

COMPLICATIONS URINAIRES DES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES, A PROPOS DE 12 CAS A L'HÔPITAL FOUSSEYNI DAOU DE KAYES

URINARY COMPLICATIONS OF FEMALE GENITAL MUTILATION, ABOUT 12 CASES AT KAYES FOUSSEYNI DAOU HOSPITAL

DIAKITE A S, BERTHE H J G, DIALLO M S, DIARRA A, SISSOKO I, MAGASSA M,
SANGARE D, DIAKITE M L, TEMBELY A D..

Auteur correspondant: Dr Adama Salifou Diakité, Fousseyni DAOU Kayes, Service d'urologie. Kayes – Mali. Tel : 76 24 05 69. Email : adadiak@hotmail.fr

RESUME :

Cette étude avait pour but de rapporter le résultat de la prise en charge des complications urinaires liées aux pratiques des mutilations génitales féminines à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

L'étude était transversale et descriptive portant sur 12 cas de patientes admises dans le service pour des troubles urinaires secondaires à une mutilation sexuelle féminine sur une période de 8 mois (juin 2015 à février 2016).

Nous avons inclus toutes les patientes présentant des troubles urinaires secondaires à la pratique d'une mutilation sexuelle féminine.

Les patientes présentant des complications génitales ont été exclues.

Les mutilations sexuelles féminines avaient représenté 4,2% des activités chirurgicales soit 12 cas. Plus de la moitié des patientes ont été excisées avant 1 an. La dysurie a été le principal motif de complication des patientes. L'infibulation était le type d'excision le plus pratiqué avec 70 %. Le traitement a consisté à une désinfibulation par voie vaginale ou mixte associée parfois à une vaginoplastie ou à une méatoplastie.

Mots clés : mutilations génitales féminines, complications urinaires, traitement

SUMMARY:

The purpose of this study was to report the result of the management of urinary complications related to female genital mutilation practices at Fousseyni DAOU Hospital in Kayes. The study was cross-sectional and descriptive of 12 cases of patients admitted to the department for urinary disorders secondary to female genital mutilation over a period of 8 months (June 2015 to February 2016).

We included all patients with urinary disorders secondary to the practice of female genital mutilation.

Patients with genital complications were excluded.

Female genital mutilation accounted for 4.2% of surgical activities, ie 12 cases. More than half of the patients were excised before 1 year. Dysuria was the main complication of the patients. Infibulation was the most common type of excision with 70%. The treatment consisted of a vaginal or mixed disinfection sometimes associated with a vaginoplasty or a meatoplasty.

Keywords : female genital mutilation, urinary complications, treatment

INTRODUCTION

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) sont pratiquées depuis des milliers d'années malgré leurs effets néfastes sur la santé des femmes. Elles désignent plusieurs pratiques traditionnelles consistant en l'ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes féminins [1]. Apparues dans la région du haut Nil à l'époque des pharaons, les MSF se sont répandues en Afrique et au Moyen-Orient et sont désormais pratiquées principalement dans 28 pays d'Afrique sub-saharienne mais également au sein des communautés d'immigrés dans les pays industrialisés [6].

Selon l'OMS, les mutilations sexuelles féminines, recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique. » [1]

Le but de notre étude est de rapporter les résultats de la prise en charge des complications urinaires liées aux pratiques des mutilations génitales féminines à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

PATIENTS ET MÉTHODES

L'étude était transversale et descriptive portant sur 12 cas de patientes admises dans le service pour des troubles urinaires secondaires à une mutilation génitale féminine sur une période de 8 mois (juin 2015 à février 2016).

Nous avons inclus toutes les patientes présentant des troubles urinaires secondaires à la pratique d'une mutilation génitale féminine.

Les patientes présentant des complications génitales ont été exclues.

Nous nous sommes intéressés au motif de consultation, le délai de consultation après l'excision, les signes cliniques, types d'excisions, l'ethnie et au traitement des mutilations sexuelles féminines.

Classification de l'excision

Selon l'OMS, 4 types existent

Type I : ou clitoridectomie – excision du prépuce, avec ou sans excision partielle ou Totale du clitoris ;

Type II : ou excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres ;

Type III : ou infibulation – excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal ;

Type IV – piqûre, perforation ou incision du clitoris et/ou des petites et des grandes lèvres ; étirement du clitoris et/ou des lèvres ; cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ;

Le traitement a consisté à une désinfibulation par voie vaginale ou mixte associée parfois à une vaginoplastie ou à une méatoplastie.

La durée du cathétérisme urétral a été de 1 à 10 jours.

RÉSULTATS

Au cours de la période d'étude 286 pathologies ont été opérées dans le service, les mutilations sexuelles féminines avaient représenté 4,2% des activités chirurgicales soit 12 cas.

Tableau I : répartition des patientes selon le délai de consultation après l'excision

Délai	effectif	pourcentage
Première semaine de vie	2	16,66%
3 mois	4	33,33%
6 mois	1	8,33%
1an	1	8,33%
5 ans	1	8,33%
3 ans	3	25%

La moitié des patientes ont été excisées avant 1 an.

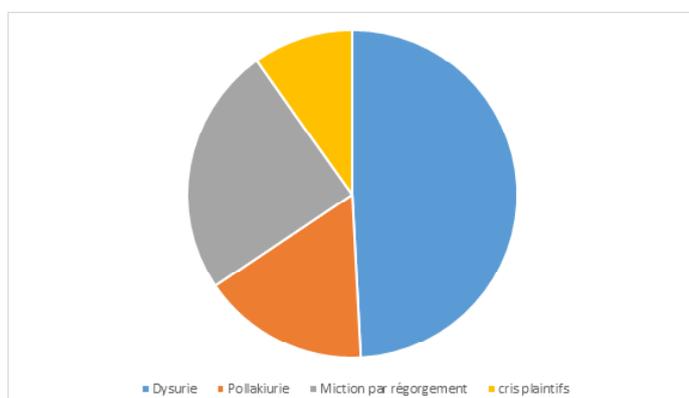


Figure1 : répartition des patients selon le motif de consultation

La dysurie a été le principal motif de consultation

Tableau II : répartition des patientes selon le type d'excision

Types	Effectif	pourcentage
Type II	3	25%
Type III	9	75%

L'infibulation était le type d'excision le plus pratiqué avec 75 %.

Tableau III : répartition des patientes selon les signes cliniques

Type de cicatrice	Effectif	Fréquence
Dysurie	12	100%
Pollakiurie	5	41,66%
Miction par		
regorgement	4	33,33
Rétention aigue d'urine	3	25%
Cris plaintifs	3	25%
Cicatrice simple	6	50%
Cicatrice avec bride	3	25%
Cicatrice avec sténose		
urétrale	3	25%
Lésions d'irritations	2	16,66%



Figure 2 : image montrant la cicatrice vaginale avec des brides, type III



Figure 3 : image montrant une excision type III



Figure 6 : lésions d'irritations avec bride vaginale secondaires à des séquelles d'excision.

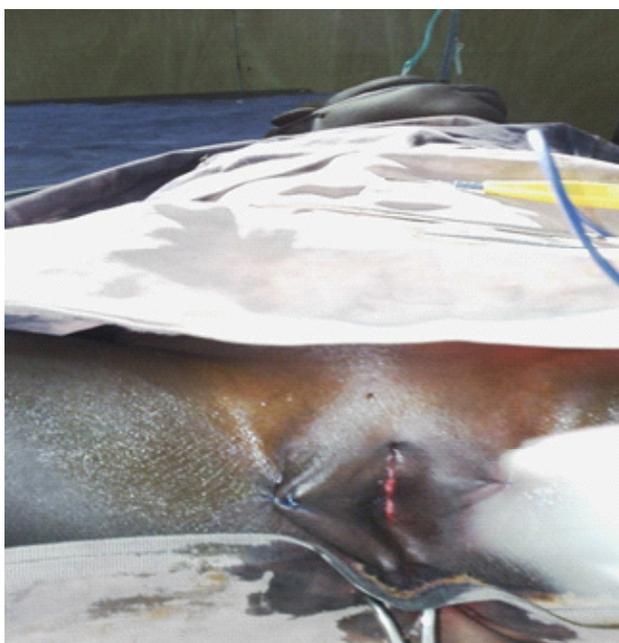


Figure 4 : voie d'abord pour une désinfibulation

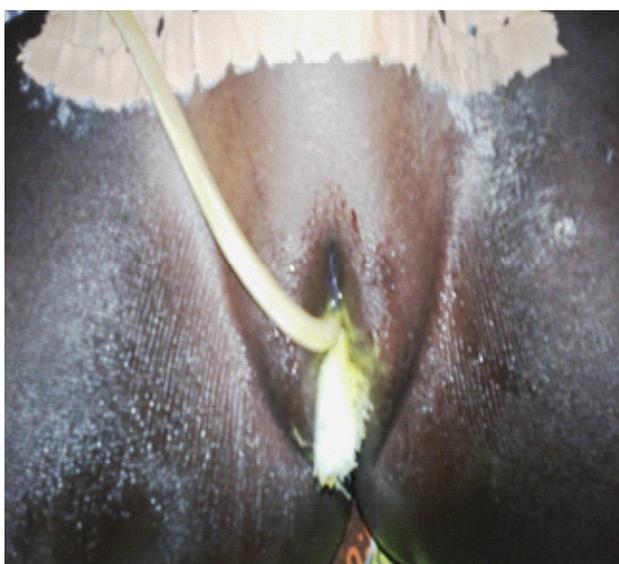


Figure 5 : Mise en place d'un tampon vaginal et sonde urinaire à demeure en post opératoire.

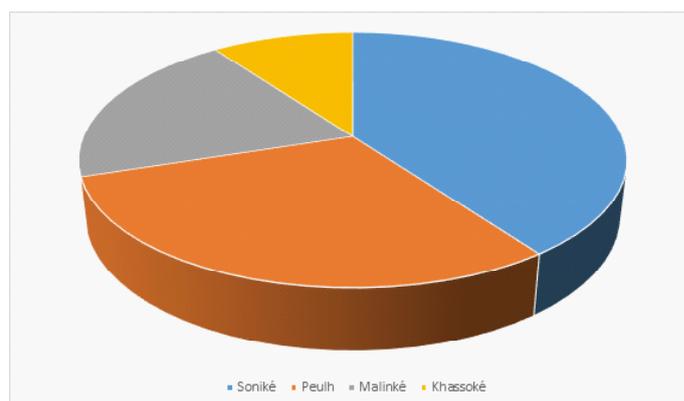


Figure 7 : Répartition des patientes selon l'ethnie :

L'ethnie soninké était majoritaire suivie de l'ethnie peulh.

TRAITEMENT

Toutes les patientes ont été prises au bloc opératoire sous anesthésie générale pour réaliser soit :

- une désinfibulation plus une vaginoplastie (abord par voie vaginale),

- une désinfibulation plus urétroplastie (abord voie vaginale),
- introduction d'une sonde de Béniqué pour repérer le méat urétral (voie haute),
- désinfibulation simple plus une résection de bride vaginale.

Tableau IV : illustration des techniques chirurgicales appliquées.

Technique de traitement	Fréquence	pourcentage
Désinfibulation plus		
vaginoplastie	2	16,66 %
Désinfibulation plus		
urétroplastie	1	8,33 %
Dilatation antérograde au Béniqué	1	8,33 %
Résection de bride	1	8,33%
Désinfibulation		
Simple	7	58,33 %

Un tampon imbibé de vaseline était placé dans le vagin jusqu'à la cicatrisation pour éviter un accolement des berges.

Le sondage à demeure a été utilisé chez certaines patientes pour favoriser la cicatrisation.

La durée du cathétérisme urétral a été de 1 à 10 jours

Une antibioprophylaxie ou antibiothérapie a été utilisée selon le type d'intervention (désinfibulation simple ou vaginoplastie) et selon la stérilité ou non des urines.

DISCUSSION

L'objectif de notre étude est de rapporter les résultats de la prise en charge des complications urinaires liées aux pratiques des mutilations génitales féminines à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes.

Le délai de consultation après l'excision était variable, de la première semaine de vie à 3ans.

La dysurie a été le principal motif de consultation, obtenu par l'interrogatoire des patientes et/ou de leurs parents ; dans la thèse de monsieur SIDIBE (4) elle a été de 33,33% correspondant à la première cause de consultation chez les patientes.

Comme autres complications urinaires, nous avons enregistré 3 cas de rétention d'urine soit (25%), ce même taux a été retrouvé par monsieur SIDIBE dans sa thèse et constituait le deuxième motif de consultation après la dysurie. Elle a été le quatrième motif de consultation dans notre étude.

Le lien entre les mutilations génitales féminines et l'infection du tractus urinaire a été rapporté par d'autres études, telles que celles menée par Obi Anselm et collaborateur (10) et Lars et col (11), dans leur étude

ont montré qu'il existe un lien entre les mutilations génitales féminines et l'infection urinaire.

Les lésions d'irritations cutanées au niveau du péri-urètre s'expliquaient par les écoulements permanents d'urines à travers un petit orifice vaginal.

Dans notre étude, les types d'excisions recensés ont été : 3 types II et 9 types III ; ce sont les mêmes types qu'avait retrouvé monsieur Kassim SIDIBE (4) dans sa thèse en 2010 sur une série de 24 cas avec une prédominance des types III

Parmi les patientes opérées, deux ont été abordées par voie mixte (sus pubienne et voie vaginale) pour repérer l'urètre en introduisant une sonde de Béniqué à travers le col vésical ; ce procédé permettait du coup de faciliter l'individualisation de l'orifice vaginal.

L'abord par la voie haute se justifiait par la difficulté de la dissection par la voie vaginale du fait de la sévérité de la fibrose vaginale. Pour les autres patientes la voie vaginale avait permis de réperméabiliser l'orifice vaginal dégageant ainsi la voie urinaire.

CONCLUSION

Les complications urinaires des mutilations génitales féminines sont sous estimées, les hôpitaux ne recensent que les quelques rares complications qui n'ont pas pu être prises en charge par exciseuse traditionnelle.

Malgré les campagnes de sensibilisation visant à interdire les mutilations génitales féminines elle continue à être pratiquée au Mali.

En dépit de l'arsenal juridique que dispose le Mali, il n'existe pas de loi interdisant la pratique des mutilations génitales féminines.

Les efforts de la lutte contre les mutilations génitales féminines sont menés par de nombreuses associations et organisations de lutte contre les mutilations génitales féminines (centre Djoliba, le réseau malien de lutte contre les mutilations génitales féminines (RML-MGF) par l'approche << sante >> et << droit de l'homme >>.

REFERENCES

- 1-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Les mutilations sexuelles féminines, aide mémoire N° 241 [en ligne]. Genève 2000. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/fr>
- 2- AL'RASSACE, S . Mutilations sexuelles féminines, les religions sont elles impliquées ? Amnesty international, commission "philosophie et religion". 2005 : SF 05 Phi R20.
- 3-http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_statement_fr.html, consulté le 14 mars 2007, p. 3
- 4-www.keneya.net/fmpos/theses/2010/mmed/pdf
- 5-TOURE YOUNOUSSA, KONE FELIX

Excision au Mali : réalités et perspectives de lutte

Centre djoliba, mai 1997 rapport d'enquête 51p

6- Jones H, Diop N, Askew I, Kabore I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Studies in Family Planning* 1999; 30:219–30.

7- Shandall A. Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the problem in Sudanese women. *Sudan Med J* 1967; 5:178–206.

8- De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 32:233–40.

9- Morison L, Scherf C, Ekpo G, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health* 2001; 6:643–53.

10 - journal of surgical technique and case report / jan-jun 2012/ vol-4/ issue 111 *Afr J Reprod Health* 2005; 9 [2]: 118-124)