

Pelvic Organs Prolapse : Epidemiological And Clinical Aspects In Abidjan.

Saki Téa Corneille^{1a}, Dia Jean-Marc Lamine^{2a}, Okon Gérard^{1a},
Kume Stéphane³, Bohoussou PE^{4a}, Guié Privat^{4a}.

Assistant Chef De Clinique En Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire De Treichville (Côte d'Ivoire).

Maitre De Conférences Agrégé En Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire De Treichville (Côte d'Ivoire)..

Interne De Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire De Treichville (Côte d'Ivoire).

Professeur De Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire De Treichville (Côte d'Ivoire).

Université Félix Houphouët Boigny (Côte d'Ivoire).

Résumé

Introduction

L'objectif était de préciser les particularités épidémiologiques et cliniques des prolapsus pelviens en Abidjan.

Matériels et méthodes

Une étude prospective analytique a été menée au service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville à Abidjan sur une période de 15 mois allant d'octobre 2022 à mars 2024. Elle incluait une série continue de toutes les patientes prise en charge pour un prolapsus des organes pelviens pendant la période. Le test de Chi deux a été utilisé pour la comparaison avec un seuil alpha fixé à 0.05 %.

Résultats

Sur la période d'étude 86 cas de prolapsus pelvien ont été enregistrés. La fréquence annuelle des prolapsus dans notre étude était estimée à 68,8. Le prolapsus avait concerné beaucoup plus de femme jeune : âge ≤ 50 ans (61,6%) versus âge ≥ 51 ans (38,6%) $p < 0,0001$, les multipares (61,6 %) versus paucipares (38,4 %) $p < 0,0001$, et les non ménopausées (64 %) versus ménopausées (36 %) $p < 0,0001$. On notait trois cas de prolapsus sur grossesse. Les signes digestifs étaient plus fréquents que les signes urinaires. Les prolapsus de stades avancés (III et IV) étaient plus fréquents. Environ 4 femmes sur 10 avaient bénéficié d'une réparation chirurgicale de prolapsus pelvien. La voie d'abord chirurgicale était vaginale dans 78,4% des cas.

Conclusion

La fréquence des prolapsus est en progression en Abidjan et concernerait davantage les femmes jeunes, multipares et non ménopausées dans notre contexte.

Mots clés : Prolapsus, cystocèle, hystéroptose, rectocèle, Abidjan.

Date of Submission: 13-10-2024

Date of Acceptance: 23-10-2024

I. Introduction

Le prolapsus des organes pelviens (POP) désigne la descente à travers l'orifice vulvaire d'au moins une des parois vaginales et ou de l'utérus (ou ce qu'il en reste c'est-à-dire le col de l'utérus ou le fond vaginal en cas d'hystérectomie totale) (1). La descente de l'utérus est appelée hystéroptose, la descente de la paroi antérieure du vagin est communément appelé cystocèle et celle de la paroi postérieure rectocèle (1,2). Cette pathologie résulte de la défaillance des systèmes de soutènement et de suspensions des organes pelviens de la femme. La cause des POP est multifactorielle cependant l'accouchement vaginal et la ménopause restent entre autres des facteurs de risque essentiels décrits dans la littérature (2). C'est une maladie bénigne causant une symptomatologie fonctionnelle urinaire, digestive, sexuelle voir même une gêne anatomique ; altérant la qualité de vie des patientes. Dans les pays occidentaux, les POP font l'objet d'une littérature scientifique abondante. En Afrique francophone, les publications sur les prolapsus génitaux sont peu nombreuses (1,3-5). Ainsi en Côte d'Ivoire très peu de séries ont été publiées sur les POP (6-8). L'objectif de cette étude prospective était donc de préciser les aspects épidémiologiques et cliniques des POP tels qu'ils se présentaient dans notre pratique quotidienne.

II. Matériels Et Méthode

Type d'étude : étude observationnelle prospective et analytique.

Lieu de l'étude : service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier universitaire de Treichville (Côte D'ivoire)

Durée de l'étude : d'octobre 2020 à mars 2022.

Taille de l'échantillon : 86 patientes.

Calcul de la taille de l'échantillon : nous avons effectué un recueil systématique des patientes.

Patientes et mode de sélection : toutes les patientes venues en consultation de gynécologie et qui avaient été prise en charge dans l'unité dédiée aux pathologies du plancher pelvien.

Critères d'inclusion : toutes les patientes présentant un prolapsus quel que soit son stade et qui avaient accepté verbalement de participer à l'étude.

Critères d'exclusion : Les patientes non incluses étaient celles qui avaient refusé de participer à l'étude ou qui avait un antécédent de chirurgie pour prolapsus et opérée hors du service.

Procédure : Toutes les patientes étaient examinées sur table gynécologique avec une réalisation systématique des manœuvres visant à la détection des incontinences urinaires masquées (manœuvre de Vasalva). Les tests urodynamiques n'ont pas été réalisés car non disponibles dans notre pratique. Pour chaque patiente incluse nous avons étudiées les variables sociodémographiques, la symptomatologie, la sexualité, le stade anatomique du prolapsus (classification de Baden et Walker) et les gestes opératoires pratiqués lors de la prise en charge thérapeutique. Les patientes ont ensuite été comparées selon leur âge, leur statut hormonal, leur sexualité et leur parité. Nous avons désignés comme paucipare celles qui avaient de 0 à 2 enfants ; et comme multipare celle qui avaient 4 enfants et plus.

Analyse statistique : Les données obtenues ont été traitée avec Epi 7.2.5 le test du chi deux a été utilisé pour la comparaison des groupes avec un risque alpha fixé à 5%.

III. Résultats

Quatre-vingt patientes correspondaient à nos critères d'inclusion. L'âge de la population variait entre 25 ans et 86 ans avec une moyenne de 48,04 ans. **Le tableau 1** résume les caractéristiques sociodémographiques. La notion de macrosomie avait été signalée par 49 patientes (57%) et elles avaient toutes eu un accouchement vaginal. La symptomatologie décrite par les patientes a été précisée dans **le tableau 2**. Sur les 86 patientes nous avons enregistré 3,5 % de prolapsus sur grossesse (n=3). Le délai moyen de consultation était de 5,28 ans avec des extrêmes 4 mois et 26 ans. Les stades des prolapsus diagnostiqués étaient variables et ont été rapportés dans le **tableau 3**. Le devenir des patientes et les gestes chirurgicaux réalisées chez celles qui ont été traitées sont décrits dans le **tableau 4**.

IV. Discussion

La prévalence des prolapsus est variable. Elle se situe entre 2,9 et 97,7 % selon que le diagnostic de prolapsus ai été porté à l'examen clinique, à l'aide du questionnaire de dépistage POPQ ou par les deux à la fois lors des études en population générale (9,10). Aux Etats-Unis Il y aurait environ 300 000 réparations chirurgicales de POP chaque année (10). Plus proche de nous, Bah en Guinée estimait la fréquence des POP à 8 cas par an à partir d'une étude menée en milieu urologique (1). En Côte d'Ivoire dans un travail réalisé 10 ans plus tôt, Fanny (6) avait proposé une fréquence similaire à celle de Bah d'environ 6 cas par an. En revanche notre étude conduite en 15 mois et ayant enregistré 86 cas suggère une prévalence 10 fois plus élevée. Par ailleurs les résultats d'autres études africaines, montre comme la nôtre que la fréquence des POP est en nette progression (3-5). Cette progression pourrait s'expliquer par une demande de prise en charge de plus en plus fréquente par les patientes mais aussi par une offre des soins et une disponibilité plus grande des spécialistes pour la prise en charge de cette maladie dans nos régions.

Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen de nos patientes était de 48,04 ans. Cette moyenne d'âge est superposable à celle de Fanny qui était de 50,58 ans cependant elle était supérieur à celle rapportée par la majorité des auteurs africains qui

retrouvaient une moyenne comprise entre 32 et 40 ans (**3, 11,12**). La tranche d'âge inférieure ou égale à 50 ans était significativement associée au prolapsus dans notre série ($p=0.000$). Nos résultats sont confirmés par le travail de Rosenthal (**13**) qui au cours d'une étude en Afrique francophone avait observé plus de 50 % des cas de prolapsus chez les femmes avant l'âge de 50 ans (**13**). Le jeune âge retrouvé dans ces séries s'expliquerait par la fréquence plus élevée de facteurs traumatiques obstétricaux en rapports avec des parités plus élevées et surtout un faible taux d'accouchement assisté dans nos contrées (**3,11**). Dans les travaux des auteurs occidentaux en revanche, la moyenne d'âge était plus élevée avec des pics d'incidence autour de 60 ans (**14,15**). Nos résultats comportaient contrairement aux autres séries africaines une proportion non négligeable de patientes ménopausées (36 %) ce qui justifierait l'écart d'âge constaté entre les différentes études. Le traumatisme obstétrical et la multiparité sont des facteurs d'étiopathogénie des prolapsus. Ils procèdent soit par une lésion directe du périnée, soit indirectement par étirement du plexus honteux (**16, 17**). La multiparité était effectivement présente dans notre étude dont la population avait une parité moyenne de 4,61; de plus la proportion des multipares était significativement plus élevée que celle des paucipares (61.6 % vs 38.4% $p=0.000028$). Des caractéristiques similaires étaient rapportées dans les travaux de Dia, Fanny et Ojiyi (**4,6,18**). Trois parmi nos patientes de moins de 50 ans étaient enceintes. Les POP sur utérus gravide sont des situations exceptionnelles et la littérature n'en rapporte que des cas ou de courte série (**19-21**). Ces prolapsus peuvent être préexistants à la grossesse ou au contraire apparaître de novo au cours de celle-ci. Les caractéristiques démographiques de nos patientes tout comme celles des autres auteurs africains s'expliqueraient par l'action conjointe d'une population jeune en générale et d'un indice de fécondité élevé dans nos régions sub sahariennes.

Présentations cliniques et anatomiques

La symptomatologie au cours des POP n'est pas spécifique. La prévalence des signes urinaires montre des disparités importantes selon les études. Dans une étude sur une population française tout prolapsus confondu, Adjoussou et al. (**22**) rapportaient 30,5% d'IUE (incontinence urinaire d'effort), 44,4% d'urgenterie, 38,8% de dysurie et 20,7% de pollakiurie. Dans l'étude de Bui et al (**14**), la prévalence des signes urinaires était de 30,69% d'IUE, 6,93% d'urgenterie, 12,87% de dysurie et 6,93% de pollakiurie. Quant à Ojiyi et al. (**18**), ils retrouvaient une prévalence de 26,2 % d'IUE et de 42,2% de dysurie. Ces différences s'expliqueraient par le manque de consensus sur la définition des termes, des méthodes d'évaluation diagnostiques différentes, des biais liés aux populations étudiées, à l'âge et aux effets de la ménopause (**3, 23, 24**).

Dans notre série, nous avons observé des taux de prévalence relativement bas des signes urinaires, comparés aux données de la littérature (**14,18, 22**). Ces écarts de fréquence peuvent s'expliquer par plusieurs raisons. Les plaintes urinaires n'étaient pas toujours exprimées par les patientes ou recherchées systématiquement du fait de l'absence de questionnaires spécifiques. L'absence d'examen spécialisés dans notre contexte de travail tel que le bilan urodynamique, qui est d'un apport important du dépistage des anomalies mictionnelles potentielles ou masquées, pourrait en constituer une autre raison (**6,24**). Concernant les symptômes digestifs, la constipation était le signe fonctionnel le plus fréquemment retrouvé dans notre étude (39,5%). Pour Adjoussou et al, ce signe n'est probablement pas plus fréquent dans la population de femmes présentant un prolapsus que dans la population générale (**22**). S'agissant de la dyschésie et de l'incontinence anale, les données de la littérature montrent des écarts considérables avec nos chiffres. Dans des études précédentes, Ellerkmann et al. (**25**) rapportaient 41 % de dyschésie, 31 % d'incontinence anale, tandis qu'Adjoussou et al (**22**) rapportaient 25,1% de dyschésie et 18,5% d'incontinence anale. Les fréquences des dyschésies et des incontinenances anales retrouvées dans notre série étaient certainement sous estimées en raison de biais d'information liée probablement à la pudeur des patientes.

Aspects Anatomiques

Les prolapsus étaient à un stade anatomique avancé dans notre étude. En effet les formes extériorisées c'est-à-dire les stades 3 et 4 représentaient 78 % des cas. Kacou retrouvait aussi près de 86 % cas de stades (stades 3 et 4) dans son étude (**8**). Ces stades avancés étaient quasiment dans les mêmes proportions que dans les séries de Nayama (**3**) et de Fanny (**6**). Nos résultats s'expliqueraient par divers facteurs. D'abord le long délai avant le recours à la consultation pour cette pathologie bénigne, car les prolapsus ne franchissant pas l'anneau hyménal ne constituant probablement pas une inquiétude pour les patientes donc un recours aux soins (**8,22**). D'autre part, par le constant traumatisme périnéal en raison des grossesses rapprochées et des accouchements vaginaux non assistés encore légion notre contexte. S'agissant des étages du périnée nous avons noté que le prolapsus de l'étage moyen (hystéroptose dans notre série) était quasi constant. Nos résultats étaient confirmés par les travaux de Dia A, Fanny et Ojiyi. En revanche, ils sont en contradiction avec ceux d'Adjoussou et Leveau qui rapportaient des résultats différents chez des patientes européennes. Ceci pourrait suggérer une spécificité africaine en raison de certaines pratiques non obstétricales, particulièrement néfastes rencontrées au cours des accouchements tel que les manœuvres dites « expression utérine » qui consisterait à l'apport manuel iatrogène d'une hyperpression intra abdominale à l'effet de raccourcir la phase d'expulsion fœtal, et ne respectant pas ainsi le mécanisme physiologique de l'accouchement. Une autre explication qui pourrait expliquer ces différences de prévalence des

étages prolapsés entre les différentes séries pourrait être liée à des biais de recrutement en rapport avec notre spécialité de gynécologue-obstétricien. En effet, il est plus que probable que pour les prolapsus des étages antérieurs (cystocèles) et postérieurs (rectocèle) les patientes aient plutôt tendance à consulter des spécialistes urologues ou des chirurgiens digestifs.

Aspects thérapeutiques des prolapsus

La chirurgie réparatrice des prolapsus reste bien codifiée. Elle s'adresse aux patientes ayant un prolapsus pelvien symptomatique et surtout gênant de par leur volume important. Les petits prolapsus ou les prolapsus non symptomatiques devraient faire l'objet d'une surveillance ou de prise en charge non invasives tel que la rééducation pelvi-périnéale (27). Sur l'ensemble les 89 patientes de notre série 37 avaient bénéficiées d'un traitement chirurgical, soit un ratio de 4,3 opérées pour 10 femmes. La voie vaginale a été la plus utilisée (78,4%) dans notre série. Une étude malienne portant sur les hystérectomies toutes indications confondues avait également retrouvée une prédominance de la voie vaginale dans le traitement des prolapsus (28). Il s'agit de la voie d'abord la plus anatomique et la plus simple. Elle a pour avantage de donner un accès direct aux lésions, de limiter les risques septiques des voies hautes et mixtes. Les patientes âgées en tirent un avantage majeur du fait du fait de son exécution plus rapide et peu invasive (7). Le coût financier de la réparation chirurgicale des prolapsus d'une part et la peur de subir une intervention ont certainement représenté une barrière pour des patientes qui étaient éligible à une chirurgie de prolapsus dans notre travail.

V. Conclusion

Le prolapsus des organes pelviens est une pathologie relativement fréquente. Dans notre contexte, il concerne plus les femmes jeunes, multipares et en période d'activité génitale. L'étiologie est majoritairement obstétricale. Un accent doit être mis au niveau des soins obstétricaux d'urgence en vue de sa prévention. Des campagnes de sensibilisation et de communication pour inciter les patientes à consulter plus tôt s'imposent.

Liste Des Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

<i>variables</i>	Valeurs N (%)	p-value
Age (années)		
≤50	53 (61,6)	< 0.001
≥50	33 (38,4)	
Parité		
Paucipares	33 (38,4)	< 0.001
Multipares	53 (61,6)	
Sexualité		
Oui	43 (50,0)	NS
Non	43 (50,0)	
Cause de non sexualité		
Liée au prolapsus	20 (46,5)	NS
Non liée au prolapsus	23 (53,5)	
Ménopause		
Oui	31 (36,0)	< 0.001
Non	55 (64,0)	

Tableau 2 : Symptomatologie

Signes	Valeurs N (%)
urinaires	
Incontinences d'effort	09 (10,5)
Urgenturies	02 (02,3)
Pollakiurie	10 (11,6)
Dysurie	07 (08,1)
digestifs (ano-rectaux)	
Constipation	34 (39,5)
Dyschésies	07 (08,1)
Manœuvres défécatoires	15 (17,4)
Incontinences anales	09 (10,5)

Tableau 3 : Stades anatomiques des prolapsus

Stade prolapsus	Cystocèle N (%)	Hystéroptose N (%)	Rectocèle N (%)
0	22 (28,6)	08 (09,9)	25 (30,1)
1	12 (15,6)	07 (08,6)	18 (21,7)
2	12 (15,6)	18 (22,2)	22 (26,6)
3	23 (29,9)	29 (35,8)	09 (10,8)
4	08 (10,3)	19 (23,5)	09 (10,8)
Total	77 (100)	81 (100)	83 (100)

Tableau 4 : Devenir des patientes

Variables	Valeurs
Patientes opérées	
Non	49 (57%)
Oui	37 (43%)
Gestes opératoires	
Cure de cystocèle	21
Cure de rectocèle	16
Myographie des releveurs	12
Sacrospinifixation	07
Colpohystérectomie vaginale	06
Hystérectomie vaginale	20
Hystérectomie abdominale	02
Promontofixation	06

Références

- [1] Bah M B, Diallo T O, Diallo TMO, Bah M D, Bamba S M, Diallo AB. Prolapsus Génitaux : Manifestations Urologiques Et Prise En Charge Au Service D'urologie Du CHU d'Ignace Deen. Annales De La SOGGO 2023;18(40): 45-50
- [2] Bader G, Koskas M. Prolapsus Des Organes Pelviens. Du Symptôme A La Prise En Charge Thérapeutique. EMC Elsevier Masson SAS, Paris, Traité De Médecine Akos, 3-Pp1280, 2008
- [3] Nayama M, Garba M, Salifou I, Idi N, Vanegas R, Djibril B. Prolapsus Génital : Prise En Charge Dans Une Maternité De Référence Du Niger Etude Prospective A Propos De 77 Cas. Med Afr Noire 2009 ; 59(2) : 107-13.
- [4] Dia A, Toure C, Diop M, Thognon P, Diop A. Les Prolapsus Génitaux A Dakar. Dakar Med 1991 ; 36 : 39-45.
- [5] Osei K. Wusu-Ansah, Henry S. Opare-Addo. Prolapsus Des Organes Pelviens Dans Les Zones Rurales Du Ghana. Int J Gynaecol Obstet 2008 ; 103(2):121-4. Disponible En Ligne Sur Doi: 10.1016/J.Ijgo.2008.06.014.
- [6] Fanny M, Horo A, Touré E, Manket K, Koné M. Traitement Chirurgical Des Prolapsus Génitaux. Expérience De La Clinique Gynécologique Et Obstétricale Du CHU De Yopougon. A Propos De 30 Cas. Med Afr Noire 2010; 57(2):91-7.
- [7] Kouakou KP, Terzibachian JJ, Doumbia Y, Chehab M, Leung F, Maillet R Et Al. Intérêt De La Chirurgie Des Prolapsus Génitaux Par Voie Vaginale Chez Les Femmes Du 4ème Age. Résultats D'une Etude Rétrospective De 221 Patientes. Journal De La SAGO 2012;13(2):18-24
- [8] Kakou C, Adjoby R, Kasse R, Assuikwe V, Mian B, Boni S. Genital Prolapse At University Hospital Of Cocody: Clinical Aspects And Therapeutic Management. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2018;7:1673- 6
- [9] Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État Des Lieux De L'épidémiologie Des Prolapsus Génitaux. Prog Urol 2009 ; (19) :907-15.
- [10] Smith FJ, Holman CD, Moorin RE. Lifetime Risk Of Undergoing Surgery For Pelvic Organ Prolapse. Obstet Gynecol 2010;116:1096-1100
- [11] Megabiaw B, Adefris M, Rortveit G, Degu G, Muleta M, Blystad A Et Al. Pelvic Floor Disorders Among Women In Dabat District, Northwest Ethiopia: A Pilot Study. Int Urogynecol J. 2013;24(7):1135-43.
- [12] Scherf C, Morison L, Fiander A, Ekpo G, Walraven G. Epidemiology Of Pelvic Organ Prolapse In Rural Gambia, West Africa. BJOG. 2002;109(4):431-6.
- [13] Claude Rosenthal. La Chirurgie Du Prolapsus Dans Les Pays En Voie De Développement. E-Mem Acad Natle Chir. 2018;17(3):003. Disponible En Ligne Sur DOI : 10.26299/Kw0r-4868/Emem.2018.3.003 1
- [14] Bui C, Ballester M, Chéreau E, Guillo E, Darai E. Résultats Fonctionnels Et Qualité De Vie Après Double Promontofixation Coelioscopique Pour La Cure Du Prolapsus Génital. Gynecol Obstet Fertil 2010;38(10):563-8.
- [15] Denancé M, Quiboeuf E, Hocké C. Résultats, Tolérance Et Satisfaction Des Patientes A 6 Mois D'une Cure De Cystocèle Par Voie Vaginale Avec Pose De Prothèse. Prog Urol 2016;10(16):582-88
- [16] Norton PA. Pelvic Floor Disorders: The Role Of Fascia And Ligaments. Clin Obstet Gynecol 1993;3:926-38.
- [17] Smith S. The Role Of Partial Denervation Of The Pelvicfloor In The Aetiology Of Genitourinary Prolapse And Stress Incontinence Of Urine. Br J Obstet Gynaecol 1989;96:24-8.
- [18] Ojjiyi EC, Dike EI, Anolue FC, Okeudo C. Uterovaginal Prolapse At A University Teaching Hospital In South-East Nigeria. Orient JOM 2013;25(3):107-12.
- [19] Dia JM, Saki C, Bohoussou E, Oyelade M, Okon G, Guie YP, Anongba DS. Prise En Charge D'un Prolapsus Génital Extériorisé Pendant La Grossesse. Med Afr Noire 2017;6406:303-6.
- [20] Koffi A, Fanny M, Konan Blé R, Horo A, Olou N, Koné M. Particularités De L'accouchement Par Voie Basse Sur Prolapsus Utérin A Partir D'une Observation Et Revue De La Littérature. Rev Int Sc Méd. 2011;13(1):52-5.
- [21] Guariglia L, Carducci B, Botta A, Ferrazzani S, Caruso A. Uterine Prolapse In Pregnancy. Gynecol Obstet Invest 2005;60:192-4.
- [22] Adjoussou S, Bohoussou E, Bastide S, Lectoure V, Fatton B, De Tayrac R. Prévalence Des Troubles Fonctionnels Et Associations Anato-mo-Fonctionnelles Chez Les Femmes Présentant Un Prolapsus Génital. Prog Urol 2013;24:511-7.
- [23] Lewicky-Gaupp C, Margulies RU, Larson K, Fenner DE, Morgan DM, Delancey J O. Self-Perceived Natural History Of Pelvic Organ Prolapse Described By Women Presenting For Treatment. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009; 20(8):927-931

- [24] Niang L, Kane R, Ndoye M, Jalloh M, Labou I, Diaw JJ, Et Al. Incontinence Urinaire De La Femme:Profil Epidémiologique Au Sud Du Sahara. *Prog Urol* 2010;20:1213-16.
- [25] Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Lefflerk, Bent AE. Correlation Of Symptoms With Location And Severity Of Pelvic Organ Prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:1332-8
- [26] Leveau E, Bouchot O, Lehur P-A, Meurette G, Lenormand L, Marconnet L Et Al. Résultats Anatomiques Et Fonctionnels Des Promontofixations Par Coelioscopie En Fonction De La Position Des Prothèses. *Prog Urol* 2011;21:426-31.
- [27] Ghroubi S, Kharrat O, Chaari M, Ben Ayed B, Guermazi M, Elleuch MH. Effect Of Conservative Treatment In The Management Of Low-Degree Urogenital Prolapse. *Ann Réadaptée Med Phys* 2008;(51):96-102.
- [28] Traoré SA, Sylla M, Traoré S, Dembélé O, Keita SB, Mallé S Et Al. La Pratique De l'Hystérectomie Dans Le Service De Gynécologie Obstétrique De l'Hôpital De Sikasso. *Health Sci. Dis*: 2023; 24 (6):124- 28. Disponible En Ligne Sur [Www.Hsd-Fmsb.Org](http://www.Hsd-Fmsb.Org)