

MUTILATION GÉNITALE FÉMININE : LE CAS D'UNE FILLE SÉNÉGALAISE DE 10 ANS

FEMALE GENITAL MUTILATION: THE CASE OF 10 YEARS SENEGALESE GIRLS

SOW A¹, DIAGNE G¹, KEITA Y¹, SOW O², NDIATH A², TRAORE B², BOIRO D¹, SOW NF¹, SECK A¹, FATTAH M¹, MBAYE A¹, KANE H¹, HOUNGBADJI M¹, THIONGANE A¹, BA I¹, OUATTARA A¹, SYLLA A¹, DIAO B²

1. Service de pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Aristide le Dantec, BP 3001 Dakar-Fann, Tel : (221)33 822 46 70, email : mgsall@gmail.com, Sénégal.

2. Service d'urologie de l'hôpital Aristide le Dantec Dakar-Fann, Sénégal

Auteur correspondant: SOW Amadou, Tel : (221)77 269 01 11 ou (221) 77 306 42 91, BP 23170 Dakar-Ponty, Email: amadousoow@hotmail.com

Résumé :

Les mutilations génitales féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et/ou toutes interventions pratiquées sur les organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou à des fins non thérapeutiques. Les MGF sont responsables de plusieurs complications à court, moyen et long terme qui peuvent engager le pronostic vital et fonctionnel surtout dans nos pays africains. Nous rapportons le cas d'une fillette de 10ans, ayant subi une mutilation génitale traditionnelle à type d'excision totale (type II) selon l'organisation mondiale de la sante (OMS) durant la période néonatale. Elle était suivie dans les services de pédiatrie et d'urologie de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar durant la période du 17/03/16 au 23/10/16 pour une sténose du méat urétrale, compliquée d'une insuffisance rénale chronique par rétention d'urine et d'une septicémie à porte d'entrée urinaire dont l'évolution a été fatale

Mots clés : excision, insuffisance rénale, pédiatrie, Sénégal

Summary:

Female genital mutilation (FGM) comprises all procedures involving partial or total removal of the external genitalia and / or any procedures to the female genitalia for cultural or religious reasons or for non-therapeutic purposes. FGM is responsible for a number of short, medium and long-term complications that can be life and functional prognosis especially in our African countries. We report the case of a 10 years old girl, who undergoes genital mutilation traditional type of total excision during the neonatal period, followed in pediatric and urology services in the hospital Aristide Le Dantec in Dakar during the period from 03/17/16 to 23/10/16 for urethral meatus stenosis complicated by chronic kidney disease by retention of urine and a urinary sepsis gateway to whose evolution was fatal

Keywords: excision, kidney failure, pediatrics, Senegal

INTRODUCTION

Les mutilations génitales féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et/ou toutes interventions pratiquées sur les organes génitaux externes féminins pour des raisons culturelles, religieuses ou à des fins non thérapeutiques [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) on distingue 4 types de MGF à savoir l'excision partielle, totale, l'infibulation et les autres types (figure 1) [2].

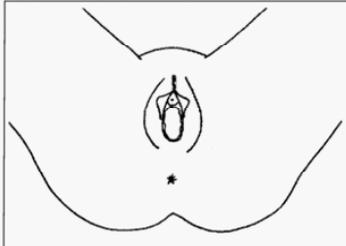
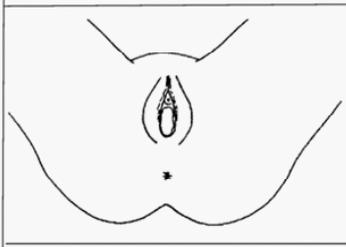
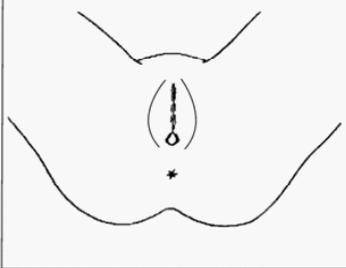
	<p>Type I</p> <p>Circision clitoridienne le plus souvent associé à une clitoridectomie partielle ou complète.</p>
	<p>Type II</p> <p>Excision du prépuce, du clitoris, et excision partielle ou totale des petites lèvres.</p>
	<p>Type III</p> <p>Excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation).</p>
<p>Type IV</p> <p>Il regroupe toutes les interventions non classés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piqûres, perforation ou incision du clitoris et/ou des grandes lèvres ; - Étiement du clitoris et/ou des lèvres ; - Cautérisation par brûlure du clitoris et du tissu avoisinant ; - Grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin ; - Introduction de substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ou introduction de plantes pour resserrer ou rétrécir le vagin. 	

Figure 1 : Classification des mutilations génitales féminines selon OMS en 1996 [2]

Les MGF sont responsables de plusieurs complica-

tions à court, moyen et long terme qui peuvent engager le pronostic vital et fonctionnel surtout dans nos pays africains [1]. Le Sénégal a un succès limité en matière de réduction de la prévalence des MGF [3]. Nous rapportons un cas isolé, fatal d'une fille âgée de 10ans hospitalisée dans service de pédiatrie de l'hôpital Aristide le Dantec de Dakar.

L'objectif de cette étude est de montrer les conséquences parfois fatales de ces pratiques et d'interpeller nos Etats et les populations à accentuer la lutte pour éradiquer cette pratique.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une fille âgée de 10ans, d'ethnie Soninké, excisée à 15jours de vie postnatale. L'interrogatoire révélait une dysurie évoluant depuis l'âge de 3ans. Elle a été hospitalisée dans le service le 17/03/16 pour une anémie et une insuffisance rénale aiguë par rétention d'urine secondaire à une sténose du méat urétral qui avait motivé la mise en place en urologie d'une sonde urinaire après une dilatation. L'évolution était favorable et la fonction rénale était redevenue normale après le traitement. A la suite, la patiente a été perdue de vue et n'était plus revenu au rendez vous. Elle a été ré-hospitalisée le 03/10/16 pour un syndrome anémique, un syndrome infectieux, une altération de l'état général sévère avec un poids à 25kg (-2DS) pour une taille de 132cm (-1 DS) correspondant à un indice Poids/Taille de (-3DS) et un indice de masse corporel (IMC) à 14.34kg/m², des lombalgies, une détresse respiratoire modérée avec une saturation à 91% à l'air ambiant. L'examen de l'appareil génital avait objectivé une absence de clitoris et des petites lèvres avec un rétrécissement du méat urétrale ce qui correspond au type II de la classification de l'OMS. Il y'avait pas d'autres anomalies retrouvées. Elle n'avait pas de seins et les aréoles étaient plates (S1), sans poils pubienne (P0) correspondant au stade I de la classification pubertaire de Tanner. Il y'avait pas de troubles sphinctériens urinaires ou défécatoires. La diurèse était conservée à 1mL/kg/heure. L'hémogramme montrait une anémie à 8,9g/dL microcytaire régénérative d'origine multifactorielle (inflammatoire et carencielle), une hyperleucocytose à 25.000 éléments/mm³ à prédominance neutrophile. La C-réactive protéine (CRP) était positive à 174mg/L. La créatinémie était élevée à 70mg/L avec une urée à 1,88g/L. L'ionogramme sanguin retrouvait une hyponatrémie à 130meq/L et une kaliémie à 5,3meq/L. La calcémie était normale à 87,4mg/L. Les hémocultures avaient permis d'isolée un pseudomonas aëruginososa sensible aux céphalosporines de 3eme génération (C3G), aux quinolones et à l'imipénème. L'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) avait isolé une souche de candida albicans. La radiographie du thorax de face était normale. L'échographie rénale et de l'arbre urinaire

concluait à une vessie de lutte avec urétéro-hydro-néphrose bilatérale. L'urétéro-cystographie rétrograde (UCR) retrouvait une vessie de lutte et un urètre non visualisé en rapport avec un obstacle sous vésical (figure 2).

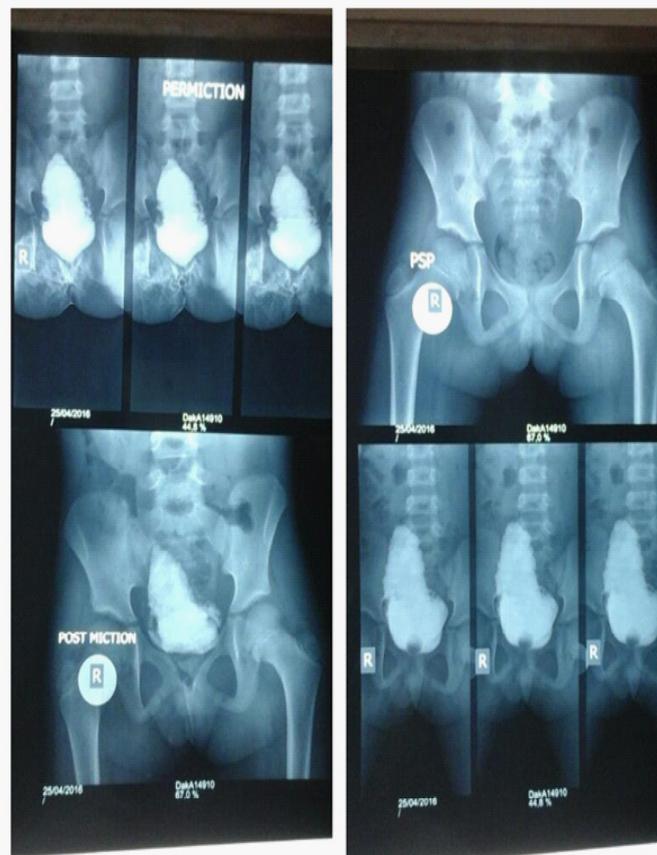


Figure 2 : Image de l'urétéro-cystographie rétrograde (UCR)

Le diagnostic retenu était une septicémie à pseudomonas aeruginosa à porte d'entrée urinaire probable associée à une insuffisance rénale chronique obstructive secondaire à une sténose du méat de l'urètre. Elle a reçu une antibiothérapie à base de ciprofloxacine 30mg/kg/j pendant 10jours puis de l'imipénème à 25mg/kg/j pendant 10jours, un drainage des urines avec sonde urinaire, une oxygénation, des transfusions sanguines. L'évolution était défavorable marquée par la persistance du syndrome infectieux, la survenue d'un coma avec un score de Glasgow pédiatrique à 8/10. Le décès est survenu le 23/10/16 dans un tableau de choc septique avec défaillance multi viscérale.

Discussion:

Les MGF sont fréquentes dans le monde, on estime entre 100 à 140 millions le nombre de filles et de femmes qui subissent ces mutilations [3]. L'Afrique est le continent le plus touché avec plus de 28 pays concernés [1]. Au Sénégal, 39,98% des femmes ont subi l'excision et parmi elles 9,4% ont des filles excisées et 23,4% veulent continuer la pratique [3]. Les risques de subir une MGF est plus important chez les filles des femmes âgées comparées aux femmes jeunes [3]. Ces pratiques sont plus répandues

dans les régions de Kédougou et de Tambacounda [3]. Le type de MGF la plus pratiquée correspond au stade II de l'OMS subit par notre patiente contrairement à l'infibulation ne représentant que 12% des MGF [3]. La plupart de ces MGF sont réalisées de façon traditionnelle par des exciseuses comme chez notre patiente et les ethnies les plus touchées sont les mandingues, les diolas et les soninkés [3]. L'âge de réalisation de ces mutilations est variable, dans près 75% des cas avant 5ans [3] comme chez notre patiente. Plusieurs raisons ont été données pour expliquer ces pratiques, l'initiation de la jeune fille à la féminité, le contrôle du désir de la jeune fille pour le maintien de la virginité avant le mariage [4] comme chez notre patiente. Le Sénégal a signé depuis 1999 un traité international pour la lutte contre les MGF et l'article 299 du code pénal prévoit une peine d'emprisonnement de 5ans [3]. Cependant en dépit de cette loi, il existe de rares cas de condamnation devant les tribunaux du fait de l'absence souvent de preuve de culpabilité et de dénonciation [3]. Les complications sont les hémorragies, les infections, les complications urologiques notamment une rétention aigue d'urine conduisant comme chez notre patiente à des infections urinaires basses, des néphrites chroniques et l'insuffisance rénale chronique terminale et à long terme il s'agit surtout des complications obstétricales [5,6]. La prise en charge des MGF repose sur une approche avec les travailleurs de santé pour la prévention et le traitement des complications [8]. Les meilleures stratégies restent l'implication des agents sanitaires dans les campagnes contre les MGF, l'information, l'éducation et la communication (IEC) des populations avec le soutien des bailleurs de fonds [9].

CONCLUSION :

Les complications des mutilations génitales des filles, parfois fatales, demeurent une réalité dans nos pays en développement. La lutte contre ces pratiques doit être intensifiée et surtout basée sur des programmes d'information, d'éducation et de communication impliquant les populations et une bonne application des lois.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1)Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2004; 33: 378-383.

2)WHO. Female Genital Mutilation: Integrating the prevention and the management of the Health complications into the curricula of nursing and midwifery. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001.

3)Kandala NB, Komba PN. Geographic variation of female genital mutilation and legal enforcement in sub-saharan Africa: a case study of Senegal. *Am J Trop Med.* 2015; 92:838–847.

4) Simister J. Domestic violence and female genital mutilation in Kenya: Effects of ethnicity and education. *J Fam Violence.* 2010;25: 247-57

5)Rushwan H. Female genital mutilation FGM/ management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynecol Obstet.* 2000; 70: 99-104.

6)Berg RC, Underland V. The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2013:15.

7)Balfour J, Abdulcadir J, Say L, Hindin MJ. Interventions for healthcare providers to improve treatment and prevention of female genital mutilation: a systematic review. *Health Ser Res.* 2016; 16:409.

8)Sangaré M, Tandia F, Touré K, Diop N, Traoré F, Diallo H, et al. Study of the effectiveness of training Malian Social and health agents in female genital cutting issues and in educating their clients. Mali: Population Council; 1998, 37.