

PROLAPSUS UTERIN : PREVALENCE, FACTEURS DE RISQUE ET PRISE EN CHARGE A KISANGANI EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

[UTERINE PROLAPSE : PREVALENCE, RISK FACTORS AND MANAGEMENT IN KISANGANI IN DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO]

Likilo Osundja Jeremy¹, Bosenge Nguma Jean Didier¹, Lemalema Litanga Benjamin², Kyembwa Mulyumba Michel³, Taji Leki¹, Katenga Bosunga¹, and Komanda Likwekwe¹

¹Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université de Kisangani, Kisangani, RD Congo

²Hopital CELPA à Kisangani, RD Congo

³Département de Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Goma, Goma, RD Congo

Copyright © 2017 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Introduction:* Uterine prolapse is a descent of the uterus into the small pelvis that can be associated with the descent of the vagina, the bladder and the rectum. In this study, our goal was to determine the prevalence and major risk factors for uterine prolapse in Kisangani, and to describe its management.

Material and methods: A cross-sectional study with a descriptive and multicentric focus was carried out in 5 main general reference hospitals and university clinics in the town of Kisangani from 1st January 2005 to 1st January 2015. We selected 43 cases of uterine prolapse on 7039 cases of gynecological pathologies.

Results: The prevalence of uterine prolapse is 0.61% in Kisangani; 93.02% had consulted for organ removal and 69.76% for abdomino-pelvic pain. 20.93% of these patients were aged 61-70 years, 18.6% were over 70 years of age with Extremes: 18 and 73 years, 76.73% had a parity greater than or equal to 4, 12.05% were obese and 32.53% of patients were HIV positive. The Dolleris-Pellonda was performed in 51.16% and the total hysterectomy at 34.88%. Recurrences were recorded in 16.27% of cases.

Conclusion: Uterine prolapse remains a reality in medical practice in our town. If several risk factors are found, it is also appropriate to retain the role played by HIV / AIDS infection in the genesis of this disease.

KEYWORDS: uterine prolapse, Hysterectomy, Dolleris-Pellonda, organ outlet.

RESUME: *Introduction:* Le prolapsus utérin est une descente de l'utérus dans le petit bassin qui peut s'associer de la descente du vagin, de la vessie ainsi que du rectum. Dans cette étude, notre objectif a été de déterminer la prévalence et les principaux facteurs de risque de prolapsus utérin à Kisangani, et décrire sa prise en charge.

Matériel et méthodes: Une étude transversale à visée descriptive et multicentrique s'était déroulée dans 5 principaux hôpitaux généraux de référence et aux cliniques universitaires de la ville de Kisangani du 1^{er} janvier 2005 au 1^{er} janvier 2015. Nous avons retenu 43 cas de prolapsus utérin sur 7039 cas des pathologies gynécologiques

Résultats: La prévalence de prolapsus utérin est de 0,61% à Kisangani ; 93,02% des cas avaient consulté pour Sortie d'organe et 69,76% pour douleur abdomino-pelvienne. 20,93% de ces patientes étaient âgées de 61-70 ans, 18,6% de plus de 70 ans avec des extrêmes : 18 et 73 ans, 76,73% avaient une parité supérieur ou égale à 4 ; 12,05% étaient Obèses et 32,53% des patientes étaient VIH positif. Le Dolleris-Pellonda a été réalisée dans 51,16% et l'hystérectomie totale à 34,88%. Les récidives ont été enregistrées dans 16,27% des cas.

Conclusion: Le prolapsus utérin demeure une réalité dans la pratique médicale dans notre ville. Si plusieurs facteurs de risque sont retrouvés, il sied de retenir également le rôle joué par l'infection à VIH/Sida dans la genèse de cette maladie.

MOTS-CLEFS: prolapsus utérin, Hystérectomie, Dolleris-Pellonda, sortie d'organe.

1 INTRODUCTION

Le prolapsus génital est une migration anormale permanente, transitoire d'un ou plusieurs organes pelviens modifiant la forme et/ou la situation des parois vaginales, pouvant aller jusqu'à leur extériorisation à travers la fente urogénitale. Le prolapsus utérin est une descente de l'utérus dans le petit bassin qui peut s'associer à la descente du vagin, de la vessie ainsi que du rectum [1].

Les lésions traumatiques des releveurs de l'Anus, les dénervations de la musculature du plancher pelvien, les anomalies bio-statiques pelviennes, l'obésité, les pathologies pulmonaires chroniques, les anomalies des courbures de rachis, la corticothérapie, la chirurgie pelvienne, les constipations chroniques sont les éléments à la base d'un prolapsus génital [2].

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle affectant la qualité de vie de nombreuses femmes. Il atteint plutôt la femme âgée mais n'épargne pas des jeunes patientes [3], [4].

Le prolapsus génital est un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence, de son coût et de son impact important sur la qualité de vie avec de retentissement sur la fonction urinaire, sexuelle et digestive [5].

Au niveau mondial, la prévalence des prolapsus génitaux est mal connue. Au Québec, les prolapsus urogénitaux représentent 13% des indications d'hystérectomies et ils font l'objet de 500.000 interventions environ par an. Aux Etats unies, le risque cumulé de chirurgie pour le trouble de la statique pelvienne augmente avec l'âge pour atteindre 11,1% à 80 ans. En Grande Bretagne, le prolapsus génital est responsable de 1/5 des indications de chirurgie gynécologique, son incidence annuelle est de 20 cas pour 10.000 femmes [6].

En Afrique, les prolapsus utérins font l'objet de plusieurs consultations, qui, parfois sont insuffisamment documentées. Au Maroc, la prévalence de différents types de prolapsus génitaux s'est relevée à 30,8% au sein d'une population âgée de 20-59 ans où les hystéroptoses et les cystocoèle se sont révélés à 9,4% et 22,4%. Seuls 2% de cas de prolapsus génital atteignaient la vulve [7].

En RDC, la fréquence des prolapsus génitaux qui augmente avec l'âge : à 80 ans ils représentent 49,7% avec un risque cumulé d'être opéré tout au long de la vie d'un trouble de la statique pelvienne soit 11% [2]. Dans l'ancienne Province de Katanga plus précisément dans la ville de Lubumbashi, en 2012 dans la Zone de Santé de Kampemba, la prévalence de prolapsus utérin variait de 0,8-1,2% dans une population des grandes multipares cible à partir du 5^e accouchement, et cela d'une aire de santé à l'autre [8].

Dans le Sud Kivu, en 2003, la prévalence de prolapsus utérin s'est révélée à 5,7% chez les femmes et filles ayant été victime de violence sexuelle pendant les différents épisodes des guerres qui se sont succédés [1].

Dans la Province Orientale en général et dans la Ville de Kisangani en particulier, les prévalences de ces troubles de la statique pelvienne se font rares quand bien même qu'il existe quelques cas isolés et non répertoriés.

Quelle est la prévalence des prolapsus utérins ainsi que les facteurs de risque associés dans la ville de Kisangani ? Comment sont-ils prise en charge ?

2 OBJECTIFS

- Déterminer la prévalence de prolapsus utérin chez les patientes ayant consulté les Services de Gynécologie et d'Obstétrique des hôpitaux généraux de référence et des cliniques universitaires de Kisangani ;
- Déterminer les principaux facteurs de risque des troubles de la statique pelvienne dans notre milieu ;
- Déterminer la prise en charge de ces patientes.

3 MATERIEL ET METHODES

MATERIEL D'ETUDE

POPULATION D'ETUDE

Toutes les patientes consultées et soignées dans les différents services de Gynéco-Obstétrique des Institutions Sanitaires retenues de la Ville de Kisangani, du 1^{er} Janvier 2005 au 1^{er} Janvier 2015. Au total 7039 patientes ont été consultées et soignées dans les services de gynécologies de nos structures Sanitaires.

ECHANTILLONAGE

L'échantillonnage de convenance. Dans la présente étude, la taille minimale de l'échantillon est de 30 cas. Notre échantillon était constitué de 51 cas dont 8 fiches de nos cas ne contenaient pas toutes les informations nécessaires ont été déclassées. De ce fait, notre échantillon était fait de 43 cas.

TYPE D'ETUDE

Etude transversale à visée descriptive, rétrospective qui s'est déroulée dans les Hôpitaux Généraux de Référence de la Ville de Kisangani (Kabondo, Lubunga, Makiso Kisangani, Mangobo et Tshopo) ainsi qu'aux Cliniques Universitaires sur les cas des prolapsus utérins durant une période allant du 1^{er} Janvier 2005 au 1^{er} Janvier 2015.

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Nous avons utilisé le logiciel SPSS, version 20.0, et avons recouru aux statistiques suivantes : Pourcentage, Moyenne arithmétique, Fréquence et Taux. Les formules utilisées :

i. Pourcentage

$$\% = \frac{F}{N} \times 100 \text{ où}$$

%= pourcentage

F= fréquence relative

N= somme totale de toutes les fréquences

ii. Moyenne des données groupées

$$x = \frac{fx_i}{f} \text{ où}$$

x= moyenne

f=effectif

Xi= milieu des classes

4 RESULTATS

4.1 PRÉVALENCE DES PROLAPSUS UTÉRIN

Sur un total de 7039 patientes ayant consulté nos différentes formations médicales, seuls 43 ont présenté un prolapsus utérin, soit une prévalence de 0,61%.

Tableau I. Répartition des cas des prolapsus utérin selon la fréquence par institution sanitaire

HGR	Total de cas	Cas de prolapsus	Pourcentage
TSHOPO	256	1	0,39
MANGOBO	489	3	0,61
CUKIS	593	5	0,84
LUBUNGA	728	7	0,96
MAKISO	1801	10	0,56
KABONDO	3172	17	0,53
TOTAL	7039	43	0,61

La Prévalence de prolapsus utérin à Kisangani est de 0,61%.

4.2 MOTIF DE CONSULTATION

Le tableau II présente les patientes en fonction de leur motif de consultation.

Tableau II. Répartition des cas selon les motifs de consultation

Plainte principale	Fréquence	Pourcentage
Douleur abdomino-pelvienne	30	69,76
Incontinence urinaire	5	11,62
Hémorragie génitale	12	27,90
Sortie d'organe	40	93,02

93,02 % des patientes ont consulté pour sortie d'organe, 69,76% pour douleur abdomino-pelvienne et 11,62% pour incontinence urinaire.

4.3 FACTEURS DE RISQUE DE PROLAPSUS UTERIN

4.3.1 AGE DES PATIENTES

Ici, nous répartissons les cas selon leur âge en tranche d'âge.

Tableau III. Répartition des cas en fonction de l'âge

Tranche d'âge	F	%
<20	1	2,33
21-30	5	11,62
31-40	6	13,95
41-50	7	16,28
51-60	7	16,28
61-70	9	20,93
>70	8	18,61
TOTAL	43	100

La tranche d'âge de 61-70 ans est représentée à 20,95% soit 9 cas, suivi de celle de plus de 70 ans à 18,61% soit 8 cas. Celles dont l'âge varie de 41-50 ans et 51-60 ans représentent chacune 16,28%. La moyenne d'âge est de 45,5 ans. L'âge minimal est 18 ans et maximal de 73 ans.

4.3.2 PARITÉ

Le Tableau IV classe nos patientes en fonction de leur parité

Tableau IV. Répartition des cas selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Paucipare	10	23,25
Multipare	14	32,55
Grande multipare	19	44,18
TOTAL	43	100

44,8% de nos cas sont de grande multipare et 32,55% de multipare. Seul 23,25% sont des paucipares.

4.3.3 POIDS

Ici, nous répartissons tous les cas en fonction de leur poids

Tableau V. Répartition des cas selon le poids de la patiente

Poids de la patiente (Kg)	Fréquence	Pourcentage
40-50	8	18,60
51-60	10	23,26
61-70	9	20,93
71-80	2	4,65
81-90	3	6,97
>90	11	25,58
Total	43	100

Le poids moyen est de 65 Kg. 25,58 % de nos patientes pesaient plus de 90 Kg , 23,26% avaient un poids allant de 51-60 Kg, celles de 61-70 Kg de poids sont à 20,93 % et 6,97 % représentent de cas dont le poids varie de 81-90 Kg.

4.3.4 AUTRES FACTEURS DE RISQUE DU PROLAPSUS UTÉRIN

Le Tableau VI repartit les patientes en fonction des autres facteurs de risque retrouvés

Tableau VI. Répartition des cas selon le facteur de risque

Facteur de risque	Effectif	%
VIH	27	32,53
Notion de fibromyome utérin	19	22,89
Tuberculose	15	18,07
Notion de déchirure périnéale	12	14,46
Obésité	10	12,05

Le VIH est en tête de tous les facteurs de risque avec 32,53%, suivi de Notion de fibromyome utérin à 22,89%, la notion de tuberculose à 18,9% et l'Obésité à 12,05%.

4.3.5 DEGRÉ DE PROLAPSUS UTÉRIN

Le Tableau VII classe nos cas en fonction du degré de prolapsus utérin diagnostiqué.

Tableau VII. Répartition de cas selon les Degré des prolapsus

DEGRE	Fréquence	Pourcentage
I ^{er} et II ^{ème}	3	6,97
III ^{ème}	27	62,79
III ^{ème} compliqué	13	30,23
TOTAL	43	100

Le prolapsus du troisième degré est le plus fréquent, 27 cas soit 62,79%. Il est suivi de ceux du 3^{ème} degré compliqué à 30,23% soit 13 cas et 1^{er} et 2^{ème} degré à 6,17%.

4.3.6 ACTES OPÉRATOIRES ET EVOLUTION

Le Dolléris-péllonda est la technique la plus appliquée avec 51,16 %, suivi de l'hystérectomie soit 34,88%, enfin vient la Promonto-hystéropexie à 13,95%. Dans l'ensemble de cas des guérisons ont représenté 74,41% de cas, les cas de récurrences soit 16,27%, tandis que 9,30% de cas sont morts.

5 DISCUSSION

5.1 PRÉVALENCE DU PROLAPSUS UTÉRIN

La prévalence du prolapsus utérin dans notre recherche est de 0,61% soit 43 cas dans un ensemble de 7039 patientes ayant consulté les services de gynécologies de nos différentes formations médicales.

Nos résultats sont proches de ceux de Coulibaly B. à l'hôpital Simone Dolo de Mopti au Mali qui a obtenu 0,46% soit 70 cas de prolapsus utérin dans une population de 15285 consultations gynécologiques [9], Thimote D. 1% à l'hôpital Gabriel de Touri [10], et Simba D. 1,4% à l'hôpital de point G [11].

Baye M. au Cameroun (Doula) a trouvé une prévalence de prolapsus utérin à 10,6% [12]. Ce grand écart avec notre étude serait dû au fait que Baye M a mené une enquête épidémiologique au sein d'une population où les femmes se marient au bas âge et dont la plupart était multipare et ne savait pas venir en consultation au moment voulu.

En comparant nos résultats à ceux d'Omanyombe M. au Sud Kivu [13] où elle a trouvé une prévalence du prolapsus utérin à 5,7%, on note un grand écart au sein d'un même pays. Cela serait dû au fait qu'à l'Est de la RD Congo, on note plusieurs cas de violence sexuelle et qui se solderaient par la suite à des prolapsus génitaux (surtout utérin), et également par la présence des organismes internationaux qui répertorient et prennent en charge des cas d'espèce.

5.2 MOTIF DE CONSULTATION

Le motif de consultation majeur était la sortie d'organe (sensation d'une masse entre les cuisses) avec 93,02 % suivi de la douleur abdomino-pelvienne à 69,76% et de l'incontinence urinaire avec 11,62%.

Nos résultats sont similaires à ceux de Coulibaly B. [9] où le principal motif de consultation était fait de tuméfaction à la vulve (49,20%), pesanteur pelvienne (19%) et une incontinence urinaire à l'effort (11,10%).

D'autres auteurs africains ont trouvé la même proportion pour les incontinenances urinaires dont Diop MB (11,70%) et Eulalie K. (14%) [14].

Par contre, Lecuru E. et al. en France, ont trouvé une proportion de 38% [15], Frisella et al. en Italie 22,20% [16], et Jumas aux USA et Nerimendez et al. au Mexique 100% pour l'incontinence urinaire à l'effort [17].

Nous pensons qu'en dehors de l'ignorance de nos patientes sur la maladie en soit, la pauvreté ou le manque de moyen financier ne permet pas à ces sujets d'accéder aux consultations et soins gynécologiques à temps où la plupart de ces problèmes seraient résolus et elles arrivent à un stade avancé de la maladie.

Nous pensons également que l'absence des moyens d'explorations spécialisés (colpocystrogramme, épreuve urodynamique, ...) qui permettent de diagnostiquer les incontinenances urinaires d'effort potentielles ou masquées, dans nos milieux serait à la base de ce faible taux ou pourcentage de l'incontinence urinaire chez nos patientes.

5.3 FACTEURS DE RISQUE

5.3.1 AGE

Les femmes âgées de 61-70 ans constituaient 20,93% de cas, 18,61% de cas représentaient celles âgées de plus de 70 ans, et 16,28% englobaient les patientes de 41-50 ans et 51-60 ans pour chaque groupe. Avec une moyenne d'âge de 45,5 ans.

Nos résultats sont proches de ceux de Swift SE, qui a retrouvé une proportion de 21% du prolapsus utérin chez les patientes de plus de 70 ans [18]

Nos patientes âgées de 18 à 29 ans étaient moins nombreuses soit 12,95%, ce qui n'était pas le cas chez Swift SE où elles représentaient 27% de tous ses cas [18].

Nos résultats ne sont pas proches de ceux d'Olsen et al. [3], et Brunette P. Danjou à Paris [19], qui ont trouvé une moyenne d'âge à 61,8 ans avec un maximum de fréquence de 51-60 ans soit 36,1%. [3], [19] et Wetzel O. et al. au Mexique qui ont trouvé 55 ans [13]. Cela pourrait s'expliquer par la taille de leur échantillon, et surtout du milieu d'étude par rapport au notre, un milieu défavorable où la plupart des patientes n'arrivent pas à l'hôpital suite à la pauvreté qui rend parfois les consultations inaccessibles. L'espérance de vie variable d'un milieu à l'autre, celle-ci étant plus basse en Afrique que dans les pays occidentaux, expliquerait la différence d'âge moyen et l'âge de la prédominance de cas de prolapsus utérin dans nos milieux que ceux des pays industrialisés [3], [19], [20].

Néanmoins, notre moyenne d'âge est proche de celle de Coulibaly B. au Mali à 41 ans [9], et celle de Diop MB au Sénégal, soit 38 ans [21].

Nous sommes d'avis que le prolapsus utérin est une pathologie qui touche surtout la femme âgée, le vieillissement étant un facteur de risque important. Mais il n'épargne pas des patientes jeunes de moins de 30 ans [22].

5.3.2 PARITÉ

Les multipares et grandes multipares assemblaient 76,73% de l'ensemble de nos cas.

Nos résultats sont semblables à ceux observés par Dietz et al. [23], et Kearney R et al. [24].

La parité constitue en soit un des facteurs de risque prouvés des prolapsus génitaux [23]. Ce qui n'est pas étonnant que nous puissions avoir en majorité des multipares et des grandes multipares dans les rangs de nos cas.

Nous pensons qu'à l'accouchement, avec le passage du fœtus, qu'il y ait des lésions périnéales à type d'arrachement musculaire ou de neuropathies d'étirement pouvant entraîner un dysfonctionnement ultérieur.

5.3.3 POIDS DES PATIENTES

Les poids de patientes variaient de 40 à 120 Kg avec un poids moyen de 65 Kg. Celles pesant 40-50 Kg étaient à 18,60 % et 61-70 kg à 20,93%. Les poids au-delà de 90 Kg étaient majoritaires à 25,58%. Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Jaafar Y. à Bamako dans la recherche sur les prolapsus génitaux où les femmes pesant 40-51 Kg représentaient 26,1%, celles de 61-70 Kg à 33,6% et plus de 90 kg majoritaire à 39,9% [25].

Nous sommes d'accord avec la littérature qui stipule que l'excès ou perte de poids aurait de l'influence sur le plancher pelvien. Dans la cachexie, il y a béance des orifices naturels (vagin et anus) ; dans l'obésité, on note une perte de tonicité. Le tonus converge vers la perte de tonicité et l'élasticité des organes de soutien et d'orientation de l'utérus qui seraient à la base d'un prolapsus utérin [26], [27].

5.4 AUTRES FACTEURS DE RISQUES

Les autres facteurs de risque dominants sont la notion du VIH (32,53%), le fibromyome utérin (22,89%), les notions de tuberculose pulmonaire (18,07%) et l'obésité à 12,05%.

Nos résultats sont similaires à ceux d'Amadou T.T au Mali où la notion du fibromyome utérin dominait parmi les facteurs de risque de prolapsus utérin [28] et Philippe M François chez qui la perte de poids dominait [29].

Nous pensons que la dénutrition observée en cas du VIH serait à la base du relâchement du système musculo-ligamentaire qui soutient l'utérus ; la toux chronique, en cas de tuberculose pulmonaire augmenterait la pression intra-abdominale en raison

de toux répétées ; et les fibromyomes étant parfois à la base de constipation chronique seront tous un meilleur atout à l'apparition de prolapsus utérin au sein de notre population d'étude.

Chez nous ,12,05% de nos cas étaient obèses. Hendrix SL [26] et al. , et Wu JM et al. [27] ont fait les mêmes observations de leurs recherches. L'obésité fait partie prenante de facteur de risque majeur de prolapsus utérin.

Néanmoins, d'autres auteurs ont également trouvé des facteurs de risques de prolapsus utérin qui ne sont pas aussi différents de ceux trouvés par dans cette recherche tels que l'obésité et/ou le surpoids, la multiparité avec accouchement des fœtus macrosomes étaient majoritaires de tous les facteurs de risque [30], [31], [32], [33].

5.4.1 DEGRÉ DE PROLAPSUS UTÉRIN

Le prolapsus utérin du 3^{ème} degré (non ou compliqué) était à 93,01% dans l'ensemble de cas enregistrés. Notre résultat est similaire à celui de Chennoufi MB et al. [9] où le prolapsus du 3^{ème} degré était dominant à 93,63% et Thimothe D. à 36% [10], Assem E B. en Inde à 58,7% [34]. Nos résultats sont largement supérieur à de Swift SE qui a observé une prévalence de 33,9% pour le prolapsus utérin de troisième degré [18].

Par contre, Ornella L V B et al. [35], et Swift SE [18] ont retrouvé une prédominance de prolapsus utérin de 2^{ème} degré.

La prédominance du prolapsus utérin du 3^{ème} degré pourrait s'expliquer par le fait que le plus souvent les patientes viennent à l'hôpital lorsque le prolapsus devenait très gênant et important suite à cette saillie permanente ou temporaire de l'utérus (col) à travers la vulve.

5.4.2 PRISE EN CHARGE (ACTE OPÉRATOIRE) ET EVOLUTION

100% de nos cas ont été opérés. Ce qui est contraire aux données de la littérature qui présume que seuls 11-20% des patientes avec prolapsus génital seront opérées [36].

Le Dolleris-pellondo a été réalisé à 51,16% de cas suivi d'hystérectomie par voie abdominale à 34,38%, ce qui est similaire aux actes réalisés dans la recherche de Coulibaly B [6] et Emmanuel David Montefiore et al.[37].

Les récidives ont été observées à 16,27% de cas surtout chez les patientes chez qui on a réalisé le dolleris-pelonda. Notre résultat est largement inférieur à celui d'Olsen AL et al. qui a trouvé 30% de récidives après une intervention antérieure du prolapsus utérin [3].

Pour nos cas, nous pensons que cela pourrait être dû à un défaut technique de l'exécution de l'acte opératoire et à la faiblesse musculaire de nos patientes âgées. A la place, il serait préférable de réaliser simplement une hystérectomie totale.

6 CONCLUSION

Le prolapsus utérin demeure une réalité dans la pratique médicale dans nos milieux. Sa prévalence s'est élevée à 0,61%. Les notions de multiparité, de fibromyome utérin, des infections à VIH, l'obésité, l'âge avancé ont été les facteurs de risques majoritaires chez nos patientes. Le Dolleris-pellonda était la technique chirurgicale la plus employée.

REFERENCES

- [1] Harrech Y E H J. et al. Prolapsus chez la femme, *J.Obstet Bioreprod* 2006, 453 : 701-6
- [2] Medjito M. Prise en charge des prolapsus des femmes âgées, *9^e Congrès de la SAERM*, 2011
- [3] Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997 ; 89 : 501-6
- [4] Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010 ; 116 : 1096-100.
- [5] Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Jonsson Furk M. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol* 2014 ; 123 :1201-6
- [6] Husaunndee. M. Rousseau, Deleflie M. Traitement chirurgical des prolapsus génitaux par une nouvelle technique d'hystéropexie latérale prothétique combinant voie vaginale et coelioscopique. *J. Gynecolobst et Bioreprod*, 2003,320:24-7.
- [7] Chiara G et al. Pelvic organ descent and symptoms of pelvic floor disorders, *American journal of obstetrics and gynecology*, 2005, p193, 53-7.

- [8] Cuzin B. Prolapsus génital comme complication du viol avec violence en RD. Congo, rapport de 2002/OMS en VEFF, Lyon-France
- [9] Coulibaly B. Prolapsus génital à l'hôpital SOMINE ddo de Mopti, traitement chirurgical et pronostique, *thèse de Médecine*, Université de BAMAKO, 2013
- [10] Mauroy B. Incontinence d'urine de la femme EMC, J . Néphrologie-urologie, : 18-D-20.1999, 14 P.
- [11] Nyggard I, Bradley C and Brandt D. Women's health initiative; pelvic organ prolapse in older Women: Prevalence and risk factors. *J.Obst gynecology* 2004, 104: 489-97.
- [12] Mage P. L'interposition d'un treillis synthétique dans la cure par voie vaginale des prolapsus génitaux. *J.Obstet Bioreprod*, 1999.835-9.
- [13] Omanyombe M C et al. Le corps de femme comme champ de bataille, Sud-Kivu, RD. Congo, 2003, p41
- [14] Narducci F, Ocelli B, Casson F, Querleu JP D et al. L'arc tendineux du fascia pelvien: étude anatomique, *J gyneco obstet Bio reprod*. 2014, 29:644-649
- [15] Moalli PA , Jones IS, Meyn LA, Zyczynski HM .Risk factors associated with pelvis floor disorders in women obstetric gynecology. *J gyneco obstet Bio reprod*. 2003. 101: 869-74
- [16] Eva UF, Gunw, Prebenik. *Prevalence of urinary end fecal incontinence and symptom of genital prolapse in women*, *Act obstet-gynecolscand*. 2003 ; 82 :280-6
- [17] Drancour E, Youinou Y. Traitement de l'incontinence urinaire féminine d'Effort avec cystocele par promonto-fixation utérine au Goretex et intervention de Bruch Progress en urologie, *Annal Urol* .2013.234 :145-51
- [18] Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of femal subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000 ; 183 : 277-85
- [19] Peacock L, Wiskind M. and Wall AK.Clinical features of urinary incontinence and urogenital prolapsed in a black incercity population. *Am J obstetric gynecology*,2012.40: 345-48
- [20] Wheeler TL ,Richler HE. Analysis of the impact of partial colpocleisis for the management of severe pelvic organ prolapse, *Am J obstetric gynecology*, 2005
- [21] Deval. Le prolapsus, Evolution de techniques, *praticien Hospitalier ch bs*, Septembre 2003.
- [22] Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US Women. *JAMA* 2008 ; 300 : 1311-6
- [23] Dietz HP, Simpson JM. Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse. *BJOG* 2008 ; 115 : 979-84
- [24] Kearney R, Miller JM, Ashton-Miller JA , DeLancey JO.Obstetric factors associated with levator ani muscle injury after vaginal birth.*Obstet Gynecol* 2006;107:144-9
- [25] Jaafar Y. Prolapsus de la femme de moins de 50 ans, *thèse de Médecine*, Université de Paris, 2005
- [26] Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTieinan A. Pelvic organ prolapse in the Wome's Health Initiative : gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 186 : 1160-6
- [27] Wu JM , Vaughan CP, Goode PS, Redden DT, burgio KL, Richter HE, et al. Prevalence and trends of symptomatic pelvic floor disorders in US Women. *Obstet Gynecol* 2014 ; 123 ; 141-8
- [28] Amadou TT et al. 5^e congrès mondial francophone de chirurgie, CICB 2010, *Mali. Ann.urol*. 1993, 27,5 :288-291.
- [29] Bernard B et al. Gynécologie chirurgicale, Amette édition 2000
- [30] Chiapfanino F, Chatenoud L, Din D M, Mechia M, Boumaguide A, Amicorelli F et al. Reproductive factors, Family history, Occupation and risk of urogenital prolapse. *Eur J obstetric Gynecology* 1999, 82: 64-67
- [31] Eric, Maher J, Barber C M. Pelvic organe prolapse, *Lancet* 2007; 369: 1027-38
- [32] Samuelson EC, Victor FT, Tibblin G, Svardsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999, 180(2Pt1) : 299-305
- [33] Mant J et al. Epidémiologie de prolapsus génital, observation de l'association de planification familiale d'Oxford, 2000
- [34] Assem E-B. A prospective Randomized study comparing abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospinous fixation for the management of vault prolapsed. *J. obstet. Gynecol* .Feb. 2015, 99-104.
- [35] Ornella L V B, Wagner L ,Renaud de T. Obturator neuropathy : An adverse outcome of a trans-obturator vaginal mesh to repair pelvic organ prolapse. *Am J obstetgynecol*. July 2013,256: 100-104
- [36] Giraudet G, Lucot J.-P, Quinton J.-F, Cosson M. Prolapsus génitaux. EMC-Gynécologie, Volume 11>n°4>Octobre 2016 :290-A-10
- [37] Montefiore E D, Barranger E ,Dubernard G, Darai E. Functional results and quality-of-life bilateral sacrospinous ligament fixation genital prolapsed. *J. obstet. Gynecol*, 2007. 246: 340-44.