

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE**

**REPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple-Un But- Une Foi**

**Université des sciences  
Techniques et des  
Technologies de Bamako  
(USTTB)**

**Faculté de Médecine, Et  
d'Odontostomatologie  
(FMPOS)**

N°...../2018

**Année Universitaire 2017 - 2018**

***ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES  
COMPLICATIONS DE MUTILATIONS  
GENITALES FEMININES A L'HOPITAL  
FOUSSEYNI DAOU DE KAYES***

***Présentée et soutenue publiquement le 14 / 05 /2018***

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par : M. Jean Paul Koné**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)**

**JURY**

**Président : Pr Saharé Fongoro**

**Membre : Dr abdoulaye Sissoko**

**Co-directeur : Dr Mahamadou Diassana**

**Directeur de thèse : Pr Issa Diarra**

## DEDICACE

Louange au seigneur tout puissant qui a crée la terre et les cieux ainsi ceux qui s'y trouvent. C'est lui le détenteur du savoir et il le donne à qui il veut. C'est par sa grâce que nous avons pu réaliser ce travail.

**A mon père JEROME KONE** : Homme très observant, responsable et très éducateur. Tu nous as enseigné le courage, le respect envers les autres et l'amour du travail. Les mots me manquent pour te dire combien tu représentes pour moi.

Que Dieu le tout puissant te garde longtemps près de nous.

**A ma mère PERPETUE DACKOUO** : Mère courageuse, dévouée, très religieuse, tu nous as entouré d'une attention et d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour décrire tes qualités. Tu as guidé mes pas sur le terrain de la réussite. Que Dieu t'accorde santé, longévité auprès de nous.

**A la famille KONE** : Daniel et sa femme, prenez ce travail comme le votre. Vous m'avez accueillis chez vous, cultivé en moi le sens de l'hospitalité, la vie sociale et l'amour des autres. Encore merci.

**A mes tantes : Victorine Dackouo et Dènou Koné**, vos soutiens n'ont jamais fait défaut. Retrouvez ici le fruit de vos efforts.

**A mes sœurs et frère : Marie Rolande, Marie Madeleine et Aimé Rodrigue**  
Soyez rassurés de mon amour et comptez sur mon soutien et conseils. Sachez que votre soutien moral, physique, et financier n'a jamais fait défaut. Je souhaite que ce travail ne soit pour vous qu'un repère et que vous fassiez mieux.

**A mes amis : Dr Abdoulaye Keita et Dr Adama Diabaté** Vous avez été si proche de moi comme des frères, des confidents voir des conseillers. Vous avez partagé sans doute mes moments de chagrins et mes angoisses. J'ai appris avec vous le gout de la vie en groupe. Prenez ce travail comme le votre. Que Dieu vous garde encore le plus longtemps possible.

## REMERCIEMENTS

C'est le moment de remercier ;

**Dr Diassana Mahamadou ; Dr Macalou Ballan ; Dr Sitapha Dembélé**

**Vos** qualités humaines font que vous resterez toujours des hommes exemplaires.

Vous êtes plus que des maîtres pour moi. Tout en vous souhaitant une très bonne carrière académique, trouvez ici l'expression de mes sentiments distingués.

**Tout les cadets, les aînés et Médecins** du service de la gynéco-obstétrique :

Mes félicitations pour l'ambiance cordiale et la qualité de la formation reçue.

**Toutes les sages femmes et infirmières** du service de la gynéco-obstétrique :

C'est le lieu de vous manifester toute ma sympathie et ma gratitude.

**Tout le personnel du bloc opératoire de l'HFDK** : je ne pourrai vous oublier pour votre franche collaboration.

**Mes collègues du service : Kantara N'Daou ; Souleymane M'Baye et Adama**

**Tangara**. Ce travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service, soyez en félicités.

**Mm Assan Camara** animatrice du projet AMSOPT de Kayes : sache que ce travail est le votre puisque c'est toi à travers le projet qui m'a aidé à avoir beaucoup de cas. Trouvez ici nos remerciements.

**Aux membres professionnels de la faculté : Kalifa Diarra ; Mariam Keita ; Ladji**

**Koné ; Mariam Tangara ; Issa Yalkwo** Toujours plus fort- toujours plus haut- toujours plus loin-vive la résistance. Ce travail est à votre honneur.

# HOMMAGES

## AUX MEMBRES DU JURY

### NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Saharé FONGORO

- **Professeur Titulaire de Néphrologie**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Officier de l'Ordre du mérite de la santé**
- **Chef de Service de Néphrologie et d'hémodialyse du CHU du Point G**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations. Nous avons découvert vos connaissances sans limite et toujours d'actualité, vos qualités de formateur et votre respect pour les autres. Trouvez ici chers maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

## A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Abdoulaye Sissoko

- **Maître-assistant en Gynécologie Obstétrique à la FMOS**
- **Gynécologue- Obstétricien à l'Hôpital Mère-enfant le « Luxembourg »**
- **Ancien Chef de service de Gynécologie Obstétrique de la garnison militaire de Kati**
- **Lieutenant des forces armées du Mali**
- **Secrétaire Général Adjoint de la SAGO**
- **Ancien interne des hôpitaux du Mali**

Cher maître, nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en donnant votre accord pour juger ce travail malgré votre calendrier si chargé. C'est avec patience et amour que vous avez dirigé cette thèse. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici, chers maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Mahamadou DIASSANA

- **Spécialiste en gynécologie obstétrique.**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.**
- **Attaché de recherche au ministère de l'enseignement supérieur.**

Cher maître ce travail est le vôtre.

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre abord facile, votre modestie et votre simplicité qui font de vous une personnalité remarquable. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez acceptés et dirigé ce travail avec amour et respect scientifique dans votre service. Plus qu'un maître, vous êtes pour nous un modèle. Merci pour les journées et les soirées consacrées à l'amélioration de ce travail. Permettez-nous, cher maître, de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect.

## A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur ISSA DIARRA

- **Colonel Major de l'armée malienne**
- **Spécialiste en gynéco-obstétrique**
- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé**
- **Ancien Directeur central du service de santé des armées**
- **Chef de service de la Gynéco-Obstétrique à l'Hôpital mère enfant le Luxembourg du Mali.**

Cher Maître, Nous avons été émerveillés par votre esprit de synthèse, de critique et votre capacité de prendre des décisions en toutes circonstances. Vos qualités scientifiques, votre disponibilité, votre sens de l'honneur et votre rigueur pour le travail bien fait, font de vous un maître exemplaire et respecté. Cher maître Veuillez accepter l'expression de notre profonde gratitude.

## **LISTE DES TABLEAUX :**

Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession.

Tableau III : Répartition des parents selon la profession du père.

Tableau IV : Répartition des patientes selon leur motif de consultation.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction des complications.

Tableau VI : Prise en charge médicale.

Tableau VII : Selon les suites opératoires.

Tableau VIII : Prévalence des MGF en Afrique.

## **LISTE DES FIGURES :**

Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge.

Figure 2 : Répartition des patientes selon leur niveau de scolarisation.

Figure 3 : Répartition des parents selon l'instruction de la mère.

Figure 4 : Répartition selon l'instruction du père.

Figure 5 : Répartition des parents selon la profession de la mère.

Figure 6 : Répartition des patientes selon la résidence.

Figure 7 : Répartition des parents selon la religion.

Figure 8 : Répartition des patientes en fonction de l'âge au moment de l'excision.

Figure 9 : Répartition des patientes selon l'excision en groupe.

Figure 10 : Répartition des patientes selon l'instrument utilisé pour l'excision.

Figure 11 : Répartition des personnes pratiquantes l'excision.

Figure 12 : Répartition des patientes selon les raisons de la pratique.

Figure 13 : Répartition des patientes selon leur mode d'admission.

Figure 14 : Répartition des patientes selon le type d'excision.

Figure 15 : Prise en charge chirurgicale.

Figure 16 : Répartition géographique des types de MGF en Afrique.

Figure 17 : Vulve en position gynécologique.

Figure 18 : Image d'infibulation.

Figure 19 : Image après desinfibulation.

Figure 20 : Image de kyste vulvaire.

Figure 21 : Image après kystectomie vulvaire.

## ABREVIATIONS:

**AMSOPT** : Association Malienne pour le Suivi et l'Orientation des Pratiques Traditionnelles

**COL** : Collaborateur

**CSREF** : centre de santé de référence

**EDS** : Enquête Démographique de Santé

**FVV** : Fistule Vésico-Vaginale.

**GAMS** : Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles.

**GEU** : Grossesse Extra-Utérine

**HFDK** : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

**I N E D** : Institut National d'Etude Démographique.

**Km** : kilomètre.

**MGF** : Mutilation Génitale Féminine.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale.

**SAGO** : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique.

**SIDA** : Syndrome Immuno-Deficience Acquis.

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

**VIP** : Very importante Personality.

## Table des matières

1.	INTRODUCTION .....	11
2.	<b>OBJECTIFS :</b> .....	13
2.1	<b>Objectif général :</b> .....	13
2.2	<b>Objectifs spécifiques :</b> .....	13
3.	<b>GENERALITE :</b> .....	14
3.4	<b>Rappel anatomique :</b> .....	18
3.4.2	<b>Anatomie du périnée :</b> .....	22
3.7	<b>Les différents types de mutilations génitales féminines :</b> .....	34
3.8	<b>Les complications liées à l'excision :</b> .....	34
3.8.2	<b>Les complications à long terme :</b> .....	36
3.8.2.1	<b>Urologiques et gynécologiques :</b> .....	36
4.	<b>METHODOLOGIE :</b> .....	39
4-1.	<b>Cadre de l'étude :</b> .....	39
4-2.	<b>Type d'étude :</b> .....	43
4-3.	<b>Durée de l'étude :</b> .....	43
4-4.	<b>Population d'étude :</b> .....	43
4-5.	<b>Echantillonnage :</b> .....	44
4-6.	<b>Recueil des données :</b> .....	44
4-7.	<b>Analyse et saisie des données :</b> .....	44
5.	<b>RESULTATS</b> .....	46
5.2.	<b>Données sociodémographiques de la population d'étude :</b> .....	46
6.	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	67
7.	<b>CONCLUSION</b> .....	71
8.	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	72
	- Renforcer les campagnes de sensibilisation auprès de toutes les couches sociales en vue d'induire un changement de comportement. <span style="float: right;">- Assurer la formation continue des prestataires sur la prise en charge des complications d'excision.</span>	
	- Sanctionner les agents de santé qui pratiquent l'excision.....	72
9.	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	73

## 1. INTRODUCTION

L'excision encore appelée mutilation génitale féminine(MGF) désigne toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion de ces organes pratiquée à des fins non thérapeutiques. C'est l'ablation du clitoris, une lésion ou un retrait des lèvres vulvaires [29].

La mutilation ; un dommage, une dégradation, une blessure, ablation d'un membre, d'une partie externe du corps.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à plus de 100 millions de petites filles et de femmes qui ont subi une forme de mutilation sexuelle dans le monde, principalement en Afrique. Chaque année au moins 2 millions de petites filles sont susceptibles de subir le même sort soit 6000/jour [22].

Les mutilations génitales féminines(MGF) sont mondialement reconnues comme une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes et n'ont aucun avantage connu pour la santé [6]. Sa nocivité médicale fut démontrée par SEQUIRA en 1931. A la suite de celui-ci l'excision est désignée comme une pratique mutilante par l'ensemble du corps médical européen [6].

Depuis 1980, le débat sur l'excision anime les conférences ; causeries ; colloques et les séminaires relatifs à la santé et aux droits humains de la femme. Néanmoins il y a des oppositions, voire des divisions d'opinions nationales Africaines. Suite à ces oppositions d'opinions, certains pays interdisent légalement la pratique.

Comme en Afrique du sud, l'excision a été interdite depuis 1920 et cela sans conséquence sociale apparente, mais il n'en est pas de même pour tous les pays Africains [25].

Au Mali il existe de nombreuses pratiques traditionnelles néfastes à la santé de la femme et de l'enfant. De toutes ces pratiques l'excision apparait comme celle qui pose le plus de défis. Elle est pratiquée dans la plus part des régions et touche 85% de la population féminine selon EDS V-Mali avec un pourcentage plus élevé dans la région de Kayes soit 95% [10]. Dans les régions Nord du pays l'excision ne fait pas partie des traditions ; les prévalences sont néanmoins de 44% à Tombouctou et tombent de 2% à Gao et 1% à Kidal.

Malgré les efforts déployés par le gouvernement, les ONG, les associations et les pouvoirs publiques 72 sur plus de 200 villages ont abandonnés l'excision dont 4 villages à Kayes [31]. La pratique reste toujours ancrée et très répandue dans le pays c'est pour ces raisons que nous avons initié la présente étude en se fixant comme objectifs ce qui suit :

## **2. OBJECTIFS :**

### **2.1 Objectif général :**

-Etudier les complications liées aux mutilations génitales féminines à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

### **2.2 Objectifs spécifiques :**

1-Déterminer la fréquence des complications des MGF dans le service de gynéco-obstétrique de l'HFDK.

2-Etudier les caractéristiques sociodémographiques des victimes des MGF ayant présentées des complications et séquelles.

3-Déterminer l'âge de la pratique des MGF.

4-Décrire les différents types de MGF rencontrés dans le service de gynéco-obstétrique de l'HFD Kayes.

5-Décrire la prise en charge des complications liées aux MGF dans le service de gynéco-obstétrique de l'HFD de Kayes.

### **3. GENERALITE :**

**3.1 Définition :** L'excision féminine également nommée « circoncision féminine » signifie l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou pour toute raison non thérapeutique.[4]

#### **3.2 La prévalence de l'excision**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on estime aujourd'hui à plus de 120 million de fillettes et de femmes dans le monde ayant été mutilé. En Afrique ,92 millions de jeunes filles âgées de 10 ans ou plus auraient subi cette pratique, chaque année plus de deux millions sont exposées à cette pratique et chaque jour, 6000 petites filles subissent le même sort soit 250/heure.

En France l'I.N.E.D estime qu'entre 42000 et 61000 femmes adultes seraient excisées [19].

Aux Etats unies la situation est aussi préoccupante 150000 à 200000 jeunes filles courent le risque de subir des MGF. En Iran, 50% des femmes sont touché [30].

Actuellement, elles sont surtout répandues dans 28 pays africains ou le taux de prévalence varie entre 5 et 98%. Les pays ou le taux est le plus élevé sont : l'Egypte, le Soudan, la Somalie, le Mali, Djibouti, Burkina- Faso, l'Erythrée, la Serra Leone .... Dans ces pays, le taux dépasse les 70%.Il faudra noter que cette prévalence varie au sein d'un même pays en fonction des ethnies, du niveau d'instruction, du milieu (urbain ou rural), de la religion. [24]

**Tableau VIII : Prévalence des MGF en Afrique.**

<b>PAYS</b>	<b>PREVALENCE( % ) pays</b>
Somalie	98
Djibouti	98
Egypte	96
Soudan	90
Erythrée	89
Mali	92
Sierra Leone	94
Ethiopie	74
Burkina- Faso	72 ,5
Gambie	60
Guinée	96
Liberia	60
Tchad	45
Togo	12
Kenya	34
Benin	17
Guinée Bissau	50
Nigeria	19
Centrafrique	36
Cote- d'Ivoire	45
Ghana	5
Mauritanie	71
Sénégal	28
Niger	5
Cameroun	1
Tanzanie	15
Ouganda	5
RDC	5
<b>Référence : [ 24]</b>	

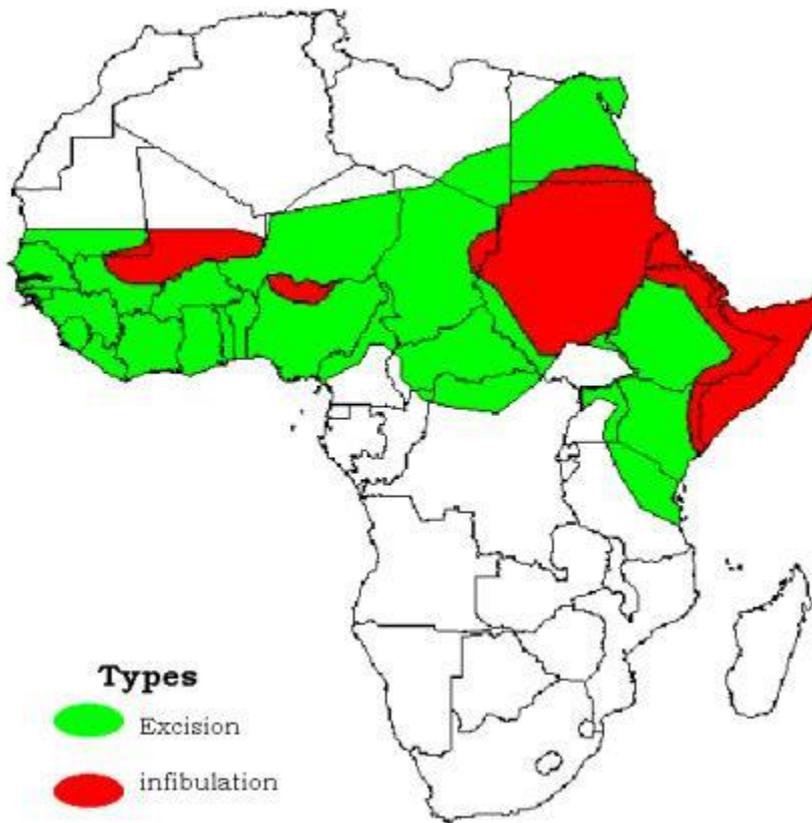
### **3.3 Répartition géographique :**

Les MGF ont été probablement pratiqués dans le monde entier à un certain moment historique pour des raisons liées à la sexualité féminine. Aujourd'hui, il est très difficile d'établir avec précision la géographie des MGF. Elles sont fréquentes de la côte "est" à la côte "ouest" de l'Afrique (de l'Ethiopie au Sénégal), descendant de l'Egypte jusqu'en Tanzanie. D'une façon générale l'aire de la pratique des MGF se situe entre le tropique du cancer et l'équateur. Quant à l'infibulation, elle est surtout limitée à certains pays tels que l'Egypte, le Soudan, l'Ethiopie, le Djibouti, l'Erythrée ou 80 à 90 % des MGF sont des infibulations. Par ailleurs, il faudra noter l'absence totale des MGF dans les pays de l'Afrique du Nord à savoir : Le Maroc, l'Algérie, la Tunisie et la Libye. En dehors de l'Afrique, les MGF seraient retrouvées dans certaines parties du Proche-Orient, parmi les aborigènes d'Australie, et dans certaines parties de l'Océanie et du bassin de l'Amazone. Elles sont aussi pratiquées quelques pays d'Asie notamment l'Indonésie, le Yémen, la Malaisie et l'Oman.

Le flot de réfugiés et d'immigrants en provenance des régions où l'on pratique les MGF l'a introduite en Europe, en Australie et en Amérique du nord.

Cependant vu les multiples décisions prises à l'encontre des MGF dans ces

pays, la tendance est à la disparition.



**Figure 16 :Répartition géographique des types de MGF en Afrique.[24]**

**Afrique** (voir carte ) : Bénin , Burkina-Faso , République Centrafricaine, Tchad, Djibouti, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau , Côte-d'Ivoire, Kenya, Niger, Nigeria, Mali, Mauritanie, Sénégal, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Togo, Tanzanie, Ouganda, République démocratique du Congo .

### 3.4 Rappel anatomique :

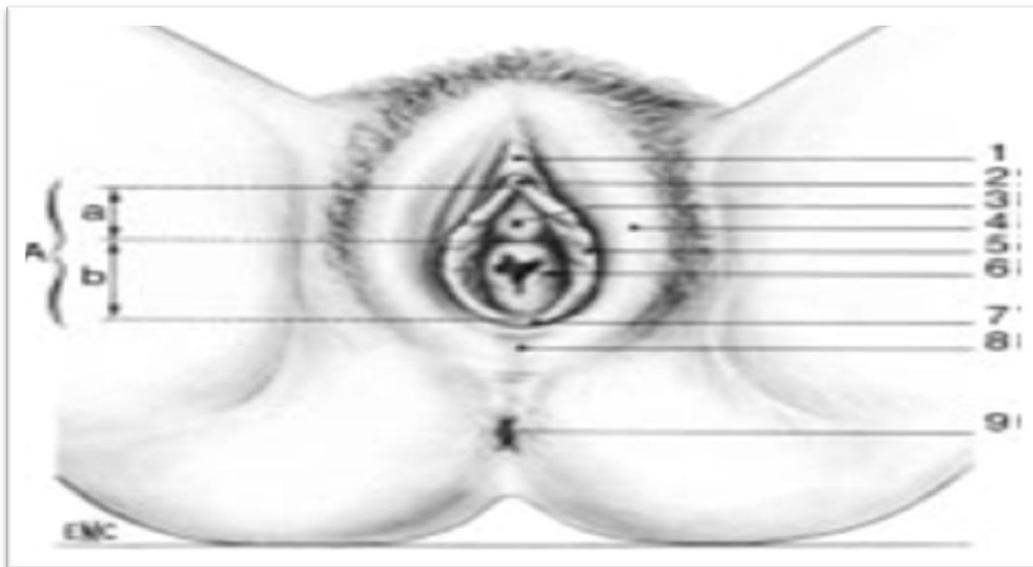
#### 3-4-1. Anatomie de l'appareil génital de la femme :

L'appareil génital de la femme se compose de 2 grandes parties : [15],[18]

- les organes génitaux internes

- Et les organes génitaux externes : **le vagin et la vulve**

Le sujet de notre étude nous conduit à limiter notre description à cette dernière partie. La vulve :



**Figure 17** : Vulve en position gynécologique.

**A** : Vestibules : a vestibule urinaire ; b vestibule vagin

**1= prépus du clitoris    2=gland du clitoris,    3=ostium externe de l'urètre**

**4=grande lèvre    5=petite lèvre    6=introït vaginal**

**7=frein des lèvres    8=commissure postérieure des lèvres    9=anus**

**La partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voir schéma) est marquée à sa partie moyenne par une dépression médiane, le vestibule, au fond du quel s'ouvrent l'utérus et le vagin.**

Le vestibule est limité de chaque côté tout d'abord par des petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris puis en dehors par des grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une saillie médiane : mont de venus. A la vulve sont annexées deux glandes de Bartholin.

### **Les grandes lèvres**

Ce sont deux replis cutanés allongés sagitalement sur une longueur d'environ 8 cm. Elles présentent une face externe recouverte de poils, séparée de la cuisse par le sillon génito-crural et une face interne qui est lisse et séparée de la petite lèvre par le sillon inter-labial. Leur extrémité antérieure se perd sur le mont de venus tandis que l'autre s'unit à celle du côté opposé par la commissure postérieure.

Au point de vue histologique on distingue :

- la peau
- une couche graisseuse
- une membrane fibro-élastique
- une deuxième couche adipeuse

### **Les petites lèvres**

ce sont deux replis cutanés situés en dedans des grandes lèvres et formant la paroi latérale du vestibule. Leurs extrémités postérieures s'unissent pour former la fourchette, leurs extrémités antérieures bifurquent en deux replis

antérieurs et postérieurs . Les deux replis antérieurs s'unissent au dessus du clitoris pour former le capuchon, tandis que les replis postérieurs au dessous de lui pour former le frein. Par leur base supérieure les petites lèvres répondent aux bulbes du vagin. Entre l'orifice vaginal et la fourchette se trouve une dépression appelée fossette naviculaire.

### **Le clitoris**

Organe érectile, il est formé par la juxtaposition des corps caverneux et par les enveloppes :

- les corps caverneux : Analogue à ceux de la verge chez l'homme, ils s'unissent pour former le corps du clitoris. Le clitoris se termine par une extrémité arrondie **le gland du clitoris.**

–**les enveloppes** : il s'agit :

la peau : elle forme le capuchon du clitoris. Elle est bridée en dessous par le frein, sur la ligne médiane du quel se trouve une banquette sagittale ou bride qui va de la face inférieure du clitoris au méat urétral. Ce revêtement cutané contient des corpuscules sensitifs très particuliers et très nombreux.

Une couche celluleuse : Fascia clitoridien : Il est semblable au Fascia du pénis, les glandes de Bartholin sont situées de chaque coté de la moitié postérieur du vestibule. Le clitoris est solidement fixé en arrière par ses piliers sur les branches ischiopubiennes et en avant au niveau de son coude, par un suspenseur. Celui-ci se détache de la symphyse pubienne et de la ligne blanche descend vers le clitoris se dédouble à son contact pour le contourner latéralement et se reconstituer au dessous de lui.

–**Rapport** :

les piliers du clitoris en dedans avec les muscles ischio-caverneux. Le gland est

recouvert par un repli cutané, dépendant des petites lèvres : c'est le prépuce du clitoris. Sur la face postérieure du corps se fixent deux petits replis labiaux qui forment le frein clitoridien. Le gland est libre.

### **Le mont de venus**

Il s'agit d'une saillie médiane qui est recouverte de poils, cette saillie est comprise entre les deux plis de l'aîne et se continue en haut avec la paroi abdominale en arrière avec les grandes lèvres.

### **Innervation**

le mont de pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres sont innervés par les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral. Les 2/3 postérieurs des grandes lèvres sont innervés par les branches des nerfs honteux internes. Parfois le territoire périnéal de la branche génitale du nerf petit sciatique déborde sur la partie moyenne des grandes lèvres. Les petites lèvres sont innervées par les rameaux superficiels et profonds du nerf périnéal. Ces filets nerveux se terminent dans le chorion de la muqueuse des petites lèvres. Le bulbe reçoit des rameaux profonds du nerf périnéal.

Sur la face dorsale du clitoris cheminent les nerfs dorsaux du clitoris, branches du nerf honteux interne. Les rameaux terminaux de ces nerfs aboutissent à différents extéro récepteurs : les corpuscules de Pacini, de Meissner, de Kraus se, de Finger ou corpuscule de la volupté etc.... Les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffin (chaleur et douleur) et corpuscules de Kraus se (froid). Les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), tandis que de Merkel (tact léger, caresse). Le nombre et la variété de ces extéro récepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui plus richement innervé que son homologue masculin, présente des formations en massue décrites sous le nom de corpuscules de la volupté de Kraus – Finger. Les nerfs vaso-moteur proviennent du plexis sympathique hypogastrique et

accompagnent les artères jusqu'aux organes érectiles.

Les corps érectiles : Ils reçoivent leurs filets vasomoteurs du sympathique.

### **Vaisseaux de la vulve**

Les artères :

Elles viennent en avant des artères honteuses externes, branches de la fémorale ; en arrière de la périnéale superficielle, branche de la honteuse interne ; au centre des artères caverneux, Bulbaire et bulbo urétrale et dorsale du clitoris venus de la honteuse interne.

Les veines :

Elles ont des territoires analogues aux artères.

Les lymphatiques :

ils vont aux ganglions inférieurs superficiels (groupe supéro-interne) seuls les lymphatiques du gland clitoridien vont aux ganglions inguinaux profonds et recto cruraux.

**Le vagin :** Etendu du col utérin à la vulve, le vagin constitue un conduit situé derrière la vessie et l'urètre, devant le rectum. Sa longueur moyenne est de 8cm. Ils présentent 2 faces : une face antérieure et une face postérieure. La première répond dans ces deux tiers supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux urètres. Vagin et rectum sont alors séparés par la cloison recto-vaginale. Le vagin débouche au fond du vestibule dont il est séparé par l'hymen [2]

### **3.4.2 Anatomie du périnée :**

#### **3.4.2.1 Définition du périnée :**

**Définition obstétricale :** c'est la partie séparant la fourchette vulvaire de l'anus [21].

**Définition Anatomique :** Il s'agit de l'ensemble des parties molles fermant en bas l'excavation pelvienne. Il a pour limite un cadre ostéo-tendineux de forme losangique constitué : En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, les branches ischiopubiennes. En arrière le rectum

### 3.4.2.2 Différents plans :

On peut considérer le périnée comme un plancher constitué en anatomie sommaire de trois plans ; superficiel, moyen et profond.

**3.4.2.2.1 Plan profond :** ou Diaphragme pelvien principal. Il comprend les éleveurs de l'anus et les muscles coccygiens.

– **Les éleveurs de l'anus :** c'est un muscle puissant de constitution complexe.

On lui distingue 2 portions :

\* La portion latérale ou sphinctérienne composée du muscle pubo-coccygien antérieur ; inséré en avant à la face postérieure de la surface angulaire du pubis et le muscle ilio-coccygien latéral ; inséré sur l'arcade tendineuse du muscle éleveur de l'anus, arcade de renforcement du fascia du muscle obturateur interne.

\* La portion médiale ou élévatrice (muscle pubo-rectal) : Elle est beaucoup plus étroite et épaisse que la précédente.

Elle se termine dans le rectum. Les fibres de la partie latérale (sphinctérienne) compriment le rectum transversalement et d'arrière en avant. Les fibres de la partie médiale (élévatrice) attirent le rectum en arrière et en avant. Enfin, ce muscle éleveur de l'anus a un rôle important dans la statique et le soutien des organes pelviens.

-**Le muscle coccygien** (muscle ischio-coccygien) : Placé en arrière du muscle éleveur de l'anus et sur le même plan, il complète le diaphragme pelvien. Son

rôle est identique à celui de la partie latérale (sphinctérienne) du muscle élévateur de l'anus.

#### **3.4.2.2.2 Plan moyen du périnée ou diaphragme uro-génital :**

Etendu exclusivement au triangle antérieur (uro-génital) du périnée, il est constitué par 3 muscles : un muscle pair et symétrique (le transverse profond du périnée) et un muscle impair (le muscle sphincter de l'urètre).

– **Le muscle transverse profond du périnée** : C'est un muscle large triangulaire à base latérale. Il s'insère latéralement sur l'ischion et la branche ischio-pubienne, Il contribue à constituer le diaphragme uro-génital qui a un rôle de soutien vis-à-vis de la vessie et de l'utérus chez la femme.

– **Le muscle sphincter de l'urètre** (ou muscle sphincter externe de l'urètre). Entour la partie membraneuse de l'urètre. Il ferme la partie membraneuse de l'urètre.

#### **3.4.2.2.3 Plan superficiel du périnée :** constitué de 2 groupes musculaires distincts :

- **Le groupe postérieur** (triangle postérieur anal) avec un muscle impair : le muscle sphincter externe de l'anus.

– **Le groupe antérieur** (triangle antérieur, uro-génital) avec 3 muscles pairs, annexés aux corps érectiles : les muscles transverse superficiel, ischio-caverneux ; bulbo spongieux et le muscle constricteur de la vulve.

\* Le muscle sphincter externe de l'anus ferme le canal anal.

\* Le muscle transverse superficiel du périnée joue un rôle dans la défécation (en comprimant la partie antérieure du canal anal) et surtout dans la miction.

### **3-5 Rappel physiologique :**

#### **3.5.1 Rappels physiologiques de l'appareil génital de la femme :**

Bien que beaucoup de choses aient été dites ou écrites sur leur compte, les mécanismes qui conduisent la femme au plaisir sexuel sont encore peu connus. De nombreux auteurs affirment avoir établi que tout orgasme chez la femme trouve son origine dans le clitoris, bien qu'elle puisse le ressentir d'une autre manière. La région clitoridienne et vaginale (un réseau de nerfs, de veines et d'artères) constitue la plus grande partie érectile du corps féminin. Ces structures sous jacentes ont aussi un homologue d'une taille sensiblement égale au pénis de l'homme. Il devient engorgé de la même manière que le pénis le devient.

Quand il est pleinement gonflé, le système clitoridien dans son ensemble devient brusquement trente fois plus large que le gland et le corps externe clitoridien qui est communément désigné sous l'appellation de clitoris.

Les organes sexuels de la femme, bien qu'interne et pas aussi facilement visibles que ceux de l'homme, se dilatent durant l'excitation. En fait la seule réelle différence entre l'érection des hommes et celle des femmes consiste en ce que celle des hommes s'effectue à l'extérieur de leur corps ; alors que celle des femmes se fait à l'intérieur. Les stimulations clitoridiennes évoquent l'orgasme féminin qui se localise au plus profond du corps autour du vagin et d'autres structures, de même que les stimulations de l'extrémité du pénis évoquent l'orgasme masculin qui se localise dans la partie basse du corps de l'homme.

Concernant les conséquences de l'excision, certains affirment que plus tôt elle est réalisée plus grand est le dommage, car la masturbation infantile et adolescente révèlent à l'organisme et à la conscience le mécanisme normal de

la réaction sexuelle. Ils en précisent qu'aucune technique chirurgicale ne peut réparer une clitoridectomie pour instaurer la sensibilité érogène de l'appareil amputé. Pour les physiologistes, l'exécution de l'acte sexuel sous l'égide du cerveau reste de mécanisme incertain. Ils pensent que la congestion vaginale, la transsudation séreuse, la distension du fond du vagin avec redressement de l'utérus et turgescence des bulbes homologues de l'érection sont sous la commande de la voie parasympathique sacrée. L'orgasme féminin s'accompagne de contractions périnéales qui précèdent l'éjaculation et les contractions utérines qui en principe la suivent.

Les points de départ de l'arc réflexe sont innombrables (peau, muqueuses, images psychiques), mais la stimulation clitoridienne est sélectivement efficace, au contraire du contact vaginal très inconstamment érogène : la fonction de reproduction et de plaisir érogène sont remarquablement dans le sexe féminin. L'efficacité des stimulations est fortement modulée par les représentations psychiques qui leur sont associées et la qualité des relations qui unissent les partenaires sexuels ; chez l'excisée, l'orgasme féminin ne se produit qu'après une excitation sexuelle prolongée. En fait, nous n'avons pas trouvé de document traitant la physiologie du plaisir sexuel chez la femme excisée.

L'orgasme excitant indiscutablement chez elle, toute laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir. [8]

### 3.5.2 Physiologie du périnée au cours de l'accouchement.

Après avoir franchi le détroit supérieur, la présentation effectue sa descente et sa rotation dans l'excavation pelvienne en prenant contact avec les faisceaux externes sphinctériens des releveurs qui se relâchent.

C'est la réaction de ce plancher à la poussée de la tête fœtale qui expliquerait la rotation basse en occipito-pubienne. Le front vient alors buter sur le sacrum, ce qui accentue la flexion de la tête puis l'occiput se cale sous la symphyse pubienne alors se produit une retro-pulsion du coccyx.

Le périnée postérieur est donc le premier à se distendre lors de la descente de la présentation. Cette mise en tension s'accompagne d'une béance de l'anus.

Dans un deuxième temps, la présentation se défléchit et distend le périnée antérieur.

Le périnée se moule sur la présentation et s'allonge. Le faisceau pubo-rectal des releveurs est repoussé en bas et en avant et vient s'intégrer dans le périnée superficiel. L'orifice vulvaire s'horizontalise. C'est à cet instant que la distension devient maximum.

La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne d'un relâchement de la partie externe des muscles élévateurs de l'anus.

L'association des contractions utérines et des efforts de poussée abdominale permet alors à la présentation de prendre contact avec le plancher périnéal qui subit une ampliation. La présentation en OP, idéalement bien fléchie met en tension le périnée postérieur.

Une fois sous la symphyse, la déflexion de la tête commence avec :

- un allongement de la distance anovulatoire. -

un étirement du périnée antérieur (faisceau pubo-rectal du muscle élévateur de l'anus, les muscles périnéaux superficiels).

Cet étirement est dangereux au niveau des insertions recto-symphysaires.

- une dilatation circulaire de l'anus.

Lorsque la présentation est en OS, la déflexion se fait autour de la commissure postérieure de la vulve et le périnée est distendu. C'est un mouvement difficile entraînant souvent des déchirures de haut degré et qui nécessite d'importantes forces car c'est une progression en masse du fœtus et non pas seulement de la tête.

La tête, déjà fléchie doit se fléchir au maximum (le cou et le tronc se fléchissent eux aussi afin de s'enrouler en quelque sorte autour de la symphyse). Le diamètre de dégagement, l'occipito-frontal est de 12 cm. La tête s'oriente dans le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, le front butte sous la symphyse pubienne. Ce dernier sera le point de pivot sous symphysaire autour duquel se continuera l'hyper flexion laissant apparaître à la vulve le front, les pariétaux, l'occiput (qui se dégage souvent brutalement) ; le sous occiput, arrivé à la fourchette vulvaire sera le 2<sup>ème</sup> point de pivot permettant la déflexion de la tête qui laissera apparaître successivement le bregma, le nez, la bouche, et le menton.

Le périnée sur distendu est exposé aux déchirures. Le mouvement de restitution des épaules se fera le plus souvent d'arrière en avant. Si chez la multipare au périnée souple, le dégagement peut s'avérer aisé, la primipare risque une déchirure grave et l'épisiotomie dans les cas d'expulsion en OS doit être d'indication large.

\* Les conséquences immédiates :

La progression du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne s'accompagne :  
D'un traumatisme de l'urètre et de son appareil sphinctérien avec élongation du sphincter urétral.

D'une désolidarisation inter viscérale liée à la descente de la tête qui agit comme un piston.

Des lésions du plancher pelvien : Par déchirures interstitielles des muscles du périnée ou une désinsertion terminale des muscles du noyau fibreux central.

Des lésions neurologiques : Par élongation du nerf pudendal avec atteinte de l'innervation des muscles sphinctériens du plancher pelvien, surtout pubo-rectal et sphincter anal externe. Ce sont ces lésions nerveuses qui, en plus de l'élongation musculaire seraient responsable de l'incontinence urinaire et anale du post-partum.

\* Les conséquences à plus long terme :

A plus long terme, trois conséquences menacent la parturiente : l'incontinence urinaire, l'incontinence anale et le prolapsus.

**3.5.3 Les facteurs de risque :** La parité ; La longueur périnéale ; La qualité du tissu périnéal ; les variétés de position ; L'excision ; favorisent des déchirures périnéales.

### 3.6 Les origines de l'excision :

Il est généralement admis que l'excision remonte à la nuit des temps. Les traces les plus anciennes en parlaient cinq siècles avant notre ère.

Erlich signale [11] que René Nelly, dans (érotique et civilisation) estime que chez les Egyptiens, l'excision remonte à 5000-6000 ans avant J.C. Et qu'elle a été d'usage courant dans toute l'humanité. L'un de ses arguments réside dans le fait que l'excision se pratique dans la zone qui correspond au foyer de la première néolithisation occidentale, à savoir l'Egypte, l'Ethiopie, la Syrie et la Perse. Cette thèse est confirmée par la découverte de momies excisées.

Dans le monde arabe, l'excision existait avant l'avènement de l'islam, ainsi que le confirment des textes de Aetius d'Aida [11] ; l'argument évoqué fait allusion à la taille excessive du clitoris qui aurait notamment pour conséquence d'être à l'origine d'un plus grand désir sexuel chez les femmes. Avicenne et les médecins du monde arabe parlent de l'excision et de l'infibulation. Les divers témoignages semblent établir une relation entre l'excision et l'inconduite conjugale, qui caractériserait les populations non excisées. Fabrice d'Acquapendente (1949) estime qu'il ya trois motifs à l'excision chez les Egyptiens :

- le premier, afin de supprimer un organe hypertrophié qui gêne la pénétration
- Le second, parce qu'ils tiennent pour chose abominable que la femme fasse l'office du mâle.
- Le troisième pour rendre les femmes plus modestes et briser leur insatiabilité. Il apparait que plusieurs théories ont cherché à expliquer le pourquoi de l'excision :

### **Des théories d'ordre économique**

Selon certains Marxistes l'excision serait l'expression d'une loi économique qui cherchant à imposer la famille patriarcale en tant qu'unité économique de base, aurait concrétisé l'assujettissement d'un sexe par l'autre. Ceci semble être confirmé par Mary Jane Sherfey, psychiatre américain, qui estime (qu'à l'origine, les femmes étaient dotées d'une capacité orgasmique immodérée, incompatible avec le développement de la sédentarité monogame). Ainsi, selon elle, l'hypersexualité qui caractériserait les femmes serait un obstacle à supprimer, en particulier par l'excision pour permettre au règne de l'homme de se maintenir [11].

### **Des théories d'ordre médico-psychologique**

Certains auteurs (dont Diderot dans son encyclopédie) émettent l'idée que l'excision est due à l'angoisse des hommes de voir grossir exagérément le clitoris, conduisant la femme épousée à devenir « une mère phallique », alors que le phallus doit être un attribut de la fonction paternelle. Ils rejoignent l'idée de nombreux auteurs médicaux, dont Diepgen [11] qui précise que l'opération était prescrite dans les cas d'hypertrophie clitoridienne, pour des raisons esthétiques et fonctionnelles (réduction de l'hyperexcitabilité sexuelle).

### **Des théories d'ordre anthropologique**

Les raisons de sa pratique sont nombreuses mais c'est la thèse anthropologique qui correspond de mieux au contexte malien, car l'excision pour Dieterlen G [13], s'inscrit dans la pensée cosmogonique bambara. Elle attribue au premier être femelle de l'existence, appelé ( musokoroni) à la suite de sa mésentente avec son mari, le premier être mâle , appelé ( Pemba ) . Rendue folle de jalousie par les infidélités de son compagnon, ( sa fureur la

poussa a circoncire et exciser avec ses ongles et ses dents tous les êtres humains qu'elle rencontra ) Le Wanzo, force néfaste constituée à l'origine de l'impureté de musokoroni ... qu'elle transportait avec elle pénétra ainsi le genre humain ).Depuis lors, tout enfant, à la naissance, reçoit, le Wanzo, parole de musokoroni, dans son sang et sur sa peau, au moment du contact avec la terre sur laquelle il nait. Cette force se transmet à tout ce que touche le porteur. Elle siège plus particulièrement dans le prépuce chez l'homme , le clitoris chez la femme et représente dans l'individu le désordre ... de plus elle à la fécondité. Pour devenir un être stable, pour se marier, procréer, sacrifier, l'enfant doit être débarrassé de son Wanzo. Cet effet est obtenu au cours de la circoncision, de l'excision et des rites qui terminent la retraite des opérées. La plus grande part de la force s'écoule dans la terre avec le sang de l'organe mutilé. Le reste de la force s'échappe avec la fumée du feu par-dessus lequel les enfants sautent ... avant de rentrer dans leur demeure ... mais le wanzo ne disparaît pas : il est capté dans les masques de la société du ndomo à laquelle appartiennent les incirconcis. C'est seulement lorsqu'un adolescent a perdu son wanzo qu'il est admis à se marier : tout individu refuserait d'épouser un partenaire qui n'en aurait pas été complètement débarrassé.[9]

Par ailleurs, Dieterlen précise que la notion de bisexualité de l'être est fondamentale : les principes spirituels sont sexués comme le corps, dont l'ambivalence est flagrante pendant l'enfance : le garçon est féminin dans son prépuce, la fille est mâle dans son clitoris. L'un des buts de la circoncision et de l'excision est de promouvoir l'enfant dans le sexe auquel il est apparemment destiné en supprimant l'organe du sexe opposé. En résumé, ce sont donc des raisons diverses qui expliquent la circoncision et l'excision : nécessité de débarrasser l'enfant d'une force mauvaise, nécessité pour lui

de payer une dette de sang, et verser définitivement dans un sexe. Quant à l'infibulation, elle suscite moins d'hypothèses ; il est généralement admis qu'elle n'a qu'une seule fonction : garantir la chasteté de la fille. En effet aucune recherche ne donne d'explication mythique à l'infibulation.

### **Des théories d'ordre religieux**

Il est généralement admis que les religions n'ont fait que justifier à posteriori des pratiques qui leurs étaient bien antérieures et qu'elles ont pris à leur compte.

Qu'il s'agisse de la religion égyptienne, du judaïsme, du christianisme ou de l'islam, il n'existe dans aucun texte religieux la moindre recommandation concernant sa pratique. Néanmoins la religion ne reste pas indifférente à la pratique de l'excision, puisqu'elle en parle. C'est notamment le cas des # hadiths#, textes portant sur des traditions orales para-religieuses qui s'ajoutent au coran. Ils précisent que le prophète (paix et salut sur lui) ayant surpris une séance d'excision a dit que s'il était absolument nécessaire de la pratiquer, il fallait veiller à ce que le geste soit léger. Il aurait donc toléré la pratique de l'excision ; main en introduisant une certaine tempérance, puisqu'il a précisé « ne détruit pas » ou « ne vas pas en profondeur ». D'après Assad F [3] citant Ibn et Athir, le prophète (paix et salut sur lui) aurait ajouté que «la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme ». Pour Belkis Giorgi, la pratique de l'excision serait issue d'une légende qui affirme que Sarah, épouse d'Abraham, aurait excisé elle-même sa coépouse Hagar dont elle était jalouse.

En résumé, l'excision semble avoir deux origines totalement différentes et indépendantes :

**Une origine qui aurait pris naissance chez les coptes d’Egypte et les Abyssins d’Ethiopie.** Elle aurait été transmise aux arabes, (bien avant le prophète) qui aurait assuré sa diffusion.

**Une origine noire africaine,** qui serait d’ordre symbolique et s’inscrirait dans un cadre purement initiatique.

### **3.7 Les différents types de mutilations génitales féminines :**

Selon l’OMS [23], 4 types existent :

**Types I :** Excision du **prépuce** avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris.

**Types II :** Excision du prépuce et du **clitoris** et ablation partielle ou totale des **petites lèvres**.

**Types III :** Excision partielle ou totale des petites lèvres, **des grandes lèvres** et **suture rétrécissement** de l’orifice vaginal (infibulation).

**Types IV :** Interventions non classées : piqures, perforation ou incision du clitoris et / ou des petites et des grandes lèvres , étirement du clitoris et / ou des lèvres , cautérisation par brulure du clitoris et du tissu avoisinant , grattage de l’orifice vaginal ou incision du vagin , introduction de substance corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ou introduction de plantes dans le vagin pour resserrer ou rétrécir le vagin , tout autre.

### **3.8 Les complications liées à l’excision :**

Selon l’OMS, les mutilations sexuelles féminines sont un acte délibéré qui entraîne des dommages importants pour la fillette et pour la femme. Les femmes qui subissent les formes les plus graves sont exposées aux complications.

### **3.8.1 Les complications immédiates**

#### **- L'hémorragie**

L'hémorragie est un résultat immédiat fréquent et presque inévitable. Lors de l'ablation du clitoris, l'artère clitoridienne, dont la pression est élevée, est sectionnée. Une hémorragie peut également se produire après la première semaine lorsque la croûte formée sur la plaie au niveau de l'artère se détache généralement en raison d'une infection. L'ablation des petites et /ou des grandes lèvres endommage aussi les artères et les veines. Les saignements importants peuvent entraîner un état de choc, ou un décès soudain en cas d'hémorragie massive. Des pertes de sang importantes peuvent entraîner une anémie chronique.

#### **- Le choc**

Le choc est dû non seulement aux saignements mais aussi à la douleur aiguë et la peur. La plupart des mutilations sont pratiquées sans anesthésie.

#### **-L'infection**

L'infection due aux mauvaises conditions d'hygiène et à l'utilisation d'instruments non stérilisés ou rudimentaires est une conséquence courante de l'opération. Elle peut également être consécutive aux remèdes traditionnels appliqués pour faire cicatriser la plaie. L'infection peut se propager par voie interne à l'utérus, aux trompes et aux ovaires entraînant des infections pelviennes et la stérilité. Les infections comprennent le tétanos généralement mortel, et la septicémie aussi potentiellement mortelle.

### **– La rétention d'urine**

Pouvant durer plusieurs heures à plusieurs jours ; est une complication immédiate fréquente des mutilations sexuelles. Elle est due à la douleur à l'appréhension d'urine sur la plaie à vif à la tuméfaction de la plaie à l'inflammation ou à une lésion de l'urètre. La rétention d'urine entraîne souvent des infections des voies urinaires. L'utilisation d'instruments rudimentaires, le manque de lumière, l'incompétence de l'opérateur ou les mouvements de la fillette qui se débat peut entraîner des lésions des organes de voisinage, par exemple de l'urètre, du vagin du périnée ou du rectum et par la suite des incontinences.

### **– Les fractures et luxations**

### **– Le sida**

## **3.8.2 Les complications à long terme :**

### **3.8.2.1 Urologiques et gynécologiques :**

#### **– Les fistules :**

Pouvant être recto vaginales ou vésico vaginales se forment à la suite de traumatisme subi lors de la mutilation elle-même , de la dés infibulation ou de la ré infibulation, des rapports sexuels ou d'un travail dystocique.

#### **– Les infections chroniques des voies urinaires :**

Les infections chroniques des voies urinaires basses infligées au cours de la mutilation ou consécutives à des complications. Elles sont particulièrement fréquentes à la suite d'infibulation.

– **Les prolapsus uro-génitaux :**

Une chute de certains organes (vessie, utérus, rectum)

- **L'infertilité** : par une obstruction des voies de migration des gamètes

– **Troubles psycho-sensoriels** : à type de crainte de dégoût des rapports sexuels, de trouble de désir sexuel

– **Les séquelles anatomiques**

+ Les cicatrices chéloïdes

+ Les kystes dermoïdes

+ Des neurinomes peuvent se former à l'emplacement où le nerf dorsal du clitoris a été sectionné. Toute la sphère génitale est le siège de douleurs permanentes et insupportables.

- **Les séquelles physiologiques**

**La dyspareunie** : Les rapports sexuels douloureux consécutifs à une clitoridectomie et plus encore à une infibulation peuvent entraîner des dysfonctionnements sexuels affectant les deux partenaires. La pénétration est parfois difficile voire impossible. La dysménorrhée survient souvent à la suite d'une occlusion partielle ou totale du vagin. Un hémato-colpos peut se former du fait de la rétention du sang menstruel.

**Traitements des complications:**

**Médical** : Par l'utilisation des antibiotiques et des antiseptiques, antalgiques et même psychologique.

**Chirurgical** : Dés infibulation et Kystectomie vulvaire

**#Technique :** La patiente en position gynécologique après l'anesthésie générale ou le rachis selon l'indication. Après badigeonnage de la partie vulvaire, on procède à un cathétérisme urétral puis une incision médiane pour élargir l'orifice vaginale. Et de même, après incision sur ou résection du kyste vulvaire puis suture d'hémostase.

### **3-8-2-2. Obstétricales :**

#### **-Déchirures vulvo-périnéales**

Le diagnostic se fait à l'examen sous valve et à l'inspection du périnée.

La prise en charge se fait en fonction du degré de la déchirure.

\*Dans les déchirures incomplètes (1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré) :

La réparation se fait en 3 plans selon l'anatomie du périnée.

1<sup>er</sup> temps : la suture de la muqueuse vaginale par le vicryl 2/0 en surjet simple à partir du point apical de la déchirure vers l'orifice vaginal.

2<sup>ème</sup> temps : suture de la musculuse en surjet ou par des points simples.

3<sup>ème</sup> temps : suture de la peau par du fil non résorbable en points simples ou séparés.

\*Dans les déchirures complètes ou compliquées (3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> degré) : La réparation a comporté deux(2) temps :

1<sup>er</sup> temps : la réfection du sphincter anal par des points séparés.

2<sup>ème</sup> temps : on change de gant et on procède à la réparation comme dans le cas d'une déchirure incomplète.

**-Travail d'accouchement prolongé :** lié souvent à une infibulation ou à une occlusion partielle ou totale du vagin. Une souffrance fœtale voir la mort fœtale peut survenir.

## **4. METHODOLOGIE :**

### **4-1.Cadre de l'étude :**

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique de l'H F D Kayes.

Kayes, est la 1<sup>ère</sup> région administrative et économique du Mali situé au sud-ouest du pays avec une superficie de 120 760 Km<sup>2</sup>, répartis entre six cercles plus celui de Kayes comme capital de la première région. La population compte 1 996 812 Habitants avec un nombre important en exode. Les ethnies majoritaires sont les Malinkés, les Kassonkés, les Sarakolés et les Peulhs. La ressource économique est basée sur le commerce.

**Histoire :** L'Hôpital Fousseyni Daou a été créé en 1883 par les militaires français en mission en Afrique de l'ouest. De nos jours, l'hôpital prend en charge les malades provenant des structures sanitaires du cercle de Kayes, des cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Il comprend :

Un service de médecine ;

Un service de gynécologie – obstétrique ;

Un service de chirurgie divisé en 2 unités (chirurgie A ; chirurgie B) ;

Un service de traumatologie ;

Un service de Pédiatrie ;

Un service de laboratoire et de Pharmacie ;

Un service d'ophtalmologie ;

Un service des urgences et soins intensifs ;

Un service d'odontostomatologie ;

Un service d'oto-rhino-laryngologie (O R L) ;

Un service de dermatologie ;

Un service de kinésithérapie- rééducation ;

Un service d'imagerie médicale et radiologique ;

Un service d'administration ;

Une morgue ;

Une buanderie ;

#### **4-1-1. Service de gynécologie et d'obstétrique :**

C'est un nouveau bâtiment construit en 2015, situé au sud- ouest de l'hôpital, et comprend :

##### 1<sup>er</sup> Pole devant à gauche :

-Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés avec toilette interne ;  
comportant : Cinq tables d'accouchement, contigu à :

- une salle de travail,

-une salle de suites de couches et

- Une salle de réveil

- Une salle de garde avec toilette interne

– Une salle de Major de salle d'accouchement

– Une salle de pansement des malades opérées

2<sup>ème</sup> Pole devant à droite :

- Une salle des étudiants en année de thèse avec toilette interne

- Une salle de consultations externes

- Une salle pour les manœuvres

- Un bloc opératoire non fonctionnel pour le moment.

3<sup>ème</sup> Pole derrière à gauche :

- La salle de staff

- Des toilettes pour personnel= 2

- Une salle de dépistage du cancer du col de l'utérus et de cryothérapie

- Une salle de Major d'hospitalisations

- Une salle de soins après avortement

- Une salle de planification familiale

- Une salle de consultations prénatales

- Deux salles pour consultation externe

4<sup>ème</sup> Pole derrière à droite :

- Deux salles d'hospitalisations VIP (climatisation et toilette interne)

- Deux salles d'hospitalisation de catégorie 1ère (avec 4 lits et climatisation)

- Quatre grandes salles de catégorie 2ème à quatre lits avec ventilation

- Deux toilettes pour malades et accompagnants.

**Le personnel se compose de :**

- Trois gynécologues obstétriciens,
- Quatre étudiants en année de thèse,
- Neuf sage – femmes,
- Cinq infirmières obstétriciennes,
- Un infirmier d'état,
- Quatre matrones,
- Et Trois manœuvres.

**Les activités du service sont programmées comme suite :**

- Quatre jours de consultations externes,
- Quatre jours de consultations prénatales,
- Une visite journalière des malades hospitalisés après le staff,
- Un jour d'activité chirurgicale programmée : le jeudi.

**Au niveau organisationnel du service de garde :**

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée de:

- Personnel :

Un gynécologue- obstétricien, un étudiant en année de thèse, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une matrone et un manœuvre.

- Matériels : L'équipe dispose de :

Cinq tables d'accouchement,

Trois salles d'opération fonctionnelles,

Un kit de médicament d'urgence, permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit créé sur fond propre de l'hôpital est remboursé par les patientes après l'intervention. Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc.), kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat, éclampsie et un kit de césarienne.

-Activités : un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés durant la garde des 24 heures. Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, des cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

#### **4-2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive.

#### **4-3. Durée de l'étude :**

L'étude s'est déroulée du 01 Août 2015 au 31 Juillet 2017

Soit une période de 24 mois (2ans)

#### **4-4. Population d'étude :**

Toutes les fillettes et femmes ayant subi l'excision reçus dans le service avec des complications ou séquelles liées à l'excision.

#### 4-5. Echantillonnage :

Par sélection

**-Critères d'inclusion** : tous les nourrissons, filles et femmes victimes de M G F reçus dans le service pour des complications ou séquelles ; capables de répondre aux questionnaires avec leur consentement ou celui des parents.

**-Critères de non inclusion** : tous les nourrissons, filles et femmes qui n'ont pas subi d'excision, ou les cas non compliqués.

#### 4-6. Recueil des données :

Nos données ont été recueillies à partir des supports suivants : le registre de référence, les dossiers médicaux, le compte rendu opératoire, et les fiches d'enquête.

#### 4-7. Analyse et saisie des données :

Les données ont été saisies sur des fiches Microsoft Word2007 et analysées par le logiciel SPSS version 20.

Les résultats ont été présentés sous forme de figures et tableaux avec un intervalle de confiance de 95%.

-Technique : le questionnaire et l'examen physique

- outils de collecte : avec **les variables qualitatifs et quantitatifs** continus, discontinus.

- épidémiologiques : (âge ; ethnie ; résidence ; niveau d'instruction des parents)

-Socioculturels : (moment de l'excision ; raisons de la pratique)

- Cliniques : (Motif de consultation ; Complication lors de l'excision)

#### **4-8. Aspect éthique de l'enquête :**

Toutes les fillettes et femmes enquêtées ont été soumises à un consentement libre et éclairé. L'anonymat a été respecté.

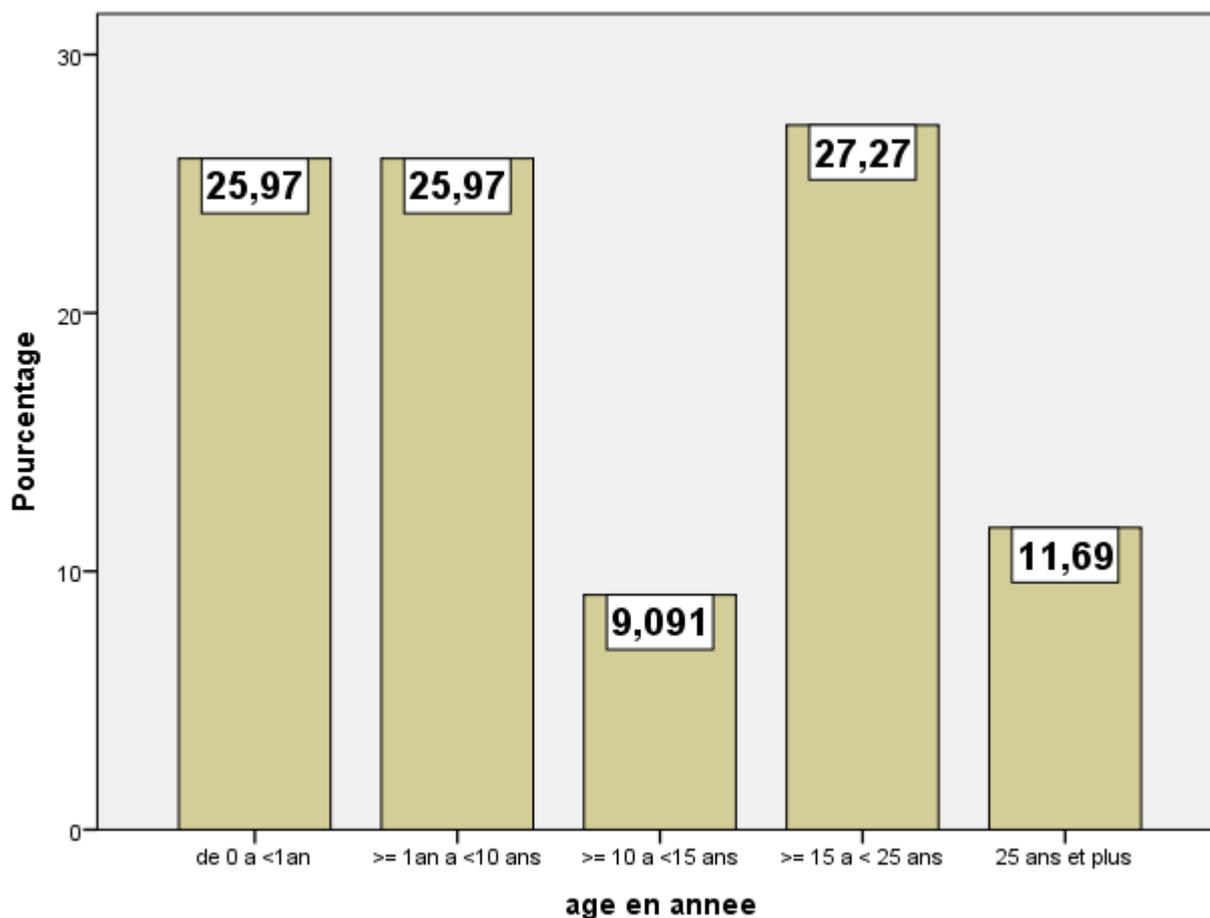
## 5. RESULTATS

### 5.1. La fréquence des complications des mutilations génitales féminines :

Entre le 1<sup>er</sup> Août 2015 et le 31 Juillet 2017 nous avons enregistré **77 cas** de complications liées à l'excision sur **5983** femmes enquêtées soit **1,2%**.

### 5.2. Données sociodémographiques de la population d'étude :

#### 5.2.1. Répartition des femmes enquêtées selon les tranches d'âge.



**Figure1** : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

La tranche d'âge de 15 à 25 ans était la plus touchée avec 27,3%, avec une moyenne d'âge de 3 ans, l'âge minimum était moins d' 1 an.

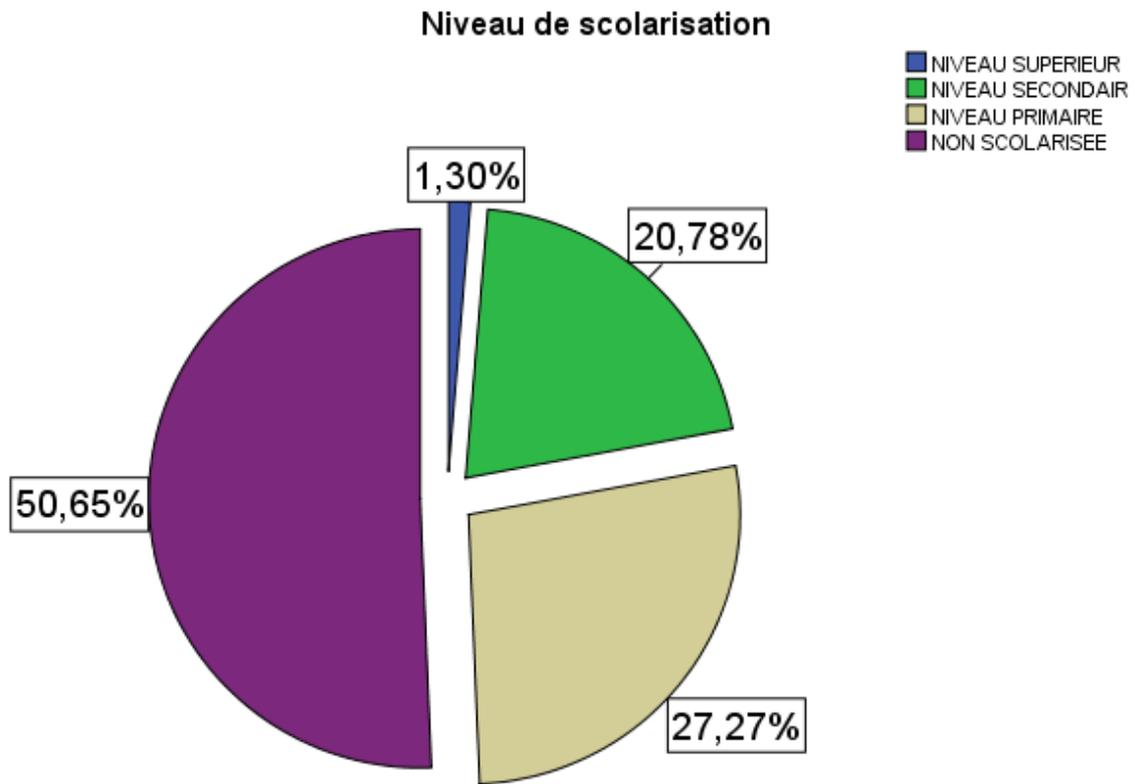
### 5.2.2 Distribution des patientes selon l'ethnie.

**Tableau I** : Répartition des patientes selon l'ethnie :

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage %</b>
Malinké	21	27,3
Peulh	21	27,3
Bambara	15	19,5
Kassonké	11	14,3
Sarakolé	9	11,7
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

Les peulhs et les Malinkés étaient les ethnies majoritaires avec 27,3% chacune et cela s'explique par la majorité de ces deux ethnies de la population de Kayes.

### 5.2.3 Répartition des patientes selon leur niveau de scolarisation



**Figure 2 :** Répartition des patientes selon leur niveau de scolarisation  
Les patientes non scolarisées représentaient 50,6% des cas.

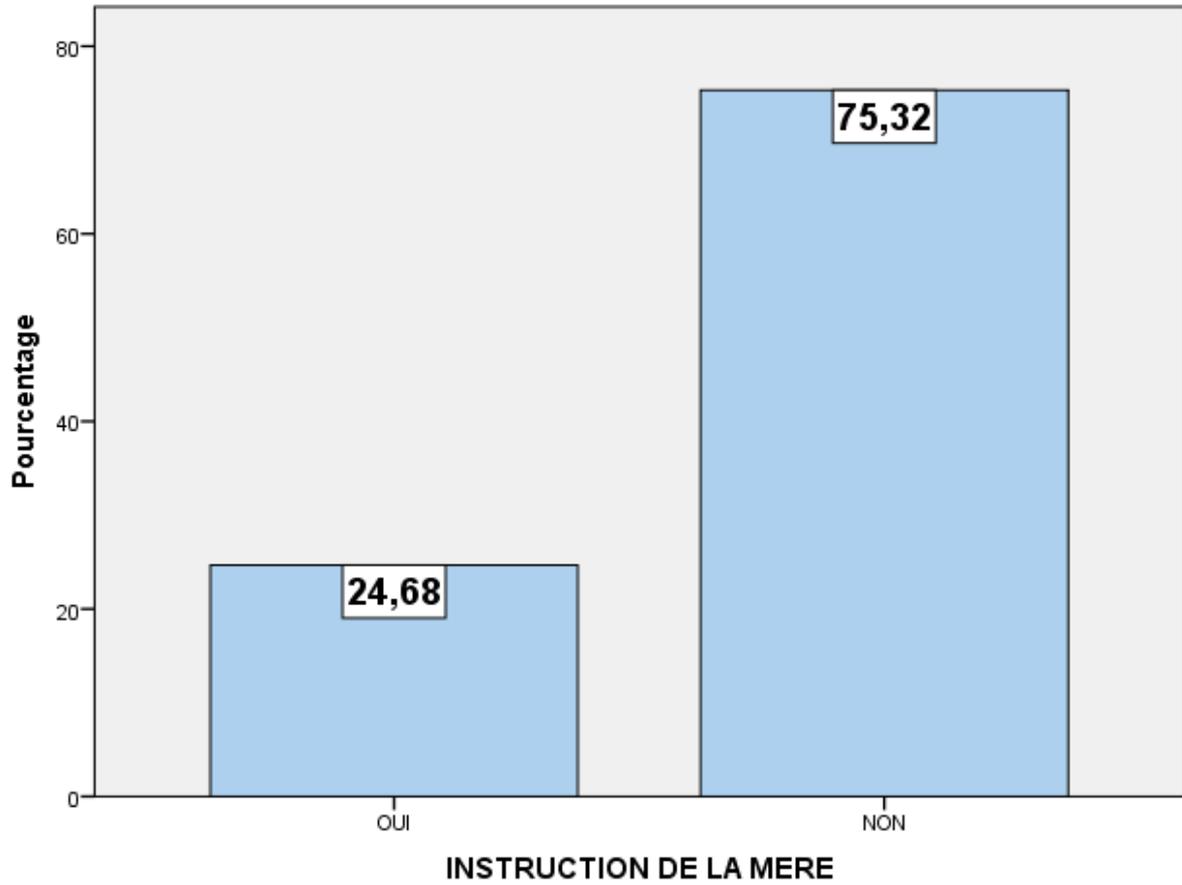
### 5.2.4 Répartition des patientes selon leur profession

Tableau II : Répartition des patientes selon leur profession :

Profession	Effectifs	Pourcentage
Elève / Etudiante	25	32,5
Ménagère	19	24,7
Fonctionnaire	3	3,9
Autre = (nourrissons et mineures)	30	39,0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

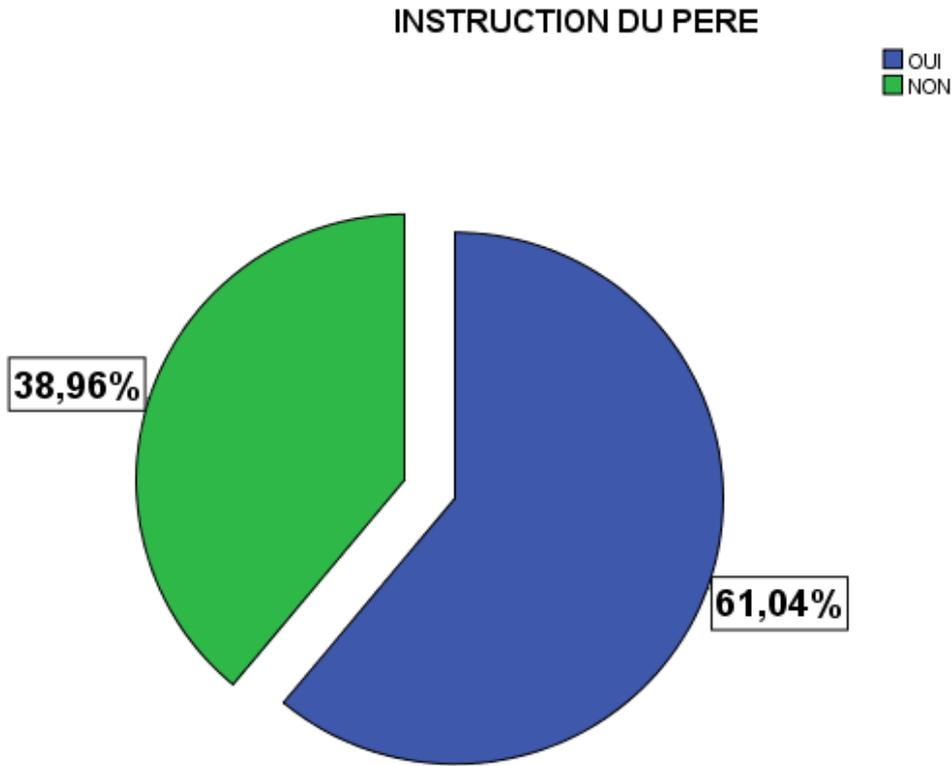
Les nourrissons et les mineures sans profession représentaient 39% des cas.

### 5.2.5 Répartition des parents selon leur instruction.



**Figure 3 :** Répartition des parents selon l’instruction de la mère :

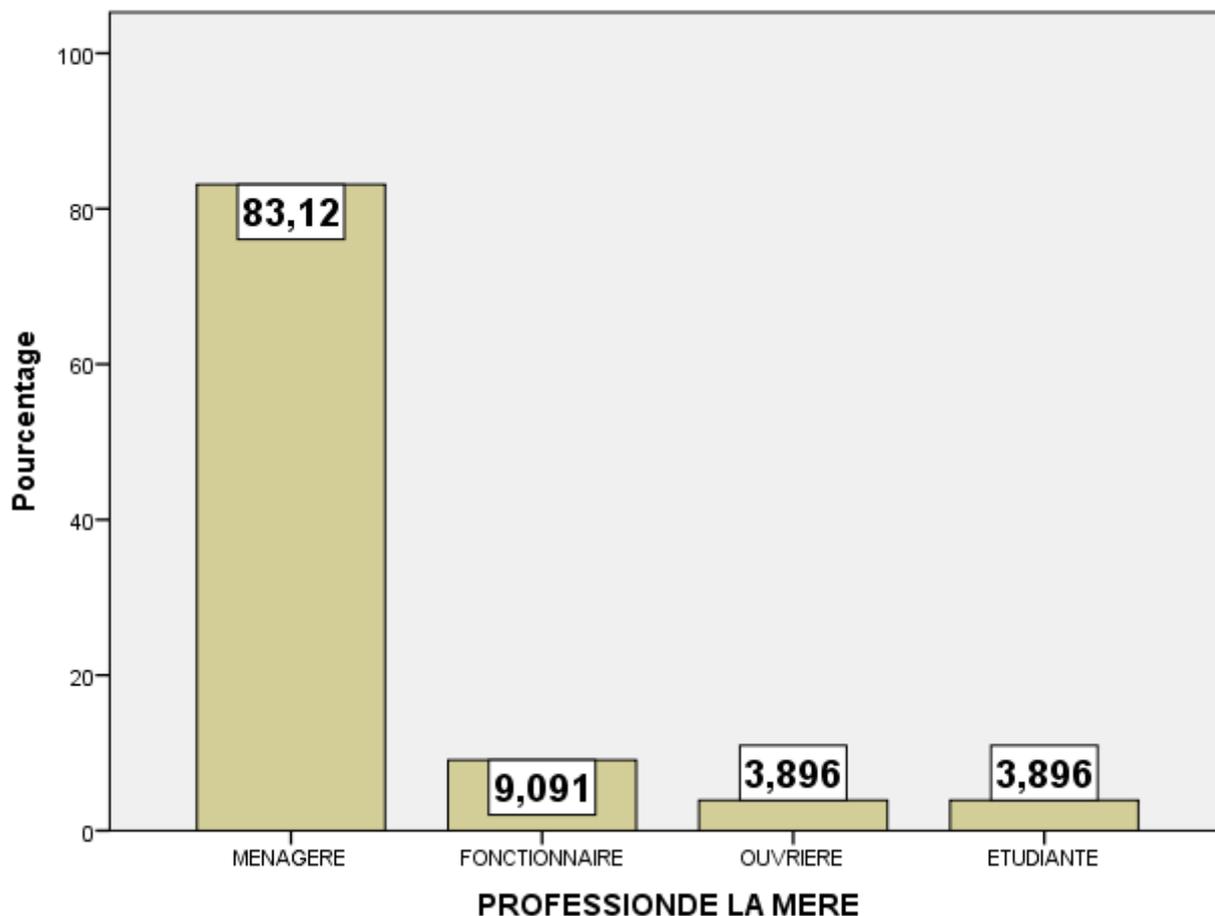
Nous réalisons que 75,3 % des mères de nos patientes étaient non instruites



**Figure 4 :** Répartition des parents selon l'instruction du père :

Nous trouvons que 61% des Pères de nos patientes étaient instruits

### 5.2.6 Répartition des parents selon leur profession



**Figure 5** : Répartition des parents selon la profession de la mère

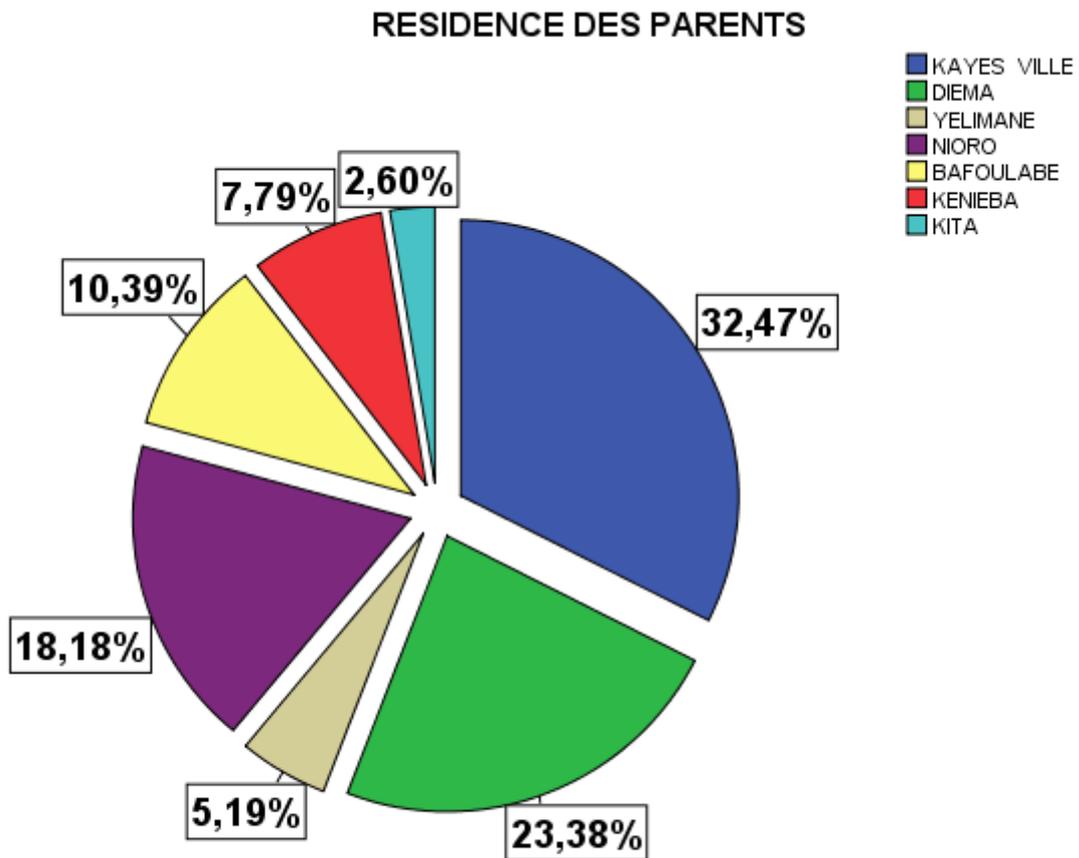
L'étude ressort que 83,1% des Mères de nos patientes étaient des ménagères.

**Tableau III** : Répartition des parents selon la profession du père

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ouvriers	43	55,8
Paysans	17	22,1
Fonctionnaires	17	22,1
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

Notre étude rapporte que 55,8% des pères de nos patientes étaient des ouvriers.

### 5.2.7 Répartition des patientes selon leur résidence

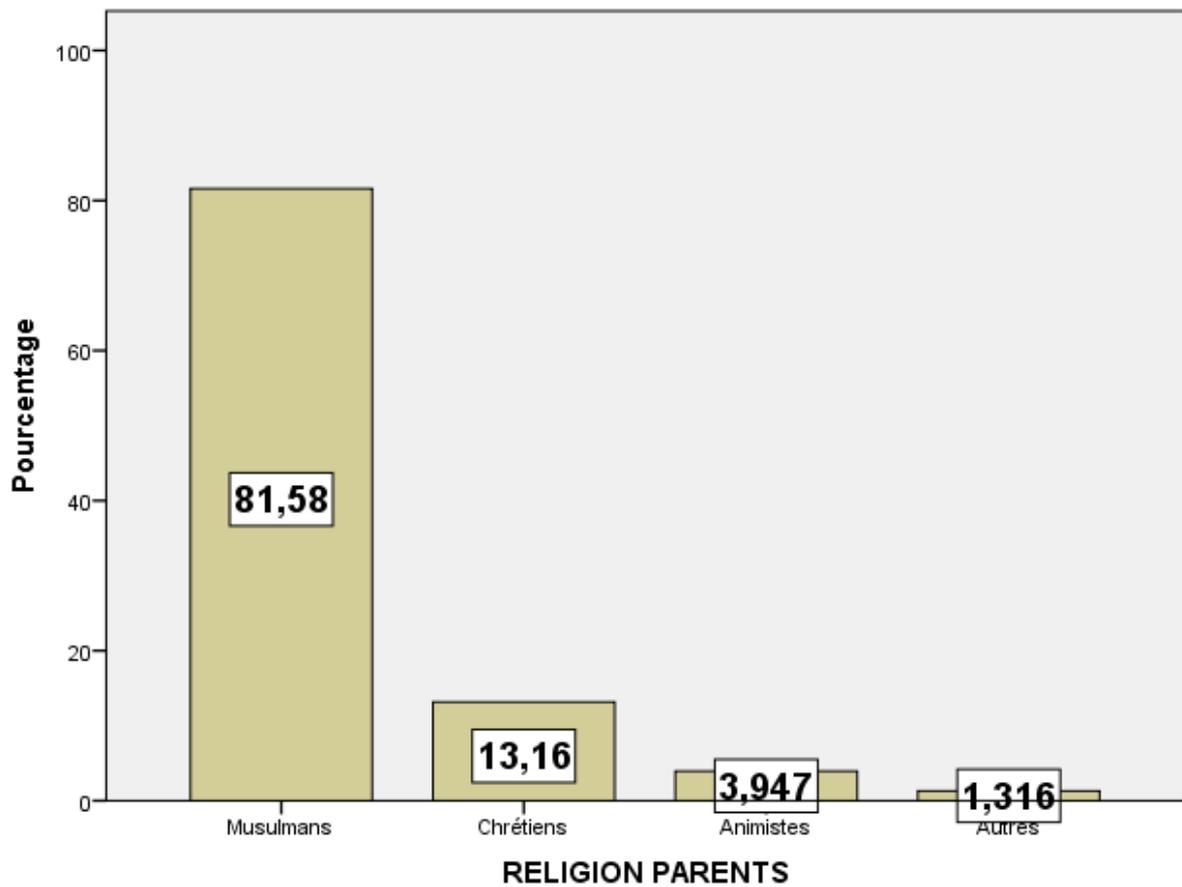


**Figure 6** : Répartition des patientes selon leur résidence

La majorité de nos patientes résidait à Kayes ville soit 32,5%.

### 5-3. Données socioculturelles de la population :

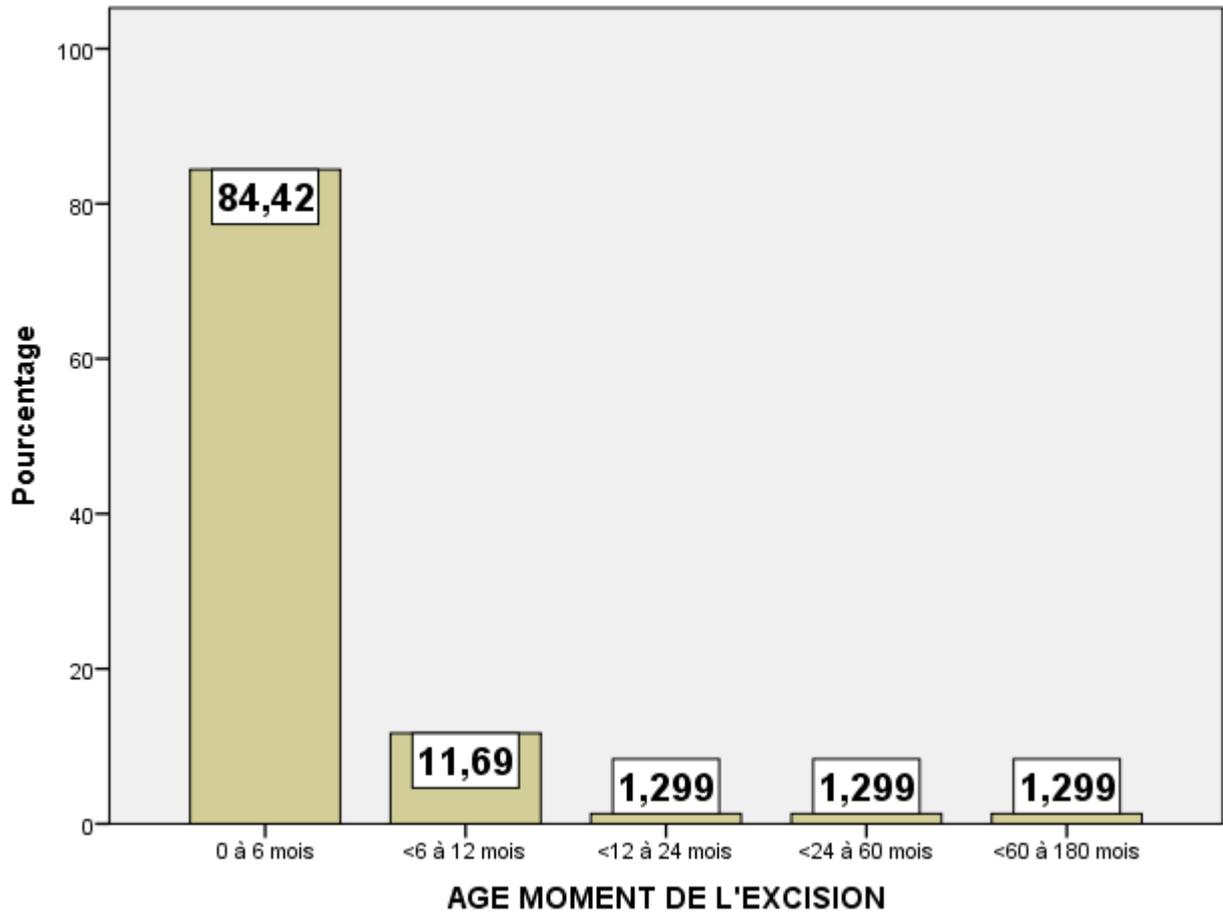
#### 5.3.1 Répartition des parents selon la religion



**Figure 7 :** Répartition des parents selon la religion

Les musulmans représentaient 81,5% des cas.

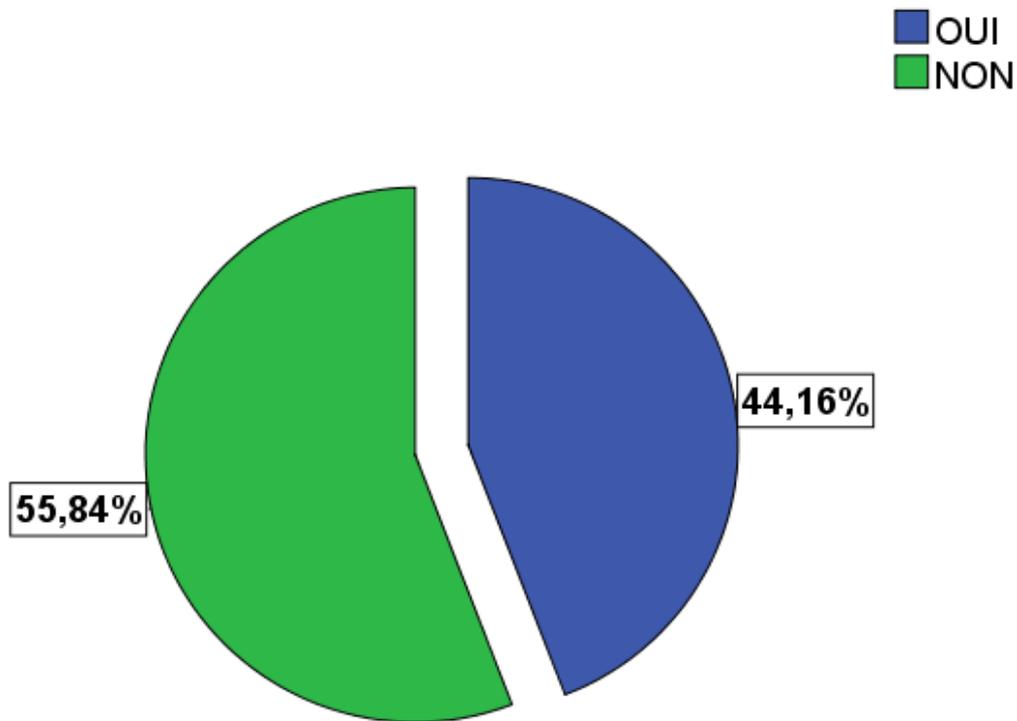
### 5.3.2 Répartition des patientes en fonction de l'âge au moment de l'excision.



**Figure 8 :** Répartition des patientes en fonction de l'âge au moment de l'excision.

La plupart de nos patientes avait subi l'excision à moins de 6 mois soit 84,4% ; avec un âge maximum de 5ans.

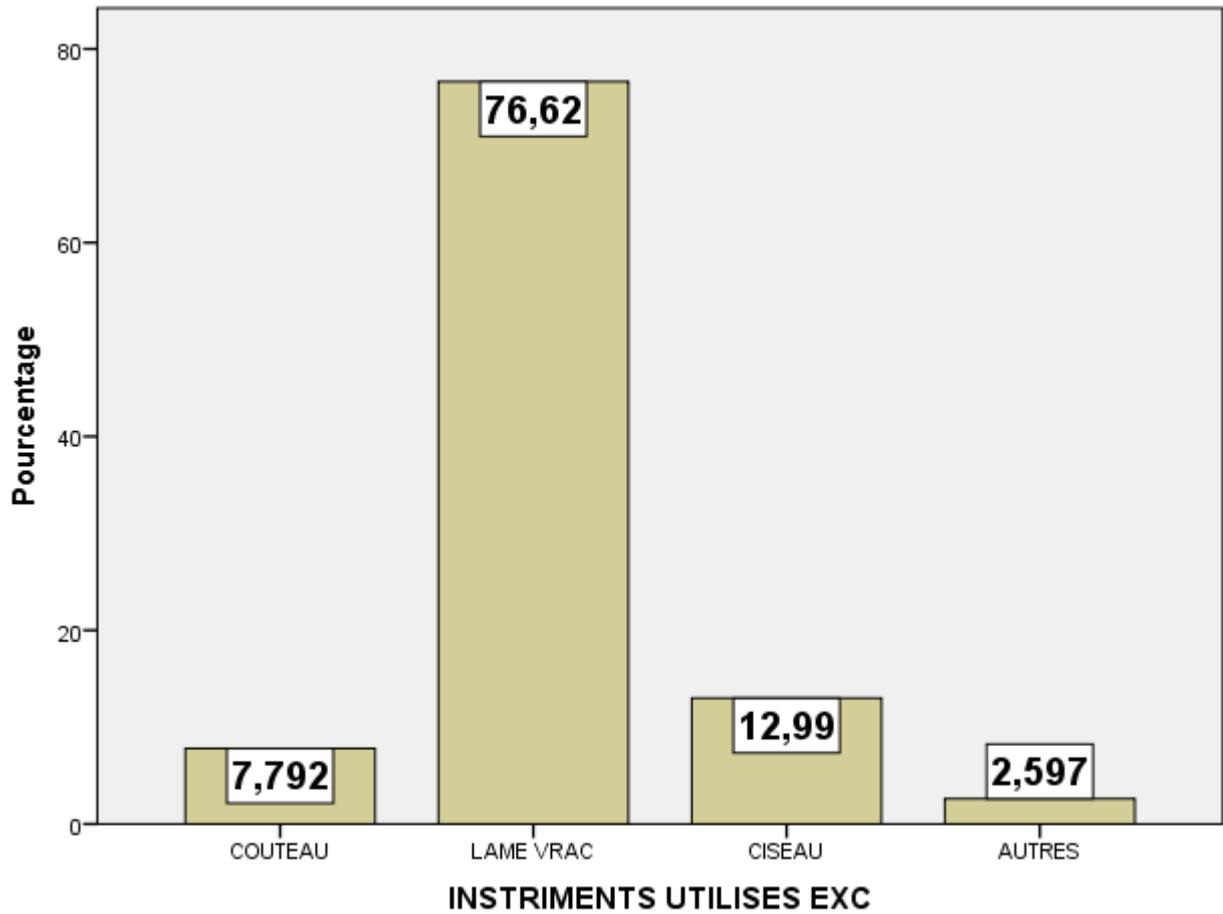
### 5.3.3 Répartition des patientes selon l'excision en groupe



**Figure9** : Répartition des patientes selon l'excision en groupe.

Notre enquête a trouvée que 55,8 % des patientes ont été excisées individuellement.

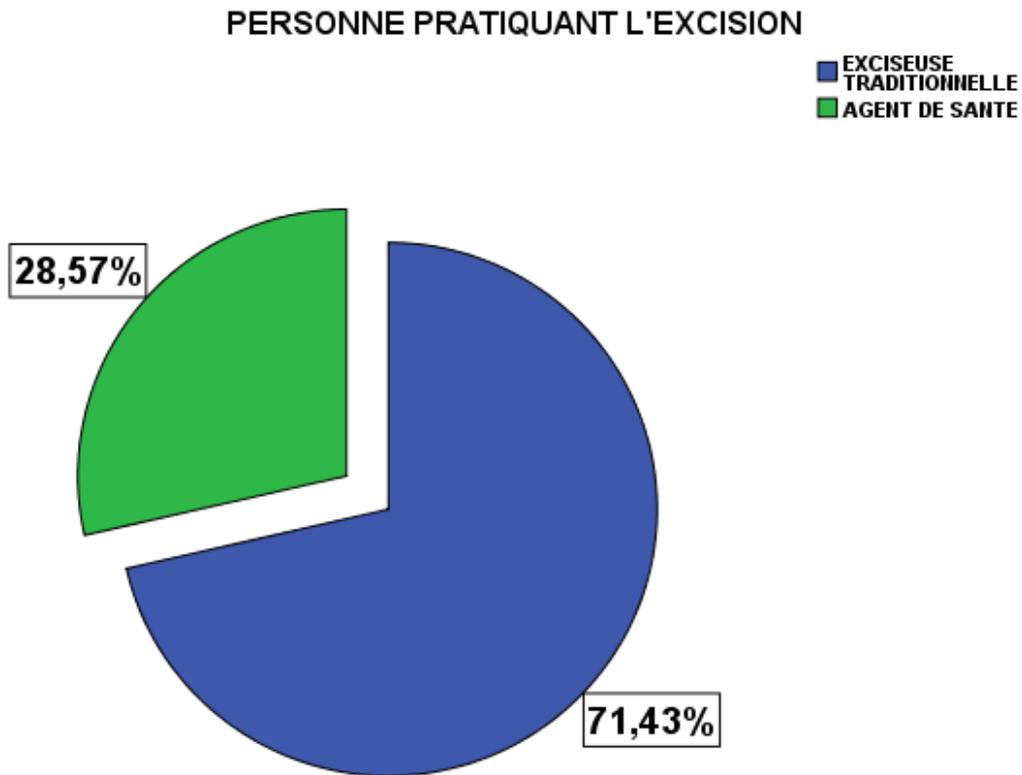
### 5.3.4 Répartition des patientes selon l'instrument utilisé pour l'excision.



**Figure 10:** Répartition des patientes selon l'instrument utilisé pour l'excision.

La lame vrac non stérile était l'instrument le plus utilisé à 76,6 % par les exciseuses.

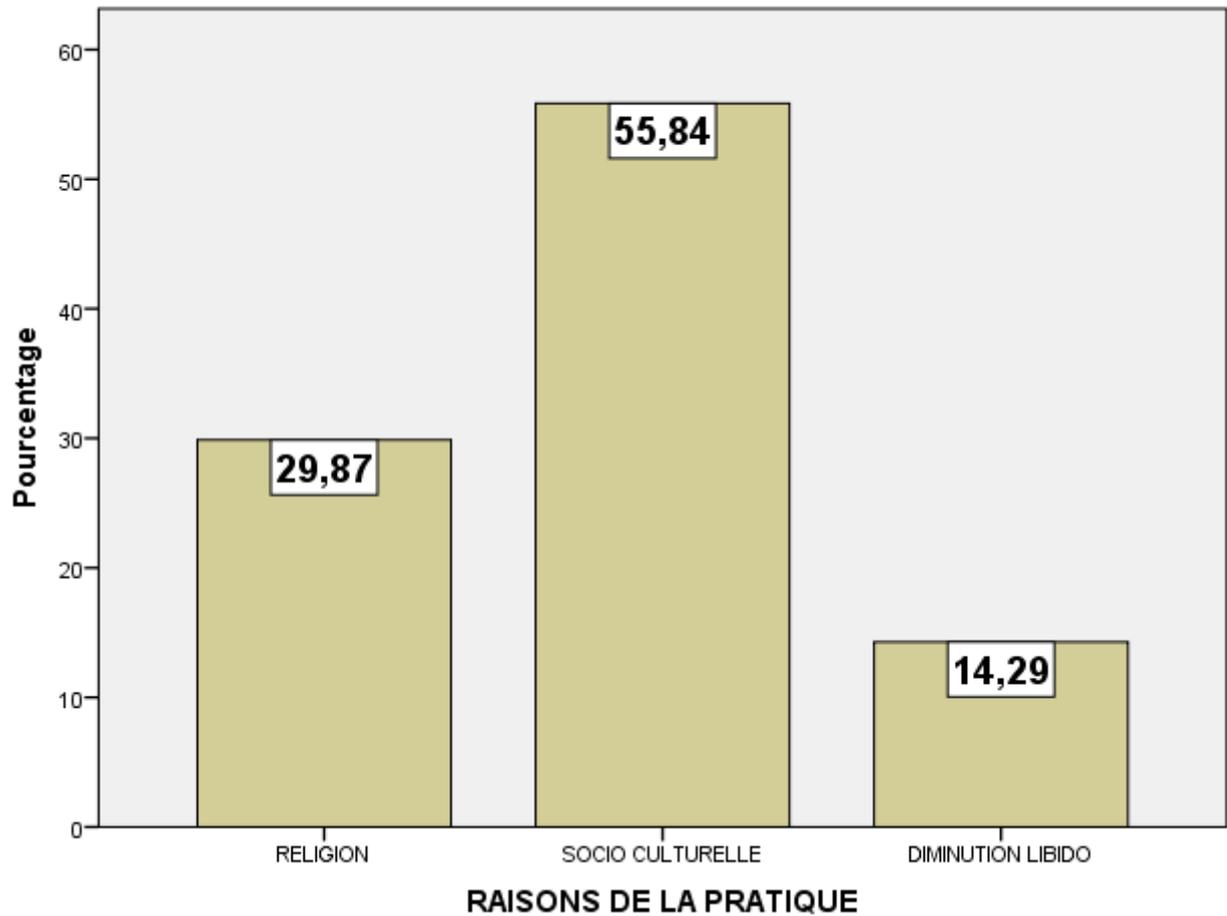
### 5.3.5 Répartition des personnes pratiquantes l'excision.



**Figure 11** : Répartition des personnes pratiquantes l'excision

La plupart des M G F était réalisée par des exciseuses traditionnelle à 71,4 % ; avec un taux considérable de **28,5% malgré qui est attribué à des agents de santé.**

### 5.3.6 Répartition des patientes selon les raisons de la pratique de l'excision

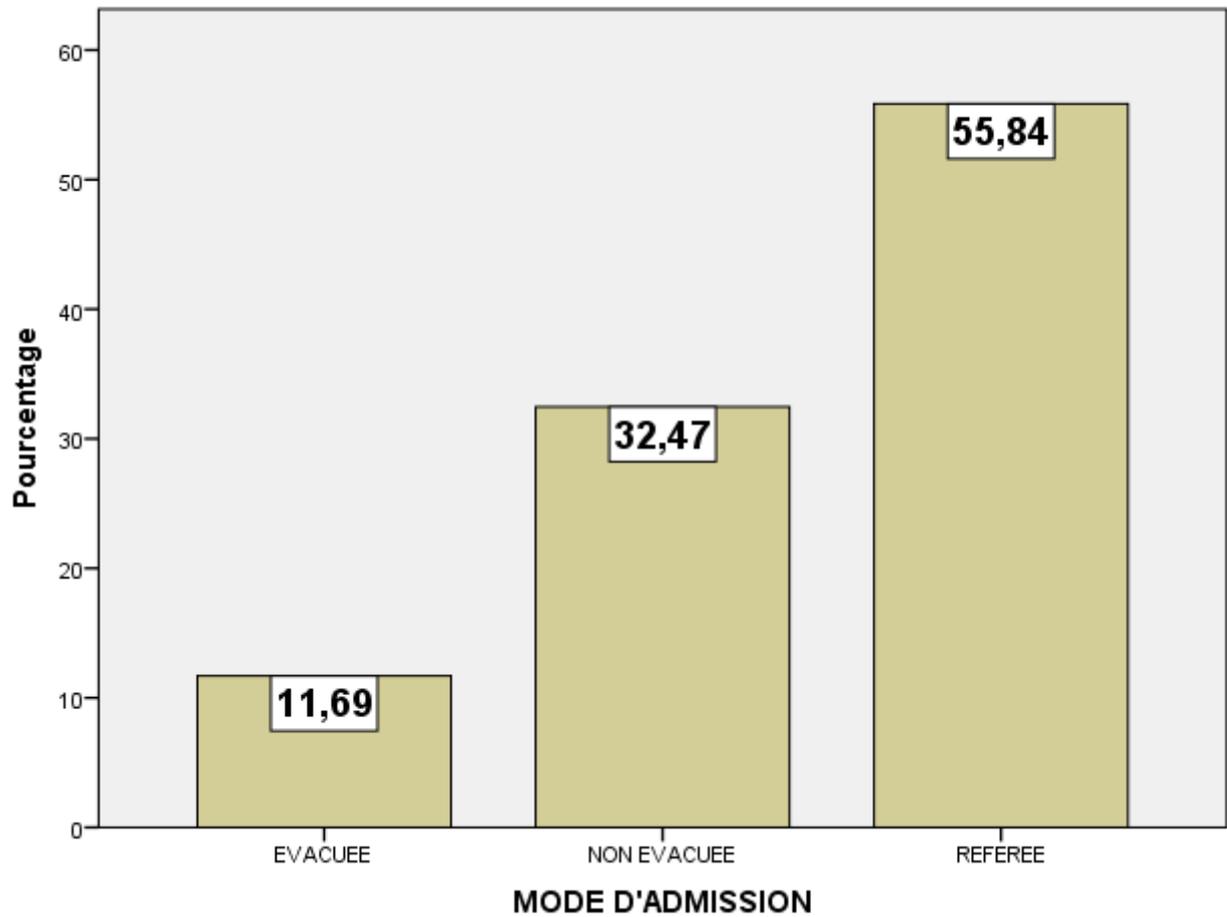


**Figure 12** : Répartition des patientes selon les raisons de la pratique de l'excision

Nous avons trouvé que 55,8% accusaient la raison socioculturelle comme motif de leur excision.

## 5- 4. Etude clinique des cas d'excision rencontré :

### 5.4.1 Répartition des patientes selon leur mode d'admission



**Figure 13** : Répartition des patientes selon leur mode d'admission

Les patientes nous étaient référées à 55,8% et d'autres venues directement d'elle-même.

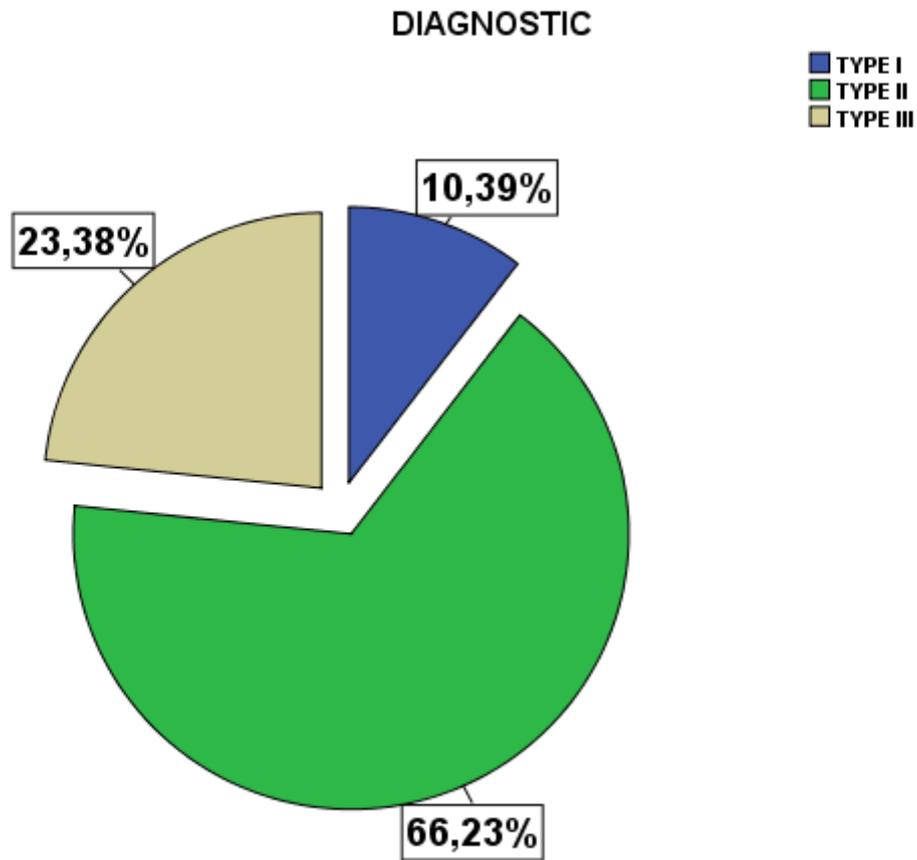
#### 5.4.2 Répartition des patientes selon leur motif de consultation.

Tableau IV : Répartition des patientes selon leur motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Dysurie	33	42,9
Leucorrhée	6	7,8
Hémorragie	4	5,2
Rétention d'urine	1	1,3
Masse vulvaire	15	19,5
Dystocie	4	5,2
Trouble désir sexuel	6	7,8
Algie pelvienne	8	10,4
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

Nous avons trouvé que 42,9% de nos patientes étaient venues pour dysurie, pour la plus part des nourrissons.

### 5.4.3 Répartition des patientes selon le type d'excision de l'OSM.



**Figure 14** : Répartition des patientes selon le type d'excision

Le type II de l'excision était la mutilation la plus rencontrée à 66,2 %, avec aucun cas de type IV rencontré.

#### 5.4.4 Répartition des patientes en fonction des différentes complications.

Tableau V : Répartition des patientes en fonction des complications

Complication	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie	4	5,2
Travail prolonge	4	5,2
Dyspareunie	7	9,1
Infection urinaire	40	51,9
Kyste dermoïde	15	19,5
Hématocolpos	4	5,2
Frigidité	3	3,9
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

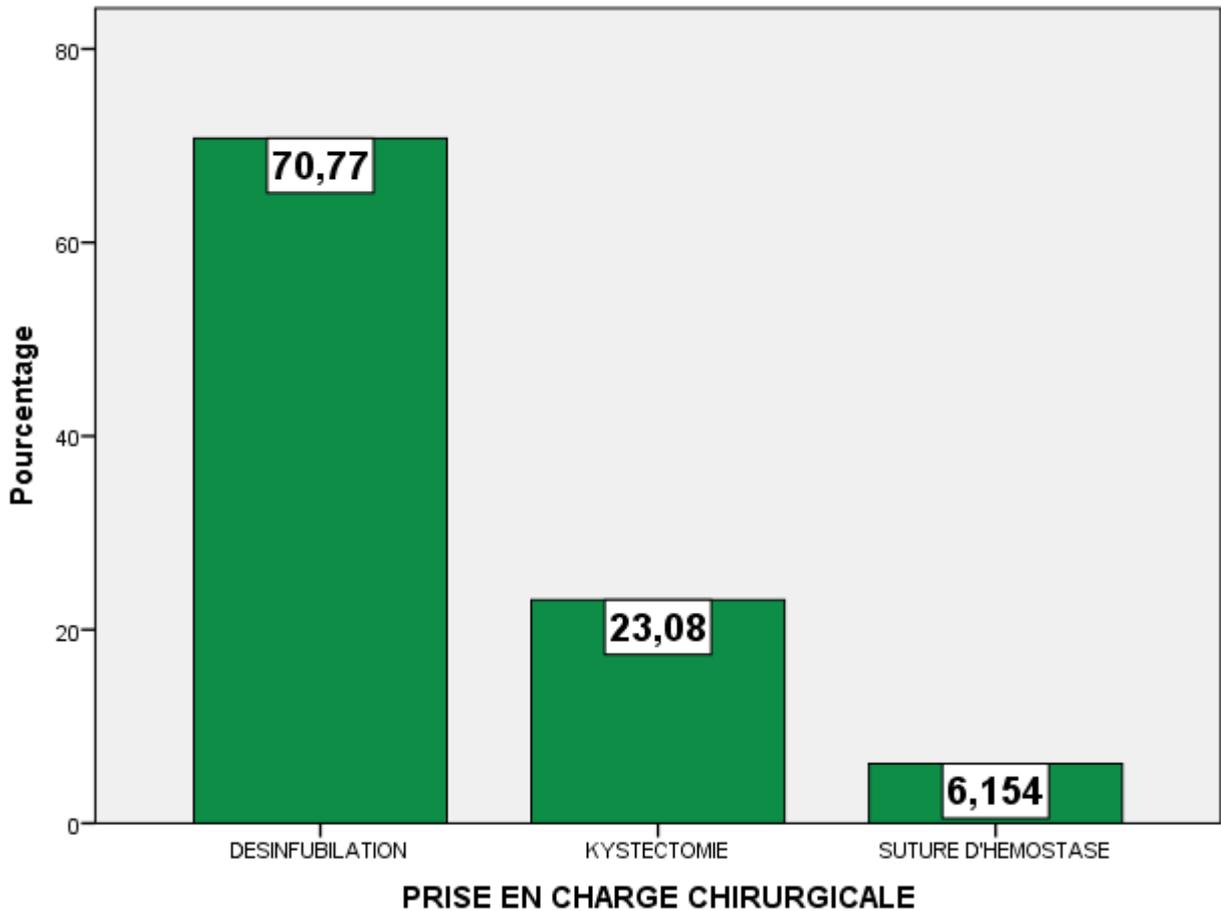
Les complications tardives de type d'infection urinaire prédominaient avec 51,9%

## 5- 5. Etude de la prise en charge des complications rencontrées :

**Tableau VI** : Prise en charge médicale

Prise en charge médicale	Effectifs	Pourcentage
Antispasmodique	2	2,6
Antibiotique+Antispasmodique	1	1,3
Antalgique	4	5,2
Antiseptique Vulvaire	7	9,1
Antalgique +Antibiotique + Anti Inflammatoire	2	2,6
Antalgique +Antibiotique	6	7,8
Antalgique + Antiseptique vulvaire	17	22,1
Antalgique + Antibiotique + Antiseptique	<b>28</b>	<b>36,4</b>
Anti-inflammatoire+Antibiotique+Antiseptique	10	13,0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

L'Antalgique+Antibiotique+Antiseptique vulvaire était à la base de notre prise en charge à 36,4%.



**Figure 15** : Prise en charge chirurgicale

La désinfubilation était l'acte chirurgical la plus réalisée dans 70,7% des cas. Et d'autres cas de kystectomie vulvaire et de suture d'hémostase de cas d'hémorragie immédiate après l'excision clandestine.

**Tableau VII** : Selon les suites opératoires

<b>Suite opératoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Favorable	73	94,8
Complicue de Suppuration	2	2,6
Pas de Suite	2	2,6
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

La prise en charge chirurgicale était favorable à 94,8 %, sans complication ni incident survenue.

## 6. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude était transversale et descriptive portant sur l'aspect épidémiologique et clinique des complications de mutilations génitales féminines allant du 01 Août 2015 au 31 Juillet 2017 à HFDK.

Peu d'études ont été faites sur ce thème ; et la première dans notre service à HFDK. De ce fait nous ne disposons pas d'assez de références et de chiffres pour une plus large discussion.

### **Prévalence :**

Sur 6441 patientes admises durant la période d'étude, 5983 avaient subi une MGF, soit une fréquence de 92,8%, dont 77 cas de complications qui nécessitaient une prise en charge soit une prévalence de 1,2%. Ce résultat montre vraiment la fréquence élevée de l'excision dans la région. Nous trouvons quand même une prévalence inférieure à celle d'ATJI F [13] qui avait trouvé une prévalence des complications en générale de 5% en 2006.

### **Age :**

La tranche d'âge de 15 à 25 ans présentait plus de complications avec 27,3%. Cela pourrait s'expliquer par l'âge d'apparition des complications tardives et l'âge à la puberté. Ce résultat est différent à ceux de Touré M et AZAD H.[26] et EDS V [10] qui avaient trouvés respectivement 53,8% dans la tranche d'âge de 11 – 25 ans et 49,5% dans la tranche d'âge de 15 – 19 ans. Et 84,4% de ces patientes avaient subi l'excision à un âge moins de 6 mois. Ce résultat est contraire de celui d'OMS au Tchad, 2011 [32] qui avait trouvé que seulement 4% subissaient l'excision avant 5 ans.

### **Ethnie:**

Les peulhs et Malinkés représentaient chacune (27,3%, 27,3%) suivies, des Bambara (19,5%) , des Kassonkés (14,3%) et des Sarakolés ( 11,7%) ;par rapport à l'ethnie majoritaire dans la ville de Kayes ,d'où provenait la majorité de nos patientes .

Dans d'autres études sur le même thème dans certaines régions, les Bambara sont toujours en tête, comme nous rapportent pour Kanda K 44,2% [16] et pour Kanté I 34 ,6% [26] .Ceci explique la prédominance de l'ethnie Bambara au Mali.

### **Niveau de scolarisation**

Les patientes non scolarisées représentaient 50,6%. La même fréquence élevée a été retrouvée chez **Fané T** [9] avec un taux de 82%. Cependant ce taux est supérieur à celui d'**ATJI F** [3] qui avait rapporté 39,2% de femmes non scolarisées, dans son étude sur les aspects socio-sanitaires sur l'excision.

L'excision serait infligée aux femmes non scolarisées.

### **Le niveau d'instruction et profession des parents**

Les mères non scolarisées représentaient 75,3%, alors que les pères étaient scolarisés à hauteur de 61%.

De même les mères ménagères représentaient 83,1% tandis que 55,8% des pères étaient des ouvriers. **Kanda K** [16] dans son étude avait trouvé aussi 83% de mère et 87% de père non scolarisés ; et 42,3% des pères cultivateurs. Cette différence pourrait s'expliquer par le taux élevé d'exode dans la région.

Une étude réalisée au Burkina Faso avait montré que la fréquence de la MGF diminue en fonction du degré d'élévation du niveau d'instruction que les parents ont reçu ; ceci pourrait être un élément d'espoir pour l'abandon de cette pratique car le taux de scolarisation des jeunes (filles et garçons), futures mères et pères est en hausse, Feu Sankara T [24].

### **Motif de consultation**

Dans notre étude 33 de nos patientes avaient consulté pour dysurie soit 42,9%. Cette fréquence est supérieure à celle de **Kanda K** [16].

**MILLOGO G et Collaborateurs** [20] avaient trouvé une fréquence élevée des algies pelviennes chroniques et de prurit, soit 1,6% dans le service de gynécologie-obstétrique du district sanitaire de Kossodo (Burkina Faso).

### **Les différents types d'excision :**

Le type II et type III étaient les plus fréquents de notre étude avec respectivement 66,2% et 23,4%.

Ce résultat est quand même différent à celui de **Kanda K** [16] qui avait trouvé respectivement 53,8% et 46,2% pour le type II et III. Mais comparable à celui de UNICEF Suisse, 2012 [33] qui avait trouvé 63% de type II et 60% de type III.

Ce résultat s'expliquerait surtout par l'apparition des complications qui sont

plus observées dans les types II et III. Contrairement à d'autres pays comme la Somalie qui avait tendance d'enregistrer plus de cas de type IV [29].

### **Les Complications :**

**.IMMEDIATES :** Nous avons enregistré 5,2% d'hémorragie.

#### **.TARDIVES :**

**-Obstétricales :** Ces complications étaient dominées par le travail prolongé à 5,2%. Ce résultat est différent de celui de Traoré B [28] qui avait trouvé plus de cas de déchirure périnéale jusqu'à 79,7%.

Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par la pratique de l'épisiotomie à la phase expulsive du travail d'accouchement chez la primipare dans le service et d'autre part par le rétrécissement de l'orifice vulvaire lié au type III de l'excision.

**- Gynécologiques :** Nous avons eu au cours de notre étude que 9,1% des patientes avaient une dyspareunie et 5,2% une dysménorrhée.

Ce résultat est supérieur à celui de Kanda K [16] et inférieur à celui de Touré M [27] qui avaient trouvé respectivement 7,7% de dyspareunie et 23% de dysménorrhée.

Cela pourrait s'expliquer par les infections génitales et le rétrécissement de l'orifice vaginal qui rend la pénétration douloureuse lors des coïts.

**-Urologiques :** Les infections urinaires dominaient toutes les complications avec 51,9%. Ce résultat est différent de celui de Kanda K [16] qui avait trouvé 9,6% et de celui de Coulibaly M [7] qui avait trouvé plus de FVV comme complication urologique à 2,6%.

**-Psycho-sensorielles :** Nous avons eu 3,9% de cas de frigidité enregistré durant notre étude. Ces cas restent encore plus tabous dans la société et qui fait plus souffrir ses victimes.

## **PRISE EN CHARGE**

### **.Médicale**

Les antibiotiques, les antalgiques et les antiseptiques vulvaires étaient à la base de notre traitement médical.

### **.Chirurgicale**

#### **-Désinfibulation**

Nous rapportons que 46 de nos patientes soit 59,7% ont bénéficié d'une désinfibulation.

Ce résultat est supérieur à celui de Kanda K [16] et de Camara N [5] qui avaient trouvé respectivement 46% et 37%.

**–Kystectomie vulvaire,** Nous trouvons 19,5% de nos patientes qui ont bénéficié d'une ablation de kyste situé au niveau de la vulve.

#### **–Suture d'hémostase**

Nous avons réalisés 5,2% de cas de suture d'hémostase au niveau de la vulve à l'admission, après avoir subi clandestinement l'excision.

Ces prises en charge ont été financées par le projet AMSOPT sise à Kayes Bencounda.

## **7. CONCLUSION**

Les mutilations génitales féminines demeurent un problème de santé publique.

Une éducation, une sensibilisation de la population aux dangers de cette pratique et une subvention totale de la prise en charge de ses séquelles pourront rapporter des résultats souhaitables pour la lutte contre cette pratique.

## **8. RECOMMANDATIONS**

### **Aux agents de santé**

- Ne pas s'engager à la médicalisation de la pratique des mutilations génitales féminines.
- Faire l'éducation, l'information et la communication lors des consultations et après les accouchements afin de faire prendre conscience à la population des conséquences de l'excision.

### **Aux autorités**

- Renforcer les campagnes de sensibilisation auprès de toutes les couches sociales en vue d'induire un changement de comportement.
- Assurer la formation continue des prestataires sur la prise en charge des complications d'excision.
- Sanctionner les agents de santé qui pratiquent l'excision.
- Doter les hôpitaux et les centres de santé de référence en médicaments pour la prise en charge gratuite des complications d'excision.
- Récompenser les exciseuses qui ont accepté l'abandon de cette pratique en source de revenu.

### **A la population**

- Accepter les informations données sur les mutilations génitales féminines.
- Organiser des causeries débats sur les inconvénients de l'excision lors des rassemblements.
- Abandonner la pratique de l'excision.

## 9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

### 1. Traoré A.

Thèse : Aspects épidémiologiques ; cliniques et socio-économiques de l'excision dans le district de Bamako.

Thèse de médecine 2010. 92p.

### 2. Anatomie du petit bassin et périnée 1998- 179 P, 27cm,75 planche

Nomenclature anatomie international I- III.

### 3. Assad F.

Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes.

Forum OMS Genève 1982.

### 4. Buitys S V.

Le rôle de sage femme dans la prévention des mutilations génitales féminines.

Mémoire d'étudiante sage femme, Paris.2006.

### 5. Camara N.

Les lésions traumatiques au cours de l'accouchement à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

Thèse de médecine 2006.

6. Cellule de planification et des statistiques du ministère / Direction nationale des statistiques et de l'information internationale.2002

### 7. Coulibaly M.

Etude de la fistule vesico-vaginale à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségo.

Thèse de Med 2009.

### 8. Diallo H.

<<Aspects Socio- Sanitaires de l'excision au Mali>>

Thèse de l'ENMP.2004- 27 juillet.

**9. DIETERLEN G.**

Essai sur la religion bambara 1<sup>ère</sup> édition PUF.

Paris 1951.

**10. EDS V-Mali.**

Enquête démographique et de santé phase V. CPS/MS.Macro-international.  
2012.

**11. ERLICH M.**

La femme blessée, essai sur les mutilations sexuelles féminines.  
L'harmattan Paris 1986.

**12. Fané T.**

L'accouchement chez la femme excisée, pronostic materno-fœtal.

Thèse Med Bamako 2006.N 97.

**13. ATJI F.**

Aspect socio sanitaire au Mali à propos de 1000 cas au service de gynéco  
obstétrique du Point-G.

Thèse : Med BKO 2006 – 2007.

**14. Feu Sankara T.**

« Excision est une infériorisation de la femme »

Famille et développement N°59 décembre 1991.

**15. Gounelle J-C , Raoul Y.**

Précis d'anatomie et physiologie humaine. Tome I 2000

**16. Kanda K.**

Thèse : Prise en charge des séquelles liées à l'excision à l'Hôpital Nianakoro Fomba de Ségou.

Thèse de médecine 2012. 143p.

**17. Kanté I.**

Complications gynéco-obstétricale et génito-urinaires liées à l'excision.

Thèse FMPOS Bamako Mali 2001.

**18. Kamina P.**

Anatomie gynécologique et obstétricale 3<sup>ème</sup> édition.

1979 ;P :423-440.

**19. Doucouré L.**

Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines :

Connaissance ; Attitude, Enseignement.

Thèse FMPD (Paris V) 2011. P 95.

**20. Millogo G et Collaborateurs.**

Plastie vulvaire à propos de 3 cas au CHU de Kodosso (Burkina Faso).

SAGO 2008 pag 223.

**21. Traoré O M.**

Problématique des fistules vésico- vaginales au Mali.

Thèse de médecine 1991.

**22. OMS.**

Female Genital Mutilation.

Report of a technical working Group; Genève, 1996.

**23. OMS- UNICEF.**

Mutilations Génitales Féminines.

Rapport de travail, Genève 1997.

**24. OMS.**

Eliminer les Mutilations sexuelles féminines.

Rapport d'étude 2008.

**25. Samaké S.**

Perspection et attitude des étudiants maliens face à l'excision.

Mémoire FLASH Bamako 2002. 40p.

**26. Touré M et AZAD H.**

Excision et santé de la femme à Bamako.

Décembre 2003.

**27. Touré M.**

Excision et santé de la femme.

UNFPA Mali Décembre 2003.

**28. Traoré B.**

Déchirure des parties molles au cours des accouchements à la maternité du  
CS Réf C VI du district de BKO.

Thèse de MED 2008.

**29. UNICEF.**

MGF : Bilan statistique et dynamiques de changement.

Rapport d'étude 2013.

### **30. UNICEF / GAMS.**

En finir avec l'excision.

Rapport de la Fédération nationale du G.A.M.S 2013.

### **31. UNICEF.**

Rapport de campagne de lutte contre les MGF.

Mali 2017.

### **32. OMS.**

Projet Abandon des MGF au Tchad.

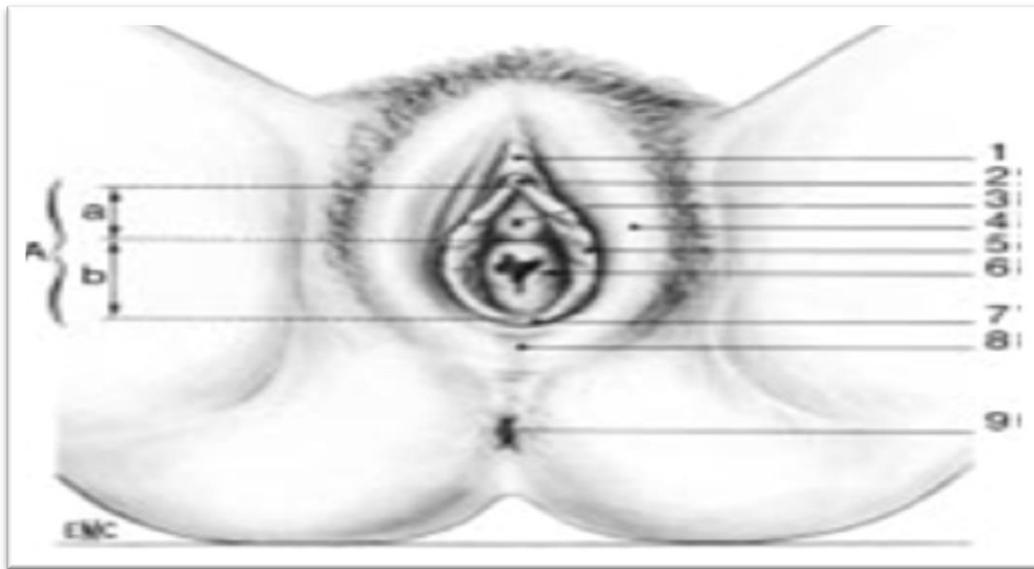
Enquête démographique 2011.

### **33. UNICEF.**

Mutilations génitales féminines en Suisse.

Enquête 2012.

## 10. ANNEXES



**Figure 17** : Vulve en position gynécologique :

A : Vestibules : a vestibule urinaire ; b vestibule du vagin

1= prépus du clitoris, 2=gland du clitoris, 3=ostium externe de l'urètre,  
4=grande lèvre, 5=petite lèvre, 6=introït vaginal, 7=frein  
des lèvres, 8=commissure postérieure des lèvres, 9=anus.



**Figure18** : Image d'infibulation jeune de fille de 20 ans  
Dr Macalou Ballan et Interne Jean Paul Koné



**Figure 19 : Image après desinfubilation : Dr DIASSANA Mahamadou Dr MACALOU**



**Figure 20 : Image de kyste vulvaire**



**Figure 21 : Image après kystectomie vulvaire : Dr Dembélé Sitapha et interne  
Jean Paul Koné**

## **FICHE D'ENQUETE :**

### **I- Caractéristiques sociodémographiques :**

1-Nom :

2-Prénom :

3-Age :1) 0 – 1 an / \_ / 2) 1- 10 ans/\_ / 3) 10-15ans/\_ / 4)15-25ans/\_ / 5)25- plus/\_ /

4-Ethnie : a)Kassonké/\_ / b) Malinké/\_ / c)Peulh/\_ / d) Sarakolé/\_ / e)Bambara/\_ / e)Autre/\_ /

5-Niveau de scolarisation : a)Niveau supérieur/\_ / b) Niveau secondaire/\_ / c)Niveau primaire/\_ / d) Non scolarisé/\_ / 6-Profession: 1-Elève/\_ / 2-Ménagère/\_ / 3-Fonctionnaire/\_ / 4-Autre/\_ /

7-Instruction des parents :(cochez un seul critère pour chaque cas)

- Père : 1=oui 2=non
- Mère : 1=oui 2=non

8-Profession des parents :

-Père : 1-Paysan/\_ / 2-Ouvrier/\_ / 3-Fonctionnaire/\_ / 4-Etudiant/\_ /.

-Mère : 1-Ménagère/\_ / 2-Ouvrière/\_ / 3-Fonctionnaire/\_ / 4-Etudiante/\_ /

9-Résidence des parents :

-Père :1-Kayes ville/\_ / 2-Diéma/\_ / 3-Yelemané/\_ / 4-Nioro/\_ /

5-Bafoulabé/\_ / 6-Kéniéba/\_ / 7-Kita/\_ /

-Mère :.....

### **II- Mode d'admission :**

Evacuée/\_ / ; Non évacuée/\_ / ; Référée/\_ /

**III-Motif de consultation : 1 Dysurie/\_ / 2 Leucorrhée/\_ /**

**3Hémorragie/\_ /**

**4 Trouble désir sexuel/\_ /**

**5 Rétention d'urine/\_ /**

**6 Masse vulvaire/\_ /**

**7 Dystocie/\_ / .**

**IV- Diagnostic/Classification: / \_\_\_\_\_ /**

Type I ; Type II ; Type III ; Type IV

**V- Complications:**

1) Immediate:

a-Hémorragie/\_/

b-Rétention aigue d'urine /\_ /

c-Fracture et luxation /\_ /

d-Etat de choc/\_ /

e-Infection /\_ /

f-Autre /\_ /

2) Tardives:

a-Obstétricales:- Travail prolongé/ \_ / ; -Déchirure périnéale complète simple /\_ /

-Hémorragie de la délivrance/\_ / ; -Autre /\_ /

b-Gynécologiques : -Dyspareunie /\_ / ; -Dysménorrhée /\_ / ; -Infécondité /\_ /

-Douleur pelvienne chronique /\_ / ; -Autre /\_ /

- Hématocolpos /\_ /

c-Urologiques :-Fistule utero-vésicale /\_ / ; -Fistule vésico-vaginale /\_ / ; -

Infection urinaire/\_ / -Lithiase des voies urinaires /\_ / ; -Incontinence urinaire/\_ / ; -Autre/\_ /

d-Psycho-sensorielles : -Anxiété /\_ / ; -Frigidité /\_ / ; -Dépression /\_ /

e-Autres complications : -Kyste dermoïde /\_ / ; -Neurinome clitoridien /\_ / ; - Chéloïde /\_ / -Brides /\_ / ; -Abscess /\_ / ; -Autres /\_ /

**VI- Age au moment de l'excision : / \_ / \_ / (en mois)**

**VII- Avait elle été excisée avec d'autre fillettes le même jour : /\_ / 1=oui**

**2= Non**

**VIII-Instruments utilises par l'exciseuse :**

a)couteau/\_/\_ b)Lame vrac /\_/\_ c)ciseau/\_/\_ d)Autre/\_/\_

**IX- Personne qui a pratiquée l'excision :**

a)Exciseuse traditionnelle/\_/\_ b)Agent de santé/\_/\_

**X-Quelles sont les raisons de cette pratique : / \_ /**

1=religion ; 2=Société ; 3=Fidélité ; 4=Autres ; 5=NSP

**XI-Prise en charge :**

**a) Médicale :** - Antibiotique /\_/\_ - Antalgique /\_/\_ - Antiseptique vulvaire /\_/\_ - Antispasmodique /\_/\_ - Antifongique /\_/\_-Antalgique + Anti-inflammatoire/\_/\_ - Antibiotique + Antispasmodique /\_/\_ - Antibiotique + Antifongique /\_/\_ - Antispasmodique + Antifongique /\_/\_ -Antibiotique + Antispasmodique + Antifongique/\_/\_

**b) Chirurgicale :** 1 Désinfibulation/\_/\_ 2 Kystectomie/\_/\_ 3 Suture d'hémostase/\_/\_ .

**XII .Suites Opératoire :**

1 Favorable /\_/\_ .....

2 Compliqué de /\_/\_.....

**FICHE SIGNALETIQUE :**

**Nom** : KONE

**Prénom** : Jean Paul

**Titre** : Aspect épidémiologique et clinique des complications de mutilations génitales féminines au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

**Année de soutenance** : 2017 – 2018

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

**Ville de soutenance** : BAMAKO

**Secteur d'intérêt** : Gynécologie obstétrique, Santé publique

**Résumé**

Notre étude transversale et descriptive sur les aspects épidémiologiques et clinique des complications de mutilations génitales féminines, s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 01 Août 2015 au 31 Juillet 2017 soit 24 mois. Sur 5983 femmes enquêtées qui avaient subi une forme de MGF, 77 présentaient une complication liée à l'excision soit une prévalence 1,2% avec une fréquence globale d'excision de 92,8%.

Un âge extrême de 0 à 45 ans. La tranche d'âge de 15 à 25 ans était la plus touchée par les complications à 27,3%. La majorité des patientes avait subi l'excision à un âge moins de 6 mois.

Le principal motif de consultation a été la dysurie et le prurit vulvaire avec une fréquence de 42,9%.

Les complications étaient surtout observées dans les types II et III de l'excision avec respectivement 66,2% et 23,4%.

Les complications uro-génitales étaient en tête avec 59,7% d'infibulation, 51,9% urologique et 19,5% de kyste vulvaire.

Les suites opératoires ont été favorables dans l'ensemble des cas.

**MOTS CLES :** Excision, Mutilation, Complication, Prise en charge.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

**En** présence des maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

**Je** donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis** à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser les crimes.

**Je** ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je** garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux** et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure.**