LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES : le point sur la situation au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle

L. Swenen (1), G. Brichant (2), A. Kaluanga (2), V. Masson (2), M. Nisolle (3)

Résumé : En raison des flux migratoires actuels, le praticien obstétricien sera amené à prendre en charge des patientes porteuses de mutilations génitales féminines (MGF). Cet article reprend les principales complications obstétricales en relation avec celles-ci. Nous avons comparé un groupe de patientes ayant subi une MGF (n = 69) à un groupe contrôle (n = 162) et étudié les données concernant la patiente, la grossesse en cours, l'accouchement, le nouveau-né, le post-partum et la durée du séjour hospitalier. Dans le groupe MGF, 44 % des patientes sont porteuses de streptocoque B contre 23 % dans le groupe contrôle (p < 0,01). Concernant le périnée, dans le groupe MGF, une épisiotomie est pratiquée chez 31 % des patientes *versus* 35 % dans le groupe contrôle; une déchirure survient dans 42 % des accouchements par voie basse dans le groupe MGF contre 26 % dans le groupe contrôle.
Mots-clés : *Mutilations génitales - Complications obstétricales*

Female Genital Mutilations : the condition in Liege
Summary : Due to current migration flows, the practising obstetrician is likely to encounter parturient women carriers of female genital mutilations (FGM). This article describes the obstetrical complications related to the latter. We compared a group of mutilated patients (n = 69) to a control group (n = 162) and studied the data concerning pregnancy, childbirth, newborn, postpartum and length of hospital stay. Among the mutilated patients, 44% were group B streptococcus carriers against 23 % in the control group (p < 0.01). As regards the perineum, an episiotomy was performed in 31 % of patients in the FGM group *versus* 35 % of the control group; a tear occurred in 42 % of vaginal deliveries in the FGM group against 26 % in the control group.
Keywords : *Genital mutilations - Obstetrical complications*

Introduction

Les mutilations génitales féminines (MGF) ont récemment fait l'objet de campagnes d'information en Occident. Cependant, l'impact de celles-ci reste relativement ponctuel et transitoire, sans réelle conséquence à long terme du point de vue de la prise en charge différenciée à adopter. Peut-être, ne nous sentons-nous pas vraiment concernés; peut-être en entend-on parler tout en pensant que nous n'y serons jamais réellement confrontés. Pourtant, avec quelque 120 millions de femmes vivant avec une mutilation génitale de par le monde (1), la probabilité de n'en rencontrer aucune dans sa pratique gynécologique et obstétricale est relativement faible. En effet, l'Europe accueille de nombreuses communautés concernées par ce problème et se retrouve confrontée au risque de la pratique illégale des mutilations génitales sur son territoire ainsi qu'aux nombreuses complications auxquelles les femmes mutilées sont exposées. Le corps médical occidental est peu préparé à prendre en charge de manière optimale ces patientes (2, 3) mais certaines études visant à y remédier ont déjà vu le jour (4).

Tout d'abord, apportons quelques précisions quant à la nature des mutilations génitales féminines et à leur répartition géographique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il existe 4 types de mutilations génitales féminines (5) (Figure 1). La première, ou clitoridectomie, consiste en l'ablation du gland du clitoris et/ou de son capuchon. Le type 2, ou excision, est réalisé en réséquant les petites lèvres en plus du clitoris, avec ou sans les grandes lèvres. Dans le type 3, ou infibulation, les petites et/ou grandes lèvres sont cousues afin de ne laisser qu'un orifice de petite taille permettant l'écoulement de l'urine et des menstruations. Le type 3 correspond donc à la fermeture de la vulve et, ce, indépendamment de l'ablation du clitoris et des petites lèvres. Le type 4 comprend toutes les autres interventions dénuées de but thérapeutique (ponction, incision, cautérisation, scarification, …). Vingt-huit pays africains sont concernés (Figure 2). On retrouve également des MGF dans certains pays d'Asie (Inde, Malaisie, Indonésie, Pakistan), mais de manière beaucoup moins fréquente et de sévérité moindre. Le geste étant plus symbolique, la mutilation s'en trouve alors très limitée (6).

Nous avons voulu, dans le service de Gynécologie-obstétrique du CHR de la Citadelle, étudier la situation telle que nous la rencontrons en pratique. Sans vouloir amoindrir l'impact émotionnel et psychologique de la pratique de la «tradition» (7), nous nous sommes concentrés sur le suivi de la grossesse, les éventuelles complications obstétricales et le post-partum.

(1) Assistante, (2) Gynécologue, (3) Chef de Service, Service de Gynécologie, CHR de la Citadelle, Liège, Belgique.

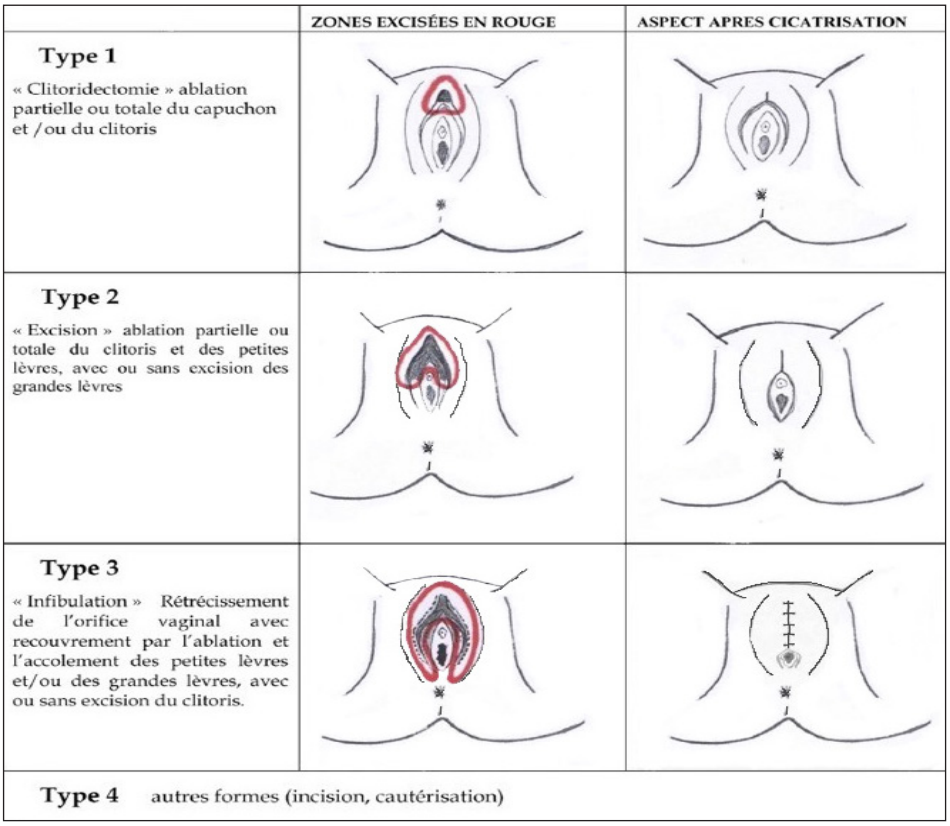


Figure 1. Les 4 types de mutilations génitales féminines (avec l'accord de C. Schoffeniels). (Dessin © F. Richard).

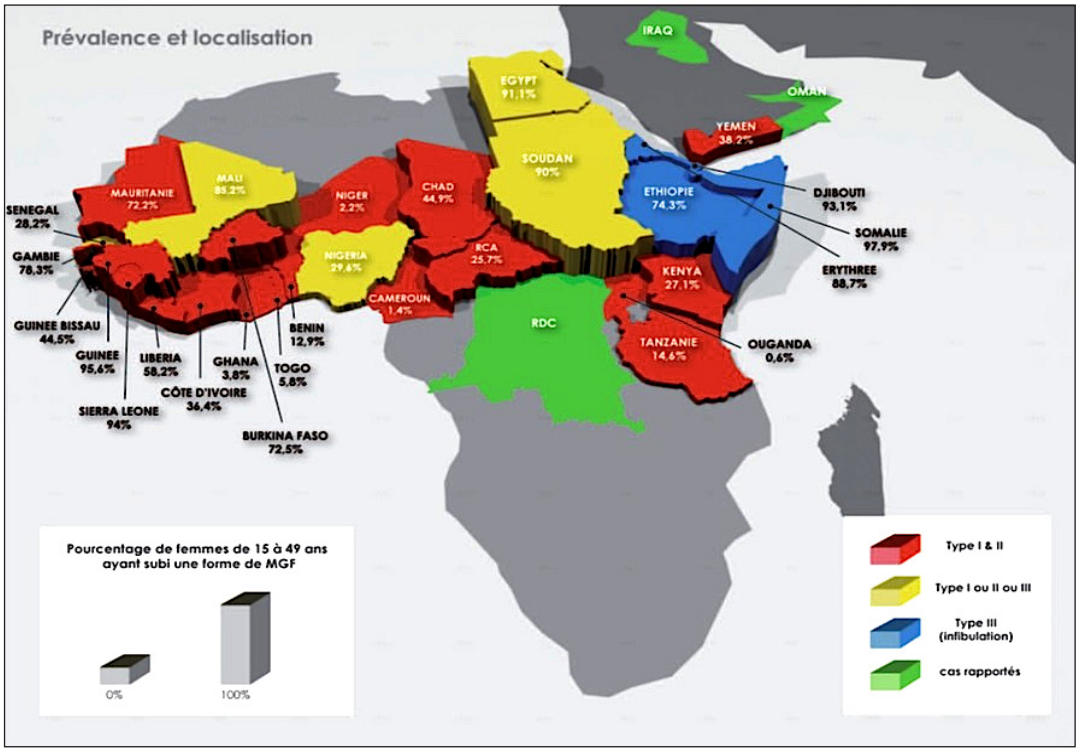


Figure 2. Répartition géographique et prévalence des mutilations génitales féminines de types 1,2 et 3 en Afrique et au Moyen-Orient. (avec l'accord de C. Schoffeniels) (Réalisation 3 D : www.michaelvanraeke.be)

La recherche concernant l'association MGF/ complications obstétricales n'est pas aisée et, si elle a pu démontrer l'existence d'un tel lien, il n'est pas encore possible de juger de la force de cette relation (8). Il est admis qu'une femme porteuse d'une MGF est à risque plus élevé d'infections urinaires, de travail prolongé, de déchirures lors de l'accouchement ainsi que d'accouchement dystocique (9). Il n'y aurait, par contre, pas davantage d'hémorragie de la délivrance (10).

Lors du suivi de la grossesse, dans de rares cas, l'orifice vaginal résiduel ne permettant pas toujours l'examen du col, le praticien sera peut-être amené à pratiquer une désinfibulation sous anesthésie générale (le geste, en lui-même, autorise une anesthésie locale, mais il est judicieux de ne pas réveiller d'anciens traumatismes). Si cela est possible, il est préférable de réaliser la désinfibulation dans le courant du deuxième trimestre, afin d'éviter la période la plus à risque de fausses couches. En effet, la survenue d'une fausse couche peu de temps après la désinfibulation, simple fait du hasard, sera vécue comme une punition pour avoir enfreint les règles ou renforcera la croyance selon laquelle la «coutume» est bénéfique pour la fertilité (1). La réinfibulation après l'accouchement est strictement interdite par la loi, même si la patiente est demandeuse, et même si le risque de se faire réinfibuler illégalement et aux dépends des règles élémentaires d'hygiène et d'asepsie est présent.

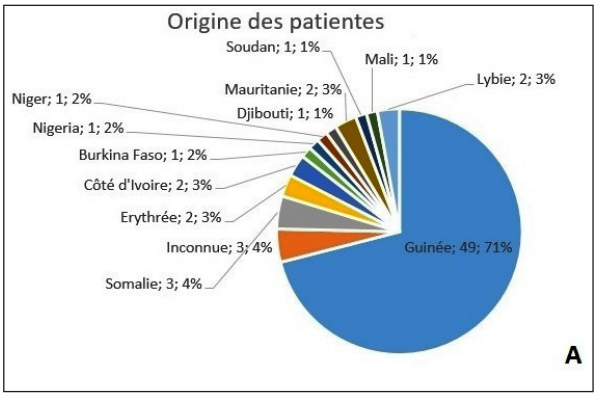
Rappelons que le risque principal qu'encourent ces femmes mutilées, même s'il ne fait pas l'objet du présent article, est de se voir mutiler à nouveau après un accouchement en Europe, que ce soit lors d'un retour au pays d'origine ou illégalement sur le territoire européen. De même, le risque qu'encourt une petite fille dont les parents sont originaires d'un des pays concernés par la pratique de la «tradition» est à bien évaluer. Il est important de comprendre que les parents n'agissent pas par esprit de barbarie, mais parce que la «coutume» est ancrée dans leur culture, que cela permet à la fillette d'être bien intégrée et acceptée au sein de la communauté, et ainsi de trouver un époux (1). Les parents désirent le bien de leur enfant en lui épargnant la honte d'être «impure», et c'est une porte ouverte au dialogue. En effet, il est en notre pouvoir et de notre devoir, en tant que professionnels de la santé, de les informer des dangers que comportent les mutilations génitales et, ainsi, de les amener à renoncer à faire subir la «coutume» à leur(s) fille(s) (10).

Matériel et méthodes

Nous avons recensé les patientes concernées et cherché des informations dans leur dossier médical informatisé. Nous avons ainsi constitué, du 01/01/2013 au 30/10/2015, notre groupe de 69 patientes souffrant d'une MGF. Les données étudiées concernent la patiente (date de naissance, âge à l'accouchement, pays d'origine, type de mutilation décelée, gestité et parité), la grossesse en cours (infections urinaires durant la grossesse), l'accouchement (âge gestationnel, statut streptocoque B, travail spontané *versus* induit, voie d'accouchement, déroulement de l'accouchement, état du périnée et pertes de sang), le nouveau-né (poids de naissance, APGAR et transfert en néonatologie) et le post-partum (type d'allaitement, état du périnée, infections urinaires, anémie et dyspareunie). Nous avons enfin étudié la durée du

Tableau I. Tableau comparatif des deux groupes.

	Groupe MGF (69) [étendue]	Groupe Contrôle (162) [étendue]	Signification
Age à l'accouchement	28,2 ans [19-37]	29,4 ans [16-45]	NS
Gestité	3 [1-11] Le plus fréquent = 1	2,7 [1-10] Le plus fréquent = 2	NS
Parité	1,6 [0-7] Le plus fréquent = 0	1,2 [0-8] Le plus fréquent = 0	NS
Age gestationnel	39 SA 4,4/7 [31 SA 5/7 – 42 SA 0/7]	38 SA 6,2/7 [27 SA 0/7 – 41 SA 6/7]	p<0,001
Poids de naissance	3232 ± 532 g [1335-4158]	3156 ± 553 g [920-4370]	NS
Perte de sang (VB) **Perte de sang (césar)**	230,6 ± 85 ml [50-500] 380,8 ± 63 ml [300-500]	282,4 ± 217 ml [150-1500] 494,4 ± 440 ml [150-2500]	NS NS
Transfert en néonatologie	5/69 = 7,25%	20/162 = 12,35%	NS
Durée du séjour (VB) **Durée du séjour (césar)**	4,9 ± 0,7 jours [4-8] 5,3 ± 0,5 jours [5-6]	4,8 ± 1,2 jours [2-9] 6,1 ± 1,2 jours [4-10]	NS NS



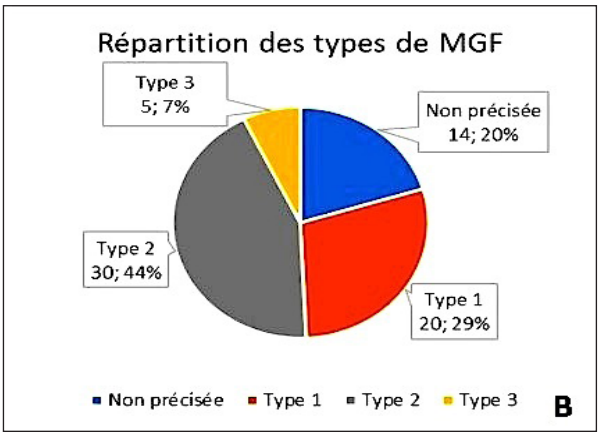


Figure 3 A. Origine des patientes.
3B. Répartition des types de MGF.

séjour hospitalier relatif à l'accouchement de ces patientes.

Un groupe contrôle de 165 patientes a été formé en sélectionnant les 5 premières naissances de chaque mois de janvier 2013 à septembre 2015. Nous avons étudié les mêmes paramètres. Nous avons fixé une limite de sélection selon l'âge gestationnel en prenant pour seuil 26 semaines d'aménorrhée (SA). Notre groupe contrôle définitif comporte donc 162 patientes.

L'analyse statistique a été effectuée avec les tests Z et Chi-carré.

Résultats

Concernant les critères démographiques des patientes victimes de MGF (Figure 3), 71 % sont d'origine guinéenne, 4 % d'origine somalienne, et 1 à 3 % proviennent d'autres pays (Lybie, Soudan, Mali, Mauritanie, Djibouti, Niger, Nigeria, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Erythrée). Vingt pour cent des mutilations sont de type inconnu, 29 % de type 1, 44 % de type 2 et 7 % de type 3.

L'âge gestationnel est plus avancé (39 SA 4,4/7 *versus* 38 SA 6,2/7) de même que le poids de naissance (3.232 g *versus* 3.156 g), mais de manière non significative pour ce dernier. Les

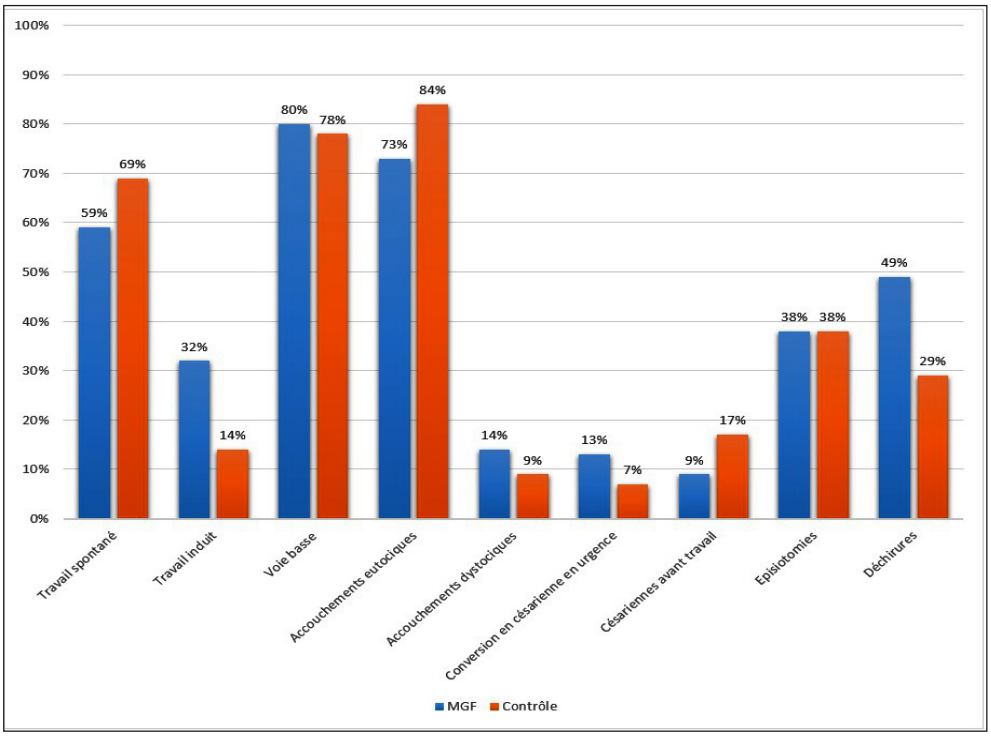
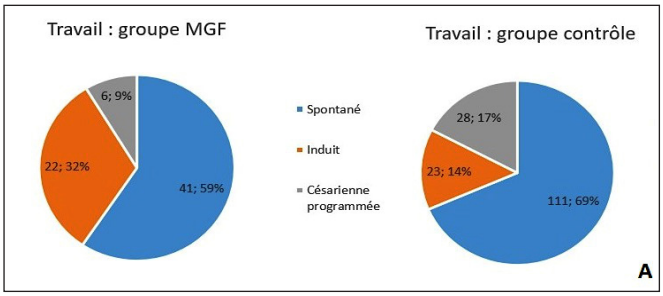


Figure 4. Caractéristiques de l'accouchement.



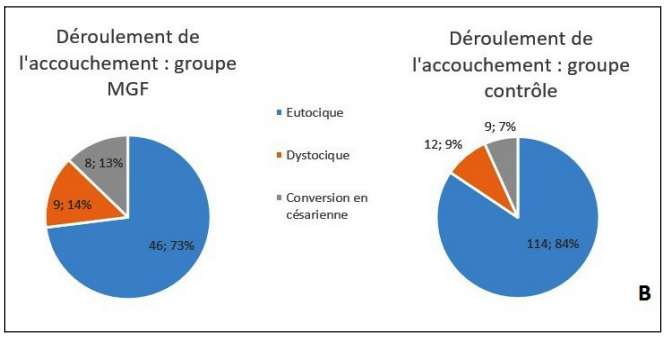


Figure 5 A. Comparaison du travail.
5B. Comparaison du déroulement des accouchements (hors césariennes programmées).

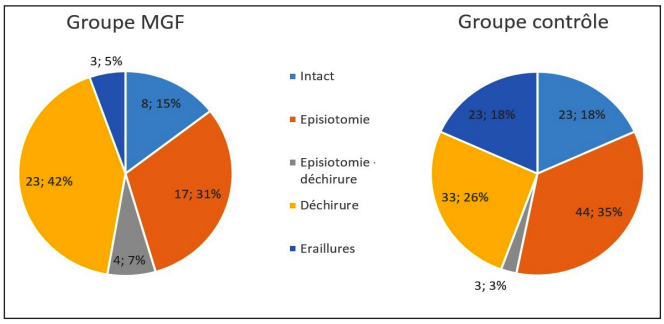


Figure 6. Etat du périnée (hors césariennes).

pertes de sang et les transferts en néonatologie des nouveau-nés de mères porteuses d'une MGF ne sont pas significativement différents. Une durée de séjour similaire lors des accouchements par voie basse (4,9 jours dans le groupe MGF *versus* 4,8 jours dans le groupe contrôle) est observée.

Dans le groupe MGF, 44 % des patientes sont porteuses de streptocoque B contre 23 % dans le groupe contrôle ($p < 0,01$). Quatre-vingts pour cent des accouchements se réalisent par voie basse dans le groupe MGF pour 78 % dans le groupe contrôle (NS) (Figure 4).

Le travail est spontané pour 59 % des parturientes mutilées, induit pour 32 %, et dans 9 % des cas, une césarienne est pratiquée avant le début du travail, pour diverses raisons présentées dans les graphiques. Dans le groupe contrôle, un travail spontané est observé chez 69 % des patientes (NS), un travail induit concerne 17 % des patientes (NS). Une fois qu'un accouchement par voie basse est initié, il sera eutocique dans 73 % des cas chez une patiente mutilée, une conversion en césarienne sera réalisée dans 13 % des cas, les autres situations dystociques seront de type usage d'un forceps et/ou d'une ventouse et dystocie d'épaules (Figure 5). Dans le groupe contrôle, le taux d'accouchement eutocique atteint 84 % (NS), et 7 % de césariennes sont réalisées en urgence (NS). Il n'y a pas de césarienne dont l'indication soit en rapport avec la présence d'une mutilation génitale.

Les patientes mutilées bénéficient d'une épisiotomie dans 31 % des cas; dans 7 % des cas, une déchirure survient malgré l'incision du périnée, et 42 % des patientes souffrent d'une déchirure du périnée en l'absence d'épisiotomie (Figure 6). Les éraillures représentent 5 % des cas, et les périnées intacts 15 %. Dans le groupe contrôle, une épisiotomie est pratiquée dans 35 % des cas (NS); elle se complique d'une déchirure dans 3 % des cas, une déchirure sans épisiotomie survient chez 26 % des patientes ($p < 0,05$). Les éraillures constituent 18 % des situations et les périnées intacts 18 % également.

DISCUSSION

Les éléments-clés de cette étude portent sur le taux de portage de *Streptococcus agalactiae*, plus fréquemment positif dans la population des femmes mutilées, et sur l'état du périnée, avec, sans surprise, davantage de déchirures dans cette catégorie.

L'étude de la population de parturientes mutilées a révélé qu'elles provenaient majoritairement de Guinée. Les mutilations les plus fréquentes sont les excisions, suivies par les clitoridectomies et, enfin, les infibulations représentent la minorité. Ces chiffres sont relativement similaires à ceux obtenus par le Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) en 2009 : 21 % pour le type 1, 63 % pour le type 2 et 9 % pour le type 3 (11).

Nous constatons que, contrairement à certaines données de littérature, dans notre étude, les parturientes mutilées semblent relativement «protégées» du point de vue des hémorragies lors de l'accouchement. De même, elles

atteignent un âge gestationnel en moyenne plus avancé, d'où un poids de naissance de leurs nouveau-nés plus élevé. Une question semble ouverte : les mutilations génitales féminines ont-elles un impact psychologique sur la crainte de l'accouchement ? On retrouve d'ailleurs, dans ce groupe, plus d'accouchements induits. Nous relevons également moins de transferts en néonatologie des bébés de ces patientes par rapport aux bébés des patientes du groupe contrôle.

Le taux de portage de *Streptococcus agalactiae* (groupe B) est nettement supérieur dans le groupe MGF. Il est difficile de faire la part des choses entre la responsabilité de la mutilation présente et celle de la toilette vaginale fréquemment réalisée par les populations africaines (12) à cause de croyances locales (éviter une grossesse, éviter le prurit vulvaire et vaginal, faire disparaître les odeurs et se sentir fraîche, évacuer le flux menstruel…). Nous savons que celle-ci a pour conséquence de favoriser les infections du tractus génital, dont le portage de *Streptococcus agalactiae* (13). De manière générale, les produits «décapants» vendus pour la toilette intime ne sont pas à conseiller, car ils sont nuisibles pour la flore physiologique vaginale et privent ainsi le vagin de son microenvironnement protecteur contre la colonisation par d'autres microorganismes, ceux-ci potentiellement nuisibles (14). Compte tenu de l'absence de publications étudiant la relation portage de streptocoque B/mutilation génitale disponibles sur PubMed, il serait intéressant, pour l'avenir, de réaliser une étude prospective visant à évaluer ce lien, ainsi que l'implication de la toilette vaginale dans les chiffres obtenus.

Au niveau de la voie d'accouchement, nous n'observons pas de différence flagrante. Le travail, quant à lui, est plus souvent spontané dans le groupe contrôle, mais les césariennes avant le début du travail sont plus fréquentes chez ces patientes-contrôle. Lors d'une voie basse débutée, nous avons plus de probabilité d'assister à un travail dystocique chez une patiente porteuse d'une mutilation génitale que chez une autre patiente, ce qui reflète les prévisions selon une étude burkinabée (15).

Concernant l'état du périnée, il est étonnant de constater qu'il y a moins d'épisiotomies dans notre groupe de parturientes mutilées que dans la population contrôle, ce qui a pour résultat une augmentation importante du nombre de déchirures. Rappelons que la pratique de l'épisiotomie lors de la découverte d'une mutilation génitale féminine est une recommandation (16, 17). Il serait judicieux d'en faire le rappel au sein du quartier d'accouchement : lors de la présence d'une mutilation génitale féminine, une épisiotomie doit être pratiquée d'emblée. Nous remarquons également, chez les patientes mutilées, que davantage d'épisiotomies se soldent, malgré tout, par une déchirure, d'où l'importance d'une incision soignée, méticuleuse et suffisamment étendue.

Enfin, l'étude du post-partum (allaitement, infections urinaires, cicatrisation du périnée, dyspareunie) est le maillon faible de notre étude. En pratique, peu de patientes viennent à la consultation du post-partum, d'où les lacunes importantes dans le recueil des données. La dyspareunie nous semblait un point essentiel à aborder, mais ne semble pas faire systématiquement l'objet d'une question directe lors de l'entretien avec la patiente lorsque celle-ci se présente à la consultation. De toute évidence, il n'y a pas de plainte spontanée, mais il serait intéressant d'interroger, dans tous les cas, les patientes à ce sujet afin d'évaluer l'incidence exacte de cette complication. Il est possible également que ces patientes, n'ayant vécu auparavant que des rapports douloureux, ne s'en soucient pas particulièrement dans les suites de l'accouchement. La prise en charge, à ce niveau, est multidisciplinaire et doit impliquer un psychologue sexologue en plus du médecin. Il serait, en effet, simpliste de considérer que la dyspareunie est entièrement due à une complication purement mécanique de la mutilation et oublier ainsi l'importance que peut avoir l'impact psychologique du traumatisme et un éventuel vaginisme résiduel.

D'après un rapport du GAMS de 2010 (11), 6.260 femmes sont probablement victimes de MGF en Belgique, dont 1.648 en région wallonne et, plus précisément, 649 en Province de Liège. Seules, 179 de ces femmes ont été suivies au GAMS en 2009.

Dans une société connaissant de nombreux flux migratoires, les professionnels de la santé sont confrontés à des cultures qu'ils ne comprennent pas toujours bien. Il est parfois difficile de prendre en charge un problème que l'on ne cerne pas correctement, et c'est pourquoi tout doit être mis en œuvre afin de guider au mieux les cliniciens. La demande est réelle (6), et malgré l'existence de guidelines et de sources visant à l'éducation du milieu médical, la prise en charge n'est pas optimale (18). Eradiquer la pratique de la «tradition» ne relève pas, à ce jour, du possible tant la pression sociale exer-

cée sur la population féminine est écrasante dans les pays concernés, mais l'acculturation des familles ayant migré en Europe peut aider à endiguer son enracinement dans les groupes d'immigrés (19). La population concernée restant, heureusement, assez limitée, nous ne retrouvons que peu de centres prenant en charge cette problématique en Wallonie. Il est important que le praticien connaisse bien son réseau afin d'aiguiller au mieux les patientes. Le Centre Médical d'Aide aux Victimes de l'Excision (CeMAViE), à Bruxelles, en fait partie, et met à la disposition des patientes toute une équipe de sexologues, psychologues, sages-femmes, gynécologues, possédant les qualités requises pour une prise en charge multidisciplinaire des femmes concernées. Des soins personnalisés et adaptés, des explications détaillées et complètes, du respect et de la confiance, voici les ingrédients d'un traitement adéquat et les outils vers un recul possible de la pratique des mutilations génitales féminines.

Bibliographie

1. SPF Santé Publique.— Mutilations Génitales Féminines : Guide à l'usage des professions concernées. Bruxelles, 2011.
2. Dawson A, Hower CS, Turkami S, et al.— A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation. *Int J Gynecol Obstet*, 2015, **131**, 35-40.
3. Zaidi N, Khalil A, Roberts C, et al.— Knowledge of female genital mutilation among healthcare professionals. *J Obstet Gynaecol*, 2007 , **27**, 161-164.
4. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L.— Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG*, 2015, **122**, 294-303.
5. OMS.— Mutilations sexuelles féminines. Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr/, consultation du 10 Oct 2015.
6. Schoffeniels, C.— *Les Mutilations Génitales Féminines : mise au point et enquête auprès des médecins généralistes travaillant en planning familial dans la région liégeoise*. Mémoire de fin d'études pour le diplôme de médecin généraliste. Faculté de médecine, Université de Liège, Promotion 2010.
7. Reisel D, Creighton SM.— Long term health consequences of female genital mutilation. *Maturitas*, 2015, **80**, 48-51.
8. Berg RC, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, et al.— An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation-cutting. *Obstet Gynecol Int*, 2014, article ID 542859/doi:10.1155/2014/542859.
9. Berg RC, Underland V.— The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting : a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol Int*, 2013, article ID 496564/doi:10.1155/2016/496564
10. Andro A, Cambois E, Lesclingand M.— Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Soc Sci Med*, 2014, **106**, 177-184.
11. Dieleman M.— *Excision et migration en Belgique francophone*, Rapport de recherche de l'Observatoire du SIDA et des sexualités pour le GAMS Belgique. Bruxelles : Ed. GAMS Belgique, 2010.
12. La Ruche G, Messou N, Ali-Napo L, et al.— Vaginal douching : association with lower genital tract infections in African pregnant women. *Sex Transm Dis*, 1999, **26**, 191-196.
13. Sakru N, Inceboz T, Inceboz U, et al.— Does vaginal douching affect the risk of vaginal infections in pregnant women? *Saudi Med J*, 2006 , **27**, 215-218.
14. Fashemi B, Delaney ML, Onderdonk AB, et al.— Effects of feminine hygiene products on the vaginal mucosal biome. *Microb Ecol Health Dis*, 2013, **24**, doi:10.3402/mehd.v2410.19703.
15. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, et al.— Mutilation génitale féminine et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). *Sante Publique*, 2010, **22**, 563-570.
16. Millogo-Traore F, Kaba ST, Thieba B, et al.— Pronostic maternel et foetal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris), 2007, **36**, 393-398.
17. Vaysse-Buitys J.— *Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines*. Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme. Université de René Descartes et Faculté de Médecine Cochin-Port Royal, Paris, Promotion 2002-2006.
18. Zenner N, Liao LM, Richens Y, et al.— Quality of obstetric and midwifery care for pregnant women who have undergone female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol*, 2013, **33**, 459-462.
19. Reig Alcaraz M, Siles Ganzales J, Solano Ruiz C.— Attitudes towards female genital mutilation : an integrative review. *Int Nurs Rev*, 2014, **61**, 25-34.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr M. Nisolle, Service de Gynécologie, CHR Citadelle, 4000 Liège, Belgique.
Email : Michelle.Nisolle@ulg.ac.be