



Profil Epidémiologique Des Patients En Chirurgie Gynéco-Obstétricale Dans Les Structures Privées De La Zone De Santé De Beni

[Epidemiological Profile Of Patients In Gynecological-Obstetric Surgery In Private Health Facilities In The Beni Health Zone, DR CONGO]

Kambale Muholu Jonas¹, Anny Marie Musavuli², Masika Kyavaranga Marie Jeanne¹ & Mbambu Randa Edwige¹

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Beni, Nord-Kivu, RDC

²Chercheure indépendante

Corresponding Author : KAMBALE MUHOLU JONAS, jonassegemera@gmail.com



Résumé

INTRODUCTION : Cette étude porte sur le profil épidémiologique des patients en chirurgie gynéco-obstétricale dans les structures privées de la zone de santé de Beni, en République Démocratique du Congo. L'augmentation des interventions chirurgicales, notamment la césarienne, soulève des préoccupations concernant la santé des femmes et des enfants. Ce travail avait comme objectif de déterminer prévalence, les facteurs associés et les complications liées aux interventions en chirurgie gynéco-obstétricale.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale et rétrospective, réalisée sur cinq ans (2019-2023) dans la zone de santé de Beni. L'étude a reposé sur un échantillon exhaustif de 349 fiches de femmes ayant subi des chirurgies gynéco-obstétricales dans les structures privées. Les données ont été collectées à l'aide d'un check-list et analysées par le logiciel SPSS pour déterminer les fréquences et les pourcentages.

RESULTATS : Dans les différentes structures, où nous avons réalisé notre étude, sur un total de 1315 intervention chirurgicale exécutée au sein de ces structures visitées, 349 interventions soit 26,5% d'entre elles étaient des interventions chirurgicales de la gynéco-obstétrique. La majorité des femmes opérées (49,3%) étaient âgées de 20 à 29 ans. La césarienne (91,4%) est l'intervention la plus fréquente, suivie des réparations de déchirures (6,6%) et des épisiotomies (11,7%). Les principales raisons de chirurgie étaient liées à la souffrance fœtale aiguë (30,9%) et aux bassins retrécis (19,8%). Les pathologies gynécologiques les plus courantes incluaient les kystes ovariens (28,7%) et les fibromes (8,3%). Les complications fréquentes après les interventions comprenaient l'hémorragie (29,8%) et les infections pelvi-périnéales (12,9%).

CONCLUSION : Les césariennes dominent les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales, ce qui soulève des préoccupations en matière de pratique obstétricale, souvent pratiquées sans indication médicale justifiée. Bien que les complications soient relativement faibles, des améliorations dans la gestion des risques et des pathologies gynécologiques sont nécessaires. Une attention particulière doit être portée à la prévention des complications comme les infections et l'hémorragie. Il est crucial d'améliorer l'accès à des soins appropriés et de sensibiliser les professionnels de santé et la population aux risques liés à ces interventions. Il est également recommandé d'intensifier la formation et la gestion des complications post-opératoires pour réduire les risques pour les patientes.

Mots clés : Chirurgie gynéco-obstétricale, Profil épidémiologique, Zone de santé de Beni, République Démocratique du Congo



Abstract

INTRODUCTION: This study focuses on the epidemiological profile of patients undergoing gynecological-obstetric surgery in private health facilities in the Beni Health Zone, Democratic Republic of Congo. The increase in surgical interventions, particularly cesarean sections, raises concerns regarding the health of women and children. The objective of this work was to determine the prevalence, associated factors, and complications related to gynecological-obstetric surgeries.

MATERIALS AND METHODS: This is a descriptive, cross-sectional, and retrospective quantitative study conducted over five years (2019-2023) in the Beni Health Zone. The study was based on an exhaustive sample of 349 records of women who underwent gynecological-obstetric surgeries in private health facilities. Data were collected using a checklist and analyzed with SPSS software to determine frequencies and percentages.

RESULTS: In the different facilities where the study was conducted, a total of 1315 surgical interventions were performed. Among these, 349 interventions (26.5%) were gynecological-obstetric surgeries. The majority of women who underwent surgery (49.3%) were aged between 20 and 29 years. Cesarean section (91.4%) was the most common procedure, followed by repairs of tears (6.6%) and episiotomies (11.7%). The main indications for surgery were related to acute fetal distress (30.9%) and narrow pelvis (19.8%). The most common gynecological pathologies included ovarian cysts (28.7%) and fibroids (8.3%). Frequent post-surgical complications included hemorrhage (29.8%) and pelvic-perineal infections (12.9%).

Conclusion: Cesarean sections dominate gynecological-obstetric surgical interventions, raising concerns about obstetric practices, often performed without medically justified indications. Although complications are relatively low, improvements in the management of risks and gynecological pathologies are necessary. Particular attention should be given to the prevention of complications such as infections and hemorrhage. It is crucial to improve access to appropriate care and raise awareness among healthcare professionals and the population about the risks associated with these interventions. Additionally, it is recommended to intensify training and the management of post-operative complications to reduce risks for patients.

Keywords: Gynecological-obstetric surgery, Epidemiological profile, Beni Health Zone, Democratic Republic of Congo

1. INTRODUCTION

Un accès très limité à la césarienne, si incontestablement met en péril la santé et le respect des droits reproductifs, le recours massif à cet acte chirurgical ne peut pas être considéré comme un progrès. Lorsqu'elle est réalisée sans raison médicale indiscutable (pour sauver la vie de mère et de son enfant), les bénéfices de la césarienne sur la santé materno-infantile ne sont pas avérés et elle apparaît comme une prise de risque inutile. Ses conséquences négatives s'observent sur la fécondité future des femmes. Certaines femmes instrumentalisent ce mode d'accouchement pour résoudre leur problème de contraception en obtenant une stérilisation tubaire. [1]

On dénombre 11,9 millions de césariennes en excédent dans les pays qui se situent au-dessus du taux de 15 %, et ce dernier chiffre correspond à lui seul à 42 % de toutes les césariennes pratiquées dans le monde. Les taux de naissance par césarienne s'élèvent progressivement avec le niveau de développement, et plus de cent pays dépassent la barre des 15 % prônée par l'OMS ; 43 d'entre eux enregistrent même des taux supérieurs à 30 %. La situation en matière de césariennes est loin d'être figée dans le monde. Les taux de césarienne augmentent là où ils sont inférieurs à la moyenne, parfois très rapidement comme en Asie du Sud ou du Sud-Est. [2]

A France (paris), la réalisation d'une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA selon la technique de dilatation puis d'évacuation est plus pratique. Les femmes (48,9 %) ont dû consulter plusieurs centres hospitaliers avant d'être pris en charge et plus de la moitié des femmes (65,2 %) ayant consulté pour la première fois pour une demande d'IVG avant 14 SA. Certaines femmes ont présenté une hémorragie supérieure à 500 ml et une suture du col pour déchirure du col a été réalisée. (Gouret et al. 2023)

L'hystérectomie est l'intervention la plus pratiquée chez une femme. Environ 60000 hystérectomies réalisées en France en 2019. La voie d'abord chirurgicale la plus fréquemment utilisée était la cœlioscopie, réalisée dans 30 % des hystérectomies,



suivie des voies d'abord laparotomique (29 %), puis vaginale (26 %) et coelio-vaginale (15 %). Une annexectomie est associée à 41 % des hystérectomies. Une diminution du nombre d'hystérectomie a été enregistrée entre 2008 et 2019, passant d'environ 72 000 en 2008 à environ 60 000 en 2019. [4]

Au Mexique, les césariennes non nécessaires sont une violence obstétricale envers les femmes. Cette violence renvoie à un ensemble de pratiques dégradant, intimidant et opprimant les femmes, les adolescentes et les filles dans le domaine de la santé reproductive, et tout particulièrement pendant la période de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Plus ponctuellement, la violence obstétricale apparaît dans diverses dimensions psychologiques et physiques. [5]

Au Mali, la fistule obstétricale est une complication grave de l'accouchement dystocique qui demeure un problème de santé publique. Parmi 1938 femmes suspectées de fistules, 1096 ont été confirmées (56,5%). Le mariage précoce avant 19 ans représentait 88% dont 46,1% entre 10 à 15 ans. Le taux global de succès du traitement (fistule fermée-séchée) était de 62%. Les facteurs de risque d'échec chirurgical étaient le statut de femme non mariée, un âge de la fistule ≥ un an et le nombre de tentatives de réparation > six fois. [6]

Au Togo, les fistules urogénitales sont principalement d'origine obstétricale avec comme facteur de risque la multiparité. Le nombre de patientes traitées était de 197, pour un nombre total de 217 interventions chirurgicales. Les causes obstétricales prédominaient (95 %) et 3,5 % étaient causées par une chirurgie. [7]

Au Maroc, les interventions sont plus réalisées pour cause des urgences chirurgicales en gynécologie et obstétrique. Parmi ces urgences, les plus fréquentes sont la GEU, la césarienne, bartholinite, l'abcès du sein, L'hystérectomie, la torsion d'annexes, le kyste ovarien rompu, l'abcès vulvaire et le diagnostics/gestes chirurgicaux. [8]

Au Mauritanie, 97 interventions pour fibrome utérin ont été pratiquées représentant 12,8% des activités chirurgicales du service de gynécologie- obstétrique. Les circonstances de découverte sont représentées essentiellement par l'hémorragie génitale dans 62,9% des cas, la masse abdominopelvienne dans 7,2 % des cas et les algies pelviennes dans 6,2 % des cas. L'infertilité était associée au fibrome dans 14,4% de cas. Un traitement conservateur à type de myomectomie a été pratiqué dans 75% des cas et un traitement radical à type d'hystérectomie a été pratiqué dans 25% des cas. [9].

Au Guinée Conakry, les interventions chirurgicales pour fibromyome utérin ont occupé 48,90% des activités chirurgicales pour pathologie gynécologique. Utérus polymyomateux était l'indication opératoire la plus rependue (65,79%), le traitement était conservateur (myomectomie) dans 64,50% des cas et la complication post opératoire immédiate la plus fréquemment rencontrée était l'anémie (5,26%). [10]

L'hystérectomie demeure une intervention courante dans les pays en développement. Ses indications en période gravidopuerpérée sont fréquentes avec une morbidité et une mortalité élevée. L'indication opératoire la plus fréquemment rencontrée a été le fibromyome utérin (39,6 %), suivi du prolapsus génital (22,2 %) et des hystérectomies obstétricales (17,8 %). [11]

Au Mali, l'hystérectomie occupe la 3ème place parmi les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales réalisées avec une fréquence de 3,01%. Les hystérectomies totales inter-annexielles ont été les plus pratiquées. L'hystérectomie par voie basse offre un meilleur pronostic par rapport à l'hystérectomie par voie haute. Les tranches d'âge de 40 à 49 ans et 50 ans et plus sont les plus fréquentes avec 30,2% chacune. Les grandes multipares étaient les plus représentées avec 46,5%. Les principales indications de l'hystérectomie ont été le prolapsus utérin du 3ème degré (34,9%), le fibrome utérin (23,3%) et la rupture utérine (20,9%). Les types d'hystérectomies réalisées étaient : l'hystérectomie totale inter annexuelle (58,1%), l'hystérectomie avec annexectomie bilatérale (23,3%), l'hystérectomie subtotale (18,6%). Le pronostic était bon avec moins de complications per et postopératoires : le taux de décès enregistré était 1,3% ; les lésions vésicales (2,3%) ; l'hémorragie (7%) ; l'anémie (25,6%) ; la suppuration pariétale (2,3%) et l'anurie (1,2%). [12]

Au Gabon, le fibrome utérin est une pathologie fréquente chez les femmes hospitalisées dans les services de gynécologie, une myomectomie avec une prévalence de 21,2 %. Il touche les femmes relativement jeunes, célibataires, avec peu



d'enfants. La majorité de ces femmes a une activité professionnelle avec pour principal motif de consultation les dépressions génitales. [13]

Au Côte d'Ivoire, ville d'Abidjan, les chirurgiens ont réalisés des plasties Sténose caustique acquise du vagin. La prévalence des rétrécissements du vagin d'origine caustique était de 0,14/1000 admissions. L'âge moyen était de 31,2 ans, la gestité moyenne de 1,9 et la parité moyenne de 1,1. Les sténoses vaginales étaient de siège et d'étendue variables et l'origine caustique était en rapport avec l'usage « d'ovules » de la pharmacopée traditionnelle (100 %). Parmi les patients, 95,2 % ont bénéficié d'un traitement chirurgical suivi de plusieurs séances de dilatation. Les résultats fonctionnels avec perméabilité vaginale permettant des rapports sexuels ont été obtenus dans 47,6 % des cas avec 52,4 % d'échec. [14]

Au Tchad, 2,41 % des grossesses se sont soldées par une GEU. La forme GEU rompue a représenté 59,6 %. La prise en charge était essentiellement chirurgicale par laparotomie, avec un traitement radical dans 90,4 %. La moitié des patientes ont bénéficié d'une transfusion.[15]

En RDC, à Mbuji-Mayi, une étude a montré que la parité et multigestité extrêmes, l'absence de CPN, l'antécédent d'accouchement dystocique et de césarienne sont les principaux facteurs associés aux urgences obstétricales. Suite à la nature de l'urgence, plus de trois quart des parturientes ont accouché par césarienne (85,53%) avec un bon pronostic maternel (97,37%) mais avec un pronostic foetal très sévère marqué par un taux élevé de mortalité périnatale (38,84%). [16]

A Lubumbashi, La prévalence des Infection du site opératoire post césarienne(ISOPC) était de 56,9%. Les infections du site opératoire post césarienne restent fréquentes dans notre milieu et sont liées à divers facteurs dont certains sont évitables par les gestes et les diagnostics pendant la grossesse et accouchement. [17]

À haut-Katanga, la fistule obstétricale constitue un réel problème de Santé Publique dans notre milieu et mérite une réflexion profonde pour son éradication. Des 242 cas de fistules, 229 patientes ont accouché par voie basse soit 95% d'entre elles et 74,6% à domicile. Le nouveau-né était décédé en période périnatale dans 93,4% des accouchements. L'âge moyen des patientes était de $27,9 \pm 10,3$ ans. Environ une patiente sur six avait moins de 20 ans et dans l'ensemble près d'une patiente sur 2 avait moins de 25 ans. 7 patientes sur 10 avaient une parité inférieure à 3 et la parité moyenne était de $2,5 \pm 2,0$. Nonante pourcent des cas avaient un niveau d'études bas et 95% vivaient seules. La fistule avait en moyenne plus de $4,7 \pm 4,4$ ans d'âge, était vésico-vaginale (96%), de type 2-3 (37%) et réparée par voie vaginale (67%). Le taux d'échecs était de 14%. [18]

Actuellement, le taux d'épisiotomie est une préoccupation mondiale et une source de grande insatisfaction auprès des parturientes, pourtant la recommandation universelle recommande moins de 30 % des cas. Le recours aux épisiotomies est fréquent à Mbuji-Mayi au Kasai-Oriental car sa prévalence est de loin supérieure aux recommandations internationales. Cette augmentation est liée aux variations dans les pratiques de travail et autres interventions entourant l'accouchement. Il y avait une grande variation du taux d'épisiotomie (35,3 % à 72,3 %), soit une fréquence moyenne de 51,7 %. Les parturientes les plus touchées étaient âgées de 20 à 34 ans (58,3 %), primipares (53,6 %), avec une scolarité limitée au niveau secondaire (63,1 %) et des antécédents gynéco-obstétricaux (32,2 %). Cette épisiotomie a été réalisée majoritairement par un infirmier (75,6%) avec un risque multiplié par 4 dans le cas d'un stagiaire : OR = 3,57 [2,45-5,67] pour la macrosomie (19,0%), le piégeage (18,5%) et parfois expulsion systématique des primipares (37,5%), de sorte que les habitudes inter-maternelles selon les accoucheuses, la primiparité et le poids élevé à la naissance étaient plus déterminants. [19]

Au Nord-Kivu, la fistule reste une complication obstétricale la plus courante nécessitant une réparation chirurgicale. La conjonction des plusieurs facteurs socio-épidémiologiques, économiques, politiques et sécuritaires, fait que l'accès aux soins de santé de la reproduction de qualité soit difficile pour les femmes de ce pays. Les femmes pauvres, vivant dans des conditions défavorisées, le plus souvent en milieu rural, sont les plus affectées par cette pathologie dont la fistule vésico-vaginale ressort comme étant la forme anatomo-clinique la plus fréquente [20]

Au Nord Kivu, l'étude a été fait chez 63 femmes opérées à l'hôpital General de référence de Beni et HEAL AFRICA pour des complications gynécologiques dont, les fistules et les prolapsus; de février à Mars 2016 après les campagnes chirurgicales organisées par l'hôpital HEAL AFRICA. L'Age moyen des opérées était de 45,5ans. 63,5% d'entre elles étaient de base niveau



d'instruction, habitant les milieux ruraux (54%), de religion catholique (47,6%), mariées (42,9%), agricultrices (71,4%) avec niveau de revenu mensuel de 50 à 99\$ (39,7%). Les nombres moyens de grossesses contracter par ces femmes étaient 6 à 7 grossesse ; la plupart de grossesse (71,4%) n'ont pas précédé la fistule ou prolapsus et après la réparation, 96,8% des opérées n'ont plus conçu. La voie d'accouchement était basse (73%). En plus, ces sont les parents qui sont investis dans l'accouchement des opérées (23,8%). L'issue de l'accouchement était la renaissance des enfants vivants et sains (71,4%). [21]

En ce qui concerne la maladie et les antécédents des opérées, 68,3% de cas des fistules et 31,7% de cas de prolapsus, sans antécédents chirurgicaux (87,3%), la cause évoquer était l'accouchement par la voie basse (50%). Les conséquences de ces pathologies étaient le manque d'emplois (57,1%) et les infections urinaires récurrentes (50,8%). Le changement observé était le niveau de revenue bas après la survenue de la maladie (46%). La cause du retard de consultation était le manque des moyens (39,7%). L'intervention la plus pratiquée est la suture simple (50,8%) avec la voie d'abord vaginale sans Episiotomie (26%). En post opératoire, l'hospitalisation de moins d'un mois (87,3%), l'antibiothérapie post opératoire a été utilisée (87,3%) et un sentiment de grande satisfaction (77,8%). [22]

Lors de notre pré-enquête effectuer à l'hôpital général de référence de Beni, la recherche étant étalé sur 3 mois, notamment du premier janvier au 31 Mars 2023, nous a révéler ce qui suit, durant les 3 mois l'hôpital général de référence de Beni avait reçu 126 consultants pour les problèmes gynéco-obstétricaux, tel que : avortement incomplets (14,3%), fistule urogénitale (0,79%), grossesse extra-utérine (0,79%), sur lesquels 48,1% étaient intervenus suite à ces complications avec 0,79% de décès maternel ; 5,6% de décès fœtal.

En dépit de ce qui précède, généralement, l'objectif de cette étude est de déterminer le profil épidémiologique en chirurgie gynéco-obstétricale dans les structures privées intégrées de la zone de santé de Beni.

2. MATERIELS ET METHODES

Contexte de l'étude : Cette étude épidémiologique porte sur le profil de la chirurgie gynéco-obstétricale dans les structures privées intégrées de la zone de santé de Beni, située dans la ville de Beni, au Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo. Elle s'inscrit dans un cadre géographique précis, délimité par plusieurs zones de santé voisines, et couvre une population de 533 757 habitants, avec un accent particulier sur les femmes en âge de procréer.

Type d'étude : L'étude est quantitative, descriptive et transversale, avec une approche rétrospective. Elle cherche à estimer la prévalence des chirurgies gynéco-obstétricales dans les structures privées de la zone de santé de Beni et à décrire les pathologies rencontrées.

Population et échantillon d'étude : L'étude porte sur les fiches des femmes en âge de procréer ayant reçu des soins chirurgicaux gynéco-obstétricaux dans les structures privées intégrées de la zone de santé de Beni pendant une période de 5 ans (2019-2023). Le nombre total de fiches étudiées est de 349. Il s'agit d'un échantillon exhaustif, constitué de toutes les fiches de la population d'étude, c'est-à-dire qu'aucune sélection supplémentaire n'a été faite au sein de la population cible.

Critères de sélection : Les fiches de femmes ayant subi une chirurgie gynéco-obstétricale dans les structures privées intégrées sont sélectionnées.

Critères de non-sélection : Les femmes ayant subi des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales dans les structures publiques de la zone de santé de Beni ne sont pas incluses dans l'étude.

Collecte des données : La collecte des données a été réalisée à partir d'une documentation de référence (livres, notes de cours, sites internet) et un checklist adapté au logiciel KoboCollect. Les données ont été collectées au mois de septembre 2024.

Analyse des données : Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20. Les statistiques descriptives, telles que les fréquences et pourcentages, ont été utilisées pour analyser les résultats.

Considérations éthiques : L'étude respecte la confidentialité des participantes, en ne citant pas leurs noms, et en respectant les principes éthiques d'une étude quantitative et descriptive des pathologies.



3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

La majorité des femmes ayant subi une chirurgie en gynéco-obstétrique sont jeunes (20 à 29 ans), avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. Les professions les plus fréquentes sont cultivatrices, commerçants et ménagères. Religieusement, la majorité est catholique, suivie de près par les protestants. En termes d'état matrimonial, les personnes mariées et cohabitant constituent la majorité. Cela montre une population majoritairement jeune, active dans le secteur agricole, et relativement diversifiée en termes de religion et d'état matrimonial.

Tableau 1 : Répartition des enquêtes selon les caractéristiques sociodémographiques

caractéristiques sociodémographiques	Effectif	%
Âge		
20 à 29 ans	172	49,3
30 à 39 ans	90	25,8
40 et plus	26	7,4
Moins de 20 ans	61	17,5
Total	349	100,0
Niveau d'étude		
Analphabète	68	19,5
Primaire	43	12,3
Secondaire	127	36,4
Supérieur	111	31,8
Total	349	100,0
Profession		
Autres	31	8,9
Commerçant	58	16,6
Cultivateur	109	31,2
Élève	19	5,4
Enseignant	27	7,7
Étudiante	37	10,6
Infirmier (ère)	13	3,7
Ménagère	55	15,8
Total	349	100,0
Confession		
Adventiste	60	17,2
Autres	65	18,6
Catholique	91	26,1
Musulman (e)	35	10,0
Protestant (e)	73	20,9
Témoin de Jéhovah	25	7,2
Total	349	100,0
État matrimonial		
Célibataire	79	22,6
Cohabité	123	35,2
Divorcé ou Veuve	14	4,0
Marié	133	38,1
Total	349	100,0



3.2. Prévalence des interventions chirurgicales de la gynéco- obstétricale dans les structures privées de la zone de santé de Beni

Dans les différentes structures, où nous avons réalisé nos différentes recherches, sur un total de 1315 intervention chirurgicale exécutée au sein de ces structures visitées, 349 interventions soit 26,5% d'entre elles étaient des interventions chirurgicales de la gynéco- obstétrique. Repartie comme suit : les interventions obstétricales et les interventions gynécologiques.

3.3. Intervention chirurgicale exécutée

Interventions chirurgicales à viser obstétricale

La césarienne domine largement parmi les interventions obstétricales, affectant plus de 9 femmes sur 10. D'autres interventions, telles que l'épissiotomie ou la réparation des déchirures, concernent un nombre moins important de femmes, mais restent des interventions clés dans le processus d'accouchement.

Tableau 2 : Réparation des résultats selon les interventions obstétricales

Interventions chirurgicales à viser obstétricale	FO	%
Césarienne	325	91,4
Extraction instrumentale	12	2,9
Épissiotomie	42	11,7
Dilatation et curetage	13	3,2
Réparation de déchirure (col, périnée et vagin)	23	6,6

Interventions réalisées dans le domaine de la Gynécologie

Les interventions les plus courantes sont la **myomectomie** et l'**ovariectomie**, touchant respectivement 8,3 % et 6,3 % des femmes. Les autres interventions chirurgicales, comme l'hystérectomie, la chirurgie pelvi-périnéale, ou l'hydrotubation, sont beaucoup moins fréquentes. Aucun cas de chirurgie cancéreuse ou de cœlioscopie n'a été enregistré, indiquant une faible prévalence des cancers gynécologiques dans cet échantillon, ou un manque d'accès à ces types de chirurgie.

Tableau 3 : Réparation selon les interventions réalisées dans le domaine de la Gynécologie

Interventions réalisées dans le domaine de la Gynécologie	FO	%
Myomectomie	29	8,3
Ovariectomie	22	6,3
Chirurgie pelvi-périnéale	1	0,3
Hydrotubation	1	0,3
Chirurgie cancéreuse	0	0
Cœlioscopie	0	0
Hystérectomie	5	1,4

3.4. Facteurs associés aux interventions gynécologiques et obstétricales

Les antécédents de l'enquête

Parmi les 349 fiches des enquêtées, un grand nombre ne présentait pas d'antécédents gynécologiques, chirurgicaux ou médicaux majeurs, mais on remarque une prévalence importante d'IST (35,2 %). Cependant, plusieurs d'entre elles étaient multipares et multigestes, avec un nombre d'enfants vivant variant de 4 et plus. Le mode d'accouchement par césarienne est très fréquent (38,1 %), et les avortements restent rares, avec la majorité des femmes (60,5 %) n'ayant pas subi d'avortement.



Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon leurs ATCD

ATCD	FO	%
ATCD gynécologiques et chirurgicaux		
Césarienne	143	41,0
Cerclage du col	15	4,3
GEU	14	4,0
Utérus cicatriciel	19	5,4
Fibrome utérin	19	5,4
Fracture du bassin	2	0,6
Fistule	33	9,5
Traitemen pour stérilité	6	1,7
ATCD médicaux		
Aucun ATCD	197	56,4
IST	123	35,2
Hypertension artérielle	17	4,9
Diabète	7	2,0
Tuberculose	3	0,9
VIH/Sida	3	,9
ATCD obstétricaux / Parité		
Grande multipare	81	23,2
Multipare	109	31,2
Nulpare	95	27,2
Paucipare	59	16,9
Primipare	5	1,4
Total	349	100,0
Gestité		
Multigeste	266	76,2
Nulgeste	39	11,2
Primigeste	44	12,6
Total	349	100,0
Enfants en vie		
4 enfants et plus	138	39,6
Aucun	1	,3
Aucun	97	27,8
Moins de 3 enfants	113	32,4
Total	349	100,0
Avortement		
0 avortement	211	60,5
4 Avortements et plus	3	,9
Moins 3 Avortements	135	38,7
Total	349	100,
Mode d'accouchement		
Par voie basse	130	37,2
Césarienne	133	38,1
Aucun	94	26,9

3.5. Les raisons d'intervention de la chirurgie

Les interventions de la chirurgie en Gynéco-obstétrique

Le tableau ci-dessous révèle que, les raisons des interventions de la chirurgie en Gynéco-obstétrique les plus



observées chez nos enquêtés sont notamment : SFA, suivi par BR/BL et KOD.

Tableau 2 :Réparation selon les raisons des interventions de la chirurgie en Gynéco-obstétrique

<i>Les raisons d'intervention</i>	<i>FO</i>	<i>%</i>
Hémorragie	33	9,5
Placenta prævia	12	3,4
Souffrance fœtale	28	8,0
SFA	108	30,9
DPPNI	16	4,6
BR / BL	69	19,8
KOD	60	17,2
KOG	37	10,6
Rupture utérine	24	6,9
Autres	51	14,0
GEU	11	3,0
Myome ou Fibrome	26	7,1

Maladie gynécologique

Les kystes ovariens sont la pathologie gynécologique la plus courante, affectant près d'un tiers des femmes. Les fibromes touchent également une part significative des femmes (8,3 %), bien que les autres pathologies spécifiques comme l'endométriose et l'infertilité soient beaucoup plus rares. Aucun cas de cancer gynécologique n'a été signalé, et les troubles comme le prolapsus restent marginaux. 55,6 % des femmes souffrent d'autres maladies, incluant des affections moins courantes ou non répertoriées dans les catégories principales.

Tableau 3 : Réparation des résultats selon les maladies gynécologiques

<i>Maladie gynécologique</i>	<i>FA</i>	<i>FO</i>	<i>%</i>
Kystes ovariens	349	100	28,7
Fibromes	349	29	8,3
Endométriose	349	4	1,1
Cancer gynécologique	349	0	0
Infertilité	349	3	0,9
Prolapsus d'organes pelviens	349	1	0,3
Autres raisons d'intervention	349	194	55,6

3.6. Complications les plus courantes des interventions chirurgicales gynéco-obstétrique

Les complications les plus courantes sont l'hémorragie (29,8 %) et les infections pelvi-périnéales (12,9 %). L'anémie est présente chez un petit nombre de femmes (5,2 %), tandis que les troubles psychiatriques sont extrêmement rares (0,6 %). Heureusement, aucune femme n'est décédée, et plus de la moitié (53,3 %) n'ont souffert d'aucune complication.



Tableau 4 : Réparation des résultats selon les complications après interventions chirurgicales gynéco-obstétricales

Complications après interventions	FA	FO	%
Hémorragie	349	104	29,8
Anémie	349	18	5,2
Infection (Pelvi-périnéale)	349	45	12,9
Troubles psychiatriques	349	2	,6
Mort	349	0	0,0
Aucun	349	186	53,3

4. DISCUSSION

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant subi des interventions chirurgicales en gynéco-obstétrique révèle une prédominance de femmes jeunes, avec une majorité dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans (49,3%) avec un niveau d'éducation secondaire ou supérieur, et les professions dominantes sont liées au secteur agricole (cultivateurs, commerçants, ménagères). Cette population jeune et active dans l'agriculture reflète bien la dynamique démographique observée dans plusieurs études africaines, où l'agriculture reste un pilier économique[23]. Une étude menée au Nigéria a révélé que les femmes jeunes sont également plus sujettes aux interventions chirurgicales gynéco-obstétriques, particulièrement en raison des complications obstétricales fréquentes [24].

Ce phénomène est corroboré par d'autres études qui montrent que les jeunes femmes sont les plus exposées aux interventions obstétricales, en raison de la prévalence des grossesses et des accouchements, notamment par césarienne [25], [26]. Un tel profil démographique suggère que la santé des jeunes mères nécessite une attention particulière dans les stratégies de soins obstétriques, particulièrement dans les contextes de pays en développement où l'accès à des soins de santé de qualité reste un défi majeur[27].

En ce qui concerne le niveau d'éducation, une majorité de femmes ont un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. Cela pourrait indiquer une meilleure sensibilisation aux risques obstétricaux et une propension à rechercher des soins de qualité. Ce lien entre le niveau d'éducation et la santé reproductive a été largement documenté [28]. Par ailleurs, les femmes exercent des professions diverses, principalement dans le secteur agricole, ce qui reflète une activité économique centrée sur les zones rurales.

Le profil religieux, avec une majorité de catholiques, suivis de protestants, s'inscrit dans un cadre culturel où la religion peut jouer un rôle significatif dans les choix de soins médicaux [29]. L'état matrimonial indique une forte proportion de femmes mariées ou cohabitantes, ce qui est souvent associé à une meilleure stabilité sociale et économique, mais aussi à un contexte où les pressions sociales liées à la maternité peuvent influencer la santé des femmes[30].

L'éducation étant un facteur déterminant dans l'accès aux soins de santé, les résultats montrent une tendance vers une meilleure prise en charge dans des zones où l'éducation est relativement élevée[31]. Les femmes catholiques et protestantes représentent les groupes religieux les plus nombreux, ce qui pourrait avoir un impact sur leurs choix de santé, notamment en termes de recours à la chirurgie pour des problèmes de santé spécifiques[32].

Prévalence des interventions chirurgicales

Les résultats montrent une prévalence notable des interventions gynéco-obstétriques (26,5 % des 1315 interventions chirurgicales), avec une prédominance des césariennes. Ce phénomène est largement rapporté dans les études sur les soins de santé maternels, où la césarienne est de plus en plus pratiquée en raison de la sécurité perçue qu'elle offre[33].

L'étude de la prévalence des interventions chirurgicales en gynéco-obstétrique dans les structures privées de la zone de santé de Beni montre que 26,5% des interventions sont de nature gynéco-obstétricale. Cela témoigne de l'importance de cette



spécialité dans les établissements de santé, un fait qui trouve un écho dans d'autres recherches montrant que les interventions gynécologiques et obstétricales représentent une proportion significative des actes chirurgicaux dans les pays en développement [34]. La césarienne, en particulier, domine largement parmi les interventions obstétricales, affectant 91,4% des cas. Cela reflète une tendance mondiale, notamment en Afrique, où la césarienne est souvent utilisée comme solution de sécurité face aux complications obstétricales [34]. Ce taux élevé de césariennes est en accord avec les observations de Manon et al. Manon et al., (2025) sur les facteurs de risque accrus chez les femmes multipares, notamment celles ayant des antécédents obstétricaux complexes.

4.2. Interventions Chirurgicales à Vise Obstétricale

Les interventions obstétricales sont principalement dominées par la césarienne, suivie par l'épisiotomie et la réparation des déchirures. La prévalence élevée de la césarienne dans les zones rurales peut être attribuée à plusieurs facteurs, tels que l'absence de structures adéquates pour un accouchement vaginal sécurisé, ainsi que la préférence pour les interventions chirurgicales dans des situations de maternité à risque [29]. D'autres interventions comme l'extraction instrumentale, l'épisiotomie et la réparation des déchirures sont moins fréquentes, mais jouent un rôle essentiel dans la gestion des complications durant l'accouchement.

Les interventions les plus courantes en obstétrique sont la césarienne (91,4 %), suivie de l'épisiotomie et de la réparation des déchirures. La césarienne reste l'intervention la plus fréquente dans de nombreuses études, avec une prévalence élevée en Afrique sub-saharienne [31]. Quant aux interventions gynécologiques, la myomectomie et l'ovariectomy dominent, ce qui est également cohérent avec d'autres études rapportant la fréquence de ces interventions dans les contextes africains[36].

Les interventions gynécologiques les plus courantes sont la myomectomie et l'ovariectomy, représentant respectivement 8,3% et 6,3% des cas. Les myomes utérins et les pathologies ovariennes sont des raisons fréquentes de recours à la chirurgie dans cette population. Le faible nombre d'hystérectomies et d'autres interventions plus complexes, comme la chirurgie pelvi-périnéale, peut être lié à un accès limité à des soins spécialisés ou à une prévalence moindre de ces pathologies dans les régions étudiées [37].

4.3. Facteurs Associés aux Interventions Gynécologiques et Obstétricales

Un autre aspect important de l'étude est la prise en compte des antécédents médicaux et obstétricaux des patientes. Les antécédents de césarienne, les IST et les complications obstétricales comme la grande multiparité sont des facteurs importants à considérer dans l'analyse des risques. En effet, les femmes ayant des antécédents de césarienne ou des infections sexuellement transmissibles (IST) sont plus susceptibles de nécessiter une intervention chirurgicale. La présence de maladies gynécologiques comme les kystes ovariens et les fibromes utérins souligne l'importance de la surveillance des pathologies bénignes dans les populations à risque [38].

Les antécédents médicaux des femmes, notamment les IST, semblent être un facteur clé dans les décisions d'intervention chirurgicale. L'impact des IST sur la santé reproductive des femmes est bien documenté dans la littérature [33], avec des conséquences sur les complications obstétricales, y compris les infections et les avortements spontanés. La prévalence des IST dans votre étude (35,2 %) est préoccupante et concorde avec les rapports existants sur les taux élevés d'infections sexuellement transmissibles dans cette région [32].

4.4. Complications des interventions

Les complications les plus fréquentes, telles que l'hémorragie et les infections pelvi-périnéales, sont des préoccupations majeures dans la chirurgie gynéco-obstétrique. De nombreuses études rapportent une forte incidence d'hémorragie après des interventions telles que la césarienne [31]. L'absence de décès et la fréquence élevée de femmes sans complications dans votre étude (53,3 %) est un résultat positif, qui pourrait être lié à des améliorations dans les soins post-opératoires et les infrastructures médicales.

Contrairement à l'étude faite par Kpatcha et al. Kpatcha et al. (2014) qui dans son étude portant sur les complications urologique de la chirurgie pelvienne avait trouvé que les lésions les plus fréquentes étaient la section urétérale (17%) et la fistule vésico-vaginal (15%) survenant surtout de l'intervention gynécologiques avec les césariennes qui aboutissaient aux hystérectomies (37%) au sommet de ces dernières et à Vignon et al. Vignon et al. (2016) qui signale que la moyenne d'apparition des symptômes



IJPSAT
ISSN.2509-0119

International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)
ISSN: 2509-0119.

© 2026 Scholar AI LLC.

<https://ijpsat.org/>

SCHOLAR AI
Be Smart

Vol. 55 No. 2 February 2026, pp. 58-71

était de 6jours avec (91,2%) qui étaient dominées par la perforation utérine (6cas) et abcès du Douglas (5cas) respectivement pour les complications génitales et digestives alors que les lésions urologiques étaient section urétérale (3cas), ligature urétérale (3cas), plaie urétérale partielle (2cas)et plaie vésicale (1cas).

5. CONCLUSION

Les résultats de cette étude mettent en lumière plusieurs caractéristiques importantes de la population féminine ayant subi des interventions chirurgicales gynéco-obstétricales dans les structures privées de la zone de santé de Beni. Les jeunes femmes, souvent multipares et avec un niveau d'éducation relativement élevé, représentent une part importante de la population étudiée. Les césariennes dominent parmi les interventions obstétricales, tandis que les interventions gynécologiques sont principalement liées à des pathologies bénignes comme les myomes et les kystes ovariens. Les complications, bien que présentes, semblent sous contrôle, mais nécessitent une attention particulière sur la gestion des infections et des hémorragies post-opératoires. Ces résultats suggèrent que des stratégies de prévention et de gestion post-opératoire peuvent encore être améliorées pour réduire les complications dans cette population.

Références

- [1] C. Brugeilles, « L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? », *Autrepart*, vol. 70, n° 2, p. 143-164, 2014, doi: 10.3917/autr.070.0143.
- [2] A. Dumont et C. Z. Guilmoto, « Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne », *Popul. Sociétés*, vol. 581, n° 9, p. 1-4, 2020, doi: 10.3917/popsoc.581.0001.
- [3] G. Gouret, P. Faucher, G. Kayem, et A. Pinton, « Étude prospective sur 46 patientes de la pratique de l'IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA : parcours de soins et complications », *Gynécologie Obstétrique Fertil. Sénologie*, vol. 51, n° 9, p. 415-419, sept. 2023, doi: 10.1016/j.gofs.2023.06.004.
- [4] A. Chevrot, F. Margueritte, X. Fritel, A. Serfaty, C. Huchon, et A. Fauconnier, « Hystérectomie : évolution des pratiques entre 2009 et 2019 en France », *Gynécologie Obstétrique Fertil. Sénologie*, vol. 49, n° 11, p. 816-822, nov. 2021, doi: 10.1016/j.gofs.2021.07.002.
- [5] A. Márquez Murrieta, « Les césariennes non nécessaires et la violence obstétricale au Mexique : une visibilité et des résonances croissantes », *Santé Publique*, vol. 33, n° 5, p. 685-694, 2021, doi: 10.3917/spub.215.0685.
- [6] I. Teguete, « ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE AU MALI : LEÇONS DU PROJET “FISTULA MALI” », *J. SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod.*, vol. 24, n° 1, Art. n° 1, déc. 2023, Consulté le: 21 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur: <http://jsago.org/index.php/jsago/article/view/133>
- [7] T. M. Kpatcha, P. Wangala, G. Botcho, M. Tchandana, D. Nembuzu, et A. S. Aboubakari, « Profil épidémiologique, anatomoclinique et thérapeutique des fistules urogénitales et rectovaginales au Togo », *Prog. En Urol.*, vol. 30, n° 11, p. 597-603, sept. 2020, doi: 10.1016/j.purol.2020.06.008.
- [8] S. Nader, « Profil épidémiologie des urgences chirurgicales à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V de Rabat », UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT, Rabat, 2016. [En ligne]. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/19392/M1472016.pdf?sequence=1>
- [9] F. A. Hamad, D. Trabelsi, W. Abidi, R. Achour, et R. B. Hmid, « Uterine fibroma: epidemiology study and therapeutic management », *Transylv. Rev.*, 2020, Consulté le: 21 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur: <http://transylvanianreviewjournal.com/index.php/TR/article/view/50>
- [10] A. Soumah *et al.*, « Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Prise en Charge Chirurgicale des Fibromyomes Utérins au Service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital National Ignace DeenCHU de Conakry 2022 », *ESI Prepr.*, vol. 22, p. 391-391, oct. 2023.



IJPSAT
ISSN.2509-0119

International Journal of Progressive Sciences and Technologies (IJPSAT)
ISSN: 2509-0119.

© 2026 Scholar AI LLC.
<https://ijpsat.org/>

SCHOLAR AI
Be Smart

Vol. 55 No. 2 February 2026, pp. 58-71

- [11] I. Balde *et al.*, « Hysterectomies at the conakry university hospitals: Social, demographic, and clinical characteristics, types, indications, surgical approaches, and prognosis », *Med. Sante Trop.*, vol. 24, juin 2014, doi: 10.1684/mst.2014.0339.
- [12] S. A. Traoré *et al.*, « Practice of hysterectomy in the obstetrics gynecology department of Sikasso Hospital », *Health Sci. Dis.*, vol. 24, n° 6, Art. n° 6, mai 2023, doi: 10.5281/hsd.v24i6.4533.
- [13] P. Assoumou Obiang *et al.*, « Aspects Épidémiologiques des Femmes Hospitalisées pour Myomes Utérins à Libreville », *Health Sci. Dis.*, vol. 25, n° 4, Art. n° 4, mars 2024, doi: 10.5281/hsd.v25i4.5489.
- [14] K. Séni, A. G. Horo, A. Koffi, K. E. Aka, M. Fomba, et M. Koné, « Rétrécissements du vagin d'origine caustique. À propos de 21 plasties », *Gynécologie Obstétrique Fertil.*, vol. 44, n° 3, p. 141-145, mars 2016, doi: 10.1016/j.gyobfe.2016.02.004.
- [15] G. B. MADOU, A. SALEH, A. TCHARI, I. S. R. WILFRIED, et D. KOLOMOSO, « Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'djamena sud (Tchad) », *Kisangani Médical Juin 2015, Vol 6 num 1*, Tchad, 2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://kismed-unikis.org/wp-content/uploads/2015/08/GEU.pdf>
- [16] K. C. Mutombo, B. justin Mikenji, et M. Mukandila, « PROFIL ET PRONOSTIC DES URGENCES OBSTETRICALES EN SALLE DE TRAVAIL DE LA MATERNITE BONZOLA A MBUJIMAYI », *Mali Méd.*, vol. 30, n° 4, 2015, Consulté le: 21 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur: <http://malimedical.org/2015/65d.pdf>
- [17] B. Kaki *et al.*, « Césarienne et infections du site opératoire : Aspects épidémiologiques et facteurs associés dans les hôpitaux de la ville de Lubumbashi », *Rev. Afr. Médecine Santé Publique*, vol. 7, n° 1, Art. n° 1, janv. 2024.
- [18] J. B. Nsambi *et al.*, « Fistules obstétricales dans la province du Haut-Katanga, République Démocratique du Congo: à propos de 242 cas », *Pan Afr. Med. J.*, vol. 29, p. 34, janv. 2018, doi: 10.11604/pamj.2018.29.34.14576.
- [19] M. A. Mumba, T. D. Kalala, K. Y. Muleka, T. R. Muambule, et M. J. Biayi, « PRATIQUE DE L'EPISIOTOMIE: ETAT DE LIEUX DES MATERNITES DES HOPITAUX DE REFRENCE DANS LA VILLE DE MBUJI-MAYI AU KASAI-ORIENTAL EN RD.CONGO. | Revue Médicale des Grands Lacs | EBSCOhost ». Consulté le: 21 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:132985291?sid=ebSCO:plink:crawler&id=ebSCO:gcd:132985291>
- [20] J. L. Paluku *et al.*, « Profil épidémiologique, anatomoclinique et thérapeutique des fistules obstétricales en République Démocratique du Congo », *PAMJ Clinical Medicine*, 2023. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com/content/article/12/22/pdf/22.pdf>
- [21] E. N. Namegabe, A. R. Bose, et D. M. Mayani, *Profil des Patients opérées: à l'Hôpital Général de HEAL AFRICA et à l'hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo*. Éditions universitaires européennes, 2017.
- [22] E. N. Namegabe, R. A. Bosse, et M. D. Mayani, « Profil des Patients opérées à l'Hôpital Général de HEAL AFRICA et à l'Hôpital Général de Référence de BÉNI, Province du Nord Kivu, République Démocratique du Congo. », 2016, Consulté le: 21 avril 2024. [En ligne]. Disponible sur: <https://auf.hal.science/hal-01325953/>
- [23] O. E. Ojeyemi, K. Ojeyemi, O. Ogunsuji, J. Akinnmoladun, G. Obajimi, et G. Ogbole, « Comparative Ultrasound Evaluation of Carotid Intima-Media Thickness in Preeclamptic and Healthy Normotensive Pregnant Women at a Nigerian Tertiary Hospital », *West Afr. J. Med.*, vol. 42, n° 4, p. 284-289, avr. 2025.
- [24] A. A. Okunowo *et al.*, « Trend, Epidemiology, and Clinical Characteristics of Vulvar Cancers in Lagos, Nigeria: A Facility-Based Study », *Cureus*, avr. 2025, doi: 10.7759/cureus.83041.
- [25] C. J. Buick *et al.*, « Predictors of Supportive Care in Young Adults Diagnosed With a Gynaecologic Malignancy », *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, vol. 47, n° 11, p. 103115, nov. 2025, doi: 10.1016/j.jogc.2025.103115.
- [26] D.-P. C. Ugoji *et al.*, « Audit of Patients who were Referred from a Free Medical Outreach on Account of Utero-Vaginal Prolapse to a Tertiary Health Center in South East Nigeria.: Audit of Patients who were Referred from a Free Medical



Outreach on Account of Utero-Vaginal Prolapse to a Tertiary Health Center in South East Nigeria. », *Afr. J. Health Soc. Sci.*, vol. 2, n° 2, p. 57-62, sept. 2025.

- [27] R. A. Shakhalev *et al.*, « Medical and social profile of patients with pelvic organ prolapse/stress urinary incontinence indicated for reconstructive surgery », *Urol. Her.*, vol. 13, n° 1, p. 63-76, mars 2025, doi: 10.21886/2308-6424-2025-13-1-63-76.
- [28] G. Prajapati, A. N. Shetti, et U. S. Haripriya, « Retrospective Analysis of Patients Who Visited a Rural Tertiary Care Hospital for a Pre-Anesthesia Examination », *J. Med. Dent. Front.*, vol. JMDF/Vol 2, n° Issue 1, 2025, Consulté le: 24 octobre 2025. [En ligne]. Disponible sur: <https://journalofmedicalanddentalfrontiers.com/wp-content/uploads/2025/06/9-OR-Retrospective-PAC-study-1.pdf>
- [29] E. R. Mudafort *et al.*, « Ectopic pregnancy management and higher risk sexual behavior during the COVID-19 pandemic at a safety net hospital », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 54, n° 7, p. 102981, sept. 2025, doi: 10.1016/j.jogoh.2025.102981.
- [30] M. A. Güler *et al.*, « Evaluation of rotation experiences of emergency medicine specialist students », *Intercont. J. Emerg. Med.*, vol. 3, n° 2, p. 23-30, juin 2025, doi: 10.51271/ICJEM-0053.
- [31] S. D. Harlow *et al.*, « The relation of heavy or prolonged bleeding during the menopause transition to risk of hysterectomy », *Womens Health*, vol. 21, p. 17455057251351418, juill. 2025, doi: 10.1177/17455057251351418.
- [32] A. S. Bossick *et al.*, « Trajectories and risk factors of depressive symptomatology following hysterectomy », *Menopause*, août 2025, doi: 10.1097/GME.0000000000002606.
- [33] A. Qatawneh *et al.*, « Predictive Factors of Pelvic Organ Prolapse and the Quality of Life Among Jordanian Women: A Case-Control Study », *Int. J. Womens Health*, vol. Volume 17, p. 2299-2311, juill. 2025, doi: 10.2147/IJWH.S519065.
- [34] N. Ahmed, M. A. Reza, K. Saha, R. Khanom, S. Talukder, et A. Akram, « Prevalence and Risk Factors for Surgical Site Infection Following Cesarean Section in a Tertiary Care Hospital », *Open J. Obstet. Gynecol.*, vol. 15, n° 2, p. 261-271, 2025.
- [35] M. Manon *et al.*, « Risk factors for failed enhanced recovery after planned caesarean delivery », *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod.*, vol. 54, n° 6, p. 102957, juin 2025, doi: 10.1016/j.jogoh.2025.102957.
- [36] A. Bartolomé, C. Villalaín, R. Alarza, Y. García-Castro, A. Galindo, et Á. Tejerizo, « Development of vulva nomograms and assessment of female genital self-image: does the size of labia minora really matter? », *J. Sex. Med.*, p. qdaf243, sept. 2025, doi: 10.1093/jsxmed/qdaf243.
- [37] J. B. Long *et al.*, « Socioeconomic, Demographic, and Provider Determinants of Staged Versus Concomitant Surgery for Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence », *J. Clin. Gynecol. Obstet.*, p. 75-83, oct. 2025, doi: 10.14740/jcgo1521.
- [38] S. Zhu, M. Zhu, et Y. Zhang, « Determinants of Fertility-Sparing Surgery Choice in Cervical Cancer: A Narrative Review », *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, vol. 52, n° 5, p. 38836, mai 2025, doi: 10.31083/CEOG38836.
- [39] T. M. Kpatcha *et al.*, « Complications urologiques de la chirurgie pelvienne au CHU Aristide Le Dantec de Dakar », *Afr. J. Urol.*, vol. 20, n° 4, Art. n° 4, 2014, doi: 10.1016/j.afju.2014.04.007.
- [40] K. Vignon, N. Natta'Ntcha, M. Mehinto, D. Mehinto, et F. Hodonou, « COMPLICATIONS CHIRURGICALES UROGÉNITODIGESTIVES DES ACTES GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX: PRISE EN CHARGE EN CHIRURGIES VIScéRALE ET UROLOGIQUE DU CNHU-HKM DE COTONOU », vol. 16, 2016.