale qui sera plus invasive et plus risquée. La chirurgie offre aussi des résultats chez les patientes qui ont des troubles de la fertilité après réduction des adhérences ou retrait des endométriomes Mwinzi, S.A., et al. (2013).

Une approche par laparotomie peut s'avérer nécessaire en fonction de l'accessibilité et de l'étendue des lésions. Un chirurgien expert en endométriose mènera l'intervention et pourra faire appel à d'autres confrères selon la localisation des implants (urologue ou chirurgien digestif par exemple). La cœlioscopie se déroulera en deux étapes : une première phase d'observation des lésions puis une étape de destruction des implants.

Le retrait des lésions superficielles se fera par exérèse ou par destruction laser sous cœlioscopie pour l'endométriose pelvienne superficielle. La résection de la lésion sous péritonéale voir celle des ligaments utérosacrés correspondants peut être pratiquée pour l'endométriose sous péritonéale profonde Kamga F, Josimar J(2013). Endométriome : En cas d'atteinte ovarienne, le but sera le retrait de l'endométriome qui peut se faire de deux manières : kystéctomie intra-péritonéale par cœlioscopie (exérèse du kyste ovarien), drainage du kyste puis destruction laser de sa paroi. Endométriose vésicale et/ou urétérale : L'intervention pour une atteinte de l'arbre urinaire peut prendre la forme d'une : cystectomie partielle, urétérolyse qui conserve l'uretère, le libérant de la lésion sans interrompre sa continuité, résection urétérale avec anastomose termino-terminale ou réimplantation vésicale (reconnexion entre l'uretère et la vessie après retrait de la section endommagée) Kamga F, Josimar J(2013). Endométriose colorectale : La résection des implants colorectaux. Le chirurgien peut décider de mettre en place une stomie temporaire (dérivation extérieure de l'intestin au niveau de la peau) qui sera place pour une période avoisinant les 3 mois afin de favoriser la cicatrisation de la zone anastomosée. Un décès a été observé suite à un pneumothorax bilatérale massif soit 5,88%. Notre résultat est similaire aux données de Kamga(2013) au Mali e où cinq patientes soit 2,3% étaient décédées d'une cause sans rapport avec leur intervention chirurgicale. Les décès post-opératoires, bien que rares, indiquent la nécessité d'une surveillance post-opératoire rigoureuse et de protocoles pour gérer les complications graves. Toutes les patientes avaient été référées en gynécologie pour suivi et prise en charge soit 100%. Ce qui est essentiel pour la gestion continue de l'endométriose et pour améliorer les résultats à long terme. L'évolution de la pathologie

endométriale reste difficile à prédire. Aucun argument n'a été établi en faveur d'une aggravation de la maladie avec augmentation du nombre ou du volume des lésions.

De manière générale, les symptômes s'estompent à l'arrivée de la ménopause. Par ailleurs, de nombreuses études s'accordent à dire que la mise sous traitement hormonal substitutif (TSH) pourrait conduire à une réactivation des anciennes lésions chez ces patientes Piketty M, et al (2018). Le risque associé de développement de cancer et plus particulièrement de cancer de l'ovaire a été et reste largement exploré. Cependant il n'a pas été établi de lien de cause à effet entre ces deux évènements. De ce fait, selon la HAS Il n'y a pas lieu d'effectuer un dépistage du cancer de l'ovaire chez les patientes souffrant d'une endométriose, ni de réaliser une surveillance systématique par imagerie des patientes traitées en l'absence de symptômes Saunders PTK, Horne AW. (2021).

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en lumière l'apport significatif de la cœlioscopie dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'endométriose à l'Hôpital Général de Référence (HGR) de Niamey. La faible fréquence de la cœlioscopie pour l'endométriose reflète la nécessité d'une plus grande sensibilisation et d'un meilleur accès à cette technique diagnostique et thérapeutique. Les patientes concernées étaient principalement de jeunes femmes en âge de procréer. Les douleurs pelviennes et les dysménorrhées étaient les principaux motifs de consultation. Cependant, le déversement du contenu kystique reste l'incident peropératoire le plus fréquent ; montrent la nécessité d'une expertise chirurgicale accrue pour minimiser les risques et améliorer les résultats. Plus de la moitié des patientes ont présenté une récurrence de la symptomatologie initiale après trois ans de suivi d'où la nécessité d'associer un traitement médical (hormonal) efficace. En Somme, la cœlioscopie se révèle être un outil essentiel dans la prise en charge de l'endométriose, offrant des bénéfices diagnostiques et thérapeutiques significatifs.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

Déclaration pour les participants humains : Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital de référence de Niamey et les principes de la déclaration d'Helsinki ont été respectés.

References:

1. Velemir L, Krief M, Matsuzaki S, Rabischong B, Jardon K, Botchorishvili R. et al. (2008) Physiopathologie de l'endométriose. Elsevier Masson ; 149 (05) :1-16. Doi : 10.1016/S0246-1064(08)44636-4
2. Ayoub B. (2019) Etude du parcours diagnostique et prise en charge de l'endométriose extra pelvienne : Expérience du service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès à propos de 06 cas. [Thèse de doctorat]. Maroc : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah.
3. Tonleu Linda Bentefouet a, Ibou Thiam b, Fabrice Senghor c, Cheikh Tourad Kebe b, Magib Gaye et al. (2024) Aspects épidémiologique et anatomopathologique des endométrioses à Dakar : étude rétrospective sur une période de 20 ans. Elsevier Masson ; 44 (1) : 57-64.
4. Nisolle M, Alvarez ML, Colombo M, Foidarta JM. (2007) Pathogenèse de l'endométriose. Gynécologie Obstétrique Fertilité 2007 ; 35 (9) : 898-903.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Endométriose. [Internet] 2023 [Consulté le 13 Mars 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
6. Meuleman C, Vandenabeele B, Fieuws S. (2009) High prevalence of endometriosis in infertile women with normal ovulation and normospermic partners. FertilSteril;92:68–74.
7. Bedaiwy MA, Falcone T. (2004) Laboratory testing for endometriosis. Clin Chim Acta 2004;340:41-56.
8. Kamga F, (2013) Josimar J. Infertilité tubaire : apport diagnostique et thérapeutique de la coeliochirurgie dans le service de Chirurgie « A » du CHU du Point G. Stomatologie. Bamako; 2013.
9. RACHDI R, MESSAOUDI F, BEN MR, BASLY M, CHLAYH M, ZAYENE H. MESSAOUDI L, CHIBANI M. (2004) Apport de la coelioscopie opératoire dans la stérilité féminine. La Tunisie médicale, ; 09(82): 837-884.
10. COULIBALY SIRA (2017): Apport de la coeliochirurgie dans les affections gynécologiques bénignes dans le service de chirurgie «A» au CHU du Point G. Thèse de médecine, Bamako, 2017.
11. Piketty M, Bricou A, Blumental Y, Carne C, Benifla JL (2018). Endométriose vésicale et infertilité modalités de prise en charge

- diagnostique et thérapeutique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité*; 36 (2018) 913–19.
12. Didier LJ, Adama S, Abdoulaye MB, Ide K, Hama Y, Chaibou MS, et al. La Pratique de la Coelioscopie dans un Service de Chirurgie Générale au Niger : le Cas de l’Hôpital National de Niamey. *Health sciences and disease*. 5 févr 2018;19(1 (Suppl)). [En ligne] <https://www.hsd-fmsb.org> Consulté le 11 septembre 2023.
 13. Smolarz B, Szyłło K, Romanowicz H.(2021) Endometriosis: epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics review of literature. *Int J Mol* 2021;22(19):10554.
 14. Mwinzi, S.A., et al. (2013)« Prevalence and clinical presentation of endometriosis in Kenya. » *East Afr Med J*. 2013;90(8):243-247.
 15. Tesfaye, M., et al. « Clinical characteristics of endometriosis in Ethiopian women. » *Ethiop Med J*. 2016;54(2):89-95.
 16. Laufer, M.R., et al.(2023) « Prevalence of endometriosis in adolescents with chronic pelvic pain: A cross-sectional study. » *J Pediatr Adolesc Gynecol*.16(6):247-250.
 17. Coulibaly MA. (2010)Coeliochirurgie dans le traitement d’infécondité féminine au CHU du Point G : à propos de 202 cas [Internet] [thesis]. Université de Bamako; 2010.
 18. Saunders PTK, Horne AW. (2021) Endometriosis: etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell* 2021;184(11):2807-24.