



CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA  
DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE



# LIVRE DES ABSTRACTS

du **16**  
au **18**  
Décembre  
**2021**

Thème:

**INFERTILITÉ:**  
DE LA GYNECOLOGIE À L'OBSTETRIQUE

[www.gynecocuk.cd](http://www.gynecocuk.cd)

## COMITE D'ORGANISATION

**Président** : Pr Dr Justin MBOLOKO ESIMO

**Vice-Président** : Pr Dr Vicky LOKOMBA BOLAMBA

**Comité scientifique** :

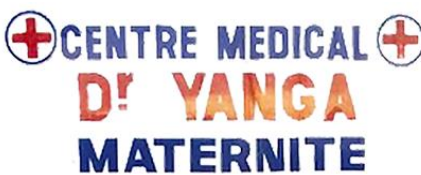
- Pr Dr Emmanuel NZAU NGOMA
- Pr Dr Andy MBANGAMA MUELA
- Dr Junior MBOLOKO MATA

| <b>Logistique</b>   | <b>Restauration</b>  | <b>Points focaux extérieurs</b> |
|---------------------|----------------------|---------------------------------|
| Dr Joëlle LUMAYA    | Dr Harmonie MUJINGA  | Dr Charlotte NDANDU             |
| Dr Guy MONZANGO     | Dr Kevine SAMBA      | Dr Yolande KAPEND               |
| Dr Sandrine MODIA   | Dr Elisabeth LUMBALA | Dr Irène MWAMBA                 |
| Dr Jules ODIMBA     |                      |                                 |
| Dr Blanchard IBANDA |                      |                                 |
| Dr Calvin MARINI    |                      |                                 |
| Dr Freddy MUAMBA    |                      |                                 |
| Dr Jésusal LOTOY    |                      |                                 |
| Dr Patrick MINDOMBE |                      |                                 |
| Dr Sylvain IDUMBO   |                      |                                 |
| Dr Esaïe MUANDA     |                      |                                 |

## DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA



## NOS PARTENAIRES



## PROGRAMME

### Jeudi 16 décembre 2021 : ATELIERS

| <b>ATELIER 1 (AVEC FRAIS) :</b>                          |  |                      |                                       |
|--|--|----------------------|---------------------------------------|
| <b>ECHOGRAPHIE DOPPLER EN GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE</b> |  |                      |                                       |
| <b>Heure</b>   | <b>Atelier</b>   | <b>Lieu</b>          | <b>Responsables</b>                   |
| 08h30-10h00  | Présentations :<br>Echographie doppler en gynécologie et obstétrique | Salle de lecture     | Pr LOKOMBA<br>Pr SENGEYI<br>Dr SALAMO |
| <b>10h00 - 10h30 : PAUSE-CAFE</b>                        |  |                      |                                       |
| 10h30-12h00  | Examen des patientes pour échographie Doppler                        | Salle d'échographie, | Pr LOKOMBA<br>Pr SENGEYI<br>Dr SALAMO |
| 12h05-12h25  | Présentation AMT   | Salle de lecture     | Equipe AMT                            |
| <b>12h25 : FIN ATELIER ECHOGRAPHIE DOPPLER</b>           |  |                      |                                       |

| <b>ATELIER 2 (AVEC FRAIS) :</b>                          |   |                  |                                  |
|--|---|------------------|----------------------------------|
| <b>ECHOGRAPHIE DE L'ENDOMETRIOSE</b>                     |   |                  |                                  |
| <b>Heure</b>   | <b>Atelier</b>  | <b>Lieu</b>      | <b>Responsables</b>              |
| 12h05-12h25  | Présentation AMT  | Salle de lecture | Equipe AMT                       |
| 12h30-14h00  | Présentations :<br>- Endométriose : clinique, formes anatomiques et diagnostic<br>- Echographie dans le diagnostic des lésions d'endométriose | Salle de lecture | Pr NZAU<br>Dr MOGWO<br>Dr ODIMBA |
| <b>14h00 - 15h00 : REPAS</b>                             |   |                  |                                  |
| 15h00-16h00  | Examen des patientes pour échographie de l'endométriose   | Salle de lecture | Pr NZAU<br>Dr MOGWO<br>Dr ODIMBA |
| <b>16h00 : FIN ATELIER ECHOGRAPHIE DE L'ENDOMETRIOSE</b> |   |                  |                                  |

| <b>ATELIER 3 (AVEC FRAIS) :<br/>LAPAROSCOPIE</b> |   |                   |                                       |
|--|---|-------------------|---------------------------------------|
| <b>Heure</b>                                     | <b>Atelier</b>  | <b>Lieu</b>       | <b>Responsables</b>                   |
| 8h30-<br>10h00                                   | Présentations :<br>- Matériels essentiels en laparoscopie<br>- Première entrée pour pneumopéritoine | Salle de réunion  | Pr MBOLOKO<br>Pr NZAU<br>Dr MBOLOKO   |
| <b>10h00 - 10h30 : PAUSE-CAFE</b>                |   |                   |                                       |
| 10h30-<br>11h30                                  | <b>LAPAROSCOPIE OFF</b>   |                   |                                       |
| 11h30-<br>14h00                                  | Chirurgie en direct   | Salle d'opération | Pr MBOLOKO<br>Pr NZAU<br>Equipe FoDAB |
| <b>14h00 : FIN ATELIER LAPAROSCOPIE</b>          |   |                   |                                       |

| <b>ATELIER 4 (AVEC FRAIS) :<br/>HYSTEROSCOPIE</b> |   |                   |                                       |
|---|---|-------------------|---------------------------------------|
| <b>Heure</b>                                      | <b>Atelier</b>  | <b>Lieu</b>       | <b>Responsables</b>                   |
| <b>10h00 -10h30 : PAUSE CAFE</b>                  |   |                   |                                       |
| 10h30 -<br>11h30                                  | Présentations :<br>- Indications de l'hystérocopie<br>- Instruments en hystérocopie | Salle d'opération | Pr MBOLOKO<br>Pr NZAU<br>Dr KUSUMAN   |
| 11h30 -<br>14h00                                  | Cas d'hystérocopie en direct  | Salle d'opération | Pr MBOLOKO<br>Pr NZAU<br>Equipe FoDAB |
| <b>14h00 : FIN ATELIER HYSTEROSCOPIE</b>          |   |                   |                                       |

| <b>ATELIER 5 IPAS (GRATUIT) :<br/>AVORTEMENT SECURISE ET PRESERVATION DE LA FERTILITE</b> |                                   |                              |                     |
|---|-----------------------------------|------------------------------|---------------------|
| <b>Heure</b>  | <b>Atelier</b>                    | <b>Lieu</b>                  | <b>Responsables</b> |
| 10h30 -<br>11h30  | Ecosystème de l'avortement en RDC | Salle Monekosso              | Equipe IPAS         |
| 11h30 -<br>12h30  | Protocole de Maputo               | Salle Monekosso              | Equipe IPAS         |
| 12h30 -<br>14h00  | Atelier pratique                  | Stations devant<br>Monekosso | Equipe IPAS         |
| <b>14h00 -15h00 : REPAS</b>   |                                   |                              |                     |
| 15h00-<br>17h30   | Suite Atelier pratique            | Stations devant<br>Monekosso | Equipe IPAS         |
| <b>17h30 : FIN ATELIER IPAS</b>   |                                   |                              |                     |

## PLENIERE

| <b>Premier jour : Vendredi 17 Décembre 2021</b>                             |  |                               |
|---|--|-------------------------------|
| <b>Heure</b>  | <b>Activités</b>   | <b>Responsables</b>           |
| 08h30 - 09h00   | Accueil des participants   | Organisation Départ           |
| 09h00 - 09h45   | Cérémonie d'ouverture  |                               |
|   | Mot du Chef de Département de GO   |                               |
|   | Mot du Médecin Directeur des CUK   |                               |
|   | Mot du Doyen de la Faculté de Médecine UNIKIN  |                               |
|   | Mot du Recteur de l'UNIKIN   |                               |
| <b>09h45 – 10h15 : PAUSE-CAFE</b>   |  |                               |
| <b>CONFERENCE INAUGURALE</b>  |  |                               |
| <b>10h15 - 10h45</b>  | <b>Infertilité, un état des lieux et des défis en RDC</b>  | <b>Pr Mboloko</b>             |
| <b>Sous-thème 1 : PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE, QUELQUES NOUVEAUTES</b> |  |                               |
| <b>PLAGE I : EXPLORATIONS ET TRAITEMENT DE L'INFERTILITE</b>                |  |                               |
| <b>10h45 – 12h00</b>  | <b>Plage I, Session 1 : Explorations de l'infertilité</b><br><b>Modérateur : Pr Dr LOKOMBA</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr BIKUELO</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr Sylvain MULUMBA</b> |                               |
| 10h45 – 11h00   | Explorations échographiques en Infertilité (Réserve ovarienne)   | Lokomba B/Kapend              |
| 11h00 – 11h15   | Exploration endoscopique en infertilité  | Mboloko M                     |
| 11h15 – 11h30   | Apport de la biopsie de l'endomètre en infertilité   | Etana L, Mboloko M, Mboloko E |
| 11h30 – 11h45   | Cartographie du spermogramme chez les sujets congolais à la recherche d'une infertilité d'origine génétique  | Poaty H. <i>et al.</i>        |
| 11h45 - 12h00   | <b>Discussion</b>  |                               |
| <b>12h00 - 13h00</b>  | <b>Plage I, Session 2 : Traitements avancés en infertilité</b><br><b>Modérateur : Pr Dr MODIA</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr KUSUMAN</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr MWAMBA Neneh</b> |                               |
| 12h00 – 12h15   | Données physiologiques actualisées sur l'ovulation   | Mboloko E                     |
| 12h15 – 12h30   | Induction d'ovulation hors FIV et en AMP   | Mboloko E                     |
| 12h30 – 12h45   | Traitement médical de l'OATS   | Mputu, Wolomby M et al.       |
| 12h45-13h00   | <b>Discussion</b>  |                               |
| <b>13h00 – 13h50 : REPAS</b>  |  |                               |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>13h00 - 15h10</b>   | <b>Plage I, Session 3 : Soins d'infertilité, loi et éthique en RDC</b><br><b>Modérateur : Pr Dr ZINGA</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr MAKAWANI</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr MONZANGO</b> |   |
| 13h50 – 14h05  | Législation congolaise et soins d'infertilité (FIV)   | Avocat Général Kingudi                        |
| 14h05 – 14h20  | Problématique de la conservation des embryons   | Mogwo S                                       |
| 14h20 – 14h35  | Problématique des tierces (mère porteuse et don de gamètes)   | Kusuman A                                     |
| 14h35 – 14h50  | Avortement sécurisé et préservation de la fertilité   | Equipe Ipas                                   |
| 14h50-15h10  | <b>Discussion</b>   |   |
| <b>15h10 – 16h10</b>   | <b>Plage I, Session 4 : Infertilité : défis et innovations</b><br><b>Modérateur : Pr Dr MPUTU LOBOTA</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr TENDOBI</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr IBANDA</b>     |   |
| 15h10 – 15h25  | Difficultés de la prise en charge de l'infertilité par les pionniers  | Yanga K                                       |
| 15h25 – 15h40  | Impact du SARS-Covid-2 sur la fertilité à l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien   | Mokondjimobe <i>et al.</i>                    |
| 15h40 – 15h55  | Intérêt du dosage de l'hémoglobine glyquée chez les congolaises avec syndrome des ovaires micropolykystiques : étude cas-témoin dans deux Hôpitaux de la ville de Kinshasa          | Elongi M <i>et al.</i>                        |
| 15h55 – 16h10  | <b>Discussion</b>   |   |
| <b>16h10 – 16h20</b>   | <b>Présentation de la Firme AMT Pharma</b>  |   |
| <b>Plage II : COMMUNICATIONS LIBRES 1</b><br><b>Modérateur : Pr Dr MBUNGU</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr LUMAYA</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr MOGWO</b> |   |   |
| 16h20 – 16h35  | Itinéraire thérapeutique et facteurs associés aux algies pelviennes chroniques féminines  | Kintoki O, Marini N, Odimba M et Nzau-Ngoma E |
| 16h35 – 16h50  | Lésions précancéreuses du col de l'utérus : contribution à leur prise en charge par l'électrocoagulation à l'anse diathermique pour les pays en développement                       | Pambou et al.                                 |
| 16h50 – 17h05  | Apport du ratio protéinurie-créatininurie dans le diagnostic de la prééclampsie chez la congolaise  | Elongi M <i>et al.</i>                        |
| 17h05-17h20  | <b>Discussion</b>   |   |
| <b>17h20 : FIN DE LA PREMIERE JOURNEE</b>  |   |   |

| <b>Deuxième jour : Samedi 18 Décembre 2021</b>                              |   |  |
|---|---|--|
| <b>Heure</b>  | <b>Activités</b>  | <b>Responsables</b>                    |
| <b>Sous-thème 1 : PRISE EN CHARGE DE L'INFERTILITE, QUELQUES NOUVEAUTES</b> |   |  |
| <b>08h30 – 09h30</b>  | <b>Plage III, Session 1 : Infertilité, réceptivité endométriale et vieillissement ovarien</b><br><b>Modérateur : Dr TSHIAMU</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr YANGA</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr KINKENDA</b>  |  |
| 08h30 – 08h45   | Réceptivité endométriale et perte de grossesses   | Mboloko M                              |
| 08h45 – 09h00   | Evolution du profil des femmes infertiles   | Bikuelo B                              |
| 09h00 – 09h15   | Prise en charge de la Ménopause précoce : rajeunissement ovarien  | Mboloko E                              |
| 09h15 – 09h30   | <b>Discussion</b>   |  |
| <b>09h30 – 10h30</b>  | <b>Plage III, Session 2 : Infertilité et pathologies associées Modérateur : Pr Dr PUNGA</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr BAVI</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr APANGWA</b>  |  |
| 09h30 – 09h45   | Biopsie testiculaire dans l'infertilité masculine   | Moningo D et al.                       |
| 09h45 – 10h00   | La varicocèle aux Cliniques Universitaires de Kinshasa : résultats de la chirurgie ouverte  | Loposo M et al.                        |
| 10h00 – 10h15   | Traitement Médical des myomes utérins : SPRM & GnRH ant   | Tshiamu A                              |
| 10h15– 10h30  | <b>Discussion</b>   |  |
| <b>10h30 - 11h00 : PAUSE CAFE</b>   |   |  |
| <b>Sous-thème 2 : INFERTILITE ET PATHOLOGIES OBSTETRIQUES</b>               |   |  |
| <b>11h00 – 12h00</b>  | <b>Session : Pathologies obstétricales fréquentes chez les femmes traitées pour infertilité et infertilité due à la pratique obstétricale</b><br><b>Modérateur : Pr Dr SENGEYI</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr NDIDUA</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr NGALAMULUME</b> |  |
| 11h00 – 11h 15  | Pathologies obstétricales fréquentes après soins d'infertilité : OMPK diabète, FIV et PE  | Mbungu M/Mbangama M                    |
| 11h15 – 11h30   | Isthmocèle et infertilité   | Biawila B, Kususman A et Nzau-Ngoma E. |
| 11h30 – 11h45   | Césarienne et infertilité : la pratique de la césarienne  | Mayo L, Lokomba B et Mbungu M.         |
| 11h45 – 12h00   | <b>Discussion</b>   |  |

| <b>Sous-thème 3 : INFERTILITE ET CANCER</b>     |  |  |
|---|--|--|
| <b>12h00 – 13h10</b>                            | <b>Session : Influences entre fertilité/infertilité et cancer</b><br><b>Modérateur : Pr Dr YANGA</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr KAPEND</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr MBOLOKO J</b>      |  |
| 12h00 – 12h15                                   | Effet du cancer sur la fertilité   | Mutombo B et Ibanda B                      |
| 12h15 – 12h30                                   | Préservation de la fertilité en cas de cancer  | Ingala A/Katumpa                           |
| 12h30 - 12h40                                   | Fertilité après traitement du cancer du sein : à propos d'un cas   | Ebola F et Ingala A                        |
| 12h40 12h55                                     | Risque de cancer dans le traitement de l'infertilité   | Mbala N et Malingisi G.                    |
| 12h55 - 13h10                                   | <b>Discussion</b>  |  |
| <b>13h10 – 14h10 : REPAS</b>                    |  |  |
| <b>Sous-thème 4 : CHIRURGIE DE LA FERTILITE</b> |  |  |
| <b>14h10 - 15h10</b>                            | <b>Session : chirurgie des pathologies associées à l'infertilité</b><br><b>Modérateur : Pr Dr MBOLOKO</b><br><b>Rapporteur 1 : Pr Dr MBALA</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr BIKUELO</b> |  |
| 14h10 - 14h25                                   | Endoscopie chirurgicale en Infertilité   | Odimba MJ, Nzau-Ngoma E                    |
| 14h25 – 14h40                                   | Prise en charge des synéchies utérines : une revue de la littérature   | Ndesazim C, Lumingu A, Kusman A et Nzau NE |
| 14h40 – 14h55                                   | Prise charge chirurgicale des myomes utérins   | Tshiamu A                                  |
| 14h55 – 15h10                                   | <b>Discussion</b>  |  |
| <b>15h10 – 16h10</b>                            | <b>COMMUNICATIONS LIBRES 2</b><br><b>Modérateur : Pr Dr ZINGA</b><br><b>Rapporteur 1 : Pr Dr INGALA</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr NDANDU</b>   |  |
| 15h10 – 15h25                                   | Prise en charge de l'endométriose (Médicale et chirurgicale)   | Monzango S                                 |
| 15h25 – 15h40                                   | Défis de la pratique de l'Endoscopie en RDC  | Nzau NE <i>et al.</i>                      |
| 15h40 – 15h55                                   | Fertilité après chirurgie du prolapsus par voie vaginale chez les patientes jeunes : à propos de 13 cas  | Ilunga Mbaya E <i>et al</i>                |
| 15h55 – 16h10                                   | <b>Discussion</b>  |  |

|                      |  |                         |
|----------------------|--|-------------------------|
| <b>16H10 – 17H10</b> | <b>COMMUNICATIONS LIBRES 3</b><br><b>Modérateur : Pr Dr MBANZULU</b><br><b>Rapporteur 1 : Dr BOFFENDAKINI</b><br><b>Rapporteur 2 : Dr ODIMBA</b> |                         |
| 16h10-16h25          | La myomectomie pendant la grossesse : à propos de 2 cas à l'Hôpital Général de Loandjili de Pointe-Noire   | Eouani ML <i>et al.</i> |
| 16h25 – 16h40        | Profil de l'hémoglobine glyquée chez les gestantes non diabétiques atteintes de la prééclampsie  | Elongi M <i>et al.</i>  |
| 16h40 – 16h55        | Performance de la mesure de la hauteur utérine dans le diagnostic de la macrosomie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville            | Eouani ML <i>et al.</i> |
| 16h55 – 17h10        | <b>Discussion</b>  |                         |
| <b>17h10 – 18h00</b> | <b>Cérémonie d'hommage à nos Maîtres (ceux qui nous ont quittés et ceux qui sont encore avec nous)</b>   |                         |
| <b>18h10 – 18h30</b> | <b>CEREMONIE DE CLOTURE ET REMISE DES CERTIFICATS DE PARTICIPATION</b>   |                         |

## MOT DU CHEF DE DEPARTEMENT

Mesdames et Messieurs les participants

Je tiens à vous remercier de tout cœur pour avoir accepté de participer à ces premières Journées de Gynécologie et obstétrique des Cliniques universitaires de Kinshasa, organisées sous l'égide du Recteur de l'Université de Kinshasa, par le Département de Gynécologie et obstétrique.

Ce Département fut un service de la Chirurgie depuis le début des Cliniques universitaires de Kinshasa en 1956, pour devenir Département depuis 1984. Elle est la Première maison de formation pour nombre des médecins généralistes et spécialistes en Gynécologie et obstétrique, dans notre pays. Il a été dirigé par 9 chefs de Département, dont un fut un Interniste, le Professeur ODIO. Il s'agit des Professeurs ACCIGLIARO, EMIRZE, MBIYE, YANGA, TSHIBANGU, ODIO, Mme TOZIN, NGUMA et TANDU. Quatre d'entre eux sont avec nous à ce jour. Le Département comprend 5 services : Obstétrique, Soins, Endophyre et planning familial, imagerie et celui de Gynécologie qui comprend les unités d'oncologie, Gynécologie générale et infertilité.

Avec sa vision, d'Excellence, notre Département a 3 missions : l'Enseignement, la Recherche et les soins de qualité à la communauté. Dans son plan stratégique monté depuis 2016, qui prend fin cette année, deux axes importants ont cristallisé notre action : l'amélioration de l'environnement de travail et l'équipement ; et celui de l'amélioration de la formation dont la formation continue.

Avec l'appui de la Direction, de la Faculté, de l'université et des partenaires dont le FNUAP, le visage du Département a changé en ce qui concerne l'environnement physique mais beaucoup reste encore à faire. Notons néanmoins la transformation de la salle d'accouchement, pour ceux qui l'ont connue avant, et un effort pour l'assainissement du milieu et l'équipement se poursuit. Pour la formation, un effort a été fait du côté de la relève du corps professoral, en dépit d'énormes pertes connues ces trois dernières années par la mort de nos éminents formateurs, j'ai cité : Professeur LUSANGA, Professeur NGUMA et Professeur TANDU. De même le corps scientifique a connu aussi des pertes significatives dont celle du Dr SINAMILI, un des chefs des travaux influents du Département. Pour ce corps scientifique, les efforts doivent être faits par la nomination des nouveaux assistants académiques dont les dossiers sont encore dans le pipeline des nominations. Monsieur le Recteur parrain de ces journées, le personnel infirmier du Département a vieilli ; avec une moyenne d'âge de 60 ans, il est normal qu'il soit peu performant. En plus des efforts que ne cessent de déployer la nouvelle Direction, dont je salue profondément l'action ; nous avons besoin de votre implication pour la solution à ce problème pour l'engagement des nouvelles unités.

Pour l'axe formation, C'est dans le cadre de son volet formation continue, qu'il faut situer l'organisation de l'EPU en 2018 et celle de ces Premières journées de Gynécologie et Obstétrique organisées pour garder le cordon ombilical avec les anciens de notre Département et tous ceux qui exercent notre spécialité. Nous les voulons annuelles dans l'avenir. Le thème choisi cette fois est l'Infertilité du couple. Il constitue un des problèmes

majeurs auxquels notre société, connue pro nataliste est confrontée, sans avoir encore de solutions idoines.

Je souhaite à tous des chaleureuses et fructueuses journées sur cette colline inspirée.

**Professeur Justin MBOLOKO ESIMO**  
*Chef de Département*

## MOT DU PRESIDENT DES JOURNEES

Mesdames et Messieurs les participants

L'infertilité du couple est un épineux problème dans le monde en général et particulièrement dans notre environnement africain, connu pro nataliste et pour lequel, l'enfant constitue une des raisons majeures de la vie des couples. Problème épineux, non seulement à cause de ses complications sociales mais aussi à cause de sa fréquence élevée dans le milieu subsaharien.

En effet, alors que de façon mondiale, l'infertilité a une prévalence de 10 à 15%, cette fréquence atteint 20 à 25% dans certaines régions subsahariennes. Ce qui se justifie surtout par le fait de la promiscuité sexuelle et propension à avoir le plus d'enfants possible. C'est ainsi que, la population est portée vers la procréation de façon incontrôlée et néglige méthodes de contraception, dont les méthodes de barrière. Ce qui favorise la transmission des germes sexuellement transmissibles dont le *chlamydia trachomatis*, principal responsable de l'infertilité tubaire, et aussi des grossesses non désirées. Celles-ci amènent à des avortements non sécurisés pourvoyeurs des complications responsables de l'infertilité. En outre, la politique sanitaire n'étant pas encore bien organisée, les accouchements se font parfois dans des conditions précaires responsables des infections post-partales aggravant la prévalence de l'infertilité secondaire.

Pour y faire face, au niveau mondial, l'OMS a déclaré l'infertilité comme un problème de santé publique, qui fait partie du planning familial à l'instar de la contraception. Des organisations qui s'occupent de ce problème ont vu le jour, notamment l'INTERNATIONAL FEDERATION OF INFERTILITY SOCIETIES. Et des stratégies ont été montées sous forme de pyramide : allant des soins moins onéreux vers les techniques avancées de PROCREATION MEDICALEMENT ASSISTEE.

Au niveau Africain le même effort est fait mais à des vitesses différentes entre le nord et le sud du Sahara: les premiers sont mieux équipés et mieux organisés pour une prise en charge efficiente. Cependant dans les pays du sud, les gouvernants sont aux prises avec les pathologies infectieuses : le paludisme, la TBC, le VIH SIDA et actuellement la COVID et la prise en charge de l'infertilité est mis au second plan. En outre, les soins d'infertilité coûte cher pour une population est démunie, sans mutuelle de santé, les soins de qualité manquent. Mais les organisations sont mises en place pour monter les politiques de la prise en charge de l'infertilité dans notre sous-région. C'est ainsi que depuis 2019, les pays subsahariens ont créé le GROUPE INTERNATIONAL D'ETUDES, DE RECHERCHE ET D'APPLICATION EN FERTILITE (GIERAF), qui est dirigé actuellement par votre serviteur. GIERAF tient un congrès tous les deux ans et organisent régulièrement des ateliers de formation.

En RDC notre pays, spécialement dans notre Département, le principal pionnier fut le Professeur YANGA, qui est avec nous aujourd'hui. Il en donnera les péripéties du début. Néanmoins nous pouvons dire que l'Infertilité constitue une des unités de notre Département qui ont connu un essor relativement soutenu. Du point de vue du matériel, l'unité d'endoscopie triple fonction ramenée des USA pour la ligature des trompes, dans le cadre de planning familial, a servi aussi pour les explorations d'infertilités. Dans le lot de dons japonais

de 2011, le Département avait acquis trois colonnes d'endoscopie, ce qui a boosté la pratique de l'endoscopie en infertilité. Pour la formation, dans le cadre de GIERAF et avec l'aide de la Fondation Merck, quatre membres du Département ont été formés en Indes en Assistance Médicale à Procréation. Des contacts ont été noués avec la Fondation Dénise Nyakeru, qui nous a promis son appui. Un laboratoire de PMA, fruit de la collaboration entre le GIERAF et Département GO a vu le jour. Mais le défi à relever est de rendre opérationnel ce laboratoire, en y allouant des moyens nécessaires pour son équipement et son fonctionnement.

Sur ce je souhaite à tous des agréables et fructueuses journées.

**Professeur Justin MBOLOKO ESIMO**

*Président des premières journées gynéco obstétricales  
des Cliniques universitaires de Kinshasa*

## **SOUS-THEME 1 : EXPLORATIONS ET TRAITEMENT DE L'INFERTILITE**

### **SESSION 1 : EXPLORATIONS ET TRAITEMENT DE L'INFERTILITE**

#### **Explorations échographiques en infertilité (réserve ovarienne)**

**Kapend MY<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie et Obstétrique, Clinique Ngaliema, Kinshasa

#### **Introduction**

L'échographie est d'un grand apport dans la prise en charge de l'infertilité. L'objectif est de présenter les éléments importants à l'exploration de l'infertilité, à la recherche des facteurs étiologiques et d'anticiper un traitement soit pour une grossesse spontanée, soit pour une AMP.

#### **Rappel sur l'anatomie et la folliculogénèse**

Il est important d'avoir des connaissances sur l'anatomie des organes génitaux internes ainsi que les rapports dans le pelvis. La folliculogénèse, est un processus biologique ovarien, continu, long, très sélectif et cyclique, y survient, la maturation progressive du follicule ovarien; sous l'influence des gonadotrophines sécrétées par l'antéhypophyse : FSH et LH, elle commence avec le follicule primordial et comprend des nombreuses étapes aboutissant à l'ovulation. Tout part des follicules primordiaux puis primaires qui vont évoluer en secondaires pour aboutir aux tertiaires, autrement dits follicules antraux.

#### **Principes et Modalités**

Se situer dans le cycle est primordial, une anamnèse complète est donc nécessaire. Des examens variés peuvent être utiles notamment le bilan sanguin, hormonal en début de cycle (FSH, LH, E2). L'AMH est un facteur pronostic du succès en AMP et est le reflet de la réserve ovarienne (R.O) ; L'hystérosalpingographie permet d'évaluer la perméabilité tubaire et l'échographie pelvienne en début de cycle est utile pour l'étude des anomalies utérines et tubaires ; et l'évaluation de R.O (CFA). L'échographie en phase sécrétoire permet de confirmer l'ovulation (Corps jaune) et d'explorer le doppler des artères utérines.

En pratique, il convient de commencer avec une échographie sus-pubienne avec une vessie en semi-réplétion, puis transvaginale avec une sonde de haute fréquence, en respectant les mesures d'asepsie rigoureuse, statique en 2D mais préférentiellement dynamique en 3D. On procédera à l'examen du corps utérin, des ovaires (puis le CFA), l'examen des annexes et un balayage du pelvis (espace de Morrison)

**Utérus**, une exploration complète avec complément d'une Hystérosonographie.

**Trompes**, un hydrosalpinx réduit de 50 % la fertilité et contre-indique une HyFoSy ou une HSG

**Ovaires**, on s'assure de leurs présences, de leur position, on les mesure et on recherche les anomalies ; on procède enfin aux CFA, soit manuellement (2D) ou par mesure automatisée (3D).

Le nombre des follicules permet certes d'évaluer la R.O (**5<CFA<12=ovaire normal**), mais il doit être corrélé à la biologie (AMH, FSH, LH) et à l'endomètre (épaisseur).

**Mots-clés** : échographie, infertilité, réserve ovarienne

## Explorations endoscopiques et infertilité

Mboloko MJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unité d'infertilité, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

De nos jours, l'endoscopie gynécologique fait partie intégrante de la chirurgie en gynécologie pour le diagnostic et le traitement de lésions abdominales, pelviennes, intra utérines pouvant interférer avec la fertilité féminine. En effet l'exploration de l'infertilité féminine ne peut plus se passer de l'endoscopie pour une exploration optimale et complète de la sphère génitale de la patiente. L'infertilité du couple comporte plusieurs causes dont les causes tubo-péritonéales très fréquentes en Afrique et les causes utérines intra cavitaires empêchant la migration des spermatozoïdes et l'implantation de l'embryon dans la cavité utérine.

La laparoscopie est considérée comme le gold standard dans l'exploration de l'infertilité à la recherche de lésions péritonéales (endométriose et adhérences), ovariennes (kystes ovariens fonctionnels ou organiques, endométriomes, OMPK), tubaires (obstructions tubaires, les hydrosalpinx), utérines (myomes).

L'hystérocopie considérée comme le 3<sup>ème</sup> œil du gynécologue permet de détecter les anomalies intra utérines pouvant interférer avec l'implantation, la croissance de l'embryon et d'évaluer le bénéfice des modalités de traitement ou de restauration de la cavité. Les principales pathologies en rapport avec l'infertilité diagnostiquées par cette voie sont les polypes, les myomes sous muqueux, les synéchies utérines, les septum utérins, l'adénomyose, l'endométrite chronique, l'isthmocèle.

La fertioscopie consiste en une hydropelviscopie trans vaginale couplée à une salpingoscopie, une épreuve de perméabilité tubaire et une hystérocopie. Sa principale indication est l'infertilité inexplicée ; et sa procédure opératoire est le drilling ovarien.

La falloposcopie est une hystérocopie avec cannulation des trompes de Fallope, permettant le diagnostic de pathologies intra lumenales (obstructions, adhérences, débris intra tubaires). En conclusion l'endoscopie et l'infertilité sont inséparables car la laparoscopie est le gold standard de l'exploration de la cavité abdominale, pelvienne et permet aussi de faire de la chirurgie ; l'hystérocopie est le gold standard pour l'exploration de la cavité utérine et de la chirurgie intra utérine.

La fertioscopie et la falloposcopie ne sont pas d'utilisation large mais ont leurs apports pour éviter certaines contre-indications de la laparoscopie pour la fertioscopie et l'exploration de l'environnement intra tubaire pour la falloposcopie.

**Mots-clés :** endoscopie gynécologique, laparoscopie, hystérocopie, fertioscopie, Falloposcopie.

## **Apport de la biopsie de l'endomètre en infertilité**

**Etana L<sup>1</sup>, Mboloko MJ<sup>1</sup>, Mboloko EJ<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

La biopsie de l'endomètre est une exploration étudiant la morpho pathologie de l'endomètre. Elle comporte plusieurs indications en gynécologie, et en l'occurrence dans l'infertilité du couple ; en effet dans l'exploration de l'infertilité son indication jadis systématique est remise en cause pour certains points comme la confirmation de l'ovulation, l'exploration de la phase lutéale soit la datation de l'endomètre.

Néanmoins cette remise en cause porte sur l'exploration fonctionnelle de l'endomètre alors qu'elle reste importante pour le diagnostic des anomalies organiques ayant un impact sur l'infertilité comme les endométrites chroniques et aiguës.

Actuellement, la biopsie de l'endomètre est remise en lumière avec la notion de la réceptivité endométriale dans sa composante thérapeutique avec le scratching et dans sa composante diagnostique pour détecter la fenêtre d'implantation personnalisée notamment avec des techniques innovantes actuelles utilisant les transcriptomics (ERA TEST) dans la procréation médicalement assistée.

La biopsie reste importante dans la prise en charge de l'infertilité du couple.

**Mots-clés** : biopsie de l'endomètre, fenêtre implantatoire, scratching, PMA

## Cartographie du spermogramme chez les sujets masculins

### Congolais à la recherche d'une infertilité d'origine

Poaty henriette<sup>1,2</sup>, Moukouma Constantin<sup>1</sup>, Niama Ange<sup>2</sup>, Mounkassa Juanat Vitek<sup>3</sup>, Mboungou Malonga Archange Michel Emmanuel<sup>2</sup>, Poaty Guy Emergence<sup>1</sup>, Silou Jacques<sup>4</sup>, Mokondjimobé Etienne<sup>2,5</sup>, Odzebé Anani Wenceslas<sup>2</sup>, Moukassa Donatien<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Institut National de Recherche en Sciences de la Santé, Congo-Brazzaville

<sup>2</sup>Faculté des Science de la Santé, Université Marien Ngouabi, Congo-Brazzaville

<sup>3</sup>Programme Elargi de Vaccination, Congo-Brazzaville

<sup>4</sup>Clinique Mère-Enfant FA. Silou, Congo-Brazzaville

<sup>5</sup>Lomo University of Research, DRC

#### **Résumé:**

L'infertilité est l'incapacité pour un couple de procréer après au moins un an de rapports sexuels non protégés et réguliers. Elle peut concerner un seul conjoint ou les deux membres du couple. On note que 10 à 15 % de couples dans le monde sont concernés.

**Objectif.** L'objectif de notre travail était de déterminer la prévalence de l'infertilité masculine à Brazzaville à la recherche des causes d'origine génétique.

**Matériel et Méthodes.** L'étude a été réalisée sur une population de 344 hommes présentant un problème d'infertilité de 2015 à 2020. Elle a duré une année (Janvier 2020 - Décembre 2020). Les analyses génétiques ont été réalisées à propos d'un cas.

**Résultats attendus.** Les résultats de notre travail ont montré que La prévalence de l'infertilité masculine à Brazzaville était de 0,9% pour 1000 hommes soit 1homme sur 1000. La profession dominante était celle sans-emplois (15,99%). Les analyses de Génétique à propos d'un cas ont montré qu'il s'agissait d'une micro-délétion sous-jacente qui serait à l'origine de l'état infertile du patient considéré.

**Conclusion.** L'étude épidémiologique des cas d'infertilité masculine au Congo-Brazzaville serait d'un atout important afin de déceler les causes génétiques en rapport avec la clinique.

**Mots clés :** Spermogramme, Congolais, infertilité masculine, Génétique.

## SESSION 2 : TRAITEMENTS AVANCÉS EN INFERTILITÉ

### Induction de l'ovulation hors FIV et en AMP

Mboloko EJ<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unité d'Infertilité, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

#### **Introduction**

Dans la prise en charge de l'infertilité du couple, près de 21% des cas sont dues à l'anovulation et à l'oligo-ovulation. Ces troubles sont pris en charge selon la classification de L'OMS par des inducteurs d'ovulation appropriés à chaque situation. Les différents protocoles exigent la maîtrise des avancées physiologiques et pharmacologiques de l'ovulation.

#### **Physiologie**

Il est établi que le fœtus acquiert au 5<sup>e</sup> mois de sa vie intra utérine un stock non renouvelable de près de 6 millions follicules primordiaux avec des ovocytes bloqués à la prophase I, qui décroît progressivement jusqu'à la ménopause. L'importance du pool folliculaire à un moment donné, constitue sa réserve ovarienne, qui est apprécié par le dosage de l'AMH et le compte des follicules antraux.

Périodiquement, Il y a un recrutement initial suivi d'un recrutement cyclique, qui amène les follicules antraux à l'ovulation sous l'action des hormones de l'axe hypothalamo-hypophyso-ovarien (GnRH, FSH, LH, E2 et P4). Au cours d'un même cycle il y a deux ou trois vagues follicules qui sont recrutés et évoluent.

Les aspects importants de ce processus sont : l'Ouverture de la fenêtre FSH, son seuil et sa fenêtre ; le seuil, le plafond et la fenêtre de LH, la théorie de deux cellules – deux gonadotrophines, les feed-back négatif et positif, la décharge mi-cycle des gonadotrophines ; le rôle des hormones ovariennes : Estradiol, la progestérone, l'AMH et l'inhibine dans les mécanismes ovulatoires ; la reprise de la méiose suite à la chute de l'AMPc et l'augmentation de la protéine kinase C.

#### **Les drogues**

Hormis les moyens chirurgicaux d'induction d'ovulation, les drogues utilisées sont les anti estrogènes : citrate de clomifène, tamoxiphène et letrozole ; les gonadotrophines (urinaires et les recombinants) ; les analogues de la GnRH ; la kisspeptine et les adjuvants : androgènes (DHEA), Metformine, agoniste de la dopamine. Les complications les plus importantes dans l'induction sont : les grossesses multiples et syndrome d'hyperstimulation, dont le VEGF constitue le principal agent pathogénique.

#### **Protocoles**

Les différents protocoles sont faits selon les objectifs : mono folliculaire (hors FIV), pauci folliculaire (IIU et IAD) et multi folliculaire (AMP).

## **Le traitement médical Des OATS**

**Wolomby M. JJ, Modia S., Mogwo P., Mboloko E. J., Elongi M. J.P. et Mputu L.A.**

### **Résumé**

L'oligospermie, ou oligozoospermie, est une anomalie du sperme caractérisée par une concentration en spermatozoïdes inférieure à 15 millions de spz/ml d'éjaculat ou 39 millions de spz/éjaculat. La fertilité de l'homme peut s'en trouver diminuée

Elle est dite légère, lorsque la concentration est comprise entre 5 et 14 millions de spz/ml, modérée entre 1 et 5 millions de spz/ml et sévère, lorsque la concentration est inférieure à 1 million de spz/ml.

L'oligospermie est souvent associée à d'autres anomalies spermatiques : une asthénozoospermie (mobilité insuffisante des spermatozoïdes) et une tératozoospermie (un trop grand nombre de spermatozoïdes de forme anormale). On parle alors d'oligo-asthénotératozoospermie (OATS).

Notre communication va passer en revue les causes des OATS évoquées actuellement et les différents moyens de leur prise en charge médicale.

Un accent particulier sera mis sur la part du stress oxydatif dans les OATS dites idiopathiques : la survenue du stress oxydatif, ses effets sur la spermatogenèse et le spermatozoïde. Peut-on prévenir le stress oxydatif ? Peut-on corriger les anomalies qualitatives et quantitatives du sperme induites par le stress oxydatif ?

## SESSION 3 : SOINS D'INFERTILITE, LOI ET ETHIQUE EN RDC

### Problématique de la conservation des embryons

**Mogwo SP<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Service d'Endocrinologie et Physiologie de la reproduction, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

La conservation des embryons fut établie dans les années 70 suite à l'évolution de la technologie et dans le but d'améliorer les techniques de PMA.

Sa venue a marqué fortement l'histoire de la médecine en général et de la reproduction en particulier. Cette technique comprend 2 méthodes : Congélation lente et Vitrification.

Après une fécondation in vitro (fécondation avec ou sans micromanipulation), les embryons qui ne sont pas transférés peuvent être congelés pour un transfert ultérieur.

La congélation embryonnaire fut source de nombreuses polémiques quant au caractère quelque peu « sacré » que soulevait le statut que certains attribuaient (et attribuent toujours) à l'embryon.

Nombreuse est la bibliographie qui encore aujourd'hui fait débat au sujet du problème du statut de l'embryon. Différentes positions s'affrontent concernant sa congélation ainsi que la gestion des embryons congelés. Certains pensent que pour palier à cette polémique, il serait opportun de passer par la vitrification des ovocytes.

Les techniques nouvelles d'assistance médicale à la fécondation ne constituent qu'un palliatif à la stérilité, faute de guérison. Dans notre milieu, cette thérapeutique de substitution non encore établie présente néanmoins le risque de subvertir l'arsenal juridique, de bouleverser la parentalité, de falsifier l'identité et de dépersonnaliser le sujet humain en échange du désir narcissique de procréer. Actuellement, le potentiel humain quoique bien formé manque les matériels adéquats.

Toutefois, le chemin est encore long quant à l'accès à ces soins et aussi à leur pratique courante en tenant compte des difficultés que rencontre notre système politique sanitaire.

**Mots-clés** : conservation, embryon, vitrification, congélation

## **Problématique des tierces (don d'ovocyte et gestation pour autrui)**

**Kusuman A<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

Le don de gamète (ovocyte et spz) et la gestation pour autrui sont devenus possibles avec le développement des techniques d'assistance médicale à la procréation dans les années 80 après la naissance de Louise Brown en 1978 en Grande Bretagne et Amandine en 1982 en France.

Une étude australienne de grande envergure a affirmé qu'une femme sur 35 a une incapacité à produire ses propres ovocytes du fait soit d'une faible réserve ovarienne, une insuffisance ovarienne prématurée, une maladie génétique ou parce qu'elle a atteint sa ménopause. Face à cette incapacité ; trois possibilités de solution s'offrent : consentir à demeurer sans progéniture, ou d'adopter un enfant et enfin accepter de recevoir un don d'ovocyte de la part d'une tierce.

Il peut s'offrir au couple la possibilité d'avoir un enfant avec la moitié du patrimoine génétique du père dans le cas où l'ovocyte est fécondé avec les spermatozoïdes du conjoint. Il se pose un vrai problème quant à certains aspects liés à cette pratique dans les pays où son usage est quasi courant concernant certains points en rapport avec l'éthique et les habitudes sociétales. Quant à la maternité pour autrui, elle s'est développée au fil du temps et cela pour plusieurs raisons dont certaines sont d'ordre médical et pour d'autres non. Si cette procédure permet de faciliter l'acquisition d'une progéniture pour des couples infertiles, dans certaines sociétés elle va au-delà de cette dimension permettant aux personnes de même sexe qui cohabitent ensemble d'avoir des enfants ce qui est vu comme un sacrilège dans d'autres sociétés.

Si dans certains pays comme l'Afrique du sud le recours à cette procédure est soumis à des contraintes rigoureuses pour la femme qui accepte d'être une mère porteuse, d'autres pays comme l'Inde et l'Ukraine sont considérés comme des destinations internationales car un allègement des contraintes est observé. Si ce petit relâchement des mesures constitue un gain pour les couples, les mères porteuses, souvent issues de communautés avec faible pouvoir d'achat, se voient subir certaines contraintes et restrictions allant jusqu'à leur isolement dans des maisons d'hébergements dédiés pour ces faits avec parfois réduction de leur autonomie. La RDC notre pays est néanmoins exempté jusque-là car les techniques d'assistance médicale à la procréation ne sont pas encore couramment pratiquées.

**Mots-clés :** Don d'ovocytes, maternité pour autrui, infertilité

**SESSION 4 : INFERTILITE : DEFIS ET INNOVATIONS**  
**Difficultés de la prise en charge de l'infertilité par**  
**les pionniers en République Démocratique du Congo**

**Yanga DY<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

La prise en charge de l'infertilité dans notre département a commencé avec la structuration du service de Gynécologie et Obstétrique en département de Gynécologie et Obstétrique. En effet, dans les années 1980, le professeur TSHIBANGU KALALA a lancé l'idée de transformer le service de gynécologie et obstétrique des CUK en département.

Avec le changement, nous avons créé les services et les unités au sein de chaque service. C'est ainsi qu'est née l'unité d'infertilité au service de gynécologie.

Plusieurs difficultés se sont dressées au début de la pratique dans l'unité d'infertilité et dans le pays en général. Il s'agit essentiellement du manque de personne pour exercer de façon efficace les activités propres à cette unité et le manque de matériel pour certains actes spécifiques et plus particulièrement dans le support endocrinien pour le diagnostic et le traitement des patientes.

**Mots-clés** : infertilité, pionniers, difficultés, République Démocratique du Congo

## **Impact du SARS-CoV-2 sur la fertilité à l' Hôpital Privé de l'Ouest Parisien**

**Mokondjimobe E <sup>2,5</sup> Pambou O <sup>1,2,5</sup>, Mergui JL <sup>3</sup> Fylla Onanga Koumou<sup>5</sup> Longo-Mbenza B <sup>2,4</sup>  
Mboloko Essimo J <sup>6</sup>**

1. Hôpital Privé de L'Ouest Parisien – Université de Versailles Saint Quentin ,France
2. Lomo University of Research, Kinshasa, DRC
3. Université Paris VI Faculté de Médecine de Sorbonne, France
4. Université Walter Sisulu, Mthata, RSA
5. Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
- 6 .Cliniques Universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, RDC

### **Résumé :**

Le contexte actuel de pandémie conduit à s'interroger sur les conséquences de la COVID-19 sur le système reproducteur. Si la plupart des études évaluent les effets du syndrome infectieux, de nombreux questionnements sont documentés sur les effets directs et indirects du SARS-CoV-2 sur la qualité de la fertilité. L'objectif de cette brève étude était d'analyser la pathogénicité potentielle de ce virus sur la spermatogénèse.

### **Patient et Méthodes.**

L'étude observationnelle a été réalisée sur un patient en consultation en assistance médicale à la procréation (AMP) à l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien. Les bilans de spermiologie et sanguins ont été effectués au laboratoire spécialisé de biologie médicale EYLAU-Unilabs le **20 mars** 2021 et le **25 septembre** 2021. Les paramètres généraux spermiologie (volume de l'éjaculat, viscosité pH) de ont été évalué par la balance METTLER TOLEDO ME104. Les paramètres spermatiques étaient mesurés à l'aide du système CASA (SCA Microptics) interprétés selon le référentiel de l'OMS (5<sup>ème</sup> édition 2010). La coloration Sperm Blue a été utilisée pour le spermocytogramme et interprété selon la classification stricte de KRUGER. Les biomarqueurs hématologiques et biochimiques ont été dosés respectivement par les automates Beckma-Coulter et Architect-Abbott (immuno-turbidimétrie).

**Mots clés :** SARS-CoV-2, Fertilité, Spermiologie, COVID-19, France

## Intérêt du dosage de l'hémoglobine glyquée chez les congolaises avec syndrome des ovaires micropolykystiques :

### étude cas-témoins dans deux hôpitaux de la ville de Kinshasa

Daddy Kabamba Numbi<sup>1</sup>, Jean Pierre Elongi Moyene<sup>1</sup> et al.

<sup>1</sup>Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa

#### Résumé

##### Contexte

Le SOMPCK est fréquemment associé au syndrome métabolique et constitue un facteur de risque de diabète sucré. Le dosage de l'HbA1c semble être indispensable pour dépister les troubles hyperglycémiques qui y seraient associés et pour comprendre la physiopathologie de ce syndrome.

##### Objectif

Decrire le profil de l'HbA1c chez les femmes avec SOMPCK afin de déterminer la prevalence des troubles hyperglycémiques et verifier l'influence de ce marqueur sur l'expression clinique de ce syndrome.

##### Matériels et Méthode

C'est une étude cas-témoins auprès de 130 patientes reçues au cours de consultations d'infertilité aux cliniques universitaires et aux centres médicaux YANGA à Kinshasa, RD Congo. 65 parmi elles avaient des SOMPCK et 65 autres sans SOMPCK. L'HbA1c a été dosée par immunoturbidimétrie.

##### Résultats

Des valeurs plus élevées de l'HbA1c ont été observées chez les femmes avec SOMPCK comparativement aux témoins ( $7,3 \pm 2,1\%$  vs  $5,6 \pm 0,6\%$ ,  $p < 0,001$ ). 60% de femmes avec SOMPCK avaient de valeurs pathologiques d'HbA1c ( $> 6,5\%$ ) contre 7,7% dans le groupe témoin. L'oligoménorrhée a été observée de façon plus significative chez les patientes présentant des valeurs pathologiques d'HbA1c. En analyse multivariée, les valeurs pathologiques d'HbA1c étaient positivement corrélées au SOMPCK (OR 14,79 IC (5,43-40,32),  $p < 0,001$ ), au niveau socioéconomique élevé (OR 3,38 IC (1,67-8,47),  $p = 0,018$ ) et à l'obésité (OR 3,48 IC (1,31-7,13)  $p = 0,029$ ).

##### Conclusion

Cette étude permet d'établir que 60% de congolaises avec SOMPCK présentent de troubles hyperglycémiques exprimées par des valeurs élevées d'HbA1c qui par ailleurs influencent l'expression clinique de l'affection. Un dépistage systématique de ces troubles s'avère indispensable auprès des femmes atteintes.

**Mots-clés** : SOMPCK, HbA1c, Infertilité, Congolaise.

## COMUNICATIONS LIBRES

### Itinéraire thérapeutique et facteurs associés aux algies pelviennes chroniques

Marini N<sup>1</sup>, Kintoki O<sup>1</sup>, Odimba M<sup>1</sup> et Nzau-Ngoma E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

#### Résumé

##### Introduction

Les algies pelviennes chroniques (APC) constituent un problème de santé publique, aux conséquences néfastes sur la vie des femmes.

L'objectif poursuivi était de décrire les caractéristiques épidémiocliniques des femmes avec APC, tracer leur itinéraire thérapeutique et identifier les facteurs associés aux types de douleurs.

##### Méthodologie

C'était une étude transversale sur 129 dossiers, menée à la Clinique d'Or de Kinshasa du 2 au 30 Septembre 2019, au cours d'une activité médico-sociale organisée en faveur des patientes présentant des APC.

Les statistiques descriptives et analytiques ont été utilisées.

Le test était statistiquement significatif pour une valeur de  $p < 0,05$ .

##### Résultats

L'âge moyen des femmes avec APC était de  $37,1 \pm 9,7$  ans. La majorité était des nullipares (58%), avec un niveau économique moyen (61%), un niveau d'étude universitaire (64%) et signalaient avoir consulté plus de deux fois (64%). Le gynécologue était le plus consulté (68,7%). L'échographie était l'examen le plus demandé (79%) et le recours à l'endoscopie quasi nul (0,8%). L'antibiothérapie était très prescrite (27,1%).

L'absentéisme (OR 4.25; 95% C.I. 1.57–11.50), la dépendance aux antalgiques (OR 6.39; 95% C.I. 2.13–19.15), la nulliparité ( $p=0,002$ ) et l'antécédent d'avortement provoqué ( $p=0,000$ ) étaient associés aux APC.

##### Conclusion

Les APC concernent beaucoup plus les nullipares et les femmes de niveau économique moyen. Elles sont associées à une diminution de la capacité ainsi qu'à un absentéisme au lieu de travail. Le médecin gynécologue reste le plus consulté, suivi du généraliste. Très peu de praticiens recourent à l'endoscopie.

**Clés :** algies pelviennes chroniques, dysménorrhées, absentéisme.

## **Lésions précancéreuses du col de l'utérus : contribution à leur prise en charge par l'électroconisation à l'anse diathermique pour les pays en développement**

**Pambou O<sup>1,2,5</sup> Mergui JL<sup>3</sup>, Mokondjimobe E<sup>2,5</sup> Ndilu H<sup>2,6</sup> Fylla Onanga Koumou<sup>5</sup>, Longo-Mbenza B<sup>2,4</sup> Mboloko Esimo J<sup>6</sup>**

1. Hôpital Privé de L'Ouest Parisien – Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines
2. Lomo University of Research, Kinshasa, DRC
3. Université Paris VI Faculté de Médecine de Sorbonne, France
4. Université Walter Sisulu, Mthata, RSA
5. Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
6. Cliniques Universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, RDC

**Introduction :** Le cancer du col de l'utérus fera en 2030 au moins 443000 victimes dans le monde dont plus de 98% en Afrique subsaharienne (OMS- NOV 2020). Il est impératif de prévenir, de vacciner, de dépister, de diagnostiquer et de traiter les lésions précancéreuses afin d'éviter leur progression vers le cancer invasif du col utérin. Le cancer du col a un impact sur la fertilité notamment chez les femmes jeunes.

**Objectif :** Démontrer que l'exérèse des lésions précancéreuses du col utérin de haut grade, par l'électroconisation à l'anse diathermique (ECAD), technique simple, reproductible et peu coûteuse, entraîne moins de 1% de complications dans les pays en développement (PED).

**Patientes et méthodes :** C'est une étude rétrospective non randomisée observationnelle et analytique sur 3 ans chez les patientes reçues en consultation de gynécologie à l'Hôpital Privé de L'Ouest Parisien en France. Elles ont toutes eu un frottis cervico vaginal (*Laboratoires CERBA – France*). En cas de frottis pathologique, les patientes sont dirigées vers une colposcopie - biopsie. Les lésions de CIN2 et CIN3 à la biopsie ont été traitées par ECAD sous anesthésie locale et ambulatoire.

**Résultats :** 8422 frottis ont été réalisés, 1268 (15.05%) patientes ont eu un FCV pathologique. 167 des FCV pathologiques soit 13.17% ont été adressées en colposcopie biopsie. Les biopsies représentent 2% de tous les frottis pendant la période d'étude. HPV16 est le virus le plus fréquemment rencontré dans 80%. Plus de 50% des frottis pathologiques étaient des lésions de bas grade CIN1 (41.9%), les CIN 2 et CIN3 dites lésions de haut grade sont à 7.7% toutes traitées par ECAD. 2 cas d'Adénocarcinome in situ et 1 cas de cancer épidermoïde ont été diagnostiqués. Les marges de résection sont saines dans 99% des cas et aucune complications ni chirurgicale, ni anesthésique dans notre étude n'a été décelé. Aucune récurrence n'a été observée en 4 ans et pas de lésions précancéreuses diagnostiquées du col utérin avant 20 ans.

**Conclusion :** Le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus par l'ECAD a permis de traiter les lésions de haut grade sans complications. L'ECAD a été réalisée sous anesthésie locale, en ambulatoire. Cette technique opératoire ne nécessite pas un environnement technologique sophistiqué. L'ECAD est adaptée dans les pays à faible équipement pour faire reculer l'incidence du cancer invasif du col utérin.

**Mots Clés :** Lésions précancéreuses du col utérin, ECAD, PED

## **Apport du ratio protéinurie-crétininurie dans le diagnostic de la prééclampsie chez la congolaise**

**Passy Kimema Nyota<sup>1</sup>, Jean Pierre Elongi Moyene<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Général Provincial de Référence de Kinshasa

### **Résumé**

#### **Contexte**

La prééclampsie est une maladie endothéliale multisystémique caractérisée par une hypertension gravidique et une glomérulo-endothéliose entraînant une perte significative des protéines par les urines. La confirmation de son diagnostic repose à ces jours sur le dosage pondéral des protéines urinaires par la protéinurie de 24 heures (P24) qui demeure encore la méthode de référence. Cependant, la réalisation de cette examen semble très contraignante avec un long délai d'attente des résultats; d'où la nécessité de recourir à une méthode alternative simple comme le rapport protéinurie/crétininurie (RPC).

#### **Objectif**

Déterminer les performances diagnostiques du ratio protéinurie-creatininurie dans la confirmation du diagnostic de la preeclampsie chez la congolaise

#### **Méthodologie**

L'étude a comparé les résultats obtenus de P24 versus RPC dans la confirmation du diagnostic de la prééclampsie auprès de 149 Congolaises chez qui la maladie était suspectée grâce à la bandelette urinaire. Les valeurs « cut off » utilisées pour le diagnostic de la prééclampsie étaient, pour la P24 une protéinurie >300 mg /24h et pour le RPC une valeur > 30 mg/mmol.

#### **Résultats**

Sur les 149 gestantes chez qui le diagnostic de la prééclampsie était suspecté grâce à la bandelette urinaire, seules 85,9 % présentaient une protéinurie de 24 heures supérieure à 300 mg, taux de confirmation diagnostique similaire à celui du ratio protéinurie-creatininurie (86,6%). Une corrélation linéaire était trouvée entre la protéinurie de 24 et le ratio protéinurie-creatininurie dans la quantification de la protéinurie et dans le diagnostic de la prééclampsie ( $r^2 = 0,627$ ,  $p < 0,004$ )., La concordance entre protéinurie de 24 heures et le ratio protéinurie-creatininurie était de 89,1% ( $kappa = 0,767$ ). Le ratio protéinurie-creatininurie a montré une excellente performance prédictive de complications materno-foetales au seuil optimal de 30,8 mg/mmol correspondant à une sensibilité de 96,6% et une spécificité de 95% (Indice de Youden 0,866). Ce seuil était de 323 mg/24h correspondant à une sensibilité de 84% et une spécificité de 61,9% (Indice de Youden 0,459) pour la protéinurie de 24 heures.

#### **Conclusion**

Le ratio protéinurie-creatininurie semble être une bonne alternative à la protéinurie de 24 heures dans la confirmation du diagnostic de la prééclampsie dans les milieux les plus touchés par cette pathologie.

**Mots clés** : Prééclampsie, ratio, protéinurie, créatininurie, Kinshasa

## SESSION 5 : INFERTILITE, RECEPTIVITE ENDOMETRIALE ET VIEILLISSEMENT OVARIEN

### Réceptivité endométriale et perte de grossesse

Mboloko MJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unité d'infertilité, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

La réceptivité endométriale qui est la capacité de l'endomètre à attacher l'embryon (blastocyste) pendant une courte période nommée fenêtre d'implantation, est un gage majeur pour la réussite de la grossesse.

Les défauts de la réceptivité endométriale peuvent entraîner selon la sévérité : l'infertilité, les pertes de grossesses ou encore les troubles de placentation.

L'infertilité du couple comprend plusieurs causes dont les causes féminines représentent 30% parmi lesquelles 20% sont représentées par les troubles de l'implantation.

L'absence du contrôle de l'implantation reste un obstacle majeur dans plusieurs centres de PMA, qui atteignent un taux de fertilisation de 80%, mais un taux de grossesse clinique de 30-35%, Ce qui met en cause la réceptivité de l'endomètre.

En effet le succès de la grossesse dépend d'un endomètre réceptif, un blastocyste compétent fonctionnel, un dialogue synchrone entre l'endomètre et le blastocyste.

Cette période de réceptivité qui ne dure que 4 à 5 jours est induite par la progestérone qui agit sur un endomètre préalablement préparé.

Les marqueurs de la période de réceptivité endométriale sont nombreux mais ne sont pas encore déterminés de façon unanime, plusieurs facteurs sont étudiés (HOXA10,  $\alpha 5\beta 3$  integrin, IGFBP1, les pinopodes).

Les facteurs altérant la réceptivité endométriale sont nombreuses allant des facteurs anatomiques (polypes, myomes, les synéchies utérines...) aux facteurs infectieux comme l'endométrite chronique.

Plusieurs moyens d'investiguer sur la réceptivité endométriale existent et actuellement c'est la méthode ERA (endometrial receptivity analysis) qui permet de situer la période réceptive en vue de décider du moment du transfert de l'embryon en étudiant le niveau d'expression de 238 gènes liés au statut de la réceptivité endométriale en utilisant une séquence ARN issue du tissu endométriale.

En fonction de l'étiologie du défaut de la réceptivité, plusieurs traitements existent pour améliorer cette dernière : les traitements chirurgicaux (myomectomie, polypectomie, les metroplasties...); les traitements médicamenteux (aspirine junior, granulocyte stimulating factor (G-CSF), les glucocorticoïdes.

**Mots-clés** : réceptivité endométriale, implantation, perte de grossesse.

## **Evolution du profil des femmes infertiles**

**Bikuelo BC<sup>1</sup>, Mboloko EJ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

**Contexte :** L'infection génitale était longtemps considérée comme la principale cause d'infertilité en Afrique subsaharienne. Avec la transition mondiale : passage de la pathologie infectieuse vers les pathologies métaboliques et dégénératives, l'étiologie devrait avoir évolué dans notre milieu.

**Objectif :** établir l'évolution du profil sociodémographique, clinique et paraclinique ainsi que celle de la pathologie des couples infertiles dans une population kinoise durant une période de 16 ans.

**Méthodes :** il s'agit d'une étude descriptive rétrospective allant du 1<sup>er</sup> Janvier 1999 au 31 Décembre 2014 aux CUK et au CME. Les données ont été recueillies de la banque des données des deux formations médicales.

**Résultats :** l'âge moyen des patientes était de  $33,1 \pm 5,7$  ans ; avait augmenté progressivement de 36 jours par an et pourrait augmenter de 360 jours dans 10 ans. L'âge moyen des maris était de  $40 \pm 6,4$  ans et avait augmenté de 28 jours/an. La consommation d'alcool avait augmenté de 15ml/an et celle du tabac avait régressé progressivement de 5% /an et la fréquence des rapports sexuels avait régressé de 2% par an. Le poids moyen des patientes était de  $70,6 \pm 13,7$  kg avec un IMC moyen de  $26,7 \pm 5,1 \text{kg/m}^2$ . Ils avaient augmenté progressivement et respectivement de 30g / an et de  $0,04 \text{kg/m}^2$  / an. 21,8% des patientes étaient obèses ; l'infection génitale était le principal diagnostic (46,6%). Les obstructions tubaires prédominaient à l'HSG et à la célioscopie.

**Conclusion :** les patientes ont consulté et pourront consulter à un âge de plus en plus avancé, leur poids moyen pourrait augmenter de 300g dans 10 ans et partant l'IMC. L'infection génitale demeure encore la principale cause d'infertilité dans notre milieu ; la transition de la pathologie infectieuse vers les pathologies métaboliques et dégénératives pourrait devenir une réalité si rien ne se fait pour inverser la tendance actuelle (mariage à un âge de plus en plus avancé et la consommation d'alcool).

**Mots-clés :** infertilité, évolution, profil, Kinshasa

## **Avancées dans la prise en charge de la ménopause précoce et autres situations de mauvaise réponse à l'induction**

**Mboloko EJ**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques  
Universitaires de Kinshasa

L'induction d'ovulation constitue un des traitements le plus courant de l'anovulation et de l'oligoovulation. Mais dans certaines situations, on assiste à des mauvaises réponses ; notamment dans la MENOPAUSE PRECOCE (symptômes et signes de ménopause avant 40 ans), la DIMINUTION DE LA RESERVE OVARIENNE (Age de plus de 40 ans, AMH < 0,5 ng/ml et CFA < 5) et le SYNDROME DE RESISTANCE OVARIENNE A LA STIMULATION (CFA normal mais pas de réponse à la stimulation ovarienne), ainsi que dans certains cas de Syndrome des ovaires polymicrokystiques résistant à la stimulation aux inducteurs d'ovulation. Une des solutions à ces situations était sortie de la connaissance des mécanismes du développement ovarien, à savoir la voie hippo.

La voie de signalisation Hippo ou la voie SALVADOR-WARTS-HIPPO, est celui qui contrôle la taille des organes chez les animaux grâce à la régulation de la prolifération cellulaire (par des facteurs de croissance) et l'apoptose. Sa maîtrise a permis de mettre au point des techniques de rajeunissement ou l'activation ovarienne. Ils consistent tous en l'interruption de cette voie signalisation hippo par un stress mécanique et éventuellement, son activation par des produits médicamenteux.

Il s'agit de **l'activation in vitro**, qui consiste au prélèvement des fragments du cortex ovarien, leur traitement par des facteurs activateurs (PTEN et PI3K) et leur remise in loco pour soigner l'Insuffisance ovarienne prématurée (Ménopause précoce) de longue durée, **Fragmentation laparoscopique de l'ovaire** pour une ménopause précoce d'installation récente, les mauvaises répondeuses et le Syndrome de Résistance ovarienne à l'induction ; le **drilling** et la **résection cunéiforme des ovaires** pour le syndrome des ovaires polymicrokystique. Toutes ces techniques ont déjà fait leurs preuves dans la pratique clinique.

## SESSION 2 : INFERTILITE ET PATHOLOGIES ASSOCIEES

### **Biopsie testiculaire dans l'infertilité masculine**

**Moningo D<sup>1,2</sup>, Mafuta A<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>Cliniques universitaires de Kinshasa Service d'urologie.

<sup>2</sup>Clinique de Pointe à Pitre. Kinshasa/Matete.

#### **Introduction**

En 2012, les experts de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont défini les lignes directrices complètes sur l'infertilité. (Christopher). Parmi 40% des couples qui font face à des problèmes de fertilité, le trouble est d'origine masculine. Les étiologies sont multiples (anomalie quantitative et/ou qualitative du sperme, elles peuvent être pré-testiculaires, testiculaires et post-testiculaires). L'analyse biologique des spermatozoïdes et du liquide séminal est une étape clé pouvant faire indiquer une biopsie testiculaire. L'objectif a été de faire la revue de certaines publications sur la biopsie testiculaire dans l'infertilité masculine.

#### **Méthodes**

Nous avons effectué une recherche bibliographique PUBMED en utilisant les mots clés : *testicular biopsy and human infertility*.

#### **Résultat**

La biopsie testiculaire diagnostique est indiquée lorsqu'un homme azoospermique a des taux normaux de FSH et des testicules de taille et de consistance normale. Elle permet de préciser si l'azoospermie d'un patient est due à une obstruction ou à une défaillance spermatogénèse. Un taux élevé de FSH est très probablement révélateur d'une altération de la spermatogénèse. Un patient azoospermique avec un taux élevé de FSH, surtout s'il est combiné avec des testicules petite taille (< 15 cm), a souvent une azoospermie non obstructive qui fait appel à la récolte des spermatozoïdes pour l'injection intracytoplasmique (ICSI). L'azoospermie est attribuable à l'une des trois causes suivantes: obstruction; un défaut complet dans la spermatogénèse; ou un défaut incomplet, ayant des foyers de spermatozoïdes matures. (Campbell). Certains facteurs de risque de malignité testiculaire (cryptorchidie, atrophies testiculaires, microlithiases, hétérogénéité du parenchyme) et les avortements à répétition constituent une indication. L'intervention est réalisée sous anesthésie générale ou locorégionale. Il existe principalement trois voies d'abord; la biopsie conventionnelle, la biopsie percutanée et l'aspiration percutanée. Malgré le choix judicieux de la technique et sa correcte réalisation, des complications peuvent apparaître dans certains cas.

#### **Conclusion**

La biopsie testiculaire permet l'étude histologique et cytogénétique du sperme et des spermatozoïdes dans l'investigation de l'infertilité masculine.

#### **Mots clés**

Infertilité, masculine, testicule, sperme, spermatozoïdes.

## **La varicocèle aux cliniques universitaires de Kinshasa, résultat de la chirurgie ouverte**

**Loposso M<sup>1</sup>, Diangienda P<sup>1</sup>, Esika M<sup>1</sup>, Moningo D<sup>1</sup>, Punga A<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cliniques universitaires de Kinshasa Service d'urologie.

### **Résumé**

**Contexte et objectif :** La varicocèle est une cause non négligeable de l'infertilité masculine justifiant souvent un traitement chirurgical.

**Objectif :** Evaluer l'approche diagnostique et le retentissement de la cure chirurgicale selon la technique d'Ivanissevitch .

**Méthodes :** Nous avons conduit une étude documentaire et descriptive incluant 69 patients consécutifs, qui ont été suivis pendant la période de 1<sup>er</sup> Janvier 2016 à 31 décembre 2019, aux cliniques universitaires de Kinshasa, pour varicocèle diagnostiqué cliniquement anormal à trois reprises.

**Résultats :** Les patients d'âge de 38,65 années, avaient quasiment tous une infertilité primaire (91,3%). La varicocèle était souvent de grade 1 testiculaire (64,1%), la baisse de la spermatogénèse (33,3%). La cure chirurgicale selon a révélé à 6 mois, une normalisation du spermogramme chez 54 % des cas.

**Conclusion :** La technique d' Ivanissevitch contribue à améliorer le profil du spermogramme. Dans un monde en usage des techniques mini invasives, une comparaison avec la laparoscopie et l'embolisation pour accéder à une procédure plus efficace dans notre milieu.

**Mots clés :** Varicocèle, spermogramme, Maladie rénale

## **Traitement médical des myomes utérins**

**Tshiamu BA<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Centre Médical Assossa, Kinshasa

### **Introduction**

Le traitement médical de la myomatose utérine a fait l'objet de plusieurs controverses ces dernières années. Du fait de l'efficacité des médicaments et de leurs effets secondaires, des praticiens devraient avoir une orientation basée sur les évidences. L'objectif de cette revue est de relever les faits basés sur les évidences et les travaux locaux en rapport avec le traitement médical des myomes.

### **Méthodologie**

Il s'agit d'une revue qui prend en compte les faits sur la prise en charge médicale des myomes utérins relevés dans les congrès, mémoire de spécialisation, symposia et articles récents.

### **Résultats**

Le traitement médical est un des volets de la prise en charge thérapeutique des myomes ; en sont exclus : les myomes asymptomatiques et les myomes de classe 0 et 1 (classification FIGO). Les médicaments de première ligne sont : les contraceptifs oraux, les progestatifs, l'acide Tranéxamique et l'acide Méfenamique. Les médicaments de deuxième ligne sont dans l'ordre d'apparition : les agonistes de la GnRH, les antagonistes de la GnRH et les SPRM (modulateurs sélectifs des récepteurs de la progestérone). Ces derniers ont vu leur usage limité par leur hépato toxicité alors que les antagonistes de la GnRH ont le vent en poupe du fait de leur efficacité sur la disparition de métrorragies et la diminution de la taille des myomes, à noter que leurs effets secondaires liés à la privation oestrogénique sont dose dépendants ce qui en fait un outil plus maniable, mais justiciable d'une Add-Back thérapie hormonale d'accompagnement.

Le traitement médical des myomes ne peut qu'être intermittent réalisant des périodes allant de 3 à 12 mois en continu ou en épisodes de trois mois, Et cela à cause de ses effets délétères sur la longue durée.

### **Conclusion**

Le traitement médical des myomes utérins concerne les myomes symptomatiques et exclue les myomes de classe 0 et 1. Les meilleurs médicaments sont les antagonistes oraux de la GnRH du fait de leur efficacité et de leur maniabilité, ils ont parfois des effets délétères que l'add-back thérapie permet de corriger. Le traitement médical peut être une étape vers une prise en charge chirurgicale ou autre. Il doit être programmé et limité dans le temps en fonction des volumes des myomes, de leurs localisations et des espérances de femmes en matière de maternité.

**Mots-clés** : myomatose utérine, traitement médical

**SOUS-THEME 2 : INFERTILITE ET PATHOLOGIES OBSTETRIQUES**  
**SESSION : PATHOLOGIES OBSTETRIQUES FREQUENTES CHEZ LES FEMMES**  
**TRAITEES POUR INFERTILITE ET INFERTILITE DUE A LA PRATIQUE**  
**OBSTETRIQUE**

**La gravidopuerperalité des grossesses avec antécédent  
de SOMPK, Diabète sucré, FIV et prééclampsie**

**Mbungu MR<sup>1</sup>, Mbangama MA<sup>1</sup>, Lumaya AJ<sup>1</sup>, Tandu UA<sup>1</sup>, Salamo M<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

L'infertilité demeure un problème majeur dans le monde en général ainsi que les pays en développement bien que des taux de natalité élevés y soient observés.

Cette infertilité est causée par plusieurs étiologies avec en tête les obstructions tubaires d'origine infectieuse et les anomalies ovulatoires souvent associées au syndrome des ovaires micropolykystiques (SOMPK). Ce syndrome est fortement associé à une insulinoresistance et à une obésité qui plus tard conduisent au développement du diabète sucré mais aussi à des troubles hypertensifs.

Le Syndrome des Oaires Polykystiques (SOPK) affecte 5 à 15% des femmes en période d'activité génitale. Le taux de femmes obèses (IMC > 25, est de 60,6% comparativement à 34,8% de la population contrôle. Le recours à la PMA plus fréquent : 13,7% contre 1,5% dans la population générale. Le taux de grossesses tardives y est significativement supérieur. La nulliparité est de 53% contre 43,8% dans la population contrôle.

Dans le groupe SOPK, le taux de diabète gestationnel est plus que doublé (RR=2.32), le risque de pré-éclampsie est plus élevé (RR=1.45), celui d'accouchement avant 32 SA significativement supérieur (RR=2.21), on retrouve 18% d'accouchements par césarienne en plus. Les nouveau-nés sont plus volontiers de gros bébés pour l'âge gestationnel (RR=1.39) et présentent plus fréquemment un APGAR inférieur à 7 à la 5<sup>ème</sup> minute de vie (RR=1.41).

La gravidopuérpéralité sur terrain de SOPK est donc caractérisée par un risque accru des complications durant la grossesse et lors de l'accouchement. Ces anomalies seraient indépendantes de l'âge, de l'IMC et des traitements suivis pour l'obtention de la grossesse. Il est recommandé une attention particulière et un dépistage du diabète gestationnel et de la maladie hypertensive.

**Mots-clés** : SOPK, grossesse, accouchement, diabète, HTA,

## **Isthmocèle et infertilité**

**Biawila IB<sup>1</sup>, Kusuman A<sup>1</sup>, Nzau-Ngoma E<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

### **Introduction**

L'isthmocèle est une pathologie émergente dans le monde mais peu connue dans notre milieu, alors qu'elle est liée à la césarienne qui est une pratique dont le taux est en augmentation dans le monde entier. Plusieurs mécanismes sont avancés pour expliquer le mécanisme de l'infertilité en cas d'isthmocèle.

La présente revue a pour objectif de résumer les évidences dans la littérature sur les moyens diagnostics, le traitement et l'évolution post-opératoire des isthmocèles.

### **Méthodologie**

Une revue de la littérature a été faite sur le moteur de recherche de Hinari et Google scholar avec des mots clés suivants : *isthmocele, infertility, niche, uterine diverticulum, treatment* avec des combinaisons utilisant le commutateur booléen « AND » entre les mots clés primaires. Ous avons retenu les articles publiés entre 2011 et 2021.

### **Résultats**

L'échographie et l'hystérocopie se positionnent comme des examens de choix et complémentaires dans le diagnostic et l'évaluation de l'isthmocèle. En effet, l'échographie permet non seulement la visualisation d'une encoche triangulaire anéchogène sur la paroi isthmique antérieure mais aussi la mesure de l'épaisseur du mur myométrial.

L'hystérocopie est l'abord chirurgical le plus étudié dans la littérature, mais elle s'accompagne souvent d'une réduction de l'épaisseur du myomètre restant. Cependant il existe un risque faible associé à la rupture utérine si le myomètre restant est d'au moins 2 mm. En effet, le seuil pour l'approche hystérocopique qui a été souvent proposé est de 2,5 mm en dessous duquel il est préféré une approche soit vaginale soit laparoscopique.

Plusieurs publications ont montré des résultats prometteurs en ce qui concerne l'amélioration de la symptomatologie associée à l'isthmocèle de manière générale et de la fertilité de manière particulière. Lorsque l'infertilité associée à l'isthmocèle s'accompagne d'autres symptômes comme les saignements anormaux, il a été rapporté que la chirurgie améliorerait fortement la fertilité des patientes. Cependant, il y a une insuffisance d'évidence de la recommander pour la prise en charge de l'infertilité secondaire comme seul symptôme de l'isthmocèle.

### **Conclusion**

L'isthmocèle peut être associée à l'infertilité et elle devra être évoquée en présence des symptômes chez une patiente avec antécédent de césarienne ou recherchée systématiquement. Le traitement devra tenir compte de certaines considérations liées à la morbidité qui y est associée et au risque de complications post chirurgie.

**Mots-clés** : isthmocèle, infertilité, cicatrice de césarienne, niche

## **Césarienne et infertilité : pratique de la césarienne**

**Mayo J<sup>1</sup>, Lokomba BV<sup>1</sup>, Mbungu MR<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

### **Introduction**

L'absence de conception après un accouchement par césarienne est de plus en plus rencontrée dans la pratique gynécologique. Plusieurs étiologies de cette infertilité secondaire pourraient être rattachées à la césarienne. L'objectif de la présente étude est de résumer les résultats des recherches dans la littérature étudiant la relation entre la césarienne et l'infertilité secondaire.

### **Revue de la littérature**

Une revue de la littérature remontant à plus de trois décennies, portant sur la reproduction des femmes après un accouchement par césarienne a montré une réduction statistiquement significative de la probabilité d'avoir une grossesse ultérieure et délai de conception prolongé à partir du moment de la planification de la grossesse. Les raisons de la réduction de la fertilité après une césarienne restent hypothétique allant des mécanismes psychologiques aux physico pathologiques. Pour les uns, la fécondité réduite observée après une césarienne serait dans une large mesure volontaire, due à l'expérience traumatisante d'un accouchement par césarienne. Pour les autres, la césarienne peut potentiellement occasionner des adhérences pelviennes, se compliquer des infections ou encore des synéchies utérines qui peuvent induire directement ou indirectement une infertilité secondaire.

Une séquelle gynécologique de la césarienne est un défaut de la cicatrisation de l'hystérotomie appelée isthmocèle. Celui-ci serait associé à l'infertilité secondaire dans 4 à 9 %. La prévalence d'une niche dans plusieurs études de cohorte transversales varie entre 24 % et 70 % à l'échographie transvaginale, entre 56 % et 84 % à la sonohystérogographie et entre 31 % et 100 % à l'hystérocopie. Plusieurs études ont évaluées les résultats de la fertilité après traitement d'un isthmocèle, démontrant que la réparation du défaut est associée à des taux élevés de restauration de la fertilité.

### **Conclusion**

La plupart d'études ont montré qu'il existe une association entre la césarienne et la réduction de la fertilité ultérieure, mais que la relation est complexe, impliquant des facteurs pathologiques et psychologiques.

**Mots-clés** : césarienne, infertilité, isthmocèle

## SOUS-THEME 3 : INFERTILITE ET CANCER

### SESSION : INFLUENCES ENTRE FERTILITE/INFERTILITE ET CANCER

#### Effets du cancer sur la fertilité

Mutombo BA, Ibanda B<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Unité d'oncologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires des Kinshasa

Le cancer en général et les cancers gynécologiques ainsi que celui du sein en particulier constituent un problème de santé publique à travers le monde à cause de son incidence qui reste croissante et sa morbidité préoccupante. Son impact sur la fertilité reste une préoccupation tant pour les patientes que pour les soignants.

Les effets du cancer sur la fertilité sont de deux ordres ; directs et indirects. Son impact direct repose essentiellement d'une part sur l'atteinte primaire des organes de reproduction ou des métastases ovariennes d'autres cancers, amenant à leur ablation, et d'autre part sur des troubles hormonaux (cas des mutations des gènes BRCA) et immunitaires retrouvés chez ces patientes. Les effets indirects sont secondaires aux thérapeutiques existantes.

L'hystérectomie et l'annexectomie pouvant être pratiquées à la suite d'un cancer utérin ou ovarien peuvent préjudicier la fertilité future. La chimiothérapie peut causer une altération et une réduction de la masse musculaire utérine et de sa vascularisation, ainsi que de la qualité de l'endomètre. Elle provoque aussi une altération de la vascularisation de l'ovaire, entraînant une fibrose du stroma ovarien avec réduction de la réserve ovarienne, et s'accompagne d'une baisse du taux de l'AMH et d'une augmentation du taux de FSH occasionnant une accélération du recrutement folliculaire initial et cyclique ; d'où la survenue d'une insuffisance ovarienne prématurée.

L'hormonothérapie utilisée dans le cancer du sein, notamment le Tamoxifène, retarde l'échéance de la conception (5 ans) et causerait une baisse du taux de l'AMH pouvant accélérer la diminution de la réserve ovarienne.

La radiothérapie altère la vascularisation utérine, ce qui entraîne une perte de la masse musculaire et une altération de l'endomètre. Elle cause aussi des altérations de l'ADN des cellules de la thèque, de la granulosa et de l'ovocyte, ce qui aboutit à une mort cellulaire / folliculaire, et donc à une baisse de la réserve ovarienne.

L'association du Trastuzumab utilisé dans les cancers HER2+ et de la chimiothérapie causerait une diminution du taux de l'AMH avec un effet significatif sur la réserve ovarienne.

A côté de tous ces facteurs, l'aspect psychosexuel avec altération de l'image corporelle par la patiente ou par le conjoint est aussi un élément capital dont on doit tenir compte.

**Mots-clés** : Cancer et fertilité, Traitements du cancer et fertilité

## Préservation de la fertilité en cas de cancer

Ingala AJP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unité d'oncologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

### **Introduction**

Les traitements des cancers (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) peuvent être des causes d'altération de la fertilité dans l'espèce humaine. Pour prévenir cette complication, plusieurs stratégies raisonnées ont été élaborées. Nous rappelons ici chacune de ces stratégies avec ses particularités. Ce rappel a pour but d'aider le personnel soignant à toujours opérer un choix judicieux parmi elles au cas par cas.

### **Précautions à prendre pour minimiser les effets délétères du traitement**

A ce niveau il faut essentiellement : <sup>1</sup>une chirurgie oncologique avec respect stricte de ses principes, <sup>2</sup>un choix judicieux de la chimiothérapie, <sup>3</sup>une radioprotection gonadique (usage de bouclier en plomb, transposition des ovaires) et <sup>4</sup>une ovariostase par les agonistes de LH-RH

### **Précautions à prendre pour éviter une grossesse intempestive au cours du traitement.**

La contraception hormonale peut être indiquée pour les cancers non hormono dépendants. Pour les autres cancers, la préférence est pour la contraception naturelle ou mécanique telle l'utilisation d'un dispositif intra utérin.

### **Moyens pour diagnostiquer une infertilité après traitement.**

Au cours de traitement des cancers la fertilité peut être entamée ou non. Après le traitement le retour à la fertilité peut être spontané ou non. Après une année de rémission complète avec vie de couple normale mais sans maternité il y a lieu de suspecter une infertilité et chercher le mécanisme à travers un bilan d'infertilité.

### **Méthodes de préservation de la fertilité :**

Il s'agit de différences techniques pour restaurer la fertilité chez des personnes affectées et ou traitées pour cancer ayant perdu toute possibilité de procréation spontanée ou après traitement par des moyens classiques simples. Les méthodes suivantes peuvent être utilisées : <sup>1</sup> la conservation des tissus gonadiques, <sup>2</sup> l'autoconservation du sperme, <sup>3</sup> la cryoconservation des ovocytes matures suivis de MIV, <sup>4</sup> la cryoconservation des ovocytes immatures, <sup>5</sup> la stimulation suivie de FIV, <sup>6</sup> la cryoconservation des embryons et <sup>7</sup> les alternatives telles que le don d'ovocytes et l'adoption.

### **Conclusion**

Les situations devant lesquelles l'application d'une méthode de préservation de la fertilité devient nécessaire en oncologie sont nombreuses. Le choix judicieux parmi les différentes possibilités doit être soutenu par une meilleure connaissance de ces différentes méthodes et leur faisabilité.

**Mots-clés :** cancer, préservation de la fertilité

## **Fertilité après traitement du cancer du sein**

**Ebola IF<sup>1</sup>, Ingala AJP<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Service de Cancérologie générale, Hôpital Central de Référence de la Police.

<sup>2</sup>Unité d'oncologie, Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa.

### **Introduction**

Environ 3 à 7 % des patientes antérieurement traitées pour cancer mammaire ont une grossesse à l'issue de leur traitement. L'issue de ces grossesses est généralement favorable, sauf lorsqu'elles surviennent précocement après le diagnostic du cancer. Le pronostic maternel semble surtout lié au stade initial du cancer mammaire et ne paraît pas aggravé par la grossesse.

Le but du présent travail est d'effectuer une mise au point qui s'appuie sur des données actuelles de la littérature permettant de définir une conduite à tenir pour la prise en charge d'une patiente présentant un désir de grossesse après cancer du sein.

### **Méthodes**

L'analyse du cas clinique a été réalisée sur base des données de la littérature en rapport avec des éléments suivants : Fréquence et facteurs de refus des grossesses après cancer du sein, Fréquence et facteurs de refus des grossesses après cancer du sein, Fertilité et âge, Influence du délai entre cancer et grossesse sur le pronostic, Influence du délai entre cancer du sein et grossesse sur l'issue de la grossesse.

### **Résumé du cas**

Les données proviennent d'un cas clinique d'une patiente âgée de 35 ans diagnostiquée d'un cancer mammaire du sein gauche au stade c T4b N0M0 en 2019 et ayant bénéficiée des traitements du cancer du sein notamment une chirurgie de cytoréduction selon Patey, une chimiothérapie selon le schéma FAC et une hormonothérapie avec Tamoxifène durant 1 an et 8 mois. Pour raison de désir de conception, elle avait interrompu volontairement l'hormonothérapie pendant environ 9 mois. Elle a conçu et est actuellement porteuse d'une grossesse de 28 semaines normo évolutive.

### **Conclusion**

Le choix de donner la vie après un cancer mammaire devrait être pris par le couple dans le cadre d'une décision partagée avec l'équipe médicale pluridisciplinaire, après la réalisation d'un bilan d'évaluation complet.

Ce choix nécessite une information loyale sur les risques de récurrence du cancer et la détermination d'un « délai de prudence individualisé » tenant compte de nombreux paramètres (âge de la patiente, type de cancer, stade évolutif, intervalle entre le cancer et la conception, durée de l'hormonothérapie...).

**Mots clés :** fertilité après cancer, délai de prudence

## **Risque de cancer dans le traitement de l'infertilité**

**Mbala NL<sup>1</sup>, Malingisi BI<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Unité d'oncologie, service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

### **Introduction**

L'AMP est en constante progression, avec une augmentation de 24,6 % du nombre de cycles entre 1990 et 2001. Les différents traitements utilisés dans l'induction d'ovulation ont connu un essor rapide depuis la naissance du premier bébé issu d'une FIV en 1978 et une évolution au cours des dernières décennies tant au niveau des protocoles qu'au niveau des médicaments utilisés. Les traitements inducteurs d'ovulation (TIO) sont donc utilisés pour augmenter la fertilité féminine depuis plus de 60 ans. Pourtant une question se pose sur le risque de cancer lié aux TIO.

L'objectif est de résumer les résultats des recherches publiées sur le risque de cancers gynécologiques et mammaires chez les femmes infertiles traitées par des médicaments de fertilité comparativement à la population générale et chez les femmes infertiles non traitées par des médicaments.

### **Matériels et méthodes**

Il s'agissait d'une revue de la littérature en collectant les informations sur « les risques des cancers dans le traitement de l'infertilité ». Les articles retenus ont été extraits de la base de données PUBMED et Google *scholar* de 2015 à 2021.

### **Résultats**

Les études sur l'association entre TIO et cancer du sein sont contradictoires, certaines ayant montré l'absence de lien, d'autres une diminution du risque ou l'inverse.

Toutefois, l'utilisation du citrate de clomifène pendant une longue durée (12 mois) augmenterait, le risque de cancer des ovaires chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant malgré la stimulation par rapport à celles ayant eu des enfants. Dans l'utilisation des gonadotrophines pour la stimulation ovarienne, les auteurs n'ont trouvé aucun risque significativement augmenté du cancer de l'ovaire. Contrairement au cancer invasif de l'ovaire, des études ont trouvé une association plus cohérente entre le cancer borderline de l'ovaire et l'utilisation de médicaments pour la fertilité. Aucune association marquée entre l'utilisation de médicaments de fertilité et le risque de cancer de l'endomètre, du col utérin, de la thyroïde, colorectal et même des mélanomes malins n'a été observée.

### **Conclusion**

Les TIO n'augmentent pas significativement les risques de cancer invasif de l'ovaire, de mélanome malin ou des cancers de l'endomètre, du col utérin, du sein, de la thyroïde ou du colon.

**Mots clés :** cancer, risque, traitement, infertilité

## SOUS-THEME 4 : CHIRURGIE DE LA FERTILITE

### SESSION : CHIRURGIE DES PATHOLOGIES ASSOCIEES A L'INFERTILITE

#### Endoscopie chirurgicale et infertilité

Odimba MJ<sup>1,2</sup>, Nzau-Ngoma E.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa,

<sup>2</sup>Clinique EndoConception, Fondation DAEMMI Berlinde, Kinshasa, RDC

**Introduction :** L'infertilité est vécue comme un véritable drame par le couple et surtout par la femme dans nos cultures. La préservation de la fertilité et sa restauration prennent donc une importance capitale. La chirurgie joue un rôle tant dans la genèse de l'infertilité que dans son traitement, et l'approche endoscopique occupe une place importante dans cette préservation-restauration de la fertilité.

**Méthodologie :** Dans ce travail les auteurs ont procédé par revue de la littérature en utilisant les bases de données *Pubmed*, *Medline* et *cochrane library* concernant les méta-analyses, revues de la littérature et essais randomisés publiés sur le sujet depuis 2008. Les mots clés utilisés étaient les suivants : <hystérocopie et infertilité>, <laparoscopie et infertilité>, « chirurgie et infertilité », « hystérocopie et fertilité », « laparoscopie et fertilité », « chirurgie et fertilité ».

**Endoscopie chirurgicale et infertilité :** La chirurgie endoscopique comparée à la chirurgie conventionnelle entraîne moins de complications postopératoires pouvant causer l'infertilité : moins d'infection, moins d'adhérences.

En hystérocopie, la quasi-totalité des pathologies endo-cavitaires peuvent être à la base d'une infertilité et leur prise en charge par hystérocopie opératoire comparée à la chirurgie conventionnelle montre une amélioration significative de la fertilité. C'est le cas des polypes endométriaux, des myomes sous muqueux, des synéchies, de l'isthmocèle, de la rétention des corps étrangers...

En laparoscopie ; plusieurs actes chirurgicaux peuvent être posés dans la prise en charge chirurgicale d'une infertilité avec amélioration prouvée de la fertilité. C'est le cas de la fimbrioplastie et la néosalpingostomie dans les obstructions tubaires distales, la reperméabilisation tubaire dans les obstructions proximales, le drilling ovarien dans les ovaires micro-polykystiques résistant au traitement médical, l'adhésiolyse dans les adhérences sévères ou légères avec impact sur la fonction tubo-ovarienne, la myomectomie dans les myomatoses utérines et la chirurgie d'endométriose en cas d'endométriose stade 3 et 4.

**Conclusion :** L'hystéro-laparoscopie est un outil précieux dans la préservation et la prise en charge chirurgicale de l'infertilité. La quasi-totalité d'anomalies organiques causes d'infertilité féminine peuvent être traitées chirurgicalement par endoscopie avec une amélioration significative de la fertilité.

**Mots clés :** laparoscopie, hystérocopie, infertilité

## **Prise en charge des synéchies utérines : Revue de la littérature**

**Ndesanzim Otem C<sup>1</sup>, Kusuman A<sup>1</sup>, Nzau-Ngoma E<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

### **Introduction**

Les synéchies utérines constituent un problème de santé publique suite à de graves problèmes cliniques qu'elles entraînent à savoir des troubles menstruels, des fausses couches à répétition ainsi que l'infertilité, contribuant à une altération significative de la fonction de reproduction. Il est à ce jour démontré que le traumatisme de l'endomètre est la principale cause de formation d'adhérences intra-utérines et si elles ne sont pas prévenues et traitées tôt, elles conduisent progressivement à une gamme de répercussions allant de légères à sévères.

La présente revue a pour objectif de présenter les récentes recommandations sur les différentes mesures préventives ainsi que l'apport de l'hystérocopie dans la prise en charge des synéchies utérines.

### **Méthodologie**

Les moteurs de recherche de Hinari et Google scholar nous ont permis de faire la revue de la littérature en utilisant les mots clés suivants : *uterine synechiae, infertility, hysteroscopy, management*. Nous avons retenu les articles publiés entre 2011 et 2021.

### **Résultats**

Différents dispositifs intra-utérins sont utilisés pour prévenir les récurrences d'adhérence en raison de leur effet mécanique de séparation des parois utérines antérieure et postérieure, ce qui peut aider à la régénération physiologique de l'endomètre. Tels sont le cas de la sonde de foley pédiatrique, du DIU en cuivre et le stent à ballonnet intra-utérin de forme triangulaire en silicium ont montré des bons résultats en termes de fertilité et de prévention des récurrences.

Depuis environ dix ans, des produits dérivés de l'acide hyaluronique ont été développés notamment l'acide hyaluronique autoréticulé (Hyalobarrier©) fréquemment utilisé après une chirurgie gynécologique a démontré de manière efficace la réduction de la formation d'adhérences intrautérines.

L'avènement de l'hystérocopie a révolutionné le diagnostic et la prise en charge avec un taux de réussite élevé dans le recouvrement de la fertilité et est donc considérée comme le gold standard pour la gestion de cette pathologie

### **Conclusion**

Les synéchies utérines sont caractérisées par la formation d'adhérences intra-utérines et associées à l'infertilité. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés pour la restauration de la cavité endométriale au cours de la dernière décennie par l'utilisation de plusieurs méthodes, l'hystérocopie est actuellement considérée comme l'étalon d'or pour la gestion des synéchies utérines, car elle permet un diagnostic et un traitement simultanés.

**Mots-clés** : synéchies utérines, adhérences intrautérines, infertilité, hystérocopie, prise en charge

## **Prise en charge chirurgicale des myomes utérins**

**Tshiamu BA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Centre Médical Assossa, Kinshasa

### **Introduction**

La chirurgie des myomes est parmi les chirurgies les plus pratiquées en gynécologie. Le présent travail a comme objectif de relever les faits basés sur les évidences ces dernières années sur la chirurgie des myomes.

### **Méthodologie**

Il s'agit d'une revue sur la prise en charge chirurgicale des myomes utérins à partir des données recueillies des congrès, mémoire de spécialisation, séminaires, webinars et articles récents.

Nous utilisons la classification FIGO 2011.

### **Résultats**

Les myomes éligibles à la chirurgie sont : a) tous les myomes endocavitaires (classes : 0, 2, 3 et 4-5), b) tous les autres myomes ayant une expression clinique ou interférents avec la fertilité de la porteuse . en détails : les myomes intra muraux de plus de 4 cm (classes 4), les sous séreux de plus de 5 cm (classes 5 et 6) et les myomes pédiculés (classe 7) dont la taille est susceptible d'amener des complications algiques ou de déranger la statique utérine.

L'adéquation entre la voie d'abord et la localisation du (des) myome(s) permet de diminuer les pertes sanguines per opératoires et de minimiser le risque de développer des adhérences post opératoires. Les voies d'abord proposées sont : l'hystéroscopie opératoire pour les myomes endocavitaires ; la coeliochirurgie pour les myomes intra muraux et sous séreux de plus de 4 cm (à condition que leur nombre soit inférieur ou égal à 4), ainsi que certaines hystérectomies; la mini laparotomie pour les myomes sous séreux et pédiculés de 4 à 10 cm ; la laparotomie sera réservée aux myomes de plus de 10 cm et aux polymyomectomies. La voie vaginale sera indiquée pour les myomes cervicaux et ceux en état de naissance.

L'hystéroscopie ou à la coelioscopie diagnostique seront également discutées au cas par cas.

La myomectomie des récidives dans un abdomen adhérenciel doit être discutée dans le concept Gain/Risque,

L'hystérectomie totale associée à la salpingectomie bilatérale peut être proposée aux femmes sans projet de naissance ou en péri ménopause et porteuses de gros myomes symptomatiques ou d'utérus myomateux associé à d'autres facteurs de morbidité.

### **Conclusion**

La prise en charge chirurgicale des myomes concerne tous les myomes endocavitaires et ceux dont les dimensions vont au-delà de 4 cm, et qui sont symptomatiques ou interfèrent avec la fertilité de la femme.

Pour tous les cas la chirurgie sera minutieusement préparée et mettra en balance les facteurs Gain/Risque.

**Mots-clés** : chirurgie, myomatose utérine

## COMMUNICATIONS LIBRES

### **Endométriose : prise en charge médicale et chirurgicale**

**Monzango SGL.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

L'endométriose est une affection gynécologique chronique caractérisée par la présence de tissu similaire au tissu endométrial (glandes et stroma) en dehors de la cavité utérine, provoquant diverses complications, notamment l'infertilité, des douleurs pelviennes et une dysménorrhée.

L'endométriose constitue un problème de santé publique de par sa prévalence, l'altération de la santé de la femme ainsi que le coût de sa prise en charge.

En effet, sa prévalence varie entre 10 à 50% selon qu'il s'agit des femmes en âge de procréer (10-15%), celles qui consultent pour infertilité (20-25%) et celles avec des algies pelviennes chroniques (50%). La prévalence de l'endométriose semble être influencée par la race et ou l'origine ethnique. Plus particulièrement, les femmes noires semblent moins susceptibles à l'endométriose que les femmes blanches.

L'endométriose est une cause majeure d'invalidité et de dégradation significative de la qualité de vie des patientes et de leurs familles. Elle est une cause majeure d'infertilité due à une réduction de la quantité et de la qualité des ovocytes et de la réceptivité de l'endomètre à une implantation embryonnaire associée à une inflammation. Elle est la troisième cause d'hystérectomie aux États-Unis et il existe, de plus en plus, de preuves de la transformation maligne des endométriomes ovariens en cancer de l'ovaire, en particulier des sous-types de cellules claires et d'endométriode.

La charge financière d'endométriose sur le système de soins de santé est importante. Le fardeau économique associé à l'endométriose est similaire à celui d'autres maladies chroniques telles que le diabète, la maladie de Crohn et la polyarthrite rhumatoïde.

Bien que décrite depuis les années 1800, les facteurs étiologiques responsables de son histogénèse et de sa progression restent mal connus. Il existe plusieurs théories mais aucune n'explique toutes les formes d'endométriose, la théorie des menstruations rétrogrades est largement acceptée. Mais il existe plusieurs facteurs de risque et de protection connus.

Le diagnostic des endométrioses internes se fait à l'échographie et le gold standard reste la coelioscopie qui du reste est un examen invasif ; les endométrioses externes le diagnostic est clinique.

Il n'existe actuellement aucun traitement curatif d'endométriose. Le traitement médical est basé sur l'hypo-oestrogénie alors que le traitement chirurgical par voie coelioscopique reste le gold standard.

**Mots-clés :** endométriose, prise en charge

## Défis de la pratique de l'endoscopie en République Démocratique du Congo

**Nzau-Ngoma E<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Service de Gynécologie, Département de Gynécologie et Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa

L'endoscopie a été introduite en République Démocratique du Congo depuis 1965 par la dotation des Cliniques Universitaires de Kinshasa d'un endoscope par le gouvernement de l'époque. Jusqu'à ce jour, malgré ses avantages démontés et pour le nombre d'institutions sanitaires du pays, la pratique de l'endoscopie peut encore être considérée comme embryonnaire pour plusieurs raisons.

### **Méthodologie**

Dans la présente étude, l'auteur, par l'analyse des interviews menées en avril et mai 2018 auprès de quelques praticiens de l'endoscopie en République Démocratique du Congo depuis son introduction, fait une synthèse des goulots d'étranglement à l'évolution de l'endoscopie dans ce pays et conclue en proposant des pistes de solutions.

### **Résultats**

De manière générale, l'endoscopie a continué à se pratiquer de manière timide et certaines vagues d'intensification de sa pratique est notée lors des équipements des institutions grâce à la coopération bilatérale. C'est ainsi qu'avant les années 2000, cette pratique était confinée essentiellement dans les institutions étatiques. Ensuite on assiste à l'installation de quelques privés notamment dans le domaine de la gynécologie, de la chirurgie et de l'endoscopie digestive.

Les obstacles dans l'évolution de l'endoscopie peuvent être retrouvés dans <sup>1</sup>le coût important de l'investissement alourdi par une absence de marché local et des problèmes liés à l'énergie électrique, <sup>2</sup>l'insuffisance de prestataires formés (manque d'information sur l'utilité de l'endoscopie, manque de structures local de formation, coût élevé de la formation), <sup>3</sup>l'insuffisance de la recherche en endoscopie, <sup>4</sup>manque de techniciens biomédicaux qualifiés pour l'accompagnement technique, <sup>5</sup>inaccessibilité de la population à une méthode jugée onéreuse, <sup>6</sup>manque de politique soutenue de développement des techniques avancées dans le pays.

### **Conclusion**

Finalement, pour un développement de l'endoscopie, il faut l'implication des individus (prestataires), des organisations et de l'état en développant la pratique (clinique dédiée à l'endoscopie), la formation dans le pays (structures de formation), la recherche, l'accompagnement technique et les œuvres caritatives pour favoriser l'accès à l'endoscopie avant que l'état prenne les choses en main dans ce qu'il convient de développer sur la santé universelle. La population a un rôle très important car elle peut exiger progressivement ces soins endoscopiques, ce qui poussera les prestataires à se former.

**Mots-clés** : endoscopie, développement, République Démocratique du Congo

## Fertilité après chirurgie du prolapsus par voie vaginale chez les patientes jeunes : à propos de 13 cas

**Eloge Ilunga-mbaya<sup>1</sup>, Mukanire Ntakwinja<sup>2</sup>, Mukwege Denis<sup>2</sup>, Sengeyi Mushengezi Amani D<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Université de Kinshasa, Cliniques Universitaires de Kinshasa, département de gynécologie et obstétrique.

<sup>2</sup>Université Evangélique en Afrique, département de gynécologie et obstétrique, Hopital général de référence de Panzi/Bukavu.

### **Introduction**

Les causes fréquentes de l'infertilité sont les anomalies de l'ovulation (15%), les pathologies tubo-péritonéales (30-40%) ainsi que les causes masculines (30-40%). L'infertilité est inexplicée (10%). L'imputabilité des prolapsus des organes pelviens (POP) de stade avancé est souvent évoquée mais non établie.

Cependant, la préservation de la fertilité est un des critères majeurs de la prise de décision et la procédure chirurgicale à offrir en dépend. Notre objectif est d'évaluer la fertilité après une cure de prolapsus par voie vaginale chez les patientes jeunes.

### **Méthode**

C'est une étude monocentrique, à propos de 13 patientes de moins de 38 ans ayant bénéficié d'une hystéropexie par voie vaginale pour hystéroptose de stade III ou IV de POP-Q et ayant recherché des soins d'infertilité. Elles étaient toutes multipares et sans antécédents d'infertilité. L'âge inférieur à 38 ans était préféré afin de minimiser l'effet de l'âge sur l'infertilité.

Les 2 techniques étaient soit la sacrospinofixation unilatérale (Technique de Richardson) , soit la plicature bilatérale des utérosacrés.

La durée avant la 1ère grossesse après la chirurgie était le critère de jugement principal. L'infertilité était considérée après 24 mois.

### **Résultats**

L'âge médian était de 32 ans avec des extrêmes de 26 à 37 ans.

La parité moyenne était de  $5,08 \pm 1,65$  et l'IMC moyen de  $21,06 \pm 2,68$ . La durée moyenne avant la prochaine grossesse était de  $19,23 \pm 3,8$  mois et 46,1% avait conçu au moins à 24 mois. La majorité avait bénéficié de l'hystéropexie par plicature des utérosacrés soit 69,2%. La quasi-totalité des grossesses (84,6%) étaient obtenues spontanément et 15,3% après des soins. Une seule patiente a eu une fausse couche et elles ont toutes accouché à terme.

### **Conclusion**

Le traitement du prolapsus chez la femme jeune doit répondre à un double objectif : une obligation des résultats et la préservation de la fonction de reproduction qui reste la priorité. Néanmoins ces données sont insuffisantes pour établir une véritable ligne de conduite. Il serait donc impérieux de mener une étude analytique avec un échantillon beaucoup plus grand.

**Mots clés :** Infertilité, prolapsus des organes pelviens, chirurgie vaginale

## **La myomectomie pendant la grossesse : A propos de 2 cas à l'Hôpital Général de Loandjili de POINTE-NOIRE (République du Congo)**

**Eouani ML, Ompalingoli S, Kombo D, Nzengomona LV, Mambou JV, Sibi YM, Kie F**

### **Résumé**

Nous rapportons deux cas de myomectomies pratiquées pendant la grossesse, dont l'indication chirurgicale a été posée devant la survenue de complications non accessibles au traitement symptomatique.

Le 1<sup>er</sup> cas de myome découvert sur une aménorrhée de 10 semaines, compliquées de douleurs hypogastrique chez une gestante de 26 ans.

Et un 2<sup>e</sup> cas de myome découvert dans un même contexte douloureux sur une aménorrhée gravidique de 9 semaines chez une gestante de 29 ans.

Cette prise en charge a permis d'amener les grossesses à terme sans complications.

### **Mots- clés :**

Myomectomie, grossesse, complications.

## **Le profil de l'hémoglobine glyquée chez les gestantes non diabétiques atteintes de la prééclampsie**

**Guelord Mukiapini Luzolo<sup>1</sup>, Jean Pierre Elongi Moyene<sup>1</sup> et al.**

<sup>1</sup>Servie de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Générale Provincial de Référence de Kinshasa

### **Résumé**

#### **Contexte**

Les troubles de régulation du glucose sont assez fréquents pendant la grossesse. Ils sont dus au potentiel diabétogène de la grossesse et sont responsables des nombreuses complications obstétricales. L'hémoglobine glyquée est l'un des marqueurs utilisés pour dépister ces troubles. Ses valeurs seraient associées aux résultats défavorables de la grossesse.

#### **Objectif**

Décrire le profil de l'HbA1c chez les gestantes prééclamptiques non diabétiques et établir une association entre les valeurs de ce marqueur avec les complications maternelles et fœtales.

#### **Matériels et Méthode**

C'est une étude cas-témoins auprès de 142 gestantes au deuxième et troisième trimestre. Ces gestantes ont été suivies dans les maternités de Cliniques Universitaires et de l'Hôpital Général de Référence à Kinshasa, République Démocratique du Congo. 71 étaient prééclamptiques et 71 autres saines. L'HbA1c était dosée par immunoturbidimétrie.

#### **Résultats**

Des valeurs plus élevées de l'HbA1c étaient observées chez les gestantes prééclamptiques comparativement aux témoins ( $5,7 \pm 1,3\%$  vs  $4,8 \pm 0,7\%$ ,  $P < 0,001$ ). La proportion de gestantes ayant des valeurs pathologiques d'HbA1c ( $> 5,6\%$ ) était plus importante dans le groupe de gestantes prééclamptiques ( $46,5\%$  vs  $9,9\%$ ,  $p < 0,001$ ), surtout chez celles ayant présenté des complications. En l'analyse multivariée, une association était établie entre des valeurs élevées d'HbA1c et la prééclampsie [(OR 6,48 (2,48-16,93)  $p < 0,001$ ].

#### **Conclusion**

Cette étude permet d'établir que 46,5% gestantes non diabétiques prééclamptiques présentaient des valeurs élevées d'HbA1c, qui par ailleurs sont associés à la prééclampsie et ses complications. Un dépistage systématique des troubles hyperglycémiques pour un contrôle glycémique optimal s'avère indispensable auprès de gestantes.

**Mots-clés** : Prééclampsie, HbA1c, Pronostic, Congolaise.

## **Performance de la mesure de la hauteur utérine dans le diagnostic de la macrosomie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville**

**Eouani Levy Max Emmerly, Buambo Gauthier Régis Jostin, Mottom Evoussy Chancelle Raïssa, Potokoue Mpia Sékangue Samantha Nuelly, Itoua Clautaire, Iloki Léon Hervé**

### **Résumé**

**Objectif.** Evaluer la performance de la mesure de la hauteur utérine dans le diagnostic de la macrosomie au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. **Méthodes.** Etude transversale descriptive menée du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 1<sup>er</sup> mars 2020 au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville (CHUB), incluant toutes les parturientes admises au bloc de naissance, porteuses d'une grossesse mono-fœtale évolutive, à terme, sans autres causes de hauteur utérine excessive, quel que soit l'état des membranes, fœtus vivant en présentation céphalique de sommet. Elles ont toutes bénéficié à leur admission de la mesure de la hauteur utérine lors de l'examen obstétrical puis de la pesée des nouveau-nés à la naissance. **Résultats.** La macrosomie a représenté 9,9% des accouchements soit 101 naissances de macrosomes pour 1020 accouchements. Les parturientes avaient un âge médian de 29 ans (24 ; 34). Les seuils de hauteur utérine retenus étaient de 36 cm (Se = 0,79 ; Sp = 0,99 ; VPP = 0,88 ; J = 0,78 ; AUC = 0,97) et 34 cm (Se = 0,70 ; Sp = 0,97 ; VPP = 0,85 ; J = 0,67 ; AUC = 0,97) respectivement en cas de membranes intactes et rompues. La corrélation positive linéaire entre la hauteur utérine et le poids de naissance était forte après 39 semaines d'aménorrhée aussi bien à membranes intactes ( $r=0,8$  ;  $p < 0,05$ ) qu'à membranes rompues ( $r = 0,6$  ;  $p < 0,05$ ). **Conclusion.** La mesure de la hauteur utérine est performante dans le diagnostic de la macrosomie et présente une bonne corrélation positive avec le poids de naissance.

**Mots clés :** Hauteur utérine, Performance, Macrosomie, Diagnostic, Congo

## TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| <b>COMITE D'ORGANISATION</b> .....   | 2  |
| <b>NOS PARTENAIRES</b> .....   | 4  |
| <b>PROGRAMME</b> .....   | 5  |
| <b>MOT DU CHEF DE DEPARTEMENT</b> .....  | 13 |
| <b>MOT DU PRESIDENT DES JOURNEES</b> .....   | 15 |
| <b>SOUS-THEME 1 : EXPLORATIONS ET TRAITEMENT DE L'INFERTILITE</b> .....  | 17 |
| SESSION 1 : EXPLORATIONS ET TRAITEMENT DE L'INFERTILITE .....  | 17 |
| <b>Explorations échographiques en infertilité (réserve ovarienne)</b> .....  | 17 |
| <b>Explorations endoscopiques et infertilité</b> .....   | 18 |
| <b>Apport de la biopsie de l'endomètre en infertilité</b> .....  | 19 |
| <b>Cartographie du spermogramme chez les sujets masculins Congolais à la recherche d'une infertilité d'origine</b> .....   | 20 |
| SESSION 2 : TRAITEMENTS AVANCES EN INFERTILITE .....   | 21 |
| <b>Induction de l'ovulation hors FIV et en AMP</b> .....   | 21 |
| <b>Le traitement médical Des OATS</b> .....  | 22 |
| SESSION 3 : SOINS D'INFERTILITE, LOI ET ETHIQUE EN RDC .....   | 23 |
| <b>Problématique de la conservation des embryons</b> .....   | 23 |
| <b>Problématique des tierces (don d'ovocyte et gestation pour autrui)</b> .....  | 24 |
| SESSION 4 : INFERTILITE : DEFIS ET INNOVATIONS .....   | 25 |
| <b>Difficultés de la prise en charge de l'infertilité par les pionniers en République Démocratique du Congo</b> .....  | 25 |
| <b>Impact du SARS-CoV-2 sur la fertilité à l' Hôpital Privé de l'Ouest Parisien</b> .....  | 26 |
| <b>Intérêt du dosage de l'hémoglobine glyquée chez les congolaises avec syndrome des ovaires micropolykystiques : étude cas-témoins dans deux hôpitaux de la ville de Kinshasa</b> ..... | 27 |
| COMUNICATIONS LIBRES .....   | 28 |
| <b>Itinéraire thérapeutique et facteurs associés aux algies pelviennes chroniques</b> .....  | 28 |
| <b>Lésions précancéreuses du col de l'utérus : contribution à leur prise en charge par l'électrocoagulation à l'anse diathermique pour les pays en développement</b> .....               | 29 |
| <b>Apport du ratio protéinurie-créatininurie dans le diagnostic de la prééclampsie chez la congolaise</b> .....  | 30 |
| SESSION 5 : INFERTILITE, RECEPTIVITE ENDOMETRIALE ET VIEILLISSEMENT OVARIEN .....  | 31 |
| <b>Réceptivité endométriale et perte de grossesse</b> .....  | 31 |
| <b>Evolution du profil des femmes infertiles</b> .....   | 32 |
| <b>Avancées dans la prise en charge de la ménopause précoce et autres situations de mauvaise réponse à l'induction</b> .....   | 33 |

|  |    |
|--|----|
| SESSION 2 : INFERTILITE ET PATHOLOGIES ASSOCIEES .....   | 34 |
| <b>Biopsie testiculaire dans l'infertilité masculine</b> .....   | 34 |
| <b>La varicocèle aux cliniques universitaires de Kinshasa, résultat de la chirurgie ouverte</b> .....  | 35 |
| <b>Traitement médical des myomes utérins</b> .....   | 36 |
| <b>SOUS-THEME 2 : INFERTILITE ET PATHOLOGIES OBSTETRIQUES</b> .....  | 37 |
| SESSION : PATHOLOGIES OBSTETRIQUES FREQUENTES CHEZ LES FEMMES TRAITEES POUR<br>INFERTILITE ET INFERTILITE DUE A LA PRATIQUE OBSTETRIQUE .....              | 37 |
| <b>La gravidopuerperalité des grossesses avec antécédent de SOMP, Diabète sucré, FIV et<br/>        prééclampsie</b> .....                                 | 37 |
| <b>Isthmocèle et infertilité</b> .....   | 38 |
| <b>Césarienne et infertilité : pratique de la césarienne</b> .....   | 39 |
| <b>SOUS-THEME 3 : INFERTILITE ET CANCER</b> .....  | 40 |
| SESSION : INFLUENCES ENTRE FERTILITE/INFERTILITE ET CANCER .....   | 40 |
| <b>Effets du cancer sur la fertilité</b> .....   | 40 |
| <b>Préservation de la fertilité en cas de cancer</b> .....   | 41 |
| <b>Fertilité après traitement du cancer du sein</b> .....  | 42 |
| <b>Risque de cancer dans le traitement de l'infertilité</b> .....  | 43 |
| <b>SOUS-THEME 4 : CHIRURGIE DE LA FERTILITE</b> .....  | 44 |
| SESSION : CHIRURGIE DES PATHOLOGIES ASSOCIEES A L'INFERTILITE .....  | 44 |
| <b>Endoscopie chirurgicale et infertilité</b> .....  | 44 |
| <b>Prise en charge des synéchies utérines : Revue de la littérature</b> .....  | 45 |
| <b>Prise en charge chirurgicale des myomes utérins</b> .....   | 46 |
| COMMUNICATIONS LIBRES .....  | 47 |
| <b>Endométriose : prise en charge médicale et chirurgicale</b> .....   | 47 |
| <b>Défis de la pratique de l'endoscopie en République Démocratique du Congo</b> .....  | 48 |
| <b>Fertilité après chirurgie du prolapsus par voie vaginale chez les patientes jeunes : à propos de<br/>    13 cas</b> .....                               | 49 |
| <b>La myomectomie pendant la grossesse : A propos de 2 cas à l'Hôpital Général de Loandjili de<br/>    POINTE-NOIRE (République du Congo)</b> .....        | 50 |
| <b>Le profil de l'hémoglobine glyquée chez les gestantes non diabétiques atteintes de la<br/>    prééclampsie</b> .....                                    | 51 |
| <b>Performance de la mesure de la hauteur utérine dans le diagnostic de la macrosomie au<br/>    Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville</b> ..... | 52 |