



Article original

e-ISSN : 2617-5746

p-ISSN: 2617-5738

## Polymorphisme clinique de prolapsus génital : à propos de 139 cas à l'hôpital général de référence de Panzi.

Clinical polymorphism of genital prolapse: report of 139 cases at Panzi general referral hospital.

**Mukanire Ntakwinja<sup>1,2</sup>, Kakoma Sakatolo<sup>3</sup>, Mongwa Mbikilile<sup>1</sup>, Tamubango Herman<sup>3,4</sup>, Arung Willy<sup>5</sup>, Ilunga Eloge<sup>6</sup>, Denis Mukwege<sup>1,2</sup>, Albert Mwembo<sup>3,7</sup>**

1. Hôpital général de référence de Panzi, Université Evangélique en Afrique,
2. Département de gynéco obstétrique, faculté de médecine, Université Evangélique en Afrique,
3. Département de Gynécologie et d'obstétrique, faculté de médecine UNILU,
4. Institut Supérieur des techniques médicales de Likasi,
5. Département de chirurgie, faculté de médecine UNILU,
6. Université de Kinshasa,
7. Département de santé de publique, faculté de médecine UNILU.

### RESUME

**Introduction :** Le polymorphisme clinique de prolapsus des organes pelvien suite à la diversité d'organe pouvant être concerné est lié aux défaillances des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme. C'est un problème de santé publique qui se révèle gênant, voire douloureux dans la vie quotidienne et sexuelle de femme atteinte. Cette étude était menée à l'Hôpital Général de Panzi pour une période de 4ans, afin de déterminer les différentes formes que peut prendre la symptomatologie des prolapsus génital.

**Méthodes :** c'est une étude descriptive et analytique longitudinale prospective réalisée sur 139 opérées de département de gynécologie de prolapsus génital à l'hôpital de Panzi allant du 1er avril 2019 au 1 avril 2023. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 23.

**Résultats :** 139 opérées de prolapsus génital sur 2719 patientes soit une fréquence de 5,1%. La tranche d'âge de 26 à 35 ans était la plus touchée soit 43,9%. La parité était en association avec le stade clinique III et IV ( $p < 0,001$ ). La voie basse était retrouvée dans 81,7% des cas. La boule dans le vagin était dans 97,7% chez les patientes avec stade 3,01-1,3 et  $p = 0,038$ ). Le prolapsus de l'étage antérieur était le cystocèle avec 52,3% pour le stade 3 et 77,7% de cas d'hystérocèle pour l'étage moyen au stade 3. Les stades 2 et 3 de rectocèle étaient plus représentés soit 37,3% et 49,2%.

**Conclusion :** La clinique de prolapsus est diversifiée définissant son polymorphisme dont la prédominance et la précocité des certains signes donnent l'idée sur l'organe prolabé ainsi permettre d'orienter vers un diagnostic topographique et faciliter la prise en charge.

**Mots clés :** Prolapsus génital, Polymorphisme clinique, Hôpital de Panzi.

**Abstract**

**Introduction:** The clinical polymorphism of pelvic organ prolapses, due to the diversity of organs that may be involved, is linked to failures in the support and suspension systems of women's pelvic organs. It's a public health problem that can be embarrassing, even painful, in the daily and sexual life of the woman affected. This study was carried out at Panzi General Hospital over a 4-year period, in order to determine the different forms that genital prolapse symptomatology can take.

**Methods:** this is a prospective longitudinal descriptive and analytical study carried out on 139 gynecology department genital prolapse surgeries at Panzi Hospital running from april 01, 2019 to april 01, 2023. Statistical analyses were performed using SPSS 23 software.

**Results:** 139 genital prolapse surgeries out of 2719 patients, i.e. a frequency of 5.1%. The 26-35 age group was the most affected (43.9%). Parity was associated with clinical stage III and IV ( $p < 0.001$ ). The vaginal route was used in 81.7% of cases. The ball in the vagina was found in 97.7% of patients with stage 3 (P value=0.038). Prolapse of the anterior stage was cystocele, with 52.3% of cases at stage 3 and 77.7% of cases of hysterocele in the middle stage at stage 3. Rectocele stages 2 and 3 were more represented, at 37.3% and 49.2% respectively.

**Conclusion:** The clinical picture of prolapse is diversified, defining its polymorphism. The predominance and precociousness of certain signs give an idea of the prolapsed organ, thus enabling orientation towards a topographical diagnosis and facilitating management.

**Key words:** Genital prolapse, Clinical polymorphism, Panzi Hospital.

**Correspondance**

Mukanire Ntakwinja, Département de pédiatrie, faculté de médecine, UNILU, RDC

Téléphone : xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Email : [bmukanire@yahoo.fr](mailto:bmukanire@yahoo.fr)

Article reçu : 02-02-2024

Accepté : 31-10-2024 Publié : 29-01-2025



Copyright © 2025. Mukanire Ntakwinja et al. 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.

Pour citer cet article : Mukanire Ntakwinja et al. Polymorphisme clinique de prolapsus génital : rapport de 139 cas à l'hôpital général de référence de Panzi. 2025. 8(1) : 296 - 310

## Introduction

Le prolapsus génital est une entité anatomo-clinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme. Il est souvent ressenti comme une « boule » ou un corps étranger dans le vagin[1,2]. Ce problème se révèle gênant, inconfortable et peut avoir des répercussions au niveau urinaire (incontinence urinaire), digestif (incontinence anale, constipation) et sexuel (gêne et parfois douleurs lors des rapports sexuels) [3–5].

Les organes pelviens les plus concernés, sont : la vessie (cystocèle) ; l'utérus (hystérogène) et le rectum (rectocèle). Les accouchées sont les plus exposées avec 10 à 20% de cas des manifestations clinique de celui-ci[6,7].

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[8].

En Afrique le prolapsus génital est un motif fréquent de consultation mais la documentation demeure encore insuffisante. Les examens cliniques adoptent la Pelvic Organ Prolapse quantification Classification (POPQ) respectivement permettant de mesurer le de degré de descente des organes pelviens (**tableau I**). Le symptôme le plus corrélé à la présence d'un prolapsus à un stade avancé est la « sensation » d'une boule vaginale [6,9,10].

La répercussion de cette pathologie sur la vie quotidienne de la plupart des femmes en âge de procréation surtout sur le plan conjugal avait motivé la présente étude à l'hôpital général de référence de Panzi afin de déterminer la prévalence et le polymorphisme clinique de prolapsus génital des organes pelviens.

## Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective analytique et descriptive effectuée à l'Hôpital Général de Référence de Panzi (l'HGR Panzi) sur les cas de prolapsus gynécologiques (utérins) durant la période allant du 1er avril 2019 au 1 avril 2023, soit 4 ans. Ont été incluses dans cette étude, toutes les femmes ayant été opérées à l'HGR Panzi pour prolapsus génital pendant la période d'étude, tout en excluant toutes patientes qui ne répondaient pas à nos critères d'inclusion.

Nous avons utilisé un échantillon de convenance portant sur 139 patientes (N) ayant été opérées dans le département de gynéco-obstétrique de l'HGR Panzi pour prolapsus utérin sur un total de 2719 patientes ayant été consultées pour le même problème au cours de notre période d'étude. L'observation directe a été faite suivi de l'administration d'un questionnaire

comportant des données sociodémographiques, cliniques et paracliniques à remplir, le stade clinique d'évolution de maladie était évalué par la quantification du prolapsus des organes pelviens (POP-Q Classification) (**tableau I**). Les logiciels Microsoft Excel 2019, Word et SPSS version 23 nous ont aidés pour le nettoyage, traitement et l'analyse de nos données. Etais considéré significative une valeur p inférieur à 0,05, pour un intervalle de confiance (IC) de 95%. Les consentements éclairés étaient obtenus auprès des participants et de chef de l'établissement dans le respect de droit médical.

**Tableau I. La quantification du prolapsus des organes génitaux (POPQ Classification)**

| Stade clinique   | Caractéristiques   |
|------------------|--|
| <b>Stade 0</b>   | Pas de prolapsus. Les points Aa, Ba, Ap, Bp sont tous à -3cm.  |
| <b>Stade I</b>   | la partie la plus distale du prolapsus se situe à plus de 1 cm au-dessus du niveau de l'hymen.   |
| <b>Stade II</b>  | La valeur de quantification est inférieure à -1 cm. La partie la plus distale du prolapsus se situe à 1 cm ou moins en amont ou en aval de l'hymen.  |
| <b>Stade III</b> | La valeur de quantification est $\geq -1$ cm mais $\leq +1$ cm.  |
| <b>Stade IV</b>  | La partie la plus distale du prolapsus se produit à plus de 1 cm sous le plan hyménal. La valeur de quantification est $> (+1)$ mais $< (tvI - 2cm)$ . Éversion complète des parois vaginales. Valeur de quantification $> (+Tvl - 2)$ |

Publié par Elsevier Masson SAS en 2016[11]

## Résultats

### Données socio démographiques et examens préopératoires

#### Prévalence

Les 139 patientes colligées souffrant de prolapsus génital qui ont été opérées à l'hôpital général de référence de Panzi pour les 4 années de cette étude sur un total de 2719 des patientes ayant le même problème pendant la période d'étude représentaient 5,1% des cas. L'incidence de la chirurgie du prolapsus génital varie de 2,01 à 3,5 pour 1 000 années-femmes.

**Tableau II. La répartition des patientes selon les données sociodémographiques**

| Variables                  | N=139 | Pourcentage |
|----------------------------|-------|-------------|
| <b>Tranche âge (ans)</b>   |       |             |
| 15 – 25                    | 39    | 28,1        |
| 26 – 35                    | 65    | 46,8        |
| 36 – 49                    | 35    | 25,1        |
| <b>Profession</b>          |       |             |
| Cultivatrice               | 112   | 80,6        |
| Ménagère                   | 23    | 16,5        |
| Elève / étudiante          | 3     | 2,2         |
| Fonctionnaire              | 1     | 0,7         |
| <b>Provenance</b>          |       |             |
| Rurale                     | 135   | 97,1        |
| Urbaine                    | 4     | 2,9         |
| <b>Tranche parité</b>      |       |             |
| Nullipare                  | 4     | 2,9         |
| Primipares                 | 4     | 2,9         |
| Paucipares                 | 56    | 40,3        |
| Multipares                 | 27    | 19,4        |
| Grandes multipares         | 48    | 34,5        |
| <b>Sexuellement active</b> |       |             |
| Oui                        | 134   | 96,4        |
| Non                        | 5     | 3,6         |

Il ressort de ce tableau 2 que les patientes dont la tranche d'âge variée entre 26 et 35 ans étaient les plus représentées soit 46,8%. Les cultivatrices étaient les plus touchées soit 80,6% de cas. Les patientes en provenance rurale constituaient 97,1% de cas. Cette étude montre que 134 patientes (96,40) était sexuellement active.

### Polymorphisme de symptômes

La clinique des prolapsus des organes pelviens au niveau vaginale avait adopté plusieurs formes suite à la diversité des organes des étages pelviens. Dans le cadre de cette étude, l'association de prolapsus utérin (Hystérocèle) à celui de la vessie(cystocèle) et rectum(rectocèle) chez la population d'étude, a permis à mettre en évidence une clinique diversifiée. L'adaptation de la Classification clinique de la quantification des prolapsus des organes pelviens (**tableau II**) a permis de mesurer la descente vaginale de l'organe après chaque effort effectué par les patientes ou Valsalva. L'association entre les éléments variables clinique et les stades cliniques POPQ ont été recherchés et sont représentés dans **le tableau II**.

**Tableau III. La répartition des patientes selon les étages pelviens, type d'organe concernés et le stade clinique POP Q**

| Etage             | Organe selon le stade | n(%)       |
|-------------------|-----------------------|------------|
| <b>Antérieur</b>  | <b>Cystocèle</b>      | n/130      |
|                   | Stade 1               | 1 (0,8)    |
|                   | Stade 2               | 38 (29,2)  |
|                   | Stade 3               | 68 (52,3)  |
|                   | Stade 4               | 23 (17,7)  |
| <b>Moyen</b>      | <b>Hystérocèle</b>    | n/139      |
|                   | Stade 3               | 108 (77,7) |
|                   | Stade 4               | 31 (22,3)  |
| <b>Postérieur</b> | <b>Rectocèle</b>      | n/118      |
|                   | Stade 1               | 3 (2,5)    |
|                   | Stade 2               | 44 (37,3)  |
|                   | Stade 3               | 58 (49,2)  |
|                   | Stade 4               | 13 (11,0)  |

De ce tableau ressort que 130cas de cystocèle étaient retrouvé au niveau de l'étage pelvien antérieur, avec 68 patientes soit 52,3% ayant le stade 4. L'hystérocèle qui était présent chez toutes les patientes au niveau de l'étage moyen avec une prédominance de stade 3 soit 108cas (77,7%) contre 31 cas (22,3%) avec le stade 4. En postérieur, le rectocèle était présent chez 118 patientes avec une prédominance de stade 3 avec 58 cas (49,2%).

**Tableau IV. Association entre les antécédents familiaux de POP, la plainte, la durée de la symptomatologie et la cystométrie au stade clinique POP Q :**

| Variables                          | N   | Hystérocèle |          | p      |
|------------------------------------|-----|-------------|----------|--------|
|                                    |     | Stade 3     | Stade 4  |        |
| <b>Antécédents familiaux (POP)</b> |     |             |          |        |
| Non                                | 120 | 96(63,2)    | 24(36,8) | 0,358  |
| Oui                                | 19  | 12(80,0)    | 7(20,0)  |        |
| <b>Plaintes</b>                    |     |             |          |        |
| Sensation d'une boule              | 121 | 96(79,3)    | 25(20,7) | <0,001 |
| Douleurs pelviennes                | 53  | 38(71,7)    | 15(28,3) |        |
| Pesanteur                          | 31  | 23(74,2)    | 8(25,8)  |        |
| Tuméfactions                       | 26  | 18(69,2)    | 8(30,8)  |        |
| Constipation                       | 20  | 17(85,0)    | 3(15,0)  |        |
| Pollakiurie                        | 15  | 10(66,7)    | 5(33,3)  |        |
| Dysurie                            | 15  | 9(60,0)     | 6(40,0)  |        |
| Fuite d'urine                      | 9   | 9(100,0)    | 0(0,0)   |        |
| <b>Cystométrie</b>                 |     |             |          |        |
| Incontinence urinaire de stress    | 60  | 43(71,7)    | 17(28,3) | <0,001 |
| Aucun                              | 47  | 37(78,7)    | 10(21,3) |        |
| Vessie hyperactive                 | 22  | 18(81,8)    | 4(18,2)  |        |
| Miction anormale                   | 7   | 7(100,0)    | 0(0,0)   |        |
| Incontinence urgente               | 2   | 2(100,0)    | 0(0,0)   |        |
| Rétention urinaire                 | 1   | 1(100,0)    | 0(0,0)   |        |
| <b>Durée avant consultation</b>    |     |             |          |        |
| <1 ans                             | 2   | 0(0,0)      | 2(100,0) | 0,046  |
| 1-6 ans                            | 122 | 101(82,8)   | 21(17,2) |        |
| ≥7 ans                             | 15  | 7(46,7)     | 8(53,3)  |        |

Ce tableau montre qu'il n'existe pas des différences significatives entre les antécédents familiaux de prolapsus des organes pelvien (POP) ( $p$  value > 0,05) et le stade clinique POPQ 3 et 4. Il existe une différence significative entre les signes fonctionnels et le stade clinique POPQ ( $p$  value < 0,001) avec une prédominance de sensation de la boule intra vaginale. La comparaison des proportions entre les variables explicatives de stade 3 et 4 de l'hystérocèle est démontrée dans le tableau XVI. L'incontinence urinaire de stress était la plus retrouvée à la cystométrie avec 60 cas pour 43 patientes (71,7%) ayant le stade 3 POPQ et vessie hyperactive

était chez 18 patientes (81,8%) avec un p value égal à 0,001(représentant l'existence d'association entre la cystométrie et le stade clinique POPQ). Il existe une association entre la durée des symptomatologies avant la consultation et les stades cliniques POP Q(p=0,046).

**Tableau V. L'association entre la tranche d'âge, la profession, la provenance et la parité aux stades cliniques de la classification POP Q de prolapsus génital.**

| Variables                | N   | POP-Q     |           | p      |
|--------------------------|-----|-----------|-----------|--------|
|                          |     | Stade 3   | Stade 4   |        |
| <b>Tranche âge (ans)</b> |     |           |           |        |
| 15 – 25                  | 39  | 29(74,4)  | 10 (25,6) | 0,417  |
| 26 – 35                  | 65  | 49(75,4)  | 16(24,6)  |        |
| 36 – 49                  | 35  | 30(85,7)  | 5(14,3)   |        |
| <b>Profession</b>        |     |           |           |        |
| Cultivatrice             | 112 | 86(76,8)  | 26(23,2)  | <0,001 |
| Ménagère                 | 23  | 18(78,3)  | 5(21,7)   |        |
| Elève / étudiante        | 3   | 3(100,0)  | 0 (0,0)   |        |
| Fonctionnaire            | 1   | 1(100,0)  | 0(0,0)    |        |
| <b>Provenance</b>        |     |           |           |        |
| Rurale                   | 135 | 104(77,1) | 31(22,9)  | 0,277  |
| Urbaine                  | 4   | 4(100,0)  | 0(0,0)    |        |
| <b>Nullipares</b>        |     |           |           |        |
| Oui                      | 43  | 16(37,2)  | 27(62,8)  | <0,001 |
| Non                      | 96  | 92(95,8)  | 4(4,2)    |        |
| <b>Multipares</b>        |     |           |           |        |
| Oui                      | 96  | 92(95,8)  | 4(4,2)    | <0,001 |
| Non                      | 43  | 16(37,2)  | 27(62,8)  |        |

A la lecture de ce tableau, les différences statistiques ont été observées entre les professions, le nullipare et les stades 3 et 4.

## Discussion

Cette étude portant sur 139 cas de prolapsus génitale opérés pour une clinique polymorphe, a permis de mettre en évidence une prévalence de 5,1% pour le 3 années d'étude à l'hôpital générale de référence de Panzi. Dans cette série l'incidence de la chirurgie du prolapsus génital varié de 2,01 à 3,5 pour 1 000 années-femmes.

Ces résultats corroborent aux à ceux de Lousquy et al[12] qui ont trouvé une prévalence des prolapsus variant de 2,9 à 11,4 % ou 31,8 à 97,7 %. Par contre Kayembe et al[9] à Kinshasa ont trouvé une fréquence globale de 1,2%.

De même Barber et Maher[4] ont trouvé que le prolapsus des organes pelviens (POP), défini par des symptômes, avait une prévalence de 3 à 6 % et jusqu'à 50 % si l'on se base sur l'examen vaginal. Par contre la chirurgie du prolapsus génital était pratiquée deux fois plus souvent que la chirurgie de l'incontinence et soit une incidence de 6 et 18 %. Cette différence s'expliquerait par le fait que les données de la littérature montrent des écarts considérables dans les chiffres concernant la prévalence des prolapsus génital par ailleurs elles démontrent que ces différences de chiffres peuvent être dues à des populations étudiées non comparables, mais surtout à la méthode de diagnostic employée posant le problème de la définition de la maladie[12].

### 1. Provenance

La grande majorité des patientes provenaient des milieux ruraux était retrouvé chez 135 cas. Ces résultats sont supérieurs à ceux de Sori et al[13] qui aussi ont observé une prédominance des patientes résidentes des milieux ruraux soit 70,7% des cas. Peu des données de la littérature justifie cette prédominance rurale mais le bas niveau socioéconomique des patientes joue un rôle considérable par le fait d'accès limité aux soins obstétricaux d'urgence de qualité et la plupart des médecins (spécialistes gynécologues et obstétriciens) en Afrique subsaharienne sont condensés dans les centres urbains[14].

### 2. Age

La tranche d'âge la plus touchée était entre 26 à 35 ans avec des extrêmes compris entre 15 et 49ans, et une moyenne d'âge est de  $28 \pm 7$ ans. Ces résultats n'étaient pas significatifs dans la régression linéaire bivariée (P value >0,05). Ces résultats sont différents à ceux Sori et al[13] ont trouvé deux tranches d'âge prédominantes 40 à 49 ans et 50 à 59 ans dans 25% avec une moyenne de 46 ( $\pm 12$ ) ans et 49 (53,3 %) avaient moins de 49 ans. La tranche d'âge comprise entre 36 et 49 représentait 85,7% des patientes ayant le stade 3 de POP. Par contre, Lousquy et al[12] ont trouvé avait trouvé que 70,27 % des femmes ayant un stade 3 avaient plus de 50ans.

Ces résultats sont divergents de ceux de la littérature stipulant que la prévalence du prolapsus augmente avec l'âge jusqu'à environ 50 ans pour ensuite rester stable[15,16]. Cette différence s'expliquerait par l'activité physique intense observé pendant l'adolescence comme décrite par Bradley al[10]. Au près de 191 femmes étudié et qu'on observe dans des pays subsaharienne suite aux bas niveau socioéconomique tout en gardant les troubles de la statique pelvienne pouvant concerner n'importe quelle femme [17].

### 3. Parité :

Dans la description ; cette étude montre que les paucipares étaient les plus représentées soit 56 cas et les grandes multipares ayant le stade 4 de POP prédominant 89,6%. Cependant il

n'existe pas une différence significative entre la parité et le stade clinique de POP Q (p value > 0,05)

L'étude de Vergeldt et al[18] avait montré que les femmes ayant un enfant avaient une probabilité quatre fois plus élevée de présenter une POP et nécessitaient des soins hospitaliers et celles ayant deux enfants, une probabilité 8,4 fois plus élevée, par rapport aux femmes nullipares. Nos résultats concordent à ceux de la littérature stipulant que même si la parité est un facteur de risque établi de POP primaire, elle ne constitue pas un facteur de risque de récurrence[18].

Par contre d'autres études ont démontré l'implication de la parité dans l'aggravation des prolapsus génital, c'est le cas de Swift et al[19] qui ont trouvé 27,1 % des patientes nullipares avec le stade 0, 58,3 % de stade I et 14,6 % de stade 2. Chez des patientes ayant accouché entre une et trois fois, ils ont trouvé que 5 % d'elles avaient le stade, aussi 0, 47,0 % des nullipares avait le stade I, 45,8 % de stade 2 et enfin 2,2 % de stade 3. Nous n'avons pas trouvé assez des données de la littérature qui expliqueraient cette différence des données observées.

#### **Voie d'accouchement**

Certaines études démontrent l'impact de voie d'accouchement sur le prolapsus[20–22], pour notre série 113 patientes (81,7%) ont accouchées par voie basse contre 26 autres par voie haute représentant 18,3% de cas

Cette prédominance de la voie basse comme l'un des facteurs de survenue de prolapsus s'expliquerait par l'observation faite par Dietz et al[23]. Démontrant la diminution de risque de prolapsus génital après un accouchement par césarienne d'où nous avons observé que toutes les patientes souffrant de POP de stade élevé (2, 3 et 4) avaient accouché par voie vaginale.

#### **4. Le polymorphisme des symptômes :**

Dans la présente étude, le symptôme retrouvé chez 96 patientes soit 79,3% de cas patientes avec le stade 3 était la sensation de « boule » vaginale (p value à 0,0004). Ce symptôme était fréquemment associé à d'autres plaintes souvent pouvant changer des formes selon les stades d'évolution de prolapsus soit d'ordre urinaire (s'il s'agit de cystocèle), digestif (s'il s'agit de rectocèle), associé à ceux gynécologiques (s'il s'agit d'hystérocèle), cette variation des symptômes a été considérée comme le polymorphisme dans le contexte de cette étude.

Ces résultats corroborent à ceux de Armengaud et al[24] qui avaient trouvé le symptôme le plus fréquemment rapporté était la sensation de tuméfaction ou boule vaginale mais les symptômes urinaires (incontinence urinaire, dysurie), anorectaux ou une gêne lors des rapports sexuels étaient fréquemment associés. Swift et al[19] ont inclus 1 004 femmes

examinées dans le cadre de leur suivi gynécologique annuel mais l'association entre constipation et risque de POP n'était pas significative (OR = 0,73 (0,38-1,42)). Dans cette étude la constipation au stade 3 représentait 85,0%.

Nos résultats rejoignent aussi ceux Apostolopoulos et al[2] qui ont trouvé dans leur étude 88.9% avaient une sensation de boule intra-vaginale, 63% avaient une incontinence urinaire.

La durée de prolapsus génital avant la consultation était pour 122 patientes soit 87,8% de cas entre 1 et 6 ans, cependant 134 patientes (96,40%) étaient sexuellement active. Ces résultats sont proches à ceux de Sori et al[13] qui ont trouvé 79,3 % des patientes présentaient des symptômes de POP depuis 5 ans ou moins tandis que six patientes présentaient des symptômes depuis plus de dix ans. Par contre chez lui Cinquante-six patientes (60,9 %) étaient sexuellement actives et trois présentaient une incontinence urinaire associée.

L'étude de Romanzi et al[25] a évalué les troubles urinaires de 60 femmes présentant une cystocèle (58 % de stade 1 ou 2 et 42 % de stade 3 ou 4). L'hyper mobilité cervico-urétrale ( $p < 0,05$ ) et les troubles de vidange vésicale ( $p < 0,01$ ) étaient plus fréquemment associés aux cystocèles de stade 3 ou 4 dans leur étude. Un syndrome obstructif urinaire était également significativement plus fréquent en cas de cystocèle de stade 3 à 4 en bilan urodynamique (4 % en cas de stade 1 ou 2 vs 58 % en cas de stade 3 ou 4 ;  $p < 0,001$ )[26]. Nous n'avons pas assez d'arguments pour expliquer cette variation des symptômes retrouvés par rapport à ceux d'autres auteurs.

Cette étude montre que le prolapsus de l'étage antérieur était le cystocèle avec 68 cas (52,3%) pour le stade 3 et aussi 108 cas (77,7) cas d'hystérocèle pour l'étage moyen à son stade 3. Le rectocèle quant à lui, le stade 2 et 3 étaient plus représentés soit 44 cas (37,3%) et 58 cas (49,2%).

## Conclusion

Cette étude a montré que la prévalence de prolapsus des organes pelviens au niveau vaginale est élevée chez la femme en âge de procréation à l'hôpital Panzi. La sensation de la boule intra vaginale marque un stade évolué (3 et 4) de POP, par ailleurs elle peut parfois apparaître à certain stade précoce (1 et 2) de la maladie.

La clinique de prolapsus peut prendre plusieurs formes liées aux différents organes présents au niveau des étages pelviens et cette diversité des symptômes définit le polymorphisme de cette clinique dont la prédominance et la précocité des certains signes donne l'idée sur l'organe le plus concerné.

La place de l'imagerie reste importante, non seulement pour permettre de déterminer l'étage touché mais aussi diagnostiquer les stades précoces de la maladie et exclure certaines complications pouvant avoir lieu après un traitement chirurgical.

**Contribution des auteurs :** tous les auteurs ont contribué

**Conflit d'intérêt :** aucun

**Financement :** aucun

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Manonai J, Sarit-apirak S, Udomsubpayakul U. Vaginal ring pessary use for pelvic organ prolapse: continuation rates and predictors of continued use. *Menopause*. 2019; 26: 665-9. DOI:10.1097/GME.0000000000001277.
2. Apostolopoulos NV, Alexandraki KI, Gorry A, Coker A. The early benefits of Laparoscopic Sacrocolpopexy. *J Gynecol Obstet Human Repr*. 2019; 48: 799-804. DOI: 10.1016/j.jogoh.2019.07.006.
3. Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int Urogynecol J*. 2005; 16: 497-503. DOI: 10.1007/s00192-005-1326-1.
4. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013; 24: 1783-90. DOI: 10.1007/s00192-013-2169-9.
5. Thibault F, Wagner L, Rouvellat P, Seni G, Brouziyne M, De Tayrac R, Droupy S, Costa P. Prolapsus uro-génital : analyse de la sexualité préopératoire. *Prog Urol*. 2012; 22: 665-670. DOI: 10.1016/j.purol.2012.08.266.
6. Forner LB, Beckman EM, Smith MD. Symptoms of pelvic organ prolapse in women who lift heavy weights for exercise: a cross-sectional survey. *Int Urogynecol J*. 2020; 31: 1551-1558. DOI:10.1007/s00192-019-04163-w.
7. Shek KL, Rane A, Goh J, Dietz HP. Stress urinary incontinence after transobturator mesh for cystocele repair. *Int Urogynecol J*. 2009; 20: 421-425. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0789-2>.
8. Jeremy LO, Didier BNJ, Benjamin LL, Michel KM, Bosunga K, Likwekwe K. Prolapsus utérin : prévalence, facteurs de risque et prise en charge a Kisangani en république démocratique du Congo. 2017; 22: 29-37.
9. Kayembe AT, Muela AM, Baleka AM, Mushengezi DS, Tozin RR. Genital prolapse: epidemiology, clinic and therapeutic at Saint Joseph hospital of Kinshasa. *Pan Afr Med J*. 2020; 37: DOI: 10.11604/pamj.2020.37.196.21818.
10. Bradley CS, Zimmerman MB, Wang Q, Nygaard IE. Vaginal Descent and Pelvic Floor Symptoms in Postmenopausal Women: A Longitudinal Study. *Obstet Gynecol*. 2008; 111: 1148-53. DOI:10.1097/AOG.ob013e31816a3b96.

11. Persu C, Chapple CR, Cauni V, Gutue S, Geavlete P. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. *J Med Life*. 2011; 4: 75–81.
12. Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. *Prog Urol*. 2009; 19: 907-15. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2009.09.011>.
13. Sori DA, Bretones S, Mellier G, De Rochambeau B. Prevalence and surgical outcomes of stage 3 and 4 pelvic organs prolapse in Jimma university medical center, south west Ethiopia. *BMC Women's Health*. 2022; 22: 410. DOI: 10.1186/s12905-022-01992–8.
14. Grodos D, Tonglet R. Maîtriser un espace sanitaire cohérent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de santé à l'épreuve. *Tropical Med Inter Health*. 2002; 7: 977-92. DOI:10.1046/j.1365-3156.2002.00925.x.
15. Adjoussou SA, Bohoussou E, Bastide S, Letouzey V, Fatton B, De Tayrac R. Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital. *Prog Urol*. 2014; 24: 511-517. DOI: 10.1016/j.purol.2013.11.015.
16. Abrar S, Mohsin R, Saleem H. Surgery for pelvic organ prolapse and stress urinary incontinence and female sexual functions: A quasi-experimental study. *Pak J Med Sci*. 2021; 37: 1099-1103. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.37.4.3892>.
17. Olsen A, Smith V, Bergstrom J, Colling J, Clark A. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstetrics & Gynecology*. 1997; 89: 501–6.
18. Vergeldt T, Weemhoff M, IntHout J, Kluivers K. Risk factors for pelvic organ prolapse and its recurrence: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2015; 26: 1559-73. DOI: 10.1007/s00192-015-2695–8.
19. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *American J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 795-806.
20. Mothes AR, Raguse I, Kather A, Runnebaum IB. Native-tissue pelvic organ prolapse (POP) repair with perineorrhaphy for level III support results in reduced genital hiatus size and improved quality of life in sexually active and inactive patients. *European J Obstet Gynecol Reprod Bio*. 2023; 280: 144-149. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.11.023.

21. Ghanbari Z, Veisi F, Eftekhari T, Deldar M, Mostaan F, Adabi K. Concomitant pericervical reconstruction with sacrospinous hysteropexy: Anatomical and functional results. *Taiwanese J Obstet Gynecol.* 2023; 62: 252-5. DOI: 10.1016/j.tjog.2022.09.008.
22. Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, Fatton B, Hermieu J-F, Marret H, Meurette G, Cortesse A, Wagner L, Fritel X. Clinical Practice Guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017; 46: 387-91. DOI: 10.1016/j.jogoh.2017.05.001.
23. Dietz HP, Simpson JM. Does delayed child-bearing increase the risk of levator injury in labour? *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007; 47: 491-5. DOI: 10.1111/j.1479-828X.2007.00785.x.
24. Armengaud C, Fauconnier A. Prolapsus génital : définition, sémantique, évaluation clinique et score de symptômes et de qualité de vie. *La Presse Médicale Formation.* 2023; 4: 37-47.
25. Romanzi LJ, Chaikin DC, Blaivas JG. The effect of genital prolapse on voiding. *Journal of Urology.* 1999; 161: 581-6.
26. Romanzi LJ, Tyagi R. Hysteropexy compared to hysterectomy for uterine prolapse surgery: does durability differ? *International urogynecology journal.* Springer; 2012; 23: 625-31.