

Cas clinique

« mutilations sexuelles féminines rituelles »

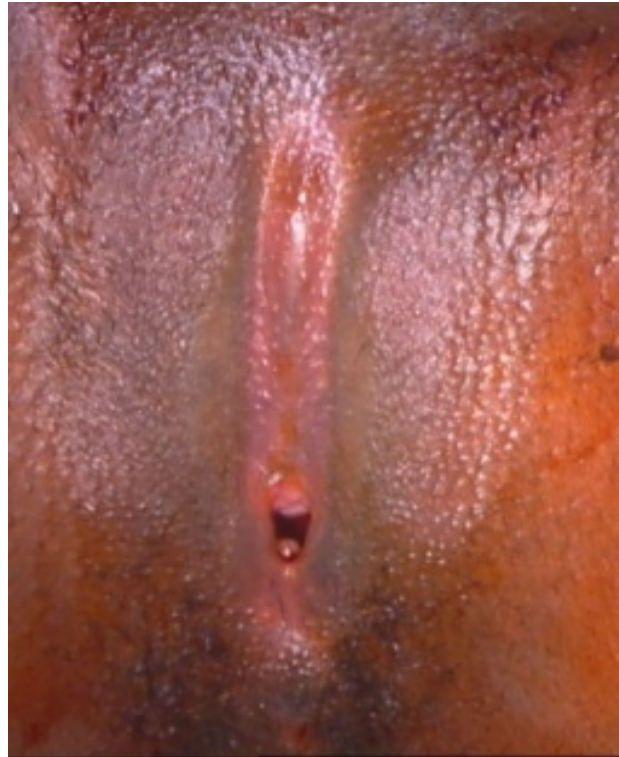


Cas clinique

« mutilations sexuelles féminines rituelles »

Vous recevez une jeune patiente de 24 ans en consultation pour désir de grossesse depuis 3 ans. A l'interrogatoire il s'agit d'une jeune femme d'origine Malienne, sans antécédent particulier. Quand vous abordez la question de la fréquence des rapports sexuels elle grimace en vous expliquant qu'ils sont douloureux et par conséquent peu fréquents. Vous comprenez que les dyspareunies sont orificielles, systématiques et décidez d'examiner la patiente.

Comment décririez-vous la vulve de votre patiente dans les 3 cas suivants ?



Comment décririez-vous la vulve de votre patiente dans les 3 cas suivants ?



Séquelle de mutilation de type II selon l'OMS, avec symphyse cicatricielle des zones d'abrasion des petites lèvres, en pont juste en avant du méat urinaire.

Comment décririez-vous la vulve de votre patiente dans les 3 cas suivants ?

Séquelle de mutilation de type II selon l'OMS, avec symphyse cicatricielle des zones d'abrasion des petites lèvres, laissant un orifice vaginal réduit à un calibre d'un doigt. Le relief clitoridien est visible, discrètement ascensionné, sous une peau souple



Comment décririez-vous la vulve de votre patiente dans les 3 cas suivants ?

Séquelle de mutilation de type II selon l'OMS, sans symphyse cicatricielle étant donné l'asymétrie engendrée par l'abrasion d'une seule petite lèvre, à gauche. Le capuchon et le gland clitoridien ont été excisés.



Comment pensez-vous aborder le sujet de la mutilation sexuelle sachant que vous ne devinez pas ce qu'en sait la patiente ?

Comment pensez-vous aborder le sujet de la mutilation sexuelle sachant que vous ne devinez pas ce qu'en sait la patiente ?

- Attention à l'annonce ! Poser des questions +/- détournées, une fois seulement que vous êtes certain du diagnostic, donc idéalement PENDANT l'examen clinique.
- « De quelle origine êtes-vous ? De quelle origine est votre conjoint ? »
- « avez-vous mal pendant les RS ? »
- « Depuis quand ? »
- « Cela dépend-il de votre partenaire ? »
- Si la patiente n'a eu qu'un seul partenaire : « Est-ce un conjoint choisi ? Ou s'agit-il d'un mariage arrangé ? »
- « Vous-même, avez-vous une idée sur la raison de vos douleurs ? »
- « Pratique-t-on l'excision dans votre pays ? »

La jeune femme finit pas vous avouer qu'elle a déjà pensé à entreprendre une démarche de réparation mais en a très peur car elle a peur de revivre son excision dont elle se souvient très bien. Quel type de prise en charge devez-vous lui proposer ?

La jeune femme finit pas vous avouer qu'elle a déjà pensé à entreprendre une démarche de réparation mais en a très peur car elle a peur de revivre son excision dont elle se souvient très bien. Quel type de prise en charge devez-vous lui proposer ?

- Prise en charge PLURIDISCIPLINAIRE dans un centre spécialisé.
 - SF
 - Psychologue
 - Sexologue
 - Chirurgien
- Au terme de ces consultations et de plusieurs semaines (voire mois) de réflexion : staff multidisciplinaire de l'équipe pour juger de la « maturité » de la patiente en terme de reconstruction psychologique, avant d'entreprendre une « réparation » physique ». Certaines choisissent de consulter psychologue et/ou sexologue, beaucoup renoncent à la chirurgie /
Besoin de reconnaissance et de dialogue

Quels sont en général les motifs de consultation des femmes mutilées qui souhaitent une réparation ?

Quels sont en général les motifs de consultation des femmes mutilées qui souhaitent une réparation ?

- Identitaire : « je veux redevenir une femme, qu'on me rende ce que l'on m'a volé »
- Sexuelles : dyspareunies / absence de désir, de plaisir / refus de la sexualité
- Obstétricales
- Anxiété, état de stress post-traumatique
- Gêne, douleurs, complications liées à l'excision
 - Urinaires: incontinence urinaire, cystites
 - Infections locorégionales, kystes, névromes cicatriciels
 - Hématocolpos, dysménorrhées, fistules
 - Infertilité, problèmes obstétricaux

Quelles complications de l'excision sont à craindre, immédiates et à court terme ?

Quelles complications de l'excision sont à craindre, immédiates et à court terme ?

- CONSEQUENCES IMMEDIATES

- Choc hémorragique en raison de la richesse de la vascularisation de la région.
- Décès
- Anémie : plus ou moins sévère chez les survivantes.
- Lésions traumatiques des organes voisins: urètre, vessie, vagin, périnée postérieur, anus, rectum... liées aux mouvements de la fillette au moment où l'exciseuse coupe la vulve. Elles peuvent entraîner des fistules, c'est-à-dire des communications anormales entre la vessie et le vagin (fistule vésico-vaginale) ou entre le rectum et le vagin (fistule recto-vaginale)
- Fractures de la clavicule, de l'humérus et du fémur sont également possibles lors des mouvements de la fillette qui se débat

Quelles complications de l'excision sont à craindre, immédiates et à court terme ?

- CONSEQUENCES A COURT TERME
- Locorégionales
 - La pseudo-infibulation / d'autant plus fréquente que la fillette est jeune.
 - La rétention d'urines réflexe est une complication immédiate très fréquente du fait de la douleur par l'écoulement des urines sur la plaie.
 - Infections :
 - localisées à type de vulvo-vaginite, de cervicite, d'adénites suppurées;
 - partie haute de l'appareil génital et au péritoine.
 - Généralisée en gangrène gazeuse ou en septicémie / décès
- Risque de transmission du tétanos, du SIDA, des hépatites B ou C par l'utilisation d'un même matériel tranchant sur différentes fillettes.

Quelles complications obstétricales sont à craindre ?

Quelles complications obstétricales sont à craindre ?

- Infections / risque de fausse couche et de prématurité.
- Perte d'élasticité des tissus cicatriciels / augmentation du risque de déchirure périnéale grave lors du dégagement de la tête fœtale. L'épisiotomie préventive, si elle diminue le risque de déchirure postérieure, ne protège pas des déchirures antérieures et du méat urétral.
 - Hémorragie
 - Délabrement périnéal
- En cas de MSF de type III, souffrance fœtale aiguë / blocage du fœtus dans la filière génitale basse par de la barrière périnéale.

Dans quels pays se pratique ce genre de mutilation rituelle ?

Dans quels pays se pratique ce genre de mutilation rituelle ?

- Afrique de l'est: Kenya (70%) +/- Tanzanie, Ouganda, République démocratique du Congo.
- Afrique du centre : Tchad et Centrafrique
- Afrique de l'Ouest: Sénégal (20%), Guinée (85%), Sierra-Leone 90%, Côte d'Ivoire, Bénin, Ghana, Nigéria (80%), Mali (Peuls, Diolas, Toucouleurs et Mandés), Mauritanie
- Corne de l'Afrique (pratique de l'infibulation) : Somalie (95%), Ethiopie (90%), Erythrée (95%), Djibouti (95%), sud de l'Egypte (90%), Soudan (98%)
- Pays arabes : Yémen, Emirats Arabes Unis, Bahreïn, Qatar, Oman
- En Asie / musulmans originaires d'Indonésie, de Malaisie, du Pakistan et d'Inde.

Quelles en sont les justifications ?

- Selon la mythologie, tous les individus naissent androgynes.
- Raisons religieuses parfois invoquées. Abusivement considérée comme une tradition du monde musulman, elle concerne aussi les coptes d'Égypte, les juifs Falashas d'Éthiopie, les animistes ou les athées.
- Superstitions, le clitoris serait dangereux
 - pendant l'accouchement
 - emprisonnerait l'homme. Celui-ci retiendrait le pénis prisonnier lors du rapport sexuel.
- Les organes génitaux féminins sont laids, faits de replis remplis de saletés / femmes pures-impures.
- La pression sociale et familiale est forte dans certains groupes et il est difficile de s'y opposer sous peine d'exclusion.
- Raisons psycho-sexuelles / contrôle de la sexualité féminine.

La patiente vous amène sa petite sœur de 14 ans afin que vous l'examiniez, car elle se plaint de difficultés à uriner. Décrivez l'image :



La patiente vous amène sa petite sœur de 14 ans afin que vous l'examiniez, car elle se plaint de difficultés à uriner. Décrivez l'image :



Mutilation sexuelle avec fermeture vulvaire complète : OMSII avec symphyse cicatricielle complète des petites lèvres ? Ou OMS III (infibulation vraie) ? Ou malformation ?

Deux pertuis subsistent par lesquels s'écoulent en avant les urines (avec dysurie importante) et en arrière les règles.

Mutilations sexuelles féminines rituelles



4 février 2013

Dr. M. Piketty

*Hôpital Armand Trousseau
Paris*

Définitions

- L'OMS (OMS) définit les mutilations sexuelles féminines comme *enlever tout ou partie des organes génitaux externes féminins pour des motifs culturels ou tout autre motif non thérapeutique* »
- Les opératrices sont dites « *exciseuses* »
- Les mutilations s'effectuent à l'aide de n'importe quel instrument tranchant : ciseaux, couteaux, lames de rasoir, éclats de verre...

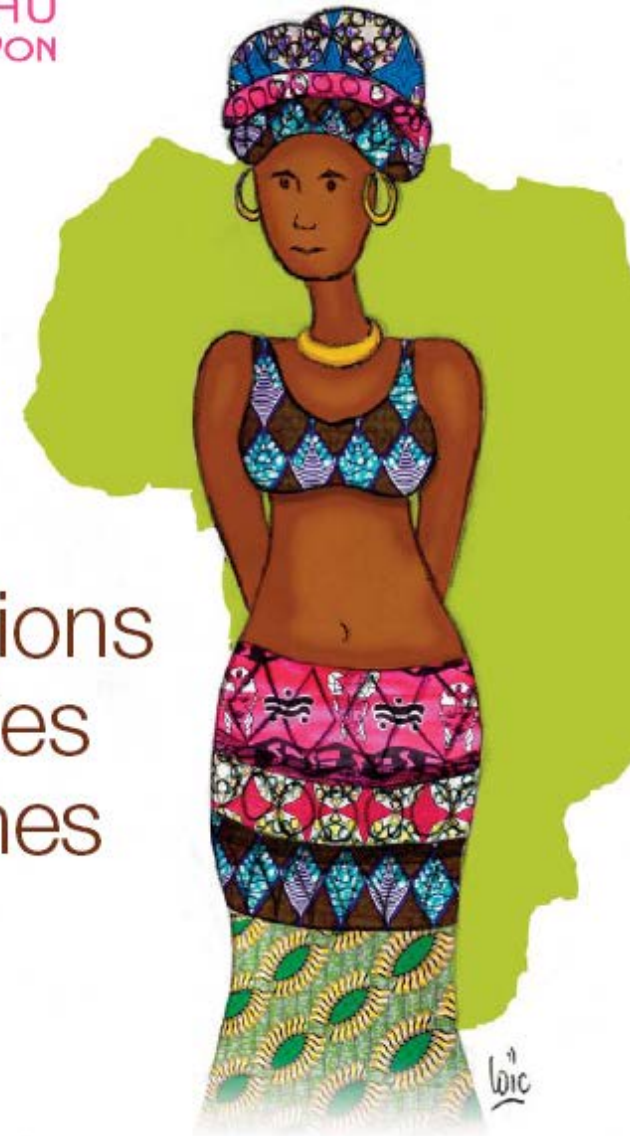




Historique

- **Mythologie ?**
Tous les individus naissent androgynes
- **Religion ?**
Excision antérieure à l'Islam et pratiquées dans certaines régions par les coptes d'Egypte, les Juifs Falashas d'Ethiopie, les animistes ou les athées.
- **Superstition ?**
Clitoris dangereux pour l'enfant à la naissance / poison
- **Esthétisme ?**
Les MSF enjoliveraient l'anatomie féminine
- **Hygiène ?**
Pures et impures
- **Mariage ? Contrôle de la sexualité ? Protection !?**
- **Féminité ?**

Les mutilations sexuelles féminines



Toujours d'actualité !!!

Selon l'OMS:

- 130 millions de fillettes et de femmes ont subi des MSF dans le monde.
- Chaque année, 3 millions de fillettes et de jeunes filles sont sexuellement mutilées à leur tour.

Fatou,

POUR CETTE FOIS JE NETE FAIS AUCUNE QUALIFICATION CAR JE SUIS TRÈS DE SU DE TOI, MALGRÉS TOUTES LES REPROCHES TU NE RÉAGIT PAS, JE T'INFORME QUE TON MARI ET TOI JE NE VOUS CONSIDÈRE PLUS, JE VOUS MAUDIT. TU N'ES PAS UNE FEMME DIGNE. JE TE PARDONNERAI QUE LORSQUE TU AURAS FAIT DE MES PETITES FILLES, DES FEMMES DIGNES, PROPRE. LA CIRCONCISION EST POUR LA PURETÉ DE LA FILLE. AUJOURD'HUI TES DEUX PREMIÈRES SONT GRANDES ET TU N'AS RIEN FAIT. J'APPREND QUE TU AS ENCORE UNE AUTRE FILLE. JE T'ASSURE JE NE SUIS PAS CONTENTE DE TOI. JAMAIS JE NE TE PARDONNERAI. NE M'ADRESSE PLUS LA PAROLE, DIS À TON MARI QUE JE NE VEUX PLUS ENTENDRE PARLER DE LUI SAUF SI VOUS RESPECTEZ LA TRADITION. JE NE VEUX PLUS VOUS VOIR, C'EST COMME SI VOUS N'EXISTEZ PLUS. ADIEU CAR POUR TA FAUTE LE MALHEUR PEU S'ABATRE SUR MA FAMILLE. JE SOUIS AUJOURD'HUI LA RISE DE MON VOISINAGE TU M'AS UN GROS PÉCHÉ SUR TOI. TU SOUFFIRA TOUTE TA VIE CAR NE COMPTE PAS AVEC MAI POUR TE BÉNIR, TU N'OBTIENDRA PLUS RIEN DE MA PART, S'ESPÈRE QUE TU PE'AS BIEN EMPRIIS FILLE INDIGNE, FEMME INSANCIANTE

ADIEU MAUDITE FEMME

Toujours d'actualité ??

Bonjour ma fille;

Comment, tu vas ma fille, cela fait un bon moment que tu es allée en Europe. Je pense que tous va bien, au niveau de ta santé, aussi que dans ton couple. J'espère que tes enfants vont bien, ton mari aussi.

Quand à moi, la veillesse prends le dessus mais j'espère que tous ira bien.

Au fait je t'envoie cette lettre pour te parler d'un problème qui me tient à cœur. Cela fait plusieurs années que ta belle mère, ne fait que tenir des propos de menaces à l'encontre de notre famille. Elle va même loin dans ses propos puisqu'elle a décidé de renier son propre fils et petites filles pour ce que tu fais. J'ai pas voulu réagir ni t'influencer dans ta décision mais ma fille réfléchit bien. Tu sais aujourd'hui j'ai beaucoup de regret quand tu m'as annoncé que tu as mal dans ta partie intime, il y'a même ta soeur qui risque sa vie à chaque accouchement. Je me rends compte aujourd'hui du mal que je vous ai fait. Je vous présente mes excuses. Le conseil que je peux te donner, c'est qu'il faut que tu profites du fait que tu sois en Europe pour te battre pour tes filles pour ne pas faire les mêmes erreurs que moi. J'aimerais si dieu te le permet que tu viennes me voir car tu me manques beaucoup. Je te souhaite beaucoup de courage soit forte pour le bien de tes filles.

Ta maman qui
t'aime.

Législation: historique

- Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen, article 5:

gradants ».

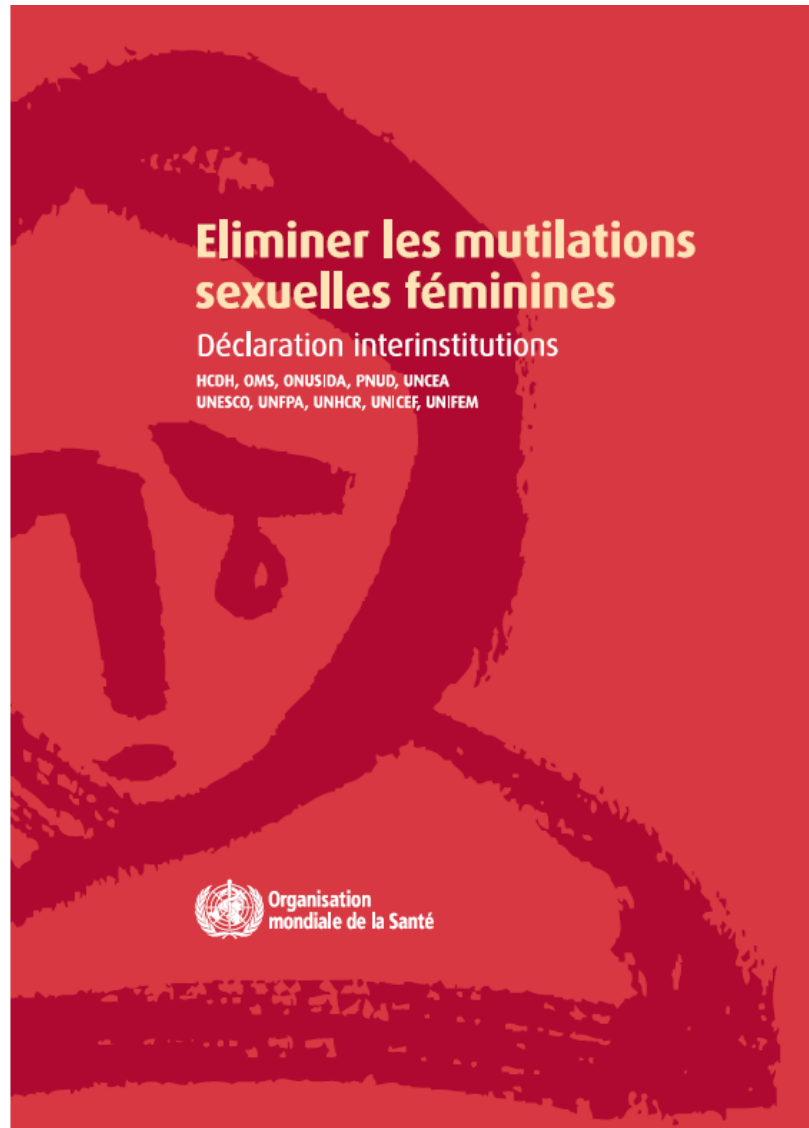
- 1974: UNICEF et OMS prennent position
- 1984 : Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
- 1981 : Charte africaine des droits de l'homme et des peuples
- 1990: Convention internationale sur les Droits de l'enfant
- 2001: Parlement européen /résolution 2035:

l' gard des femmes, une violation de leurs droits fondamentaux ».

- ... minines de « tortures et actes de barbarie », infractions criminelles passibles d'une peine de réclusion de quinze ans.

Législation: historique

- 2008





Législation: nouveautés

- **Trois nouveaux articles introduits par la loi du 4 avril 2006**

(Loi relative à la prévention et à la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineures. JO n°2006-399 du 4 avril 2006.)

- **Allongement du délai de prescription de l'action publique** : 20 ans à compter de la majorité de la victime.
- **Renforcement de la répression des MSF commises à l'étranger** :
 - application de la loi française pour sanctionner la pratique des MSF à l'étranger sur des mineures qui n'ont pas la nationalité française mais qui résident habituellement en France
 - la plainte de la victime n'est plus indispensable pour engager les poursuites dans le cadre de la loi française, un signalement par un tiers suffit.
- **Possibilité de lever le secret médical en cas de MSF**

Législation: en pratique

- Le médecin qui diagnostique une excision chez une enfant ou une adolescente a le « devoir » d'effectuer un signalement au procureur de la République *(Loi n° 2016-1024, art. 226-14)*

dans les conditions prévues
par la loi ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire

(Loi n° 2016-1024 - l'ordonnance n° 2016-1024 relative à la protection de l'enfance)

- Le médecin a également le « devoir » d'essayer d'éviter que ces mutilations ne soient perpétrées sur les autres enfants de la fratrie.
 - Information
 - Excision et conséquences
 - Modalités de la procédure de signalement et ses suites
 - Certificat de non excision



Législation: en pratique

- **Dans quelles situations le professionnel de santé peut-il intervenir au regard de la loi pénale?**
- **1/ Soit il constate que la patiente est mutilée sexuellement :**
 - Si la patiente est mineure, il peut porter ces faits à la connaissance des autorités judiciaires, médicales ou administratives.
 - Si la patiente est majeure, il peut avec l'accord de la patiente révéler les faits et l'orienter vers un centre pluridisciplinaire ou un réseau associatif.
- **2/ Soit il a connaissance d'un risque imminent de MSF chez une patiente :**
 - Que la patiente soit mineure ou majeure, il se doit d'intervenir pour un danger imminent.
- **3/ Soit il a connaissance d'un risque potentiel qui n'est pas imminent :**
 - Si la patiente est mineure, il peut alerter la Cellule de Recueil des informations préoccupantes (CRIP) du Conseil Général (loi du 5 mars 2007)
 - Si la patiente est majeure : il l'informe sur les conséquences des MSF et l'oriente, si elle le souhaite, vers un centre pluridisciplinaire ou un réseau associatif.

Prévention



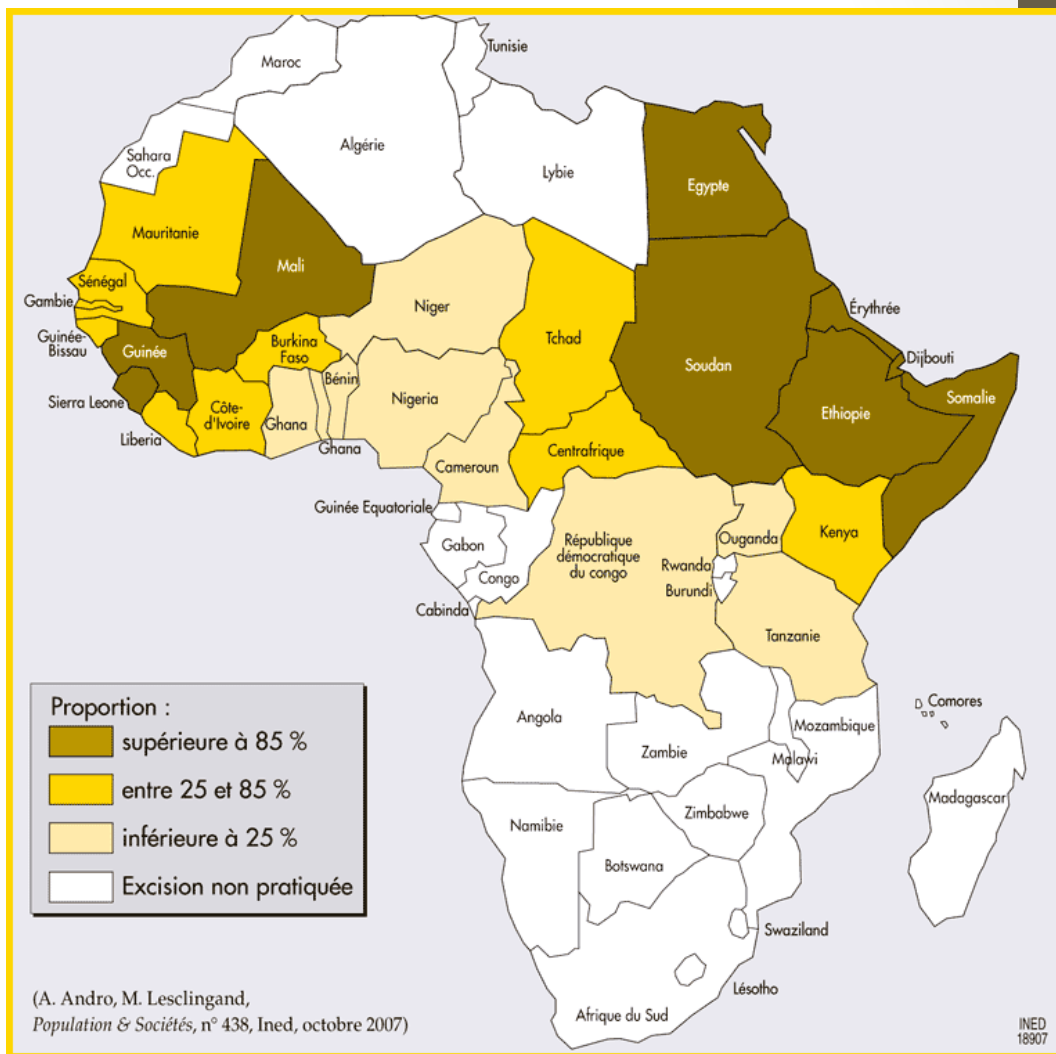
- Information et éducation des populations
- Formation des professionnels de santé et des intervenants médico-sociaux
 - Services de gynécologie obstétrique et de planning familial
 - En pédiatrie et lors des consultations périnatales et post natales
 - Pour le personnel de santé scolaire sont aussi nécessaires.
- Depuis 1983/1984, l'Etat a mis en place avec les collectivités territoriales des actions de prévention en collaboration avec des associations de femmes africaines et françaises. Ces actions ont abouti à un net recul des pratiques dans ces départements
- Favoriser la participation des hommes à cette démarche.

Pays d'origine

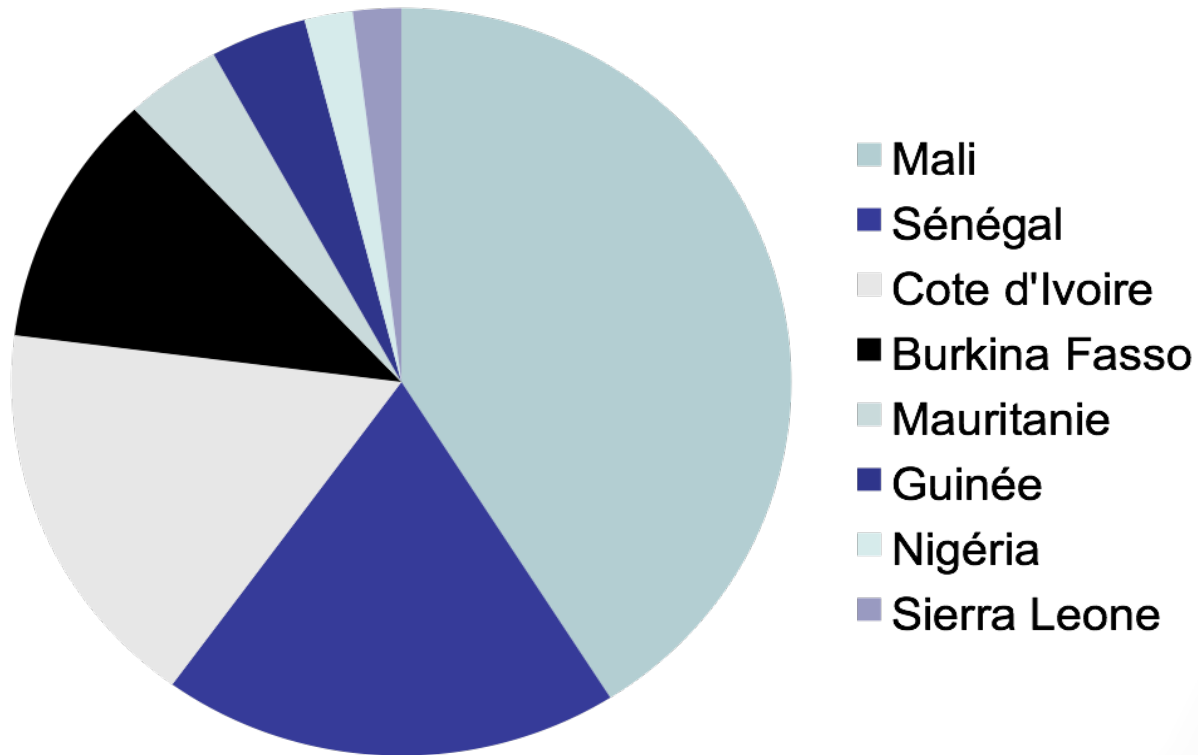
Une trentaine de pays d'Afrique subsaharienne et de la corne de l'Afrique sont actuellement concernés.

En France, les ethnies francophones d'origine africaine viennent majoritairement de trois pays: Sénégal, Mali et Mauritanie

...sie et en Malaisie ainsi qu'au Brésil.



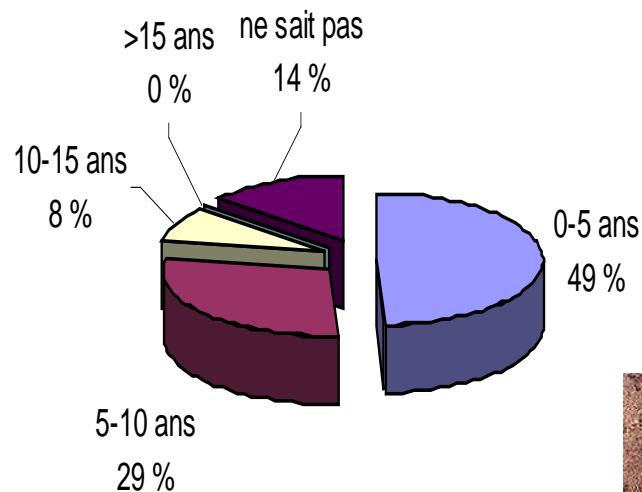
Cohorte Trousseau: pays d'origine



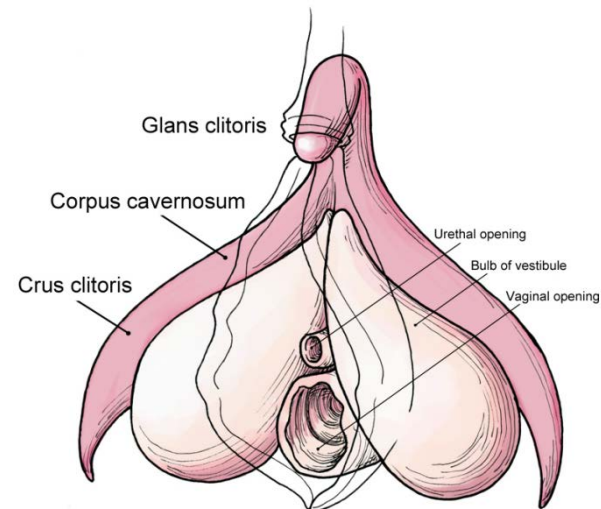
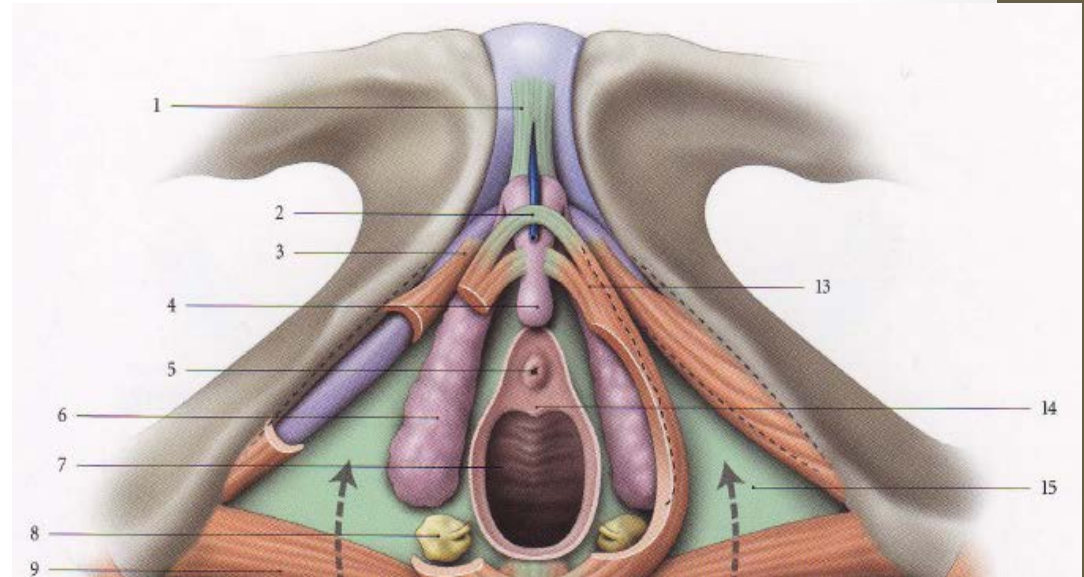
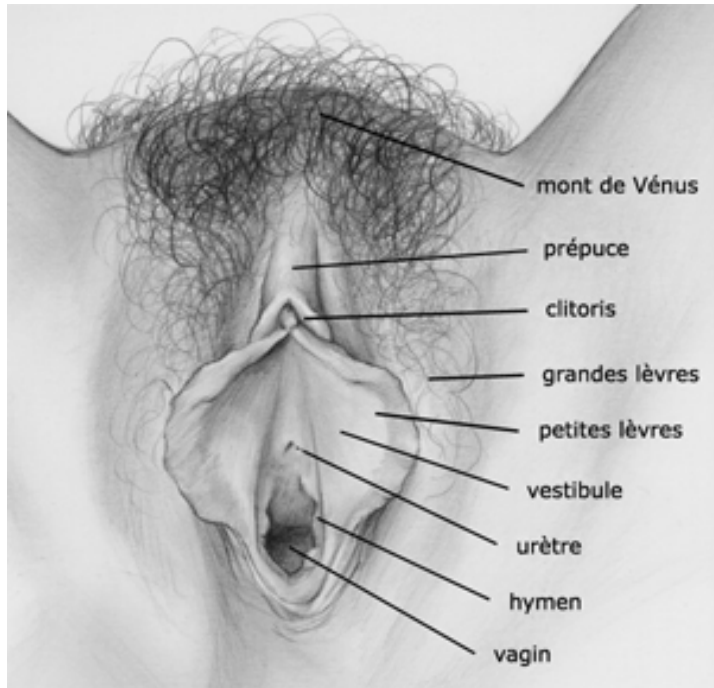
Age à l'excision

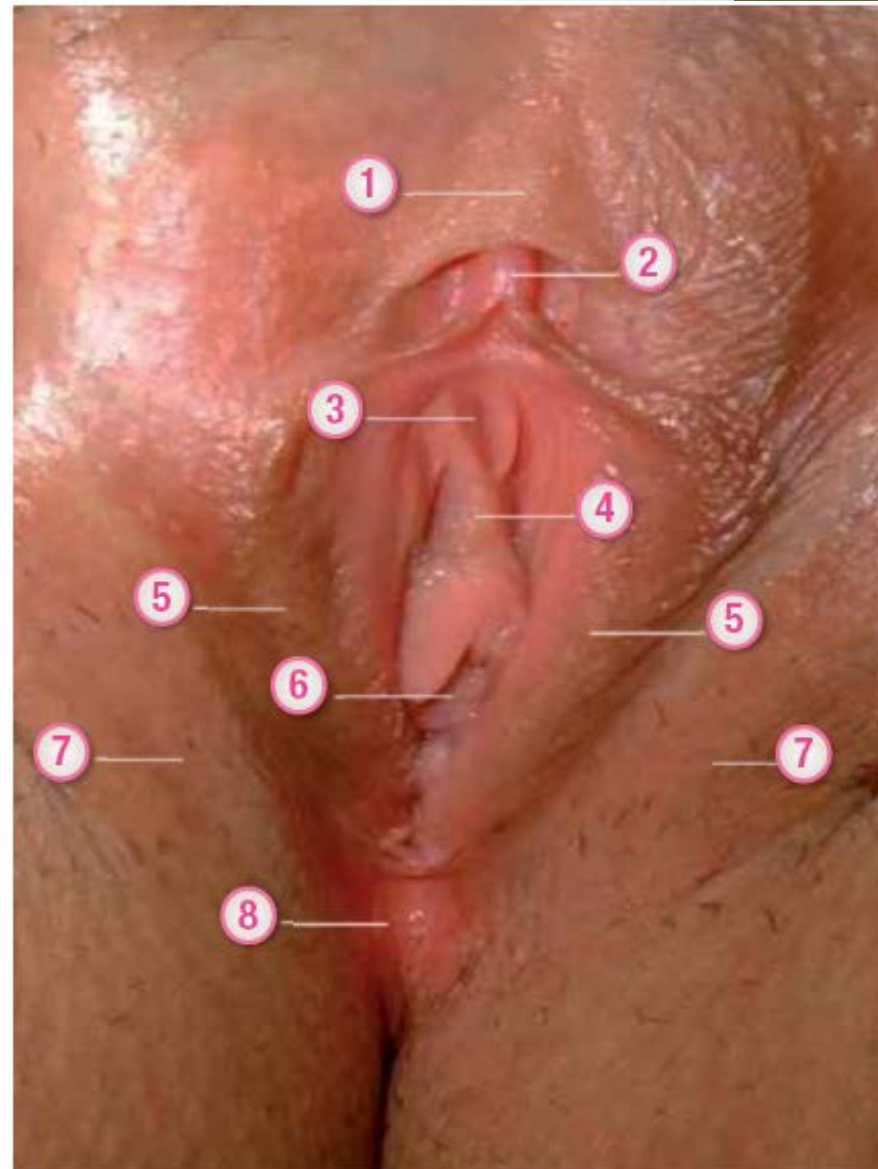
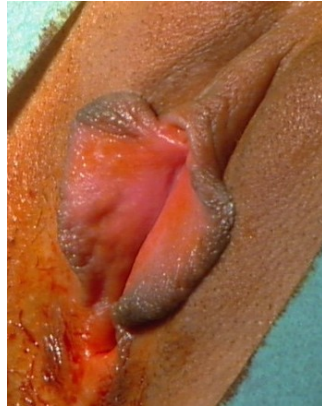
- L'âge auquel est réalisée la mutilation varie de la naissance à la période précédant le mariage
- Elle reste pratiquée le plus souvent entre quatre et dix ans.

Cohorte Trousseau:



Rappel anatomique





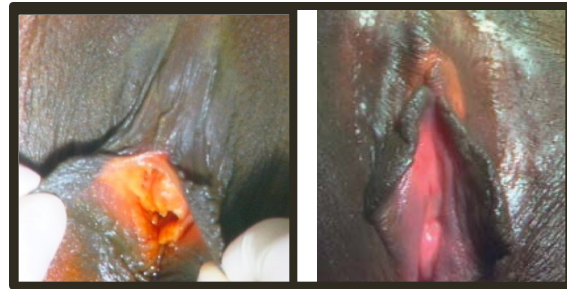
- 1 Prépuce clitoris
- 2 Clitoris
- 3 Méat urinaire
- 4 Vestibule

- 5 Petites lèvres
- 6 Hymen
- 7 Grandes lèvres
- 8 Fourchette



Classification selon l'OMS

- **Type I:** →
Excision du prépuce
+/- gland clitoridien



- **Type II:**
Type I + amputation d'une partie du
corps clitoridien, abrasion des
petites lèvres +/- fusion cicatricielle
de celles-ci



- **Type III:**
Infibulation par suture des grandes lèvres (en
pratique grandes ou petites lèvres)



- **Type IV:**
Destruction du vagin et autres pratiques
d'étirement, piercing...

Complications immédiates et à court terme

Selon le type de mutilation pratiquée, la dextérité de l'opérateur et les conditions d'hygiène dans lesquelles la mutilation a été pratiquée:

- Choc hémorragique / anémie / décès
- Rétention d'urines réflexe / compliquée d'infection des voies urinaires
- Lésions traumatiques des organes voisins: urètre, vessie, vagin, périnée postérieur, anus, rectum... / fistules
- Fractures de la clavicule, de l'humérus et du fémur
- Pseudo-infibulation, d'autant plus fréquente que la fillette est jeune.
- Infections:
 - vulvo-vaginite, cervicite, adénites suppurées; elles peuvent s'étendre à la partie haute de l'appareil génital et au péritoine voire se généraliser en gangrène gazeuse ou en septicémie et provoquer la mort
 - Transmission du tétanos, du SIDA, des hépatites B ou C par l'utilisation d'un même matériel tranchant sur différentes fillettes.



Complications à long terme



- PSYCHOLOGIQUES ++++

Etude en 2011, sur 4800 femmes :

- 80% d'entre elles continuaient à avoir des "flashbacks" du moment de l'excision
- 58%: des troubles psychiatriques
- 38%: autres troubles anxieux
- 30%: des stress post-traumatiques

(CHIBBER R et al, Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continue unabated in the 21st century, J Matern Fetal Neonatal Med, Jun 2011; 24(6): 833-6)

unabated in the

- Locales et pelviennes

- Infections génitales ou urinaires
- Hématocolpos
- Névrome cicatriciel

Complications à long terme

- Douleurs



	Proportion of patients in pain (%)	Crude OR	Adjusted OR	Adjusted 95% CI
Year of first consultation				
1998-2003	43% (92/216)	1	1	..
2004	50% (277/556)	0.92	0.91	0.63-1.31
2005	31% (178/578)	0.89	0.88	0.62-1.25
2006	25% (116/470)	1.37	1.30	0.90-1.87
2007	23% (104/456)	1.05	1.00	0.70-1.44
2008	24% (97/398)	0.97	0.92	0.64-1.33
2009	24% (62/264)	0.87	0.89	0.59-1.30
Age at excision				
≤1 year	27% (152/567)	1	1	..
1-4 years	28% (236/849)	0.70	0.7	0.61-0.92
5-9 years	34% (370/1091)	0.67	0.7	0.61-0.94
10-14 years	38% (143/375)	0.69	0.7	0.63-1.08
≥15 years	46% (25/55)	0.76	0.9	0.55-1.72
Excision country				
Burkina Faso	30% (64/217)	1	1	..
Côte d'Ivoire	33% (102/311)	1.30	1.36	0.94-1.97
Guinea	40% (82/203)	1.89	1.85	1.22-2.80
Mali	30% (211/699)	1.89	1.56	1.12-2.18
Mauritania	37% (40/109)	1.92	1.60	0.97-2.65
Senegal	31% (201/654)	1.33	1.23	0.88-1.71
West Africa	39% (19/49)	1.70	1.51	0.78-2.92
East and central Africa	44% (57/129)	1.20	1.12	0.69-1.81
France	26% (149/564)	1.47	1.19	0.84-1.69
Expectations				
Identity	10% (55/538)	1	..	..
Identity and sexuality	14% (214/1549)	4.00	..	..
Identity, sexuality, and pain reduction	77% (637/825)	4.55	..	..

Adjusted ORs are only shown for variables entered into the logistic regression. Interpretation: for each variable in the first OR column, there was a higher probability of a painful preoperative assessment if the OR was higher than that of the reference category (OR=1). The adjusted OR takes the other variables into account. *p value of the predictor in the univariate analysis. †p value of the predictor in the multivariate analysis (logistic regression).

Table 3: Factors related to preoperative clitoral pain (total number of patients 2938)

Complications obstétricales



- Infections et risque de fausse couche / prématurité
- Risque de déchirure périnéale lors du dégagement de la tête foetale. L'épisiotomie préventive diminue le risque de déchirure postérieure mais ne protège pas des déchirures antérieures et du méat urétral.
- En cas de MSF de type III, souffrance foetale aiguë par blocage du fœtus sur la barrière périnéale.
- OMS / étude menée entre 2001 et 2003, suivi de 28 393 femmes au Burkina Faso, Ghana, Kenya, Nigéria, Sénégal et Soudan (*WHO Study Group. Female Genital Mutilation and obstetric outcome. The Lancet, 2006, 367: 1835-41*)
 - Taux de césarienne: 30% supérieur à celui des femmes non mutilées.
 - Taux de mortalité néonatale: augmenté de 15% pour les femmes mutilées de type I, de 32% pour le type II et de 55% pour le type III.
 - Taux d'hémorragie du post-partum: augmenté de 70% pour les trois types de MSF confondues.

Motifs de consultation



- Consultation banale
- Gêne, douleurs, complications liées à l'excision
- Demande de conseils
- Evitement du gynécologue par sentiment de honte / peur d'être jugée.
- QUAND EVOQUER L'EXCISION ???
 - Enfance: Intérêt des examens systématiques +++ (PMI)
 - Adolescence et âge adulte: ne JAMAIS éluder le sujet !
 - **Attention à l'annonce**
 - Besoin de reconnaissance
 - Ouvrir la porte au dialogue
 - Examen à l'adolescence

Prise en charge des femmes

victimes d'excision



Consultations proposées / TRS

1- Sage-femme

- Histoire personnelle, épidémiologie, motivations
- Examen clinique et explication de la prise en charge

2- Psychologue

- Motivations, maturité, contexte psycho-social

3- Sexologue

- Motivations, tabous, sexualité individuelle et en couple

4- Chirurgien:

- Examen clinique / faisabilité de la chirurgie et résultats attendus

⇒ **STAFF MULTIDISCIPLINAIRE => DÉCISION**

⇒ *délai médian entre 1^{ère} consultation et intervention: 5 mois [2;19]*

Population

Cohorte de 234 patientes excisées

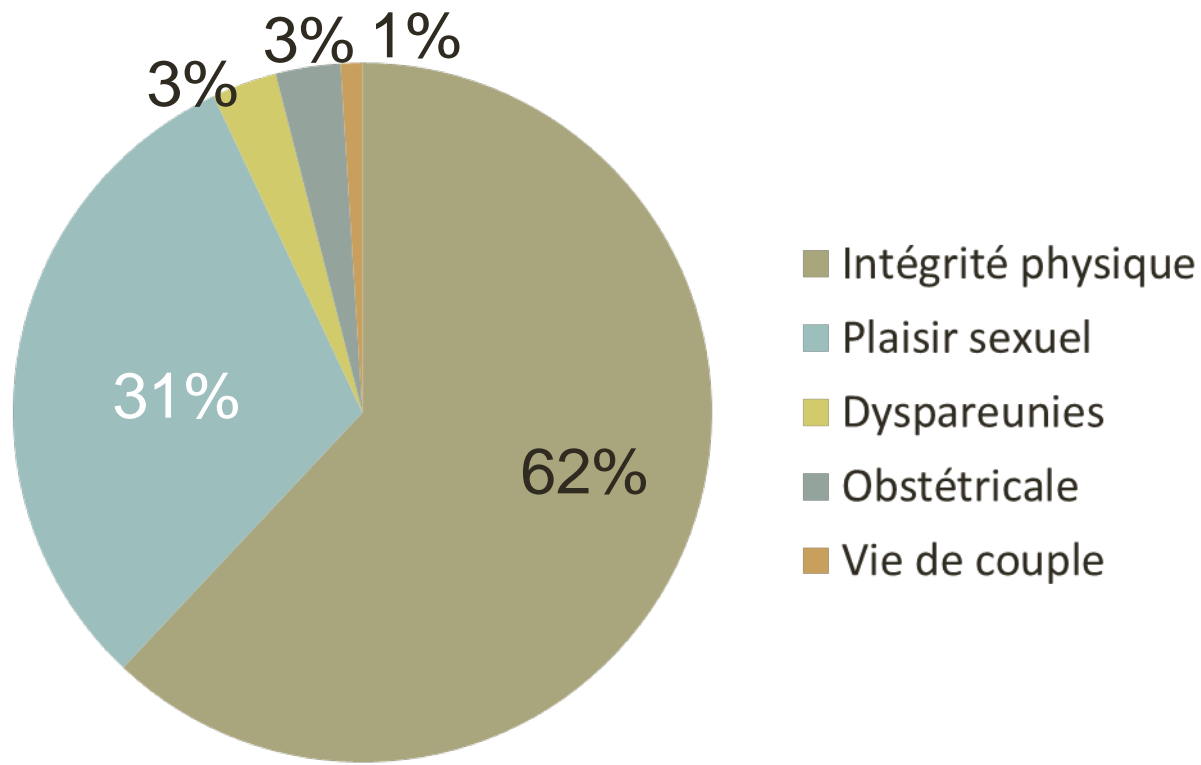
Janvier 2007 – Décembre 2011

- Adressée par
 - Médecin / GAMS 43,5%
 - Entourage 13%
 - Seule / médias 43,5%
- 140 femmes ont renoncé à leur demande de chirurgie (59,6%)
- 94 interventions (40,4%)
 - 58 suivies pour l'étude
 - 36 perdues de vue

⇒ *Délai médian de suivi: 20 mois [3; 36]*

⇒ *Age médian au moment de l'intervention: 29 ans [16; 47]*

Cohorte Trousseau: motivation principale



73% sont soutenues par leur partenaire

Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study

Pierre Foldès, Béatrice Cuzin, Armelle Andro

Lancet 2012; 380: 134-41

2938 femmes opérées

Douleurs pré-opératoires
en fonction de
l'âge d'excision



	Proportion of patients in pain (%)	Crude OR	Adjusted OR	Adjusted 95% CI
Year of first consultation		0.0239*	0.0765†	
1998-2003	43% (92/216)	1	1	..
2004	50% (277/556)	0.92	0.91	0.63-1.31
2005	31% (178/578)	0.89	0.88	0.62-1.25
2006	25% (116/470)	1.37	1.30	0.90-1.87
2007	23% (104/456)	1.05	1.00	0.70-1.44
2008	24% (97/398)	0.97	0.92	0.64-1.33
2009	24% (62/264)	0.87	0.89	0.59-1.30
Age at excision		0.0065	0.0001	
≤1 year	27% (152/567)	1	1	..
1-4 years	28% (236/849)	0.70	0.7	0.61-0.92
5-9 years	34% (370/1091)	0.67	0.7	0.61-0.94
10-14 years	38% (143/375)	0.69	0.7	0.63-1.08
≥15 years	46% (25/55)	0.76	0.9	0.55-1.72
Excision country		0.0162	0.0379	
Burkina Faso	30% (64/217)	1	1	..
Côte d'Ivoire	33% (102/311)	1.30	1.36	0.94-1.97
Guinea	40% (82/203)	1.89	1.85	1.22-2.80
Mali	30% (211/699)	1.89	1.56	1.12-2.18
Mauritania	37% (40/109)	1.92	1.60	0.97-2.65
Senegal	31% (201/654)	1.33	1.23	0.88-1.71
West Africa	39% (19/49)	1.70	1.51	0.78-2.92
East and central Africa	44% (57/129)	1.20	1.12	0.69-1.81
France	26% (149/564)	1.47	1.19	0.84-1.69
Expectations		<0.0001		
Identity	10% (55/538)	1	..	..
Identity and sexuality	14% (214/1549)	4.00	..	..
Identity, sexuality, and pain reduction	77% (637/825)	4.55	..	..

Adjusted ORs are only shown for variables entered into the logistic regression. Interpretation: for each variable in the first OR column, there was a higher probability of a painful preoperative assessment if the OR was higher than that of the reference category (OR=1). The adjusted OR takes the other variables into account. *p value of the predictor in the univariate analysis. †p value of the predictor in the multivariate analysis (logistic regression).

Table 3: Factors related to preoperative clitoral pain (total number of patients 2938)

Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study

Pierre Foldès, Béatrice Cuzin, Armelle Andro

Lancet 2012; 380: 134-41

2938 femmes opérées

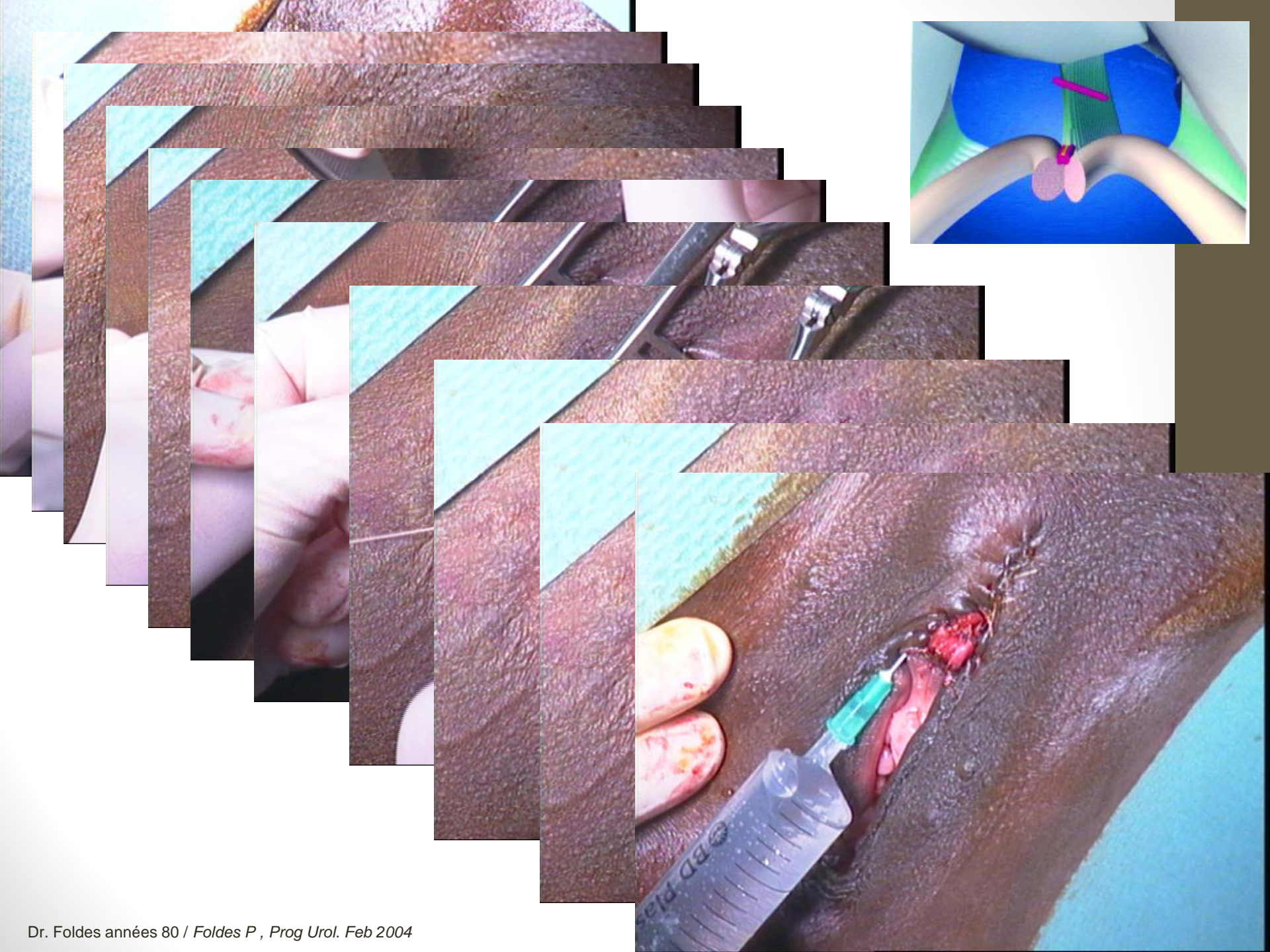
Plaisir clitoridien pré-opératoire
en fonction de
l'âge d'excision



	Proportion of patients with no pleasure (%)	Crude OR	Adjusted OR	Adjusted 95% CI
Year of first consultation				
1998-2003	58% (99/172)	1	1	
2004	55% (216/390)	0.92	0.91	0.63-1.31
2005	55% (293/535)	0.89	0.88	0.62-1.25
2006	65% (298/459)	1.37	1.30	0.90-1.87
2007	59% (267/454)	1.05	1.00	0.70-1.44
2008	57% (225/397)	0.97	0.92	0.64-1.33
2009	54% (141/261)	0.87	0.89	0.59-1.30
Age at excision				
≤1 year	65% (343/529)	1	1	..
1-4 years	56% (433/767)	0.70	0.7	0.6-0.9
5-9 years	55% (543/980)	0.67	0.7	0.6-0.9
10-14 years	56% (192/343)	0.69	0.7	0.6-1.0
≥15 years	58% (28/48)	0.76	0.9	0.5-1.7
Excision country				
Burkina Faso	48% (95/199)	1	1	..
Ivory Coast	54% (153/282)	1.30	1.36	0.94-1.97
Guinea	63% (121/191)	1.89	1.85	1.22-2.80
Mali	63% (405/640)	1.89	1.56	1.12-2.18
Mauritania	64% (63/99)	1.92	1.60	0.97-2.65
Senegal	55% (325/592)	1.33	1.23	0.88-1.71
West Africa	61% (28/46)	1.70	1.51	0.78-2.92
East and central Africa	52% (56/107)	1.20	1.12	0.69-1.81
France	57% (292/509)	1.47	1.19	0.84-1.69
Expectations				
Identity	30% (146/487)	1	..	..
Identity and sexuality	63% (892/1411)	4.00	..	..
Identity, sexuality, and pain	66% (496/751)	4.55	..	..

Adjusted ORs are only shown for variables entered into the logistic regression. Interpretation: for each variable in the first OR column, there was a higher probability of a painful preoperative assessment if the OR was higher than that of the reference category (OR=1). The adjusted OR takes the other variables into account.

Table 4: Factors related to preoperative clitoral pleasure (total population n=2668)



Intervention chirurgicale

- Hospitalisation 24h
 - Sortie à J1
- Soins postopératoires:
 - TOBREX® 10 jours
 - Saugella antiseptique
 - Saugella Poligyn
 - Antalgiques palier II puis I
- Rendez-vous postopératoires:
 - J10, J17, M1 et plus



J 0



J 12



M 1



M 6



A 1



A 2



Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas

Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases

P. Foldes^a, C. Louis-Sylvestre^{b,*}

^a Service de chirurgie, centre hospitalier (CH), 20, rue Armagis, 78100 Saint-Germain-en-Laye, France

^b Service de gynécologie, centre hospitalier intercommunal (CHI), 40, avenue de Verdun, 94 000 Créteil, France

Reçu le 15 mai 2006 ; accepté le 11 septembre 2006

Disponible sur internet le 29 novembre 2006

Tableau 1

Évaluation préopératoire du retentissement de la mutilation chez 453 patientes

Douleur		Plaisir clitoridien	
Pas de douleur	220 (49 %)	Jamais	173 (38 %)
Gêne légère pendant RS	97 (21 %)	Sensation discrète	94 (21 %)
Douleur modérée pendant RS	78 (17 %)	Plaisant sans orgasme	171 (38 %)
Douleur forte à intolérable pendant RS	38 (8 %)	Orgasme restreint par la mutilation	8 (2 %)
Douleur en dehors des RS	17 (4 %)	Orgasme sans restriction	2
NA	3	NA	5

NA : non applicable, la patiente ne souhaitant pas répondre ou ne le pouvant pas en raison de l'absence de rapports. RS : rapports sexuels.

Tableau 2

Évaluation des 453 patientes, six mois après l'intervention

Anatomie du néo clitoris		Fonction clitoridienne	
Pas ou peu de changement	3	Douleur, pas de plaisir	1
Palpable mais non visible	50 (11 %)	Gêne légère	13 (3 %)
Saillie clitoridienne visible	135 (30 %)	Petite amélioration, pas de douleur	84 (19 %)
Gland exposé sans capuchon	168 (37 %)	Réelle amélioration sans orgasme	146 (32 %)
Proche de la normale	97 (21 %)	Orgasme clitoridien parfois	130 (29 %)
NA	0	Sexualité clitoridienne normale	65 (14 %)
		NA	14 (3 %)

NA : non applicable, patientes sans partenaire ou ne souhaitant pas répondre.

Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study

Pierre Foldès, Béatrice Cuzin, Armelle Andro

Lancet 2012; 380: 134-41

2938 femmes opérées
Complications: 155 (5%)
Sur 840 femmes suivies à un an:

	Total	Pain	Discomfort	Slight improvement	Real improvement	Restricted orgasm	Regular orgasm
Preoperative clitoral pleasure							
Never	368	1/368 (<1%)*	14/368 (4%)*	85/368 (23%)†	139/368 (38%)†	88/368 (24%)†	41/368 (11%)†
Minor sensation	120	0/120	4/120 (3%)*	20/120 (17%)†	47/120 (39%)†	32/120 (27%)†	17/120 (14%)†
Pleasant without orgasm	196	0/196	0/196	18/196 (9%)†	76/196 (39%)†	77/196 (39%)†	25/196 (13%)†
Restricted orgasm	97	0/97	0/97	0/97	0/97	46/97 (47%)‡	51/97 (52%)†
Regular orgasm	53	0/53	0/53	0/53	0/53	12/53 (23%)§	41/53 (77%)‡
Total	834	1/834 (<1%)	18/834 (2%)	123/834 (15%)	262/834 (31%)	255/834 (31%)	175/834 (21%)
Preoperative pain							
No pain	486	1/486 (<1%)§	8/486 (2%)§	71/486 (15%)†	161/486 (33%)†	149/486 (31%)†	96/486 (20%)†
Minor discomfort during intercourse	124	0/124	1/124 (1%)‡	18/124 (15%)†	51/124 (41%)†	36/124 (29%)†	18/124 (15%)†
Moderate pain during intercourse	129	0/129	4/129 (3%)†	17/129 (13%)†	45/129 (35%)†	41/129 (32%)†	22/129 (17%)†
Strong to unbearable pain during intercourse	73	0/73	3/73 (4%)†	11/73 (15%)†	26/73 (36%)†	21/73 (29%)†	12/73 (16%)†
Pain without intercourse	28	0/28	2/28 (7%)†	7/28 (25%)†	7/28 (25%)†	7/28 (25%)†	5/28 (18%)†
Total	840	1/840 (<1%)	18/840 (2%)	124/840 (15%)	290/840 (35%)	254/840 (30%)	153/840 (18%)

Data are number of patients (%). We used pragmatic terms to define pain (clitoral pain), discomfort (clitoral discomfort), slight improvement (little improved), real improvement (very improved), restricted orgasm (restricted in intensity or frequency), regular orgasm (regular in intensity or frequency). *Non-evaluable (reviewed case report forms, results set out in the ms). †Improved. ‡Unchanged. §Worse.

Table 2: Results in postoperative functionality at 1 year in relation to preoperative symptoms

Foldes

- 2938 femmes opérées
- Complications: 155 (5%)
- Sur 840 femmes suivies à un an:
- Orgasmes
 - 486 patientes
 - 129 des 368 n'ayant jamais eu d'orgasme avant la chirurgie
- **Foldes and colleagues** report a unique and long-term assessment of clitoral reconstruction done in France. Their results suggest that clitoral reconstruction is feasible and could reduce clitoral pain and improve pleasure. Among 2938 women, complications (haematoma, suture failure, or moderate fever) occurred in 155 (5%) of patients. Nine of 486 women who did not have pain before surgery reported postsurgical pain (one) or discomfort (eight). At 1-year follow-up of 840 women, 124 reported a slight improvement in pain and 290 reported a substantial improvement. 406 women reported orgasm: 129 of 368 who had never experienced orgasm reported restricted or regular orgasms after surgery; and 51 of 97 who had had restricted orgasm reported an improvement after surgery. 12 of 53 women who had experienced regular orgasm reported an orgasm of reduced intensity after surgery 1

Résultats TRS: suites et complications

- **Délai de cicatrisation:**

- Cicatrisation: 4 à 6 semaines
- Epidermisation: 6 à 10 semaines



- **Complications**

- Précoces (< 2 semaines)
 - 6 infections (10%) dont un abcès drainé chirurgicalement
 - 4 hématomes (7%) sans reprise
 - 2 douleurs (3,5%) rappelant l'excision



- Moyen terme (< 3 mois)
 - 2 « décharges électriques » (3,5%)

- Long terme (> 3 mois)
 - 7 ré-enfouissements (12%) ?



Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle : 453 cas

Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases

P. Foldes^a, C. Louis-Sylvestre^{b,*}

^a Service de chirurgie, centre hospitalier (CH), 20, rue Armagis, 78100 Saint-Germain-en-Laye, France

^b Service de gynécologie, centre hospitalier intercommunal (CHI), 40, avenue de Verdun, 94 000 Créteil, France

Reçu le 15 mai 2006 ; accepté le 11 septembre 2006

Disponible sur internet le 29 novembre 2006

Tableau 3
Complications précoces de l'intervention

Type	Nombre	Réhospitalisation	Traitement
<i>Hématome</i>	21	15	9 reprises
<i>Lâchage suture</i>	32	2	8 reprises
<i>Pertes sales</i>	49	2	31 cas : antibiothérapie
<i>Douleur postopératoire</i>	5	5	antalgiques
		= 5,3 %	réinterventions = 3,7 %

Résultats TRS : sexualité (1)

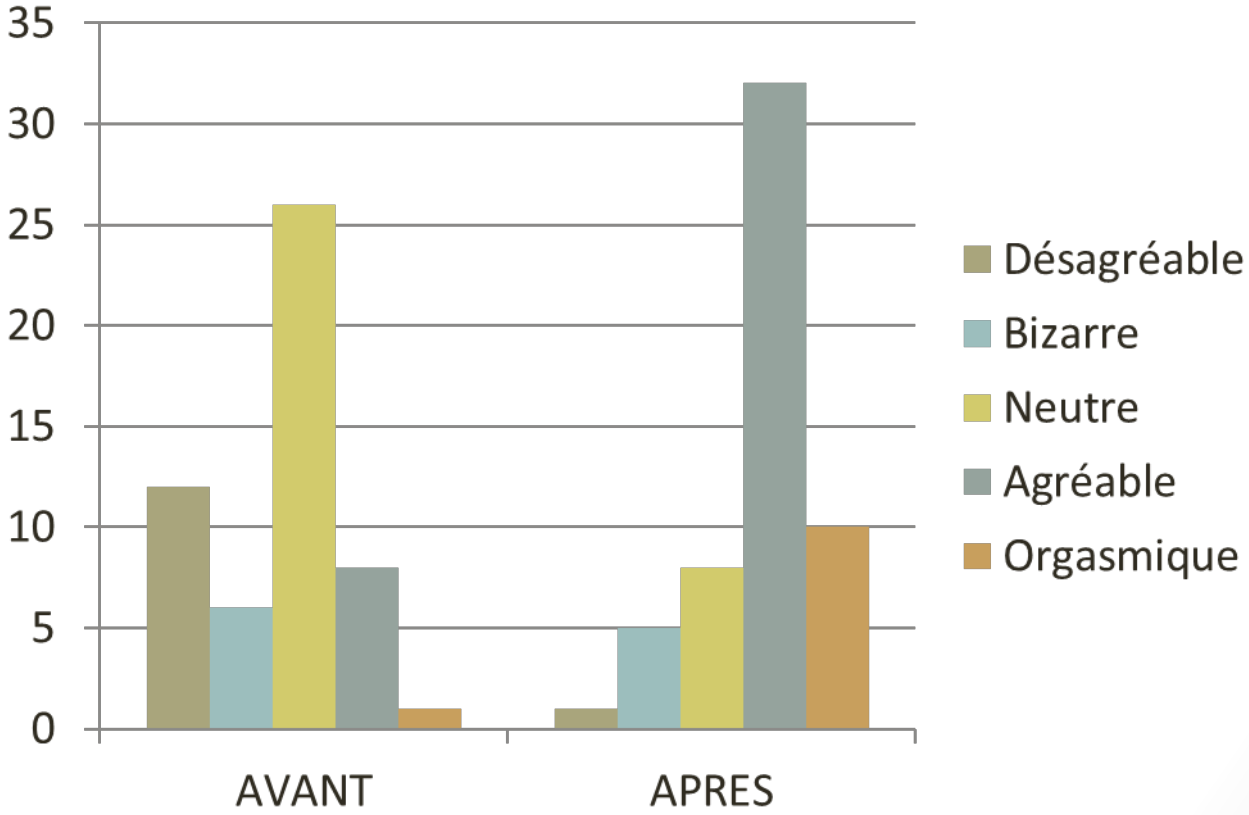
- Reprise des rapports sexuels: 2 mois [1 ; 3]
 - *Fréquence des RS augmentée: 39,5%*
 - *Fréquence des RS identique: 39,5%*
 - *Fréquence des RS diminuée: 11%*
- Régression des dyspareunies d'intromission : **46,5 % → 8,6%**
- Régression de la sécheresse vaginale: **41,4% → 18,9%**

Levée d'inhibition
33/49 (67,3%)

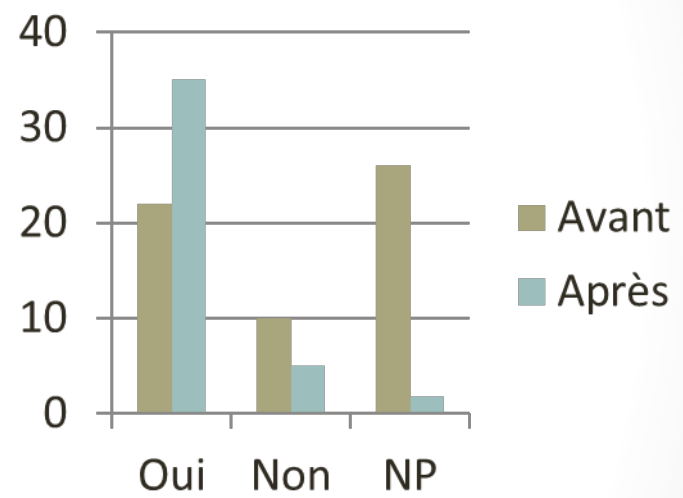
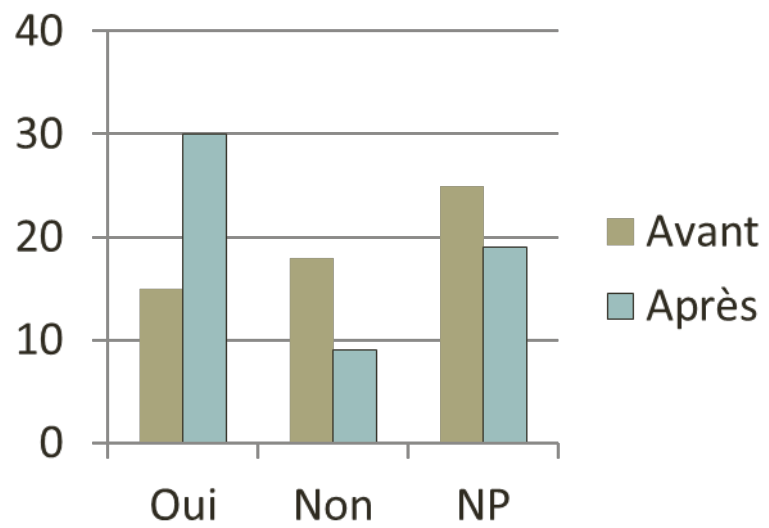
	avant	après
Plaisir sexuel	30 (51,7%)	46 (83,6%)
Note « EVA »	5	7

Satisfaction sexuelle (-10 à + 10)
4,9

Résultats TRS: sexualité (2) Sensations clitoridiennes



Résultats TRS: sexualité (3) Sensations clitoridiennes



Plaisir masturbation

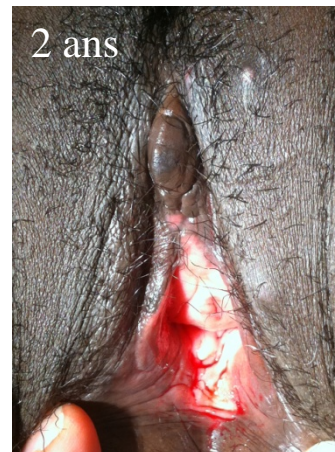
Douleur masturbation

Résultats TRS: esthétique

- **Satisfaction esthétique: -10 à +10**
 - Mieux: 62% (+6,8/10)
 - Inchangé: 26% (0/10)
 - Pire: 12% (-5,8/10)

4 patientes auraient souhaité un plus gros clitoris...

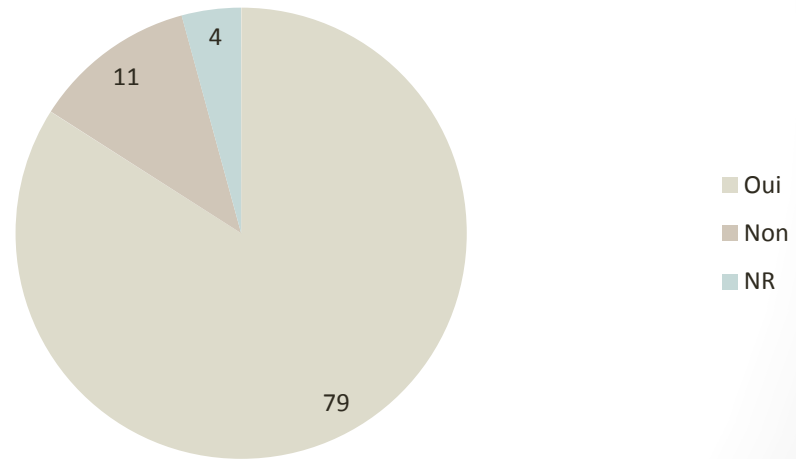
- **Sentiment de féminité: -10 à +10**
 - Mieux: 65,5% (+7,2/10)
 - Inchangé: 38% (0)
 - Pire: 2% (-10)



Et les non opérées ?

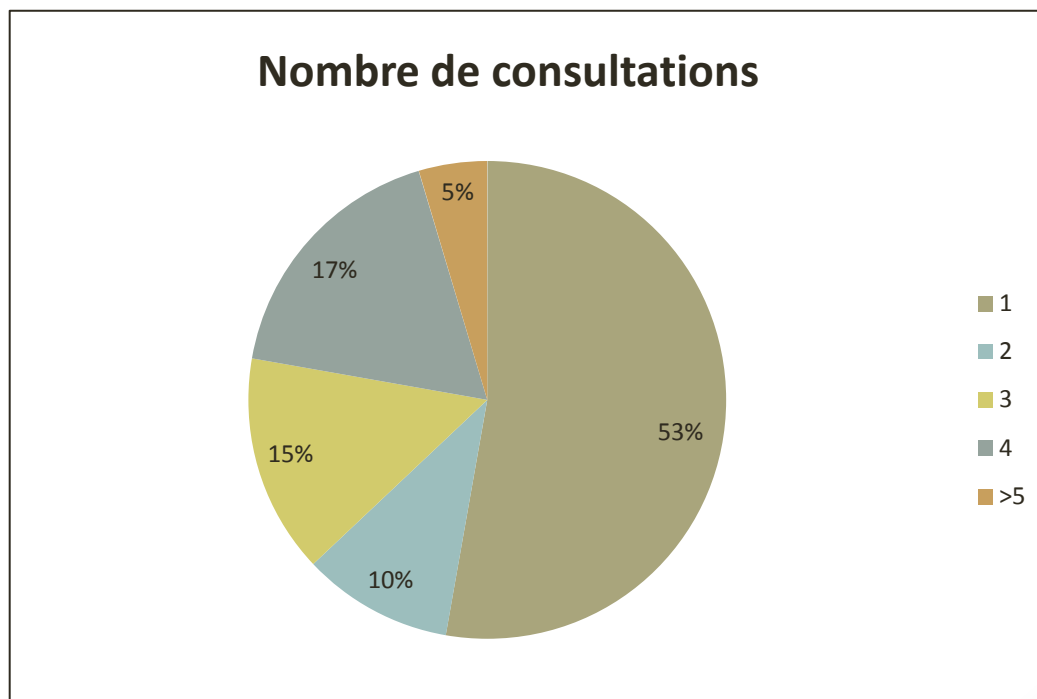
- 147 patientes
 - 3 mineures
 - 4 refus
 - 32 perdues de vue
- 108 dossiers
 - 50 entretiens
 - 58 non joignables

Choix du partenaire



Et les non opérées ?

- Les consultations ont-elles permis de répondre à leurs questions ?
 - **OUI:** **44** (88%) dont 2 « non satisfaites » des consultations (!?)
 - **NON:** 6 (12%)



Importance des consultations

Notes sur 10

- Sage-femme: 8,3/10
- Psychologue: 6/10
- Sexologue: 7,8/10
- Chirurgien: 8,9/10

Conclusion

- Accompagner signifie
 - Prévenir, former et informer
 - Dépister
 - Annoncer: ATTENTION !!!
 - Dialoguer
 - Prendre en charge et / ou orienter:
 - Résultats encourageants.
 - La majorité des femmes (91%) recommanderait l'intervention
 - Prise en charge psychologique et sexologique nécessaires et parfois suffisantes



Références

- « *Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation* », P. Foldes, *Prog Urol.* Feb 2004
- « *ExH : Excision et Handicap, mesure des lésions et traumatismes liés aux mutilations sexuelles féminines* », Armelle Andro, Marie Lesclingand, INED, *Population et sociétés* n°438, Oct 2007
- « *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical: étude prospective concertée dans 6 pays africains* », Groupe d'étude OMS, *Lancet* 2006
- Kamina, « *Anatomie clinique* » Tome 4, Maloine
- *La femme blessée: essai sur les mutilations sexuelles féminines*, Michel Erlich
- « *Les mutilations sexuelles féminines* », C. Rey-Salmon, P. Vazquez, *Archives de pédiatrie* 12(2005):347-350
- « *Mutilations sexuelles féminines ou excision* », C. Bernard, *Réalités en gynécologie-obstétrique* sept 2007, 123(2):13-16
- « *Excision* », C. Solano, *Réalités en gynécologie-obstétrique* mars 2006, 109:23-26

Merci pour votre attention

