



Devenir reproductif de la chirurgie ovarienne chez les patientes consultant dans le service de gynéco-obstétrique deux hôpitaux de Kinshasa

Reproductive outcome of ovarian surgery in patients consulting the gynaecology and obstetrics department of two hospitals in Kinshasa

Harmonie Mujinga^{1,2}, Justin Esimo Mboloko¹,
Patrick Mogwo Sendeke¹, Junior Mata
Mboloko¹, Eloge Mbaya Ilunga¹, Astryd
Diamba Omoy¹, Serge Litambelo Etana¹

Auteur correspondant

Harmonie Mujinga, MD

Courriel : mujingaharmony@gmail.com

Département de Gynécologie-Obstétrique,
Université de Kinshasa, R D Congo

Summary

Context and objective. Ovarian surgery (cystectomy, partial or total oophorectomy) is common and affects fertility as well as ovarian function. These complications and anatomical modifications can influence gynecological and obstetric future. The objective of the present study was to describe the gynecological and obstetric outcomes of patients who underwent ovarian surgery. *Methods.* This was a retrospective, consecutive descriptive series of ovarian surgery cases, collected between January 2013 and December 2023, in two hospitals in Kinshasa (Kinshasa University Hospital, Edith Medical Center). The variables of interest were sociodemographic, clinical, and paraclinical. *Results.* A total of 540 medical records (mean age 32.8 ± 5.5 years) were collected. Two-thirds of the patients were nulliparous (64.2%). The majority of patients had regular menstrual cycles (81.9%) and a desire to conceive (96.4%). The median duration of complaints was 4 years [2; 7]. Cystectomy, often combined with appendectomy, was the most frequent surgical history (62.2%). Associated conditions included tubal obstruction, uterine fibroids, and ovarian dystrophy. The presumptive diagnosis included infertility (60.2%) and pelvic pain (23.1%). In the follow-up after benign ovarian surgery, 21.4% of patients conceived, and 71.4% of these pregnancies went to term. *Conclusion:* Ovarian surgery increases the risk of infertility and pelvic pain, but approximately one-fifth of the followed patients conceived.

Keywords. ovarian surgery, conception, fertility,

Résumé

Contexte et objectif. La chirurgie ovarienne (kystectomie, ovariectomie partielle ou totale) est courante et affecte la fertilité ainsi que la fonction ovarienne. Ces complications et les modifications anatomiques peuvent influencer le futur gynéco-obstétrical. L'objectif de la présente étude était de décrire le devenir gynéco-obstétrical des patientes ayant subi une chirurgie ovarienne. *Méthodes.* Il s'agissait d'une analyse rétrospective, descriptive et consécutive des cas de chirurgie ovarienne, réalisée entre janvier 2013 et décembre 2023, dans deux hôpitaux de Kinshasa (Cliniques Universitaires de Kinshasa, Centre Médical Edith). Les variables d'intérêt étaient sociodémographiques, cliniques et paracliniques. *Résultats.* Au total, 540 dossiers médicaux (âge moyen $32,8 \pm 5,5$ ans) ont été colligés. Les deux tiers des patientes étaient nullipares (64,2 %). La majorité d'entre elles avait un cycle menstruel régulier (81,9 %) et un désir de concevoir (96,4%). La durée médiane de la plainte était de 4 ans [2 ; 7]. La kystéctomie, souvent associée à l'appendicectomie, constituait les antécédents chirurgicaux les plus fréquents (62,2%). Les pathologies associées comprenaient les obstructions tubaires, les myomes utérins et les dystrophies ovariennes. Le diagnostic présomptif englobait l'infertilité (60,2%) et les douleurs pelviennes (23,1%). Dans le suivi post chirurgie ovarienne bénigne, 21,4% des patientes ont conçu, dont 71,4% ont mené la grossesse à terme. *Conclusion.* La chirurgie ovarienne augmente le risque d'infertilité et de douleurs pelviennes, mais environ un cinquième



ovarian function, ovarian aging

Received October 27, 2025

Accepted June 1, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.15>

1. Département de Gynécologie-Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo
Gynaecology-Obstetrics
2. Département de Gynécologie-Obstétrique, Université Officielle de Mbujimayi, Mbujimayi, Kasai Oriental, République Démocratique du Congo.

Introduction

Le devenir gynéco-obstétrical des patientes ayant subi une chirurgie ovarienne constitue une préoccupation majeure des professionnels de santé, en raison de son impact potentiel sur la fonction ovarienne et le pronostic reproductif. En effet, la chirurgie ovarienne représente une pratique fréquente en gynécologie, notamment dans la prise en charge des kystes ovariens, de l'endométriose et de certaines urgences pelviennes. Dans plusieurs contextes, ces interventions occupent une place importante parmi les actes chirurgicaux réalisés chez les femmes en âge de procréer (1-2). Cette chirurgie regroupe un ensemble d'interventions allant de la kystectomie à l'ovariectomie partielle ou totale, ainsi que des techniques conservatrices telles que le drilling ovarien, l'exérèse d'endométriome ou la détorsion ovarienne. Bien que ces gestes soient souvent nécessaires, ils ne sont pas dénués de conséquences sur la fonction reproductive. L'ovaire possède une réserve folliculaire limitée et non renouvelable, particulièrement vulnérable aux agressions iatrogènes. Plusieurs études ont montré que certaines interventions, notamment la kystectomie ovarienne pour endométriome, peuvent entraîner une diminution significative de la réserve ovarienne, objectivée par la baisse de l'hormone antimüllérienne (AMH) et du nombre de follicules antraux (3-4). De plus, les gestes chirurgicaux répétés ou étendus peuvent altérer durablement la fertilité en raison de pertes tissulaires, d'une atteinte de la vascularisation ovarienne et de la formation d'adhérences postopératoires (2,5). Au-delà de l'atteinte fonctionnelle ovarienne, les complications

des patientes suivies ont conçu.

Mots-clés : chirurgie ovarienne, conception, fertilité, fonction ovarienne, vieillissement ovarien

Reçu le 27 octobre 2026

Accepté le 1 juin 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.15>

postopératoires et les modifications anatomiques pelviennes influencent les stratégies de suivi et les options thérapeutiques, notamment dans la prise en charge de l'infertilité. À l'échelle mondiale, environ 10 à 15 % des femmes en âge de procréer ont subi une chirurgie ovarienne dans le cadre de l'endométriose (6-7). En France, près de 45 000 femmes sont hospitalisées chaque année pour une pathologie ovarienne, dont 40 000 sont opérées, majoritairement pour des kystes bénins (3). En Amérique du Nord, les tumeurs ovariennes bénignes occupent une place importante parmi les pathologies gynécologiques (5). Ces effets délétères ont conduit à une évolution des pratiques vers des approches plus conservatrices, mettant l'accent sur l'épargne ovarienne et la préservation de la fertilité, en particulier chez les femmes jeunes désireuses de grossesse. Les recommandations actuelles insistent sur la nécessité d'une indication chirurgicale rigoureuse et d'une technique opératoire adaptée afin de limiter les séquelles fonctionnelles (5). Dans les pays à ressources limitées, ces enjeux revêtent une importance particulière. L'accès restreint aux techniques de procréation médicalement assistée complique la prise en charge des troubles de fertilité secondaire à la chirurgie ovarienne. Par ailleurs, les conditions de pratique chirurgicale peuvent être marquées par des contraintes techniques, un accès limité aux techniques mini-invasives et des difficultés de suivi postopératoire, majorant ainsi le risque de séquelles fonctionnelles. En Afrique, la fréquence de la pathologie ovarienne bénigne varie selon les pays, 17% en Tunisie en 2009 (8) et 6,20% au Cameroun en 2013 (9) ; Toutefois, les données



concernant le devenir reproductif après chirurgie ovarienne restent limitées. En République Démocratique du Congo (RDC), les études sont rares. Nzau *et al.* ont montré que les interventions pelviennes, notamment ovariennes, favorisent la formation d'adhérences, contribuant à l'infertilité féminine (10). Par ailleurs, Lokengo *et al.* ont rapporté un vieillissement ovarien précoce dans une population kinoise, en partie attribué à des facteurs iatrogènes, dont la chirurgie ovarienne (11). Dans ce contexte de fréquence élevée des interventions, de risques sur la fertilité et de rareté des données locales, il apparaît essentiel de mieux documenter le devenir gynéco-obstétrical des patientes ayant subi une chirurgie ovarienne dans notre milieu. Ainsi, l'objectif de la présente étude était de faire un état des lieux sur le devenir

gynéco-obstétrical et reproductif des patientes ayant un antécédent de chirurgie ovarienne.

Méthodes

Nature, cadre et période de l'étude

Il s'agissait d'une série descriptive et consécutive des cas de chirurgie ovarienne à recueil rétrospectif, réalisée entre janvier 2013 et décembre 2023, dans deux hôpitaux de Kinshasa (Cliniques Universitaires de Kinshasa, Centre Médical Edith). Cette période a été choisie en raison de l'amélioration de la qualité de la collecte des données dans les deux institutions.

Population d'étude, échantillonnage et critères de sélection

Au total, 1429 interventions gynécologiques ont été enregistrées au cours de cette période. Parmi celles-ci, 540 patientes ayant subi une chirurgie ovarienne ont été incluses dans l'étude (figure 1).

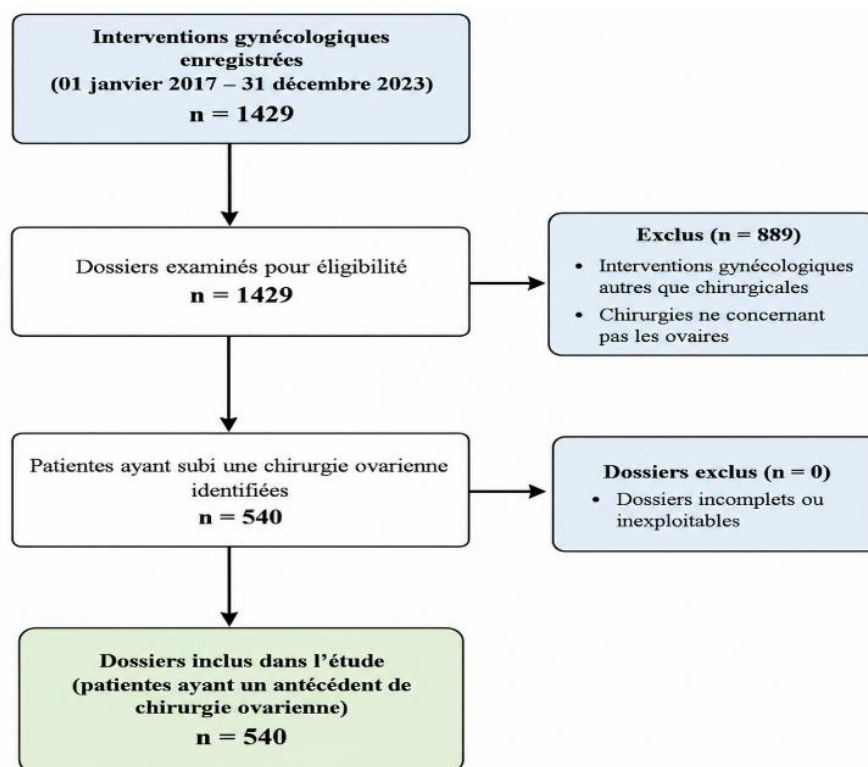


Figure 1. Diagramme de flux de la population d'étude

Les dossiers sélectionnés devraient satisfaire aux critères ci-après :

Critères d'inclusion

- Dossiers médicaux des patientes ayant des antécédents de chirurgie ovarienne bénigne

Critères de non-inclusion

- Dossiers incomplets (absence des données sur le devenir gynéco-obstétrical) ont constitué les critères de non-inclusion

Variables d'intérêts

Les variables d'intérêt englobaient les données sociodémographiques (âge de la patiente et de son partenaire, antécédents gynécologiques-obstétricaux et type de mariage), cliniques (durée de l'infertilité, diagnostic posé et conception), paracliniques (résultats de l'hystérosalpingographie, de l'échographie, de la biopsie endométriale et du spermogramme) ; la survenue d'une grossesse clinique et son évolution.



Définitions opérationnelles et conceptuelles

Dans la présente étude, les définitions suivantes ont été considérées :

La grossesse était considérée comme biologique lorsqu'elle était confirmée par un dosage positif de la β -hCG, et comme échographique lorsqu'un sac gestationnel intra-utérin était visualisé à l'échographie. Une patiente était considérée comme ayant mené une grossesse lorsque celle-ci évoluait jusqu'à une issue obstétricale. La Chirurgie ovarienne regroupait l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées sur l'ovaire à visée diagnostique ou thérapeutique, incluant la kystectomie et l'ovariectomie partielle ou totale, avec un impact potentiel sur la fertilité. Les interventions chirurgicales ovariennes ont été classées en deux catégories : Chirurgie ovarienne pure, comprenant les gestes limités à l'ovaire seul, tels que la kystectomie isolée ou le drilling ovarien ; Chirurgie ovarienne dite étendue, correspondant aux interventions ovariennes associées à un autre geste chirurgical abdominal, notamment l'appendicectomie. Le devenir gynéco-obstétrical était défini comme l'issue après la chirurgie ovarienne (infertilité, douleurs pelviennes).

Analyses statistiques et considérations éthiques

Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et des bases de données des deux

institutions, puis saisies sur Microsoft Access 365 et analysées à l'aide du logiciel Stata IC 18. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne $\pm$ écart-type, et les variables qualitatives sous forme de proportions. Les comparaisons ont été effectuées à l'aide du test du Chi-carré de Pearson ou Exact de Fisher (le cas échéant), pour les variables qualitatives et du test T de Student pour les variables quantitatives. L'analyse de régression logistique a été utilisée pour rechercher les associations entre variables. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$. L'anonymat et la confidentialité ont été respectés.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Les caractéristiques sociodémographiques sont renseignées dans le tableau 1. L'âge moyen des patientes était de $32,8 \pm 5,5$ ans avec des extrêmes de 16 et 49 ans. La tranche d'âge de 26 à 35 ans était la plus représentée (60,8%). La quasi-totalité des patientes étaient mariées (96,6 %) dans un mariage monogamique (89,8%). Plus de la moitié d'entre elles, étaient ménagères (57,9 %). L'âge moyen des maris était de $40,5 \pm 6,2$ ans avec des extrêmes de 26 et 65 ans.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Variables	Effectifs	%	Moyenne $\pm$ ET
Age (ans) n=531			$32,8 \pm 5,5$
Extrême	16-49		
16-25	48	9,1	
26-35	323	60,8	
36-49	160	30,1	
Etat civil n=504			
Marié	487	96,6	
Célibataire	17	3,4	
Profession n=238			
Ménagère	138	57,9	
Etudiants /Elèves	23	9,7	



Personnel médical	35	14,7
Juristes	4	1,7
Professeurs	10	4,2
Commerçants	24	10,1
Fonctionnaire	2	0,8
Journaliste	2	0,8
Age du mari n= 397		40,5 ± 6,2
Extrême	26-65	
25-34	54	13,6
35-44	250	62,9
45-54	83	20,9
55-65	10	2,5
Type de mariage n= 332		
Monogamie	298	89,8
Polygamie	34	10,2

ET= écart-type

Caractéristiques cliniques des patientes

Le tableau 2 décrit les caractéristiques cliniques des patientes. Les nullipares étaient prépondérantes (64,3%) avec un cycle menstruel régulier (81,9%), et euménorrhéiques (95,1). Elles avaient un antécédent chirurgical de kystéctomie associée à l'appendicectomie dans 62,2% des cas.

La quasi-totalité des patientes avait consulté pour désir de conception (96,5%), avec une durée médiane de la plainte de 4 ans [2 ; 7]. Au moment de leur prise en charge, 60,3 % des patientes présentaient une infertilité et près d'un quart avait (23,2 %) des algies pelviennes.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques des patientes

Variables	Effectifs	%	Moyenne ± ET
Chirurgie n= 540			
Kystectomie seule	204	37,8	
Kystectomie+appendicectomie	336	62,2	
Parité n=515			
Nullipare	331	64,3	
Primipare	103	20	
Paucipare	66	12,8	
Multipare	15	2,9	

Régularité du cycle menstruel n= 420



Régulier	344	81,9
Irrégulier	76	18,1
Durée du cycle n=335		
Court (20-25)	38	11,3
Normal (26-32)	276	82,4
Long (33-45)	21	6,3
Durée des règles n= 406		
Hypoménorrhées (≤ 3 jours)	17	4,19
Euménorrhées (3-7 jours)	386	95,1
Hyperménorrhées (>7 jours)	3	0,7
Plaintes principales n =539		
Désir de conception	520	96,4
Troubles du cycle et des règles	9	1,7
Douleurs pelviennes	10	1,9
Durée de la plainte n = 347		
(année)		Médiane 4 (EI : 2-7)
1	74	21,3
2	49	14,1
3-5	109	31,4
6-25	115	33,1
Diagnostics retenus n = 501		
Algies pelviennes chroniques	116	23,2
Infertilité	302	60,3
Dystrophies ovariennes	12	2,4
Myomatose utérine	46	9
Infections urogénitales	6	1,2
Pathologies fonctionnelles	19	3,8

Caractéristiques paracliniques des patientes
Le bilan paraclinique réalisé est consigné dans le tableau 3. Une hystérosalpingographie anormale

et une obstruction tubaire étaient trouvées respectivement, dans 63,76% et 52,4% des cas. La biopsie de l'endomètre a révélé un endomètre



décalé (66,7%) ainsi qu'une endométrite (8,5%). La myomatose utérine (28,5%) suivie des dystrophies ovariennes (27,1%) étaient les

pathologies les plus fréquentes à l'Echographie. La leuco-oligoasthénospermie (24,8%) suivie de l'oligoasthénospermie (19,4%) étaient les anomalies les plus retrouvées au spermogramme.

Tableau 3. Caractéristiques paracliniques des patientes

Variables	Effectifs	%
HSG n= 229		
Normal	83	36,2
Obstruction tubaire bilatérale	69	30,1
Obstruction tubaire unilatérale	51	22,3
Endométriose et adhérences pelviennes	10	4,4
Synéchies	16	7
Biopsie de l'endomètre n= 165		
Endomètre compatible	35	21,2
Endomètre décalé	110	66,7
Endomètre prolifératif	6	3,6
Endométrites	14	8,5
Echographie n= 362		
Normale	155	42,8
Myomatose utérine	103	28,5
Hypoplasie utérine	3	0,8
Dystrophies ovariennes	98	27,1
Grossesse évolutive et pathologies	3	0,8
Spermogramme n= 129		
Normal	27	20,9
Oligospermie	11	8,5
Asthénospermie	11	8,5
Oligoasthénospermie	25	19,4
Leucospermie	18	14
Azoospermie	5	3,9
Leuco-oligo-astheno-zoospermie	32	24,8

médical,
tandis que
48,6 %
étaient
perdus de
vue.
Cependant,
une
proportion de

La figure 2 illustre l'évolution de la prise en charge et les issues des grossesses. Trente pourcent des patientes avaient conçu après suivi

28,6 % des patientes avaient mené une grossesse à terme, dont 71,4 % ont abouti à un accouchement à terme.

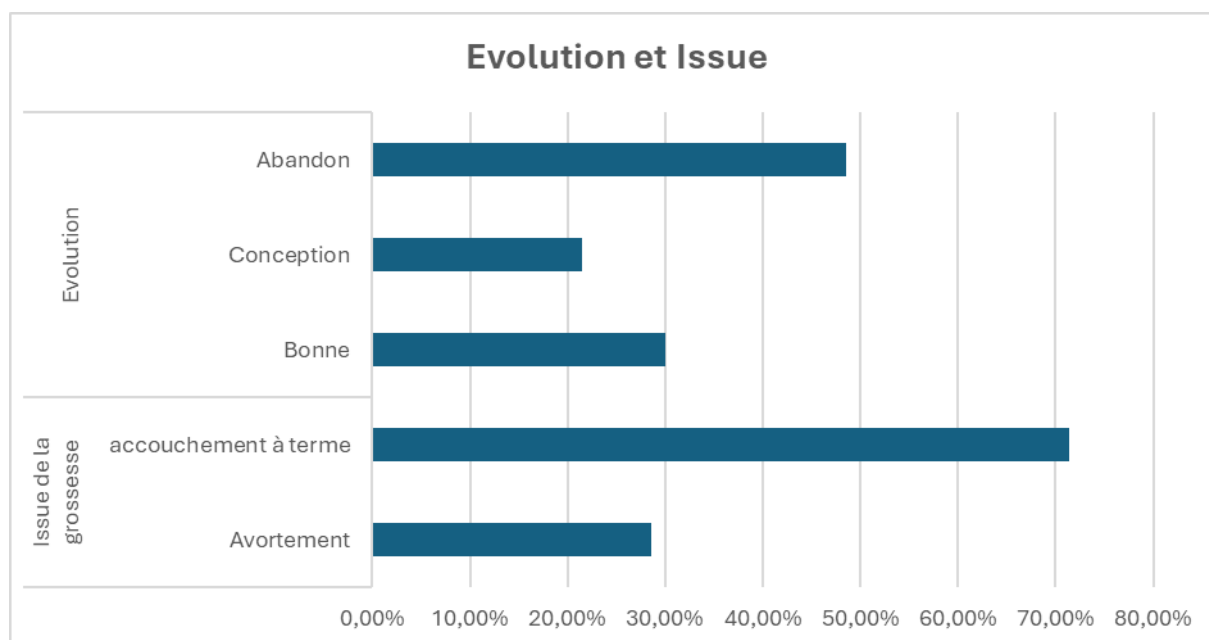


Figure 2. Evolution et issue de la prise en charge

Associations entre les variables cliniques & paracliniques et les tranches d'âge

Hormis les résultats de l'HSG et de l'échographie qui étaient significativement associées aux

tranches d'âge des patientes, les autres paramètres n'étaient pas statistiquement significatifs ($p > 0,05$, tableau 4).

Tableau 4. Relation entre les caractéristiques et les tranches d'âge

Variables	Effectif (n)	16–25 ans (%)	26–35 ans (%)	36–49 ans (%)	P
Diagnostic					0,408
Algies pelviennes	115	11,3	65,2	23,3	
Infertilité	296	10,5	59,8	29,7	
Dystrophies ovariennes	12	0	75	25	
Myomatose utérine	45	2,2	57,8	40	
Infections urogénitales	6	0	83,3	16,7	
Pathologies endocriniennes	19	5,3	68,4	26,3	
Résultat HSG					0,041
HSG normale	81	13,6	42,3	30,5	
Obstruction tubaire bilatérale (OTB)	68	45,5	28,2	30,5	



Obstruction tubaire unilatérale (OTU)	49	31,8	21,1	20,3
Endométriose adhérences pelviennes	/ 9	0	2,1	10,2
Synéchies	16	9,1	6,3	8,5
Résultat échographie				
				< 0,0001
Aspect normal	151	51,1	49,1	26,2
Myomatose utérine	101	12,1	23,2	43,9
Hypoplasie utérine	3	3	0,5	0,9
Dystrophie ovarienne	98	33,3	27,3	26,2
Grossesse évolutive/	3	0	0	2,8
Pathologies associées				
Évolution				
				0,166
Sans événement	21	4,8	66,7	28,6
Conception	15	13,3	80	6,7
Perdus de vue	34	5,9	52,9	41,2
Issue obstétricale	Effectifs	26-35 ans	36-49 ans	0,088
Avortement	2	50	50	
Accouchement	5	100	0	

Discussion

Dans la présente étude, l'âge moyen des patientes était de $32,8 \pm 5,5$ ans, dont la majorité avait un âge supérieur à 35 ans avec des extrêmes allant de 16 à 49 ans. Nos résultats se rapprochent de ceux trouvés en 2011 par Mboloko *et al.* (12) en RDC qui ont trouvé une moyenne de $33,7 \pm 5,2$ ans dans notre milieu et de ceux de Fatima B *et al.*

(13) en 2018 au Pakistan ayant rapporté, une moyenne de $33,2 \pm 5,6$ ans (la majorité étant âgée de plus de 35 ans, 60,8%).

Dans notre population, 62,2 % des patientes avaient subi une kystéctomie associée à une appendicectomie. Cette association peut refléter une prise en charge en contexte aigu (ex. torsion, douleur pelvienne aiguë), comme le suggèrent



plusieurs études montrant qu'une co-intervention est fréquente en cas de suspicion d'origine gynéco-digestive mixte (14).

La forte proportion de nullipares (64,3 %) et de multigestes (37,3 %) pourrait indiquer des grossesses non menées à terme, reflétant des difficultés de conception ou une instabilité reproductive.

Dans notre série, la quasi-totalité des patientes (96,5 %) consultaient pour un désir de grossesse, mettant en évidence la prépondérance de l'infertilité dans cette population. Ce résultat est cohérent avec les données de la littérature stipulant que l'infertilité constitue un motif majeur de recours aux soins en gynécologie, en particulier dans les contextes africains où les normes socioculturelles valorisent fortement la maternité (15-16).

Des études menées en Afrique subsaharienne (ASS) rapportent en effet une forte pression sociale autour de la procréation, expliquant la consultation tardive mais prioritaire pour infertilité (16).

La durée médiane des plaintes était de 4 (EI : 2-7) ans, avec des extrêmes allant jusqu'à 25 ans. Ce délai est significatif, d'autant plus que 33,14 % des patientes avaient attendu entre 6 et 25 ans avant de consulter. Ce retard de prise en charge est un phénomène largement rapporté en ASS, et plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : faible accessibilité aux soins spécialisés, manque de sensibilisation, poids des représentations sociales, ou encore l'absence de parcours de soins structurés en infertilité.

Inhorn et Patrizio en 2015, aux Etats-Unis, (15) et Mascarenhas *et al.* (16) en 2021 au Cameroun, ont montré que les femmes pouvaient attendre plusieurs années avant de consulter, souvent après des essais infructueux de conception spontanée ou après recours à des thérapies traditionnelles. Cependant Mboloko *et al.* en 2011, ont rapporté que les femmes ont généralement consulté à temps pour le désir de conception mais c'était d'abord d'autres prestataires plutôt que le gynécologue, et elles étaient orientées par leur entourage (12). L'infertilité (60,3 %) et les algies pelviennes chroniques (24,3 %) constituaient les

manifestations principales observées lors de l'évaluation des patientes ayant un antécédent de chirurgie ovarienne. Ces résultats traduisent l'importance des séquelles chirurgicales sur la fertilité, en particulier lorsque la résection ovarienne réduit la réserve fonctionnelle ou favorise la formation d'adhérences postopératoires. Ces observations rejoignent celles de Nzau *et al.* (17) en 2020 qui ont montré à Kinshasa que l'antécédent chirurgical (laparotomie) et certaines pathologies gynécologiques, notamment les myomes, augmentaient significativement le risque d'adhérences pelviennes, celles-ci étant à l'origine d'infertilité et de douleurs chroniques. Leur étude histopathologique a par ailleurs confirmé la prédominance d'une composante inflammatoire dans ces adhérences, suggérant que la chirurgie seule n'explique pas toujours leur genèse, et que des facteurs infectieux ou endométriosiques peuvent également intervenir.

Parallèlement, l'étude de Monzango *et al.* (18) a mis en évidence le rôle de l'hypovitaminose E dans l'endométriose, avec une prévalence élevée et une association significative avec la maladie. La vitamine E, en tant qu'antioxydant majeur, participe à la régulation du stress oxydatif, dont l'excès favorise le développement des lésions endométriosiques et peut altérer la réserve ovarienne, comme cela a été largement rapporté dans la littérature internationale (19-20).

Ainsi, dans des contextes où les patientes sont exposées à la fois à des séquelles chirurgicales et à des facteurs nutritionnels défavorables, ces mécanismes peuvent se potentialiser et contribuer à la persistance des troubles de fertilité et des douleurs pelviennes.

Raffi F *et al.* en Angleterre et Muzii L *et al.* en Italie, ont reconnu que certaines interventions chirurgicales sur l'ovaire, notamment les kystectomies pour kystes endométriosiques ou dermoïdes, peuvent avoir un impact défavorable sur la fertilité, particulièrement lorsqu'elles sont bilatérales ou répétées (20-21).

Ces données, mises en parallèle avec nos résultats, soulignent le caractère multifactoriel de l'infertilité féminine en ASS, où coexistent



atteintes ovariennes postopératoires, adhérences pelviennes, pathologies utérines structurales, endométriose parfois méconnue, et terrain nutritionnel défavorable. Elles plaident pour une approche intégrée, centrée sur l'épargne tissulaire lors des gestes chirurgicaux, la prévention et le traitement des adhérences, ainsi que l'évaluation du statut nutritionnel et antioxydant. Une telle stratégie pourrait améliorer la qualité de vie et le pronostic reproductif des patientes, en réduisant le poids des séquelles chirurgicales dans la trajectoire de l'infertilité.

Nous avons retrouvé un taux particulièrement élevé d'anomalies à l'hystérosalpingographie (63,8 %), dominées par les obstructions tubaires (52,4 %). Ce constat souligne le rôle central des atteintes tubaires dans l'infertilité féminine, en cohérence avec les données africaines et internationales (19-20, 22). La persistance de telles anomalies tubaires est souvent liée à des infections génitales non ou tardivement prises en charge. À ce titre, la mini-revue de Nzau-Ngoma *et al.* (22) en 2018, montre que *Chlamydia trachomatis*, très fréquemment asymptomatique, favorise des séquelles tubaires irréversibles en raison de sa persistance silencieuse. Cette dynamique explique non seulement les taux élevés d'obstructions observés, mais également la fréquence des douleurs pelviennes chroniques (23,2 %) constatée dans la présente étude. À l'échographie, la myomatose utérine (28,5 %) et les dystrophies ovariennes (27,1 %) représentaient les pathologies les plus fréquentes. Nos données rejoignent celles de Mbolo *et al.* (23) en 2017, qui ont montré à Kinshasa une forte association entre myomes et infertilité, notamment avec l'âge avancé et la nulliparité. Ces résultats confirment que les myomes constituent, en ASS, une pathologie incontournable du bilan d'infertilité, aggravée par des retards de prise en charge gynécologique. Le taux de conception observé dans notre série (21,4 %) reste faible, probablement en raison de la coexistence de multiples facteurs d'infertilité et de délais prolongés de consultation. La littérature montre que les chances de grossesse diminuent avec la durée de l'infertilité, devenant très faibles au-delà

de cinq ans (données non publiées). Parmi les patientes ayant conçu, la majorité a mené la grossesse à terme (71,4 %), malgré une proportion non négligeable d'avortements spontanés (28,6 %). Ces résultats, bien que limités par la taille de l'échantillon et les pertes de suivi, suggèrent qu'une issue obstétricale favorable reste possible après une prise en charge adaptée.

Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs points forts. Tout d'abord, elle aborde une problématique pertinente dans notre contexte, en documentant le devenir gynéco-obstétrical des patientes après chirurgie ovarienne, sujet encore peu exploré en République Démocratique du Congo. Ensuite, l'effectif relativement important des patientes incluses permet une description globale fiable des caractéristiques cliniques et reproductives de cette population. Par ailleurs, l'étude intègre des données cliniques et paracliniques variées (échographie, hystérosalpingographie, spermogramme), offrant une approche globale de la prise en charge de l'infertilité dans notre milieu. Enfin, ce travail met en évidence des éléments utiles pour la pratique clinique, notamment la fréquence des troubles de fertilité et des douleurs pelviennes chez les patientes ayant un antécédent de chirurgie ovarienne, ce qui peut contribuer à orienter les stratégies de prise en charge.

Limites de l'étude

Cependant, cette étude présente certaines limites. Son caractère rétrospectif expose à un biais d'information lié à la qualité variable des dossiers médicaux. De plus, la proportion importante de patientes perdues de vue limite l'évaluation du devenir reproductif et peut introduire un biais de suivi. Enfin, la coexistence de plusieurs facteurs d'infertilité (atteintes tubaires, anomalies utérines, facteurs masculins) constitue un facteur de confusion rendant difficile l'isolement de l'impact spécifique de la chirurgie ovarienne.

Conclusion

Au terme de ce travail portant sur le devenir gynéco-obstétrical des patientes ayant subi une chirurgie ovarienne dans notre milieu, il ressort que ces patientes sont majoritairement en âge de procréer, souvent nullipares, et consultent



principalement pour infertilité et douleurs pelviennes, dans un contexte socio-démographique caractérisé par un mariage monogamique et un partenaire d'âge relativement avancé. Elle a mis en évidence une fréquence élevée de l'infertilité et des algies pelviennes chez les patientes ayant un antécédent de chirurgie ovarienne. Le cinquième de nos patientes suivies ont conçu et, elles ont accouché à terme.

Des études prospectives incluant des groupes comparatifs sont nécessaires afin de mieux évaluer l'impact de la chirurgie ovarienne sur la fertilité dans notre contexte.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

Contribution des auteurs

Mujinga H : conception, élaboration de la méthodologie, collecte des données, analyse des données et rédaction ; Mboloko Esimo J : conception, analyse des données, dernière lecture ; Mogwo Sendeke P, Mboloko Mata J, Ilunga Mbaya E : conception, élaboration de la méthodologie, dernière lecture ; Omoy Diamba A, Etana Litambelo S : élaboration de la méthodologie, collecte des données, dernière lecture.

Remerciements

Les auteurs remercient les responsables de la Bourse d'Excellence de Bringmann pour les Universités Congolaises (BEBUC), pour leur soutien, leur conseil, leur accompagnement et leurs encouragements.

Références

1. Legendre G, Descamps P. Tumeurs ovariennes présumées bénignes. Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. CNGOF, Paris, 2013.
2. Kim JH, Kim MK. Impact of ovarian surgery on fertility and pregnancy: a systematic review. *J Ovarian Res* 2020; **13**:55. doi:10.1186/s13048-020-00637-0.
3. Lobo RA. Ovarian surgery and its consequences on reproductive health. *Clin Obstet Gynecol* 2017; **60**:776-785. doi:10.1097/GRF.0000000000000318.

4. Sakin A, Ozyer S. Postoperative management of ovarian tumor patients: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018; **231**:215-222. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.10.031.
5. Dutton JM, Stewart EA. Complications and management of endometriosis surgery. *J Minim Invasive Gynecol* 2019; **26**:207-214. doi: 10.1016/j.jmig.2018.05.018.
6. Saridogan E, Becker CM, Feki A, Grimbizis GF, Hummelshoj L, Nisolle M, et al. Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. *Hum Reprod Open* 2017; **4**. doi:10.1093/hropen/hox016.
7. Nasser Al Shukri MN, Al Busaidi A, Al Kharusi L, Al Harthy S, Al Rashdi B, Al Hinai A, et al. Résultats de la reproduction et comorbidités gynécologiques chez les femmes atteintes d'endométriose en dehors du cadre de la FIV: une étude rétrospective. *Middle East Fertil Soc J* 2023; **28** (1) art. 17. doi:10.1186/s43043-023-00127-5.
8. Mehdi K, Majdoub A, Khallouk A. Tumeurs de l'ovaire chez la femme ménopausée. *Pan Afr Med J* 2014 ; **19** :192. doi : 10.11604/pamj.2014.19.192.3745.
9. Sando Z, Fouogue Tsuala J, Fouelifack Ymele FY, Fouedjio JH, Mboudou T, Essame Oyono J. Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun. *Pan Afr Med J*. 2014 Jan **17** ; **17** : 28. doi :10.11604/pamj.2014.17.28.2311.
10. Nzau NE, Mboloko EJ, Mbuyi-Muamba JM, Lebware MB. Épidémiologie, conséquences et traitement des adhérences péritonéales et pelviennes : une revue de la littérature. *Ann Afr Med* 2012 ; **5**(4) :1187-1200.
11. Lokengo LD, Mboloko E. Le vieillissement ovarien : facteurs, mécanismes, moyens d'exploration et aspects thérapeutiques. Une revue de la littérature. *Ann Afr Med* 2013 ; **6**(3).
12. Mboloko E, Nzau NE, Lokengo L. Itinéraire de la femme kinoise à la recherche des soins d'infertilité. *Ann Afr Med* 2011; **4**:855-863.
13. Fatima B, Hasan HK, Khan MI. Conceiving after infertility management. *J Med Phys Biophys* 2018; **60**:19-26.



14. Canis M, Pouly JL, Wattiez A, Mage G, Manhes H, Bruhat MA. Fertility impact of laparoscopic ovarian cystectomy. *Fertil Steril* 2009; **92**:1061-1065. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.07.1755.
15. Inhorn MC, Patrizio P. Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update* 2015; **21**: 411-426. doi:10.1093/humupd/dmv016.
16. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis. *PLoS Med* 2012; **9**(12). doi: 10.1371/journal.pmed. 1001356.
17. Nzau NE, Mboloko E, Lokengo LD, Mbuyi-Muamba JM, Apangwa AN, Mputu L, *et al.* Histopathologie des adhérences péritonéales dans une population féminine congolaise. *Ann Afr Med* 2020 ; **13** (4) : e3795-e3806.
18. Monzango A, Kapend MMM, Bikuelo BCJ, Nzau NE, Mboloko E, Mputu L, *et al.* Endométriose et supplémentation nutritionnelle. *Ann Afr Med* 2022 ; **15** (2) : e4605-e4613.
19. Somigliana E, Vigano P, Benaglia L, Busnelli A, Berlanda N, Vercellini P. Endometriosis and ovarian reserve: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2020 ; **26**(2) : 248-263. doi :10.1093/humupd/dmz039.
20. Muzii L, Di Tucci C, Di Felicianantonio M, Marchetti C, Perniola G, Panici PB, *et al.* The effect of surgery for endometrioma on ovarian reserve evaluated by antral follicle count: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2018; **109** (4): 685-693.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.12.010.
21. Raffi F, Metwally M, Amer S. The impact of excision of ovarian endometrioma on ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; **97**(9): 3146-3154. doi:10.1210/jc.2012-1558.
22. Nzau NE, Mboloko E, Apangwa AN, Mputu L, Lokengo LD, Mbuyi-Muamba JM, *et al.* Persistance de l'infection à Chlamydia trachomatis : facteurs favorisants en Afrique subsaharienne. Une mini revue. *Ann Afr Med* 2018 ; **11** (3) : e2943-e2948.
23. Mboloko E, Muhindo M, Ingala A, Nzau NE, Lokengo LD, Apangwa AN, *et al.* Uterine leiomyoma in an infertile population in Kinshasa. *Ann Afr Med* 2017; **10**: 2635-2642.

Comment citer cet article : Mujinga H, Mboloko JE, Sendeke PM, Mboloko JM, Ilunga EM, Omoy AD, *et al.* Devenir reproductif de la chirurgie ovarienne chez les patients consultant dans le service de gynéco-obstétrique de deux hôpitaux. *Ann Afr Med* 2026; **19** (4): e7411-e7423. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.15>.

Survival and mortality predictors of pre-extensively drug-resistant tuberculosis patients treated with Bpal compared to long-term regimen in Kinshasa