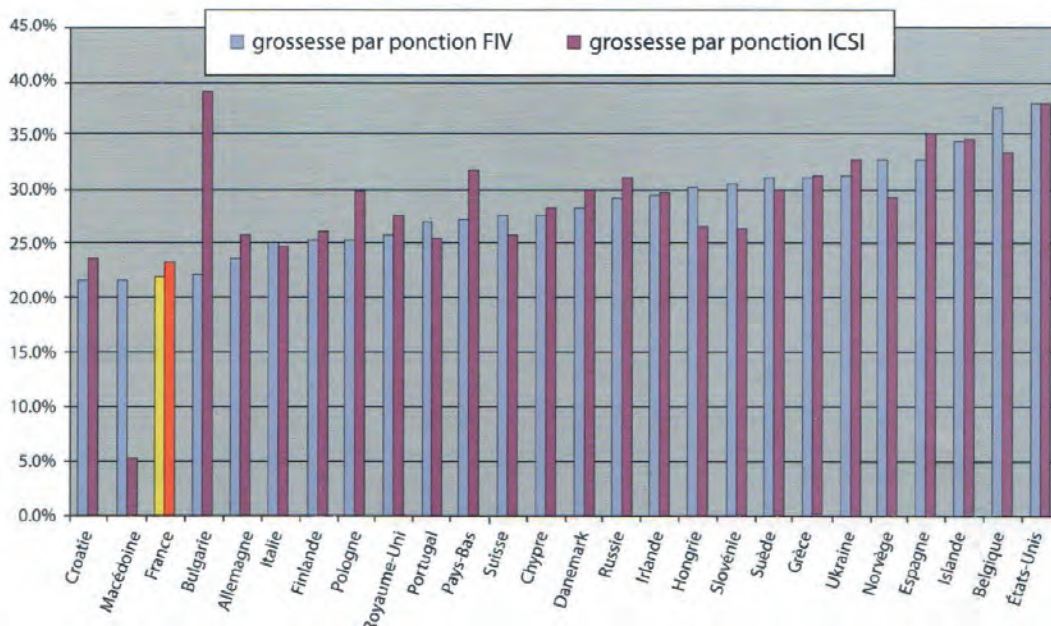


Service de gynécologie obstétrique / CHU Blida

# Plastie tubaire

Y' a-t-il Encore des indications?

MS.Oukid  
A N echacheda



les différents pays d'Europe et les États Unis<sup>(4)</sup>

Pour la plastie tubaire les taux de grossesse sont situés entre 10% et 30% pour la néosalpingotomie<sup>(6) (7) (8) (9) (10) (11)</sup>, entre 20et 60% pour la fimbrioplastie<sup>(7) (10) (12) (13) (14) (15)</sup> et 50% pour l'adhésiolyse<sup>(16) (17) (18)</sup>. Les résultats sont bien corrélés au score tubaire et adhérentiel.

Les obstructions tubaires représentent 30 à 40% de cause d'infertilité féminine.

Leurs traitements reposent classiquement sur la plastie tubaire et la procréation médicalement assistée, mais au cours de ces dernières années, les progrès réalisés dans le domaine de la PMA et l'effet délétères prouvés des hydrosalpinx ont été à l'origine de l'oubli de la plastie tubaire. Certaines équipes en particuliers nord américaines proposent d'emblée une FIV en argumentant son efficacité et son cout faible comparés à la chirurgie.<sup>(1) (2)</sup>

**Alors reste-t-il encore une place à la plastie tubaire?**

## MATÉRIEL ET MÉTHODES:

Pour pouvoir répondre à cette question nous avons réalisé une revue de la littérature sur la plastie tubaire et la fécondation in vitro en comparant les éléments suivants de chaque technique:

- Taux de grossesses
- le rapport Cout /efficacité.
- Risques et complications.

## RÉSULTATS ET DISCUSSION :

Taux de grossesses : Dans l'AMP, les taux de grossesse par ponction sont totalement opaques et doivent probablement osciller entre 20% et 40%.<sup>(3) (4)</sup>

Représentation graphique des résultats (grossesse par ponction) en FIV et en ICSI selon

- Les stades I et II sont une excellente indication de néosalpingotomie.
- Les stades III tubaires sont associés à des taux de GIU et GEU identique : 0% et 10%.
- Les stades IV : les taux de GIU et GEU sont inférieures à 5%. La majorité des GIU ont lieu au cours de la première année suivant l'intervention avec un taux de GIU cumulées à un an aux alentours de 25%.

En considérant les lésions tubaires distales, le traitement chirurgical donne un taux de grossesse de 30,1 à 33%. La comparaison des résultats retrouve des taux de grossesse similaires dans la plastie tubaire et l'AMP.

Score tubaire distal Perméabilité tubaire	Plissement muqueux		Paroi tubaire
Normal (0)	Conservé (0)		Normale (0)
Phimosi (2)	Diminué (5)		Mince (5)
Hydrosalpinx (5)	Absent (10)		Scléreux (10)
Stades	%GIU	%GIU	%GEU
2-5: Stade I	42,3	42,3	08,2
6-10 : Stade II	33,9	33,9	11,1
11-15: Stade III	19,0	19,0	16,6
> 15 : Stade IV	04,1	04,1	00

Tableau : Le taux de grossesse après adhésiolyse

Nombre de cas		GIU%	GEU%
Gomel, 1983	92	28,7	8,2
Marana, 1995	92	63	5,2
Marana, 1999	24	50	
Milingos, 2000	104	39,5	
Alboriz, 2003	90	40,2	
Popovic, 2005	104	39,5	

Tableau : Le taux de grossesse après néosalpingotomie

	Nombre de cas	GIU(%)	GEU%
DU BUISSON, 1990	34	29.4	3
McCOMB, 1991	22	22.7	5
CANIS, 1991	87	33	6.9
EYRAUD, 1993	24	16.7	8.33
DUGLI, 1994	113	13	5.3
MARANA, 1995	26	27	3.8
DU BUISSON, 1994	30	32	4.9
FILLIPINI, 1996	104	26.4	4.4
KASLA, 1997	86	10	5.8
DUNPHY, 1997	44	18	4.5

**GIU: Grossesse Intra-Utérine. GEU: Grossesse Extra-Utérine**

Tableau : Taux de grossesse après fimbrioplastie

Auteurs	Nombre de Patientes	GIU(%)	GEU%
DU BUISSON, 1990	31	25.8	
LARUE, 1991	11	40	
EYRAUD, 1993	44	35.7	
DEQUESNE, 1994	63	64	5
FILIPPINI, 1996	33	32.5	4.8
KASLA, 1997	53	33.3	4
AUDEBERT, 1998	35	51.4	

## Le Rapport coût /efficacité

✓ Pour la FIV, l'analyse du rapport coût/efficacité doit prendre en compte plusieurs paramètres :

• La mise en place d'une structure de FIV demande beaucoup de ressources humaines, matérielles et financières.

• Le prix d'un cycle de FIV varie entre 3100 et 4100 euros (45000DA) sans tenir compte des arrêts de travaux.

• Le couple doit avoir recours à une FIV pour chaque désiré d'enfant.

• Sans oublier les grossesses multiples et la prématurité avec leurs coûts économiques sociaux, psychologiques et médicales (augmentation de la morbi-mortalité maternelle et périnatale).

Concernant la plastie tubaire, c'est le coût d'une coelioscopie opératoire et la chirurgie peut régler le problème de façon définitive. De ce fait le coût relatif des deux techniques est très favorable à la plastie tubaire.

## Risques et Complications

✓ L'AMP comporte plusieurs Risques et Complications :

• Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne : 3 à 8 %<sup>(20)</sup>

• Complications de la ponction.

• Risque obstétrical

• Risques pédiatriques

Les risques liés à la plastie tubaire sont représentés par les complications anesthésiques qui sont faibles et les complications

opératoires très rares, avec les plaies des gros vaisseaux et les plaies digestives dans 0.5/1000 et 0.4/1000 respectivement.

Cependant les progrès réalisés dans le domaine de la coelioscopie ont permis de diminuer la morbidité liée à la microchirurgie : caractère mini-invasif, diminution de la morbidité postopératoire; diminution de la durée hospitalisation et des arrêts de travail ; bénéfices esthétiques ; précision et efficacité des gestes chirurgicaux ; respect de l'anatomie et de la physiologie<sup>(21) (22)</sup>. Les complications liées à la plastie tubaire sont inférieures à celles de l'AMP.

## Y a-t-il des indications à la plastie tubaire ?

Au terme de cette revue de la littérature, nous venons de voir que le taux de grossesse par plastie tubaire est similaire au taux de l'AMP pour un coût et des risques nettement en faveur de la plastie tubaire; pour cela la plastie tubaire doit avoir encore une place entre les mains d'un chirurgien entraîné, en dehors des circonstances où l'AMP est la solution de sagesse :

### ✓ Pré opératoires :

Tuberculose génitale ; salpingite au stade aigu ; atteinte tubaire bifocale cm.

### ✓ Per opératoires :

Pelvis gelé ; Endométriose active ; Stades tubaires IV et V<sup>(24)</sup>; Stade tubaire III avec stade muqueux  $\geq$  III<sup>(24)</sup>

## CONCLUSION

La chirurgie doit garder sa place dans le traitement des stérilités tubaires vu son efficacité, sa rentabilité, sa facilité entre des mains expérimentées avec moins de risque. Une sélection rigoureuse des patientes en fonction du score tubaire et adhérentiel est indispensable afin de déterminer les candidates à une plastie tubaire ou une AMP.

La plastie tubaire et l'AMP ne sont pas en compétition mais en option complémentaire.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Strandeell A, Lindhard A, Waldenstrom U et al Hydrosalpinx and IVF outcome: a prospective, randomized multicentre trial in Scandinavia on salpingectomy prior to IVF. Hum Reprod 1999 14 2762-2769; (1) Feinberg EC, Levens ED, Decherney AH Infertility surgery is dead; only the obituary remains ? FertilSteril ; 2008 89 : 232 - 6- Fernandez H. Is endoscopy useful in infertility treatment? Gynécologieobstétrique.&Fertilité 32 (2004).(4) J-L Pouli. L larue / Gynécologie Obstétrique& fertilité 35 (2007) 30 - 37 Takpara I. Plastie tubaire distale :comparaison microchirurgie versus chirurgie coelioscopique. Mémoirepour certificat Universitaire d'endoscopie opératoire en gynécologieuniversité Clermont Ferrand I. 1998, p-30. Marana R, Rizzi M,Muzii L. Catalane GF, Caruana P, Mancuso S. Correlation between the American Fertility Society classification of adnexal adhesions and distal tubal occlusion, salpingoscopy, and reproductive outcome in tubalsurgery FertilSteril 1995; 64:924-9 (7). Kasia JM, Raigo J. Doh AS,Biouvele JM, Pouly JL, Kwiatkowski F. et al laparoscopic fimbrioplasty and neosalpingostomy. Experience at the Yaounde General Hospital, Yaounde (report of 194 cases).Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997 ; 73 : 71 - 7. (8) McCamb PF, Paliologou A. The intussusceptions salpingostomy technique for the therapy of distal oviductal occlusion at laparoscopy ObstetGynecol 1991 ; 78 (3Pt1) : 443 - 7 (9) Dlugi AM, Reddy S, Saleh WA, Miersol-Barg MS, JacobsenG. Pregnancy rates after operative endoscopic: treatment of total (neosalpingostomy) or near total(salpingostomy) distal tubal occlusion FertilSteril 1994 ; 62 : 913 - 20.(10) Dubuisson JB. Bouquet de Jolinniere J, Aubriot FX, Darail E, FouletH, Mandelbrot L Terminal tuboplasties by laparoscopy : 65consecutivecases. fertilSteril 1991 ; 56 : 616-21.(11) Dunphy BC, Shephard S, CookelD. Impact of the learning curve on eerm delivery rates following laparoscopicsalpingostomy for infertility associated with distal tubal occlusive disease.Hum Reprod 1997; 12 : 1181 - 3 (12) Eyaud B, Emy R, Vergnel F. Distaltubal surgery using laparoscopy J GynecolObstetBiolReprod (paris) 1993 22:9-14 (13) Filippini F, Darai E, Benilla JI, Renolleau C, Sebban E, Vlastos G. et al. Distal tubal surgery a critical review of 104 laparoscopicdistal tuboplasties. J Gynecol Obstet Biol Reprod 5Paris) 1996;25:471-8(14) Dequesne JG CO2 laser laparoscopy in tubo-ovarieninfertility J Am AsscGynecolLaparosc 1994; 1 (4Part 2) : S10.(15) Auidbert AJ, Pauly JL, Von Theobald P. Laparoscopic Fimbrioplasty: anevaluation of 35 cases Hum Reprod 1998; 13:1946-(16) MilingosS, Kalipolits G, Loutradis D, Liapi A, Mavromatis K, Drakakis P. et al. Adhesions: laparoscopic surgery versus laparotomy Ann NYAcadsci 2000; 900: 272-85 (17) Gomel V.Salping-ovariolysisby laparoscopy in infertility FertilSteril 1983; 40:607-11 (18) AlborziS, Motazedian S, Parsanzhad ME Chance of adhesion formation after laparoscopic salping-ovariolysis is there a place for second-looklaparoscopy J Am AsscGynecolLaparosc 2003;10:172-6(19)Mage G, Pouly JL, de Jolinniere JB Chabrand S. Rioualou A. Bruhart MA. Apreoperative classification to predict the intrauterine and ectopic pregnancy rates to predict the intrauterine and ectopic-10 (20) Devigne A, Rosngerg S. Epidemiology and prevention ofovarienhyperstimulation syndrome (OHSS): a review Hum Reprod Update 2002 ; 8:559-77 (21) Ahmad G, Watson AJ, Metwally M. Laparoscopy or laparotomy for distal tubalsurgery A meta-analysis Source Obstetrics and GynaecologyDepartment, South Manchester UniversityHospital, Wythenshawe Hu Fertil (Camb) 2007 Mars 10 (1):43-7. (22) Dubuisson et al Encycl Med Chir 1995 (23) Bruhat et al Encycl Med Chir 1995. (24) Filippini J GynecolObstetBiol Reprod 1996

# La Thoracoscopie Médicale : Evolution et Bilan de 10 ans d'activité au Service de Pneumologie de Blida

La thoracoscopie médicale (vidéo assistée) est une technique endoscopique mini invasive permettant l'exploration de la cavité thoracique et le traitement dans certaines situations.

