

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO
FMOS**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE
DES COMPLICATIONS LIEES A L'EXCISION DANS
LE SERVICE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DU CHU
GABRIEL TOURE**

Présentée et soutenue publiquement le 27/07/2020 devant la

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par

MME. FANTA TRAORE

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

Jury

Président : Pr Lassana KANTE

Membre : Dr Siaka Amara SANOGO

Co-directeur: Dr Issa AMADOU

Directeur : Pr Yacaria COULIBALY

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut, tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance que j'ai envers vous qui avez contribué à l'aboutissement de ce jour.

Aussi tout simplement que je dédie ce travail...

A ALLAH

Au nom d'Allah, Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux.

Dis : <<Il est Allah, unique. Allah, le seul à être imploré pour ce que nous désirons. Il n'a jamais engendré, n'a pas été engendré non plus. Et nul n'est égale à lui>> (sourate Al-ikhlas).

Et que la prière et le salut soient sur le serviteur d'Allah, notre Prophète Mouhamad (saw), sa famille et ses compagnons jusqu'au jour de la résurrection.

Gloire à ALLAH, le tout puissant, pour avoir toujours guidé mes pas et pour m'avoir donné la force d'y croire et la patience d'aller jusqu'au bout de mon rêve !

Qu'ALLAH me pardonne pour toutes les imperfections que j'aurais faites depuis le début de ce travail. Qu'il nous accorde sa grâce.

A mon très cher père, TRAORE Dowory

A l'homme respectueux et dévoué qui m'a comblé de ses bienfaits et m'a inculqué les principes moraux et mondains d'une vie équilibrée. Ton honnêteté, ton ardeur dans le travail et tes grandes qualités humaines font de toi un exemple à suivre.

En ce jour, ta fille espère être à la hauteur de tes espérances.

Que ce travail soit l'exaucement de tes vœux et le fruit de tes innombrables sacrifices consentis pour mes études et mon éducation et témoigne de l'amour, de l'affection et du profond respect que j'éprouve à ton égard. C'est ta réussite avant

d'être la mienne. Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te protéger et t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A ma très chère et adorable mère KEITA Bougoury

Je te dédie le fruit de ton amour, de ta tendresse et de ton abnégation.

A toi maman, l'être le plus cher, qui a su être à mon écoute, me reconforter, calquer mes humeurs. Tu n'as cessé de lutter pour m'éduquer, me rendre heureuse.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, mon ultime respect, ma gratitude et ma reconnaissance.

En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi.

Puisse Dieu, Le Tout Puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A mes très chers frères et sœurs

Traoré Awa, Traoré Bintou, Traoré Aiché, Traoré Mohamed, Konaré Aichata, Konaré Kadidiatou, Traoré Aboubacar, Traoré Sory Ibrahim S, Traoré Bakoro, Diarra Noellie...

Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur du monde et beaucoup de réussite. Trouvez dans ce travail, mon estime, mon respect et mon amour. Que Dieu vous procure bonheur, santé et grand succès.

A mon cher époux Dembélé B Souleymane

Ta présence, ton encouragement et ton soutien m'ont toujours donné beaucoup de courage et de volonté pour aller de l'avant. Que ce travail traduise toute mon affection et mes souhaits de santé, de bonheur et de réussite.

A mes oncles et tantes

Je ne peux exprimer avec des mots tout l'amour et l'affection que j'ai pour vous.

J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes côtés, et je vous souhaite beaucoup de bonheur et de réussite. Veuillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma gratitude et mon grand attachement.

A ma très chère sœur Diarra Hélène

Une personne que j'admire énormément et que je ne trouve pas de mots pour exprimer mes sentiments à son envers...

Pour tes précieux conseils, ta disponibilité, ton aide, ton soutien, ta modestie, pour toute l'estime et l'admiration que j'ai pour toi Je te dédie ce travail.

A mes belles sœurs

Merci infiniment pour vos soutiens et encouragements durant ces moments d'études.

A mes ami(e)s

De peur d'en oublier, je me garde de citer. La bonne amitié dont vous avez su faire preuve m'a permis de braver toutes les difficultés de la vie avec courage et optimisme. A tous, bonheur, succès et réussite. Comme le dit un adage, c'est pendant les moments les plus pénibles qu'on reconnaît ses vrais amis. Je vous dis simplement un grand merci. Que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

A tous ceux dont j'ai oublié de citer. Merci pour tout

A tout le personnel du service de chirurgie pédiatrique du CHU-Gabriel Touré

Je ne peux exprimer à travers ses quelques lignes tous les sentiments d'amour, de respect et de reconnaissance que je vous porte. Vous avez été une source de courage, de motivation et de force pour moi. Ce travail est le vôtre. Je prie toujours Dieu pour qu'il vous apporte le bonheur, la joie de vivre et vous aide à réaliser tous vos vœux. AMEN

REMERCIEMENTS

-A tous mes maîtres de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement reçu.

Au Professeur KEITA Mamby, chef de service

Merci d'avoir éveillé en nous cet intérêt pour la chirurgie. Vous nous avez appris la nécessité de se remettre en question et de n'être jamais satisfait des résultats obtenus. Merci pour le savoir-faire que vous nous avez transmis.

Au Professeur COULIBALY Yacaria

Votre grandeur d'âme, votre jeunesse d'esprit et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils.

Puisse le seigneur vous combler de grâces.

A Docteur ISSA Amadou

Votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié de tous. Votre apport pour la réalisation de ce travail, fut plus que considérable.

Tout en espérant continuer à apprendre à vos côtés, veuillez recevoir cher maitre toute ma reconnaissance et mon estime.

A Docteur COULIBALY Oumar

Vous avez toujours répondu à nos sollicitations quelles qu'elles soient. Nous avons été satisfaits par tous vos enseignements. Votre simplicité, votre dévouement au travail et surtout votre personnalité joviale sont tant de qualités qui font de vous un aîné exemplaire. Recevez ici, grand frère tout le respect que je voue à votre personne.

Aux docteurs

Kamaté Benoi, Doumbia Aliou, Djiré Mohamed Kassoum, Daou Moussa.

Vous avez été plus que des maîtres pour moi, trouvez en ce document le fruit de vos propres efforts.

A tous les médecins spécialistes

En particulier à toi Dr Coulibaly Youssouf, pour les conseils, les enseignements et les beaux moments passés ensemble.

A toute la 10^{ÈME} PROMOTION du numerus clausus de la FMOS, en souvenir des bons moments passés ensemble.

A mes aînés de la chirurgie générale et pédiatrique du CHU-GT

Dr Maïga M, Dr Togola Baba Emmanuel, Dr Traoré Mahamadou, Dr Koné Amadou, Dr Konaté Assanatou, Dr Konaté Gaoussou, Dr Dorcas Laurel, Dr Diarra Moussa, Dr Haidara A, Dr Diarra Fatoumata, Diarra Idrissa, Dr Bah Mahamadou Aliou, Dr Diarra Seybou, Sangaré Sidiki, Dr Sylla Salim, Dr Maïga Abdrahamane, Dr Diallo Ousmane Moussa, Dr Camara Sadio, Dr Hervé Dopgang, Dr Coulibaly Mariam, Dr Coulibaly Moussa, Dr samaké Ibrahima, Dr Seydou Fily Traoré ... Merci de nous avoir montré le chemin, vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup édifiés.

Aux thésards de la chirurgie pédiatrique

Keita Victor, TapilyAboubacar, Togo Yacouba, Traoré Kader, Diarra Hélène, Jean Marie Koné, Diarra Adama, Keita Mariam, Lassine Diallo, Dembélé Sekou, Diallo S Mohamed, Bah Sekou, Niaré Mamadou, Dembélé Moustapha, Dembélé Sekou, Sissoko Moussa, Keita Naremba, Touré BH, Keita Naremba, Goitasidy, Madou coulou, Diallo Adam, Traore Samba,, Touré, Bahasseye, Thomas, Samaké, Mariam, Djiré, Soumi

Merci pour votre franche collaboration.

A mes cadets de la chirurgie pédiatrique

Pour l'ambiance du travail et les entraides. Bon courage et bon vent.

A tout le personnel médical et infirmier

Chirurgie générale et pédiatrique, du service d'accueil des urgences, de la réanimation, de la pédiatrie, pour votre franche collaboration et les moments partagés.

Aux secrétaires du service

Feu TantyKoromba, Mme Guissé et la stagiaire Djeneba.

Merci pour vos aides et bénédictions.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

**HOMMAGES AUX MEMBRES
DU JURY**

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Lassana KANTE

- **Maitre de conférences agrégé en chirurgie générale à FMOS**
- **Chirurgien, praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Membre de l'association de chirurgie d'Afrique Francophone**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de présider ce jury.

Votre simplicité et votre abord facile nous ont marqué. Votre rigueur à la démarche scientifique a été d'un grand bénéfice dans notre apprentissage. Nous vous remercions pour toutes les connaissances que vous nous avez transmises.

Recevez cher Maître l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET MEMBRE DU JURY:

Dr Siaka Amara SANOGO

- **Spécialiste en gynécologie –obstétrique**
- **Praticien hospitalier au CHU-Gabriel Touré**
- **Chargé de recherche au CHU-Gabriel Touré**
- **Membre de la société malienne de gynécologie –obstétrique (SOMAGO)**

Cher Maître,

Nous avons eu la chance de vous avoir parmi les membres de notre jury et nous vous remercions d'avoir bien voulu en toute simplicité, nous faire l'honneur de juger ce travail. Nous sommes honorés de pouvoir bénéficier de votre apport de qualité pour l'amélioration de ce travail. Trouvez ici cher maître, l'expression de notre profonde admiration et de notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE:

Dr Issa AMADOU

- **Chirurgien pédiatre**
- **Maitre-assistant en chirurgie pédiatrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S) ;**
- **Spécialiste en orthopédie traumatologie pédiatrique ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA) ;**
- **Membre de l'Association Malienne de pédiatrie (AMAPED).**
- **Membre de la Société Africaine des Chirurgiens Pédiatres**

Cher Maître,

Votre présence est pour nous, l'occasion de vous exprimer notre admiration de votre grande compétence professionnelle et de votre généreuse sympathie.

Nous avons toujours été marqués par vos qualités humaines et l'étendue de vos connaissances. Vous nous avez accueillis avec cordialité, respect et spontanéité. Vos conseils et vos critiques nous ont considérablement aidés dans la réalisation de ce travail. Permettez-nous ici de vous exprimer nos considérations les plus distingués.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE:

Professeur Yacaria COULIBALY

- **Professeur titulaire en chirurgie pédiatrique à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique**
- **Patricien hospitalier au CHU Gabriel TOURE**
- **Membre de la société Africaine des chirurgiens pédiatres**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali**
- **Membre de l'association Malienne de pédiatrie**
- **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**

Cher Maître

Vous nous avez accueillis dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement pour notre formation. Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre direction et nous avons trouvé auprès de vous le conseiller et le guide qui nous a reçus en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance .

Votre franc parlé, votre capacité intellectuelle, et votre rigueur dans le travail bien fait suscite l'admiration de tous.

Tout en espérant continuer à apprendre à votre école, recevez cher maître, l'expression de notre profonde gratitude, et de notre reconnaissance inoubliable

LISTE DES ABBREVIATIONS

FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie

CHU-GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

MGF : Mutilations génitales féminines

EDS : Enquête démographique de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisations non gouvernementale

INED : Institut national d'études démographiques

UNFM : Union national des femmes du Mali

UNESCO : Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture

ENMP : Ecole national de médecine et de pharmacie

AMSOPT : Association malienne pour le suivi et l'orientation des pratiques traditionnelles

APDF : Association pour le progrès et la défense des femmes maliennes

ASDAP : Association de soutien au développement des activités de population

PNLE : Programme national de lutte contre l'excision

ENI : Ecole national d'ingénieurs

INFSS : Institut national de formation en sciences de la santé

DES : Diplôme d'étude spécialisé

UNICEF : Fonds des nations unies pour l'enfance

Jrs : jours

PLAN

PLAN

INTRODUCTION.....	19
OBJECTIFS.....	22
II-GENERALITES :.....	24
III- METHODOLOGIE.....	52
IV-RESULTATS :.....	58
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	74
VI-CONCLUSION :.....	79
VII- RECOMMANDATIONS :.....	80
VIII- REFERENCES:.....	82
ANNEXES	86

LISTES DES TABLEAUX ET DES FIGURES:

➤ **Les tableaux :**

Tableau I : Répartitions des patientes par année

Tableau II : Répartitions des patientes selon l'âge à l'admission

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Tableau IV : Répartition selon la scolarisation du père

Tableau V : Répartition selon l'activité du père

Tableau VI : Répartition selon la scolarisation de la mère

Tableau VII : Répartition selon l'activité de la mère

Tableau VIII : Répartition selon le statut vaccinal

Tableau IX : Répartition selon l'âge à l'excision

Tableau X : Répartition selon le mode de recrutement

Tableau XI : Répartition des patientes selon le type d'urgence

Tableau XII : Répartition selon le mode d'admission

Tableau XIII : Répartition selon le motif de consultation

Tableau XIV : Répartition selon l'exciseur/l'exciseuse

Tableau XV : Répartition selon le délai d'apparition des complications

Tableau XVI : Répartition selon le délai de consultation

Tableau XVII : Répartition selon la classification de l'OMS

Tableau XVIII : Répartition selon l'examen cyto bactériologique des urines

Tableau XIX : Répartition selon le type de complication

Tableau XX : Répartition selon le traitement chirurgical

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le traitement post opératoire

Tableau XXII : Répartition selon la durée d'hospitalisation

Tableau XXIII : Relation entre le type et l'ethnie

Tableau XXIV : Relation entre le type et le diagnostic

Tableau XXV : Relation entre le type et l'âge à l'excision

Tableau XXVI : Relation entre le type et le délai d'apparition des complications

Tableau XXVII : Résultats selon l'évolution

➤ **Les figures :**

Figure 1 : Répartition géographique des types de MGF en Afrique

Figure 2 : Anatomie de la vulve (vue en position gynécologique)

Figure 3 : les différents types d'excision selon l'OMS

Figure 4 : Répartition selon le taux d'hémoglobine

Figure 5 : Répartition selon le bilan d'hémostase

Figure 6 : Répartition selon la réalisation de l'échographie

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'excision encore appelée mutilations génitales féminines (MGF) est « toutes interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou la lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles, ou toutes autres non thérapeutiques » [1].

On estime entre 100 et 140 millions le nombre de jeunes filles et de femmes dans le monde qui vivent actuellement avec les séquelles de mutilations sexuelles [2]. Elles sont pratiquées le plus souvent sur des jeunes filles avant l'âge de 15 ans [2].

Sur le continent africain 28 pays sont concernés par cette pratique et toucherait environs un tiers de la population féminine avec une prévalence variant entre 5 et 98% [2].

Le Mali fait partie des pays où l'excision est très répandue. La pratique se fait dans toutes les régions du pays. Les régions de Kidal, Gao et Tombouctou enregistrent les plus faibles taux de prévalence. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDSM-VI2018), la prévalence est de 89% chez les femmes âgées de 15-49 ans et 73% chez les filles de 0-14 ans [3].

Selon l'OMS, c'est 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 les plus exposées aux complications. Ces complications sont génito-urinaires, physiologiques et psychologiques. Parmi les complications génito-urinaires nous pouvons citer entre autres l'hémorragie, l'infection, la rétention d'urine, les fistules, les cicatrices cutanées vulvaires (chéloïdes..), les kystes etc..[2].

A la lumière des connaissances actuelles, on peut affirmer que l'excision n'est pas l'apanage d'une communauté, d'un pays ou d'une région. Elle est connue et pratiquée ou l'avait été un peu partout dans le monde.

Il existe quatre types d'excision selon l'étendue et la gravité des lésions.[3]

Dans les statistiques sur l'excision, seules les trois premières catégories de l'OMS sont exploitées. L'enquête démographique de 2006 (EDSM-IV) montre que se sont les deux (2) premières de ces catégories à savoir la clitoridectomie et l'excision proprement dites qui sont les formes les plus fréquentes au Mali ; La fermeture du vagin (infibulation) est beaucoup moins fréquente et n'est donc pratiquée que par une petite partie de la population malienne[4].

Selon les statistiques, malgré les efforts déployés par l'état, les ONG, et les associations, le processus vers l'abandon de l'excision paraît avancer très lentement [4]. La pratique reste toujours ancrée et très répandue dans le pays, c'est pour ces raisons que nous avons initié la présente étude qui a pour objectifs :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

-Etudier les complications génito-urinaires de l'excision dans le service de chirurgie pédiatrique

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des complications de l'excision
- Identifier les principales complications
- Décrire les aspects thérapeutiques de ces complications
- Evaluer les résultats de la prise en charge

GENERALITES

II-GENERALITES :

1. Définition

L'excision encore appelée mutilations génitales féminines (MGF) se définit comme « toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou la lésion des organes génitaux féminins pour des raisons culturelles, ou toutes autres non thérapeutiques ».

Mutilation se définit comme tous dommage, dégradation, blessure, ablation d'un membre, d'une partie externe du corps [3].

2. Epidémiologie :

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on estime aujourd'hui à plus de 120 millions de fillettes et de femmes ayant subi les MGF. 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 (d'origine migratoire) seraient excisées [5]

Aux Etats unis la situation est aussi préoccupante 150000 à 200000 jeunes filles courent le risque de subir des MGF. En Iran, 50% de femmes sont touché [6]

Actuellement, elles sont surtout répandues dans 28 pays africains où le taux de prévalence varie entre 5 et 98%. Les pays où le taux est le plus élevé sont : l'Egypte, le Soudan, la Somalie, le Mali, Djibouti, Burkina-Faso, l'Erythrée, la Sierra Leone etc..... 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. [7]

Tableau I : Prévalence des MGF en Afrique.[4]

Inscription dans les collèges locaux, 2005

PAYS	PREVALENCE%
SOMALIE	98
EGYPTE	97
SOUDAN	97
ERYTHREE	95
MALI	94
SIERRA LEONNE	90
ETHIOPIE	90
BURKINA FASO	66
GAMBIE	60
GUINEE CONAKRY	60
LIBERIA	60
TCHAD	60
TOGO	50
KENYA	50
BENIN	50
GUINEE BISSAU	50
NIGERIA	50
CENTRAFRIQUE	43
COTE-D'IVOIRE	43
GHANA	30
MAURITANIE	25
SENEGAL	20
NIGER	20
CAMEROUN	20
TANZANIE	10
OUGANDA	5
RDC	

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 où 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 retrouvés dans certaines parties du Proche-Orient, parmi les aborigènes d'Australie, et dans certaines parties de l'Océanie et du bassin de l'Amazonie. Elles sont aussi pratiquées dans 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.

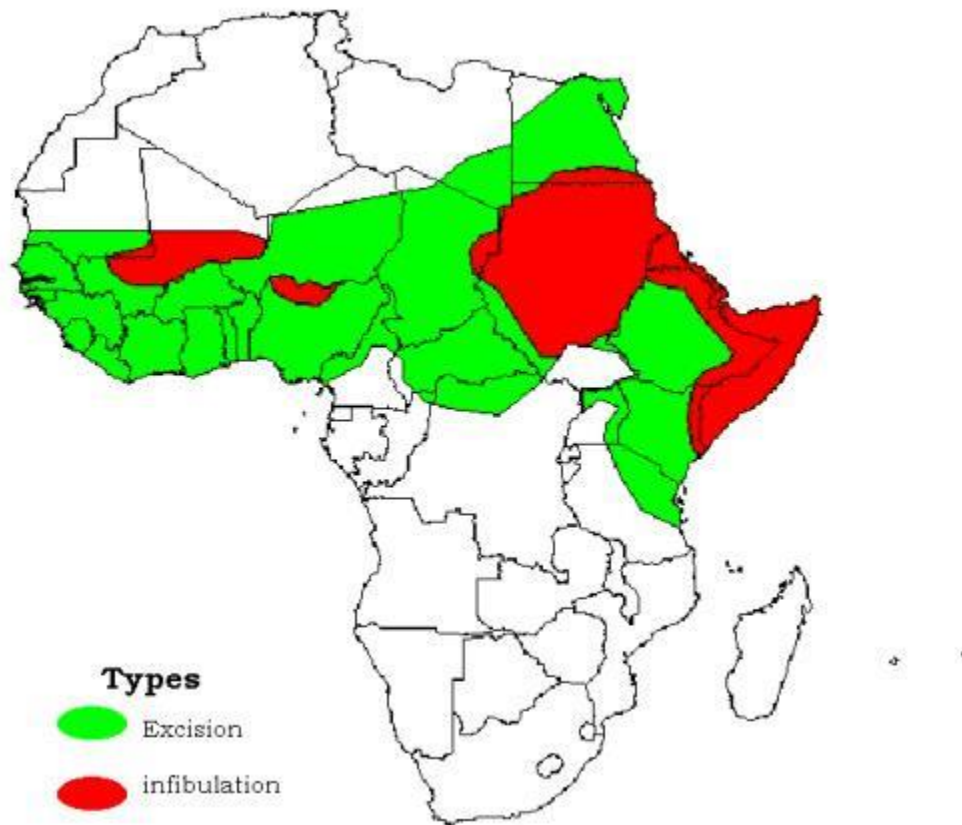


Fig. 1 : Répartition géographique des types de MGF en Afrique. [4]

Afrique (voir la 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.

4. Rappels anatomiques

L'appareil génital de la femme se compose de 3 grandes parties [8]

- Les ovaires
- L'utérus et les trompes
- Le vagin et la vulve

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

La vulve

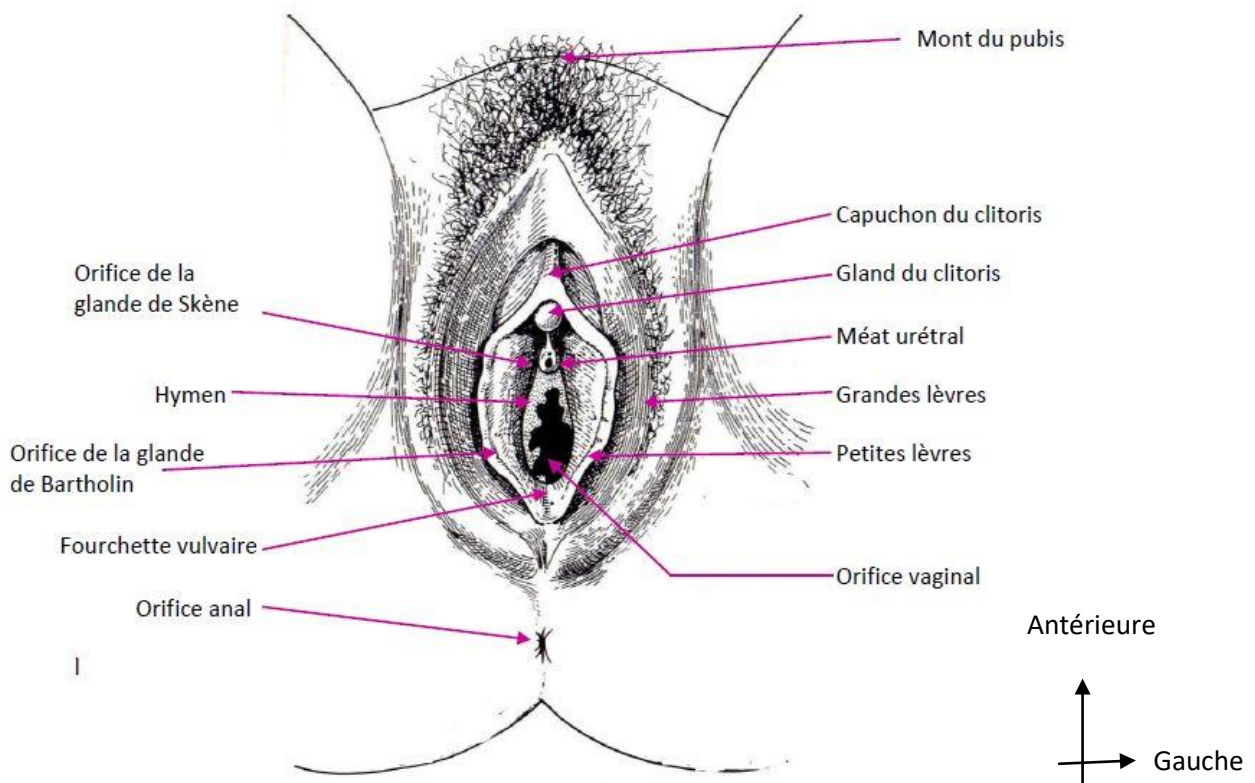


Fig. 2 : anatomie de la vulve (vue en position gynécologique)

Partie externe des organes génitaux féminins, la vulve (voir schéma) est marquée à sa partie moyenne par une dépression médiane, le vestibule, au fond duquel s'ouvrent l'urètre et le vagin. Le vestibule est limité de chaque côté tout d'abord par les petites lèvres qui se rejoignent en avant au niveau du clitoris puis plus en dehors par les grandes lèvres qui se perdent en avant du même clitoris sur une

saillie médiane : mont de vénus. A la vulve sont annexées les deux glandes de Bartholin.

Les grandes lèvres

Ce sont deux replis cutanés allongés sagittalement 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 vénus 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 s'unissent 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** : analogues 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 de :

La peau : elle forme le capuchon du clitoris. Elle est bridée en dessous par le frein, sur la ligne médiane duquel 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

Un Fascia clitoridien : Il est semblable au fascia du pénis, les glandes de Bartholin sont situées de chaque côté de la moitié postérieure du vestibule. Le clitoris est solidement fixé en arrière par ses piliers sur les branches ischio-pubiennes, 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.

- Rapports :

Les piliers du clitoris en dedans sont en rapport 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 du 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 des branches du nerf honteux interne. 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 extérocepteurs : -les corpuscules de Pacini, de Meissner, de Krause, de Finger ou corpuscules de la volupté ; -les récepteurs thermiques, corpuscules de Ruffin (chaleur et douleur) et corpuscules de Krause (froid) ; -les barorécepteurs, corpuscules de Meissner et de Pacini (tact appuyé), disque de Merkel (tact léger, caresses) etc.

Le nombre et la variété de ces extérocepteurs vont croissant des petites lèvres au gland clitoridien. Celui-ci 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 vasomoteurs proviennent du plexus 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 cavernueuses ; Bulbaire et bulbo- Urétrale et dorsale du clitoris venu 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 rectos 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 8 cm. Il présente

2 faces : une face antérieure et une face postérieure. La première répond dans ses deux tiers supérieurs à la vessie et à la portion terminale des deux uretères. 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. [8]

5. Rappels physiologiques

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, et 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'internes 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 révèle 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, homologue 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 indépendants 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. L'orgasme existant indiscutablement chez la femme excisée, toute laisse à penser que l'organisme privé de clitoris développe de nouveaux chemins pour assurer le plaisir. [8]

6. Historique [1]

Il est généralement admis que l'excision remonte au 2ème siècle avant Jésus Christ précisément 163 ans avant sa naissance [Giorgis Belkis W.]. Les traces les plus anciennes en parlaient cinq siècles avant notre ère.

Erlich signale [10] 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 protohistorique. 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 [10] ; 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 y a 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 une chose abominable que la femme fasse l'office du mâle.
- Le troisième pour rendre les femmes plus modestes et briser leur insatiabilité.

Il apparaît 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 américaine, 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 [10].

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 [10] 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 le mieux au contexte malien, car l'excision, pour Germaine Dieterlen [11], 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 à 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 naît. 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 s'oppose 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 opérés. La plus grande part des forces 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 duquel 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. [11]

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 de 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 sociologique :

Il apparaît dans la société bambara que la circoncision et l'excision s'inscrivent dans un cadre initiatique qui a pour but de faire entrer l'enfant dans la société des adultes.

L'initiative est l'un des rites les plus significatifs, tant il est vrai que l'individuel et le social, le profane et le sacré, le réel et l'imaginaire s'y entremêlent intimement. L'excision est un élément d'identification au groupe et au-delà à l'ethnie.

Une femme non excisée est la risée de ces coépouses et peut être répudiée par son mari à cause de ce statut. Elle est considérée comme une *bilakoro* (impure selon une expression malienne) et ne peut donc pas être marié. La peur de ne pas ressembler à l'autre, d'être différent lorsqu'on n'est pas excisé est forte

L'excision a une dimension culturelle (même si la dimension de rituel de passage tend de plus en plus à disparaître pour ne laisser place qu'à un conformisme social souvent mal accepté mais toujours suivis). Elle est une identité communautaire encore très forte ; Beaucoup de gens continuent de la pratiquer de peur d'exclure leur fille de la société ou de créer les conditions de sa marginalisation. Par ce fait, l'excision participe à la reproduction de l'ordre sociale, du système social, que les parents entendent transmettre en entier à la jeune génération. Les hommes bambaras étaient circoncis vers l'âge de 18ans, ils subissaient à cette occasion leur dernière grande période initiatique. Alors qu'avant cette étape ils étaient considérés comme des enfants "bilakoro" et portaient un simple cache sexe "limpin". Une fois circoncis, ils étaient autorisés à porter le pantalon "kulusi", à se marier et à porter des armes.

De même, les jeunes filles bambaras étaient excisées vers l'âge de 16ans. Leur excision constituait également leur dernière étapes initiatique et leur permettant de quitter le "limpin" pour le pagne. Une fois leurs plaies cicatrisées, étaient donnée en leur honneur une grande fête "furaci" au terme de laquelle elles étaient autorisées à rejoindre leur mari.

Des théories d'ordre anatomique et esthétique :

Les organes génitaux de la femme sont vus comme étant sales, laids et font ressembler la femme à l'homme, ils correspondent à une difformité honteuse.

Des théories d'ordre moral et sexuel :

L'excision permet de diminuer la libido de la femme afin de la rendre fidèle. Elle apparaît comme un moyen de contrôler la sexualité féminine et de préserver la virginité de la jeune fille. Elle est également indispensable pour rentrer dans le cycle des échanges matrimoniaux.

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 ; mais en introduisant une certaine tempérance, puisqu'il a précisé « ne détruis pas » ou « ne vas pas en profondeur ».

D'après Assad [12] citant Ibn El Athir, le prophète (paix et salut sur lui) aurait ajouté que « la circoncision est obligatoire pour l'homme, honorable pour la femme ».

Renée SAUREL [13] évoque certaines prescriptions du Fiqh (Droit canonique et civil musulman) concernant les vices chez la femme pouvant entraîner la nullité du mariage. Ces vices qui peuvent être anatomiques et physiologiques sont les suivants :

-Le "ratq" ou absence de vagin perméable,

- Le “ qarn“ ou tumeur dure,
- Le “ afl“ ou prolapsus génital,
- L’“istih’adha“ ou perte sanguine non menstruelle,
- Le “ natnbakhr“ ou “djakhr “ ou puanteur vaginale,
- L’ifadha“ ou cloaque,
- Le harq ou en –nàr“ ou vaginisme,

Tous ces vices peuvent provenir de l’excision et de ses conséquences. De ce fait l’excision vue sous cet angle est déconseillée par le fiqh.

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.

Méinardus rapporte qu’au XIIème siècle, Michaël a fait référence à ses origines bibliques :“Après que Sarah eut chassé Hagar de sa maison avec son fils Ismaël, la loi affirme qu’ils allèrent à Yattrib...Ismaël grandit, devint fort, beau et fut demandé en mariage. Sa mère dit : “nous sommes des circoncis hommes et femmes, et nous n’épousons que ceux qui le sont également. Et les femmes se circoncièrent et Ismaël les épousa et Dieu remplit ses espérances et lui donna douze (12) princes. Et la circoncision se répandit dans le pays et les contrées avoisinantes...”[6p.48].

Concernant l’islam, on peut conclure à sa neutralité, qui permet aux différentes populations musulmanes de pratiquer en toute quiétude ou d’ignorer l’excision.

Quand au christianisme, on peut constater :

- que les coptes d’Egypte ont toujours pratiqué l’excision,
- qu’en Afrique Noire et notamment au Mali, les chrétiens excisent. Si le clergé ne soutient pas cette pratique, il s’abstient généralement de toute opinion.

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

auraient assuré sa diffusion. Ceci expliquerait l'amalgame qui est parfois fait entre l'excision et l'islam.

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

Il n'est donc pas surprenant que l'arrivée de l'islam dans les populations d'Afrique Noire qui pratiquaient l'excision n'a fait que renforcer sa place dans la société.

Le fait qu'à l'heure actuelle on assiste à la baisse de l'âge de cette pratique peut être considéré comme le témoin de la disparition progressive des fondements traditionnels de l'unité culturelle qui prévaut aujourd'hui.

Ampleur de l'excision :

Dans le monde :

L'excision est pratiquée dans l'ensemble de l'Afrique à l'exception de quelques pays (le Gabon, le Congo, la Guinée équatoriale, l'Angola, le Zimbabwe, l'Afrique du Sud...).

Dans ces travaux Hosken F [11] estime que plus de 80 millions de femmes africaines ont subi cette mutilation.

Elle précise que l'excision est pratiquée dans plusieurs pays d'Afrique et du Moyen Orient. Il s'agit des pays suivants : Egypte, Ouganda, Tanzanie, Djibouti, Centrafrique, Nigeria, Ghana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Guinée, Sénégal, Gambie, Mauritanie, Sierra Léone, Togo, Bénin, Cameroun, Congo, Gabon, Zaïre, Tchad, Niger, Libye, Algérie, Angola, Zambie, Mozambique, Sahara Occidental, Maroc, Rwanda, Burundi, Malawi, Yémen du Sud, Arabie Saoudite.

Le Minority Rights Group [4] y ajoute le Botswana, le Lesotho et la République d'Oman.

Selon l'OMS [3], elle affecterait 75 millions de femmes et d'enfants. Cependant, elle est surtout rencontrée dans les pays d'Afrique Noire et de la Corne de l'Afrique.

D'après le rapport du séminaire tenu par l'Union National des Femmes du Mali (UNFM) à Bamako en 1985 [13] :

- ❖ **En Guinée**, il n'y aurait pas une seule ethnie qui ne pratiquerait pas l'excision
- ❖ **Au Bénin**, aucune fille n'échapperait à ce rite.
- ❖ **En Côte d'Ivoire**, 30% des parturientes hospitalisées au CHU de Cocody auraient subi cette opération
- ❖ **En Afrique du Nord**, seule l'Egypte la pratique régulièrement.
- ❖ **Dans les pays maghrébins**, elle ne concerne que les populations ayant pour origine le Sud du Sahara, essentiellement les populations noires, et la Libye. On la rencontre également au Moyen Orient (Jordanie, Syrie, Emirats Arabes, Yémen du Sud, Sultanat d'Oman, Arabie Saoudite...)

Elle est pratiquée sous des formes moins sévères dans certaines régions musulmanes de Malaisie et d'Indonésie.

La présence de l'excision aurait également été signalée en Birmanie où elle aurait été introduite par des commerçants arabes au début du XVIème siècle.

- ❖ **En Europe**, les seuls cas recensés concernent des clitoridectomies à but thérapeutique (psychiatrie) et les populations immigrées.

Au Mali :

Le Mali est un pays enclavé comptant 20 252 586 habitants en 2019 avec une densité de 16,24hbts au Km². Cette densité est très variable selon que l'on se trouve au Nord ou au Sud.

En effet, 58% de la population vit sur 8% de la superficie du pays. Cette population compte 51% de femmes parmi lesquelles 39% sont en âge de procréation.

Selon EDS/MALI VI2018 [4], l'excision touche **89%** de la population féminine. Elle concerne toutes les régions du pays et les trois groupes religieux : musulman, chrétien et animiste. Ils pratiquent tous l'excision sur plus de 90% de leur population féminine.

Elle constitue encore à l'heure actuelle un aspect très important de la vie sociale et culturelle.

Elle est si profondément ancrée dans la tradition que rares sont les familles maliennes dans lesquelles on pourrait envisager de ne pas exciser un enfant. Maiga L [14] rapporte que 28 femmes à qui elle a demandé les raisons pour lesquelles elles feront exciser leurs filles ont donné les réponses suivantes :

- C'est la tradition qui le veut 16(57,2%)
- Pour des raisons esthétiques 4(14,3%)
- C'est la religion qui l'exige 2(7,1%)
- Cela permet à la fille d'être sérieuse 2(7,1%)
- Cela rend la femme plus féconde 2(7,1%)
- Cela facilite l'accouchement 1(3,6%)
- Cela permet d'avoir un mari 1(3,6%)

Cependant, une prise de conscience est en train d'apparaître dans les classes sociales les plus instruites.

Eveils de conscience :

La première manifestation officielle contre l'excision au Mali semble avoir été celle de la communauté chrétienne du diocèse de San en 1966.

Depuis lors, les initiatives contre l'excision se sont limitées à des prises de positions ponctuelles de la part d'intellectuelles africaines. C'est ainsi que Assitan Diallo a été la première sociologue malienne à oser ouvrir le dossier de l'excision dans le cadre d'un mémoire de l'Ecole Normale Supérieure en 1978 [13].

Prenant à son tour conscience du problème, l'Union Nationale des Femmes du Mali (UNFM) a organisé en 1985 un séminaire sur ce sujet et a décidé d'entreprendre une grande enquête sur l'excision au Mali [14].

Depuis lors, plusieurs séminaires ont été organisés sur le sujet :

- ✓ Conférence débats au Centre Djoliba et à l'Ecole Nationale de Médecine et Pharmacie en **1988** ;

- ✓ Conférence débats organisée par le club UNESCO de l'ENMP au carrefour des jeunes en **1989** ;
- ✓ Séminaire-atelier organisé par l'UNFM en **1989** ;
- ✓ Création de l'AMSOPT et APDF, association pionnières dans la lutte en **1991** ;
- ✓ En **1993** création d'un commissariat pour la promotion de la femme, naissance de l'ASDAP ;
- ✓ En **1994** Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire) qui condamne la pratique et demande aux gouvernements concernés de mener des actions ;
- ✓ Conférence internationale sur les femmes, Beijing et mise en place par Plan International d'un «Projet MGF» (2000-2005) avec des agents d'exécutants nationaux (AMSOPT, ASDAP, APDF, AMPE et Centre Djoliba) en **1995**....
- ✓ En **2004** Sensibilisation des parlementaires (Centre Djoliba et AMSOPT). 6 février : 1ère journée internationale de lutte contre les MGF ;
- ✓ En **2005** La journée du 6 Février prend de l'ampleur avec le soutien de la Première Dame. Le PNLE mène des activités de coordination des différents acteurs sur le terrain.

Aujourd'hui, le problème de l'excision semble définitivement entré sur la scène du développement social au Mali

7. Les différents types d'excision [1]

Selon l'OMS [15], 4 types existent :

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

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

Types III : Ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et suture rétrécissement de l'orifice vaginal (Infibulation).

Types IV : Interventions non classées : piqûres, 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 ; grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin ; introduction de substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ou introduction de plantes dans le vagin pour resserrer ou rétrécir le vagin ; tout autre.

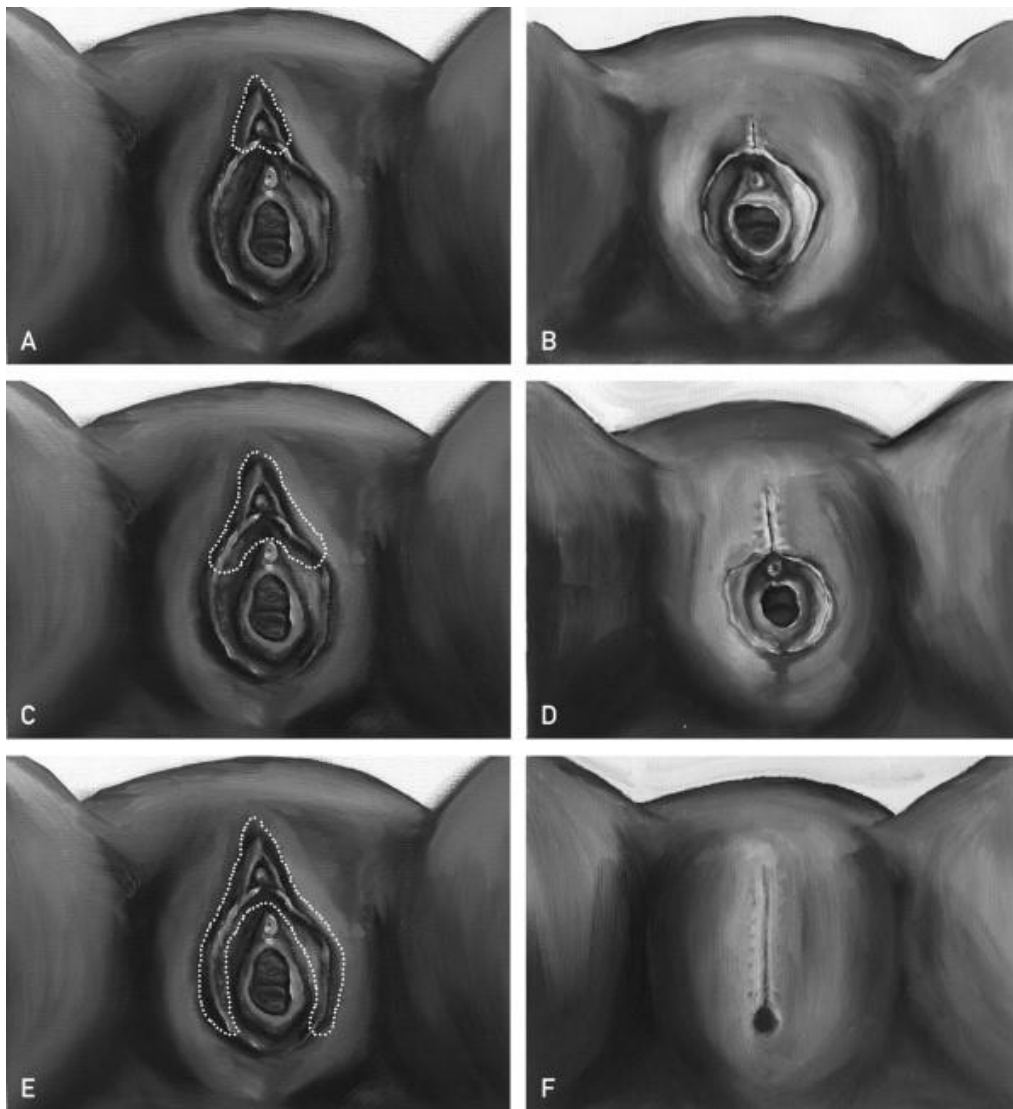


Fig.3 : les différents types d'excision selon l'OMS

8. Les conséquences et complications de 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. Comme tous actes sanglants, elle est la porte à des complications qui peuvent survenir :

- De façon immédiate,
- De façon différée,
- Ou à long terme.

8-1. Les complications immédiates

- La douleur

La vulve, les lèvres et le clitoris sont des parties du corps très innervées. Couper des tissus sensibles des organes génitaux cause des douleurs extrêmes d'autant plus que les mutilations sexuelles féminines se font rarement sous anesthésie.

- L'hémorragie

C'est la complication la plus fréquente mais qui est généralement bénigne. Elle survient à la suite de la section de l'artère dorsale du clitoris. Elle est variable dans sa durée et dans son abondance. Ses conséquences peuvent aller de l'état de choc ou même la mort à une simple anémie passagère.

-Le choc

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

-La blessure urétrale :

Du fait du voisinage du méat urétral, une blessure accidentelle de l'urètre peut survenir lors de l'excision lorsque, sous la douleur, l'enfant se débat (l'opération se faisant sans anesthésie).

- fractures.....etc

8-2. A court terme (dans les dix premiers jours)

-L'hémorragie :

Une mauvaise hémostase ou la survenue de blessures ultérieures peuvent être à l'origine de saignements continus et répétitifs qui, à la longue, provoquent une anémie gravissime pouvant aller jusqu'au décès.

-L'infection dont la plus redoutable est le tétanos

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 dans la filière génitale entraînant des infections pelviennes ou encore être la cause de tétanos ou même de septicémie mortelle.

-La rétention aigue d'urine : pouvant durer plusieurs heures à plusieurs jours est une complication fréquente des mutilations sexuelles. Elle survient :

***soit par phénomène reflexe** : du fait de la douleur, des brûlures lors de la miction, l'enfant s'abstient d'uriner. Ceci entraîne à la longue une rétention urinaire qui se résout d'elle-même.

***soit à cause de l'atrésie vulvaire** qui a oblitéré le méat urinaire. Une intervention chirurgicale s'avère alors nécessaire.

8-3. A moyen termes (dans les mois ou année qui suivent)

a- *Les cicatrices cutanée vulvaires* :

La survenue de cicatrisation telles que les chéloïdes, kystes dermoïdes et brides au niveau de la région excisée est assez fréquente.

b- *L'atrésie vulvaire* :

Elle est due à une mauvaise cicatrisation qui provoque un accolement des deux grandes lèvres. Elle réalise l'aspect de vulve infibulé

c- *L'hématocolpos* :

Dans les cas d'infibulation ou d'atrésie vulvaire cicatricielle, le problème d'hématocolpos survient lorsqu'apparaissent les premières règles. Ne trouvant pas d'issue vaginale, les règles forment une véritable masse qui est douloureuse et dont l'évacuation demande une nouvelle intervention sur la région vulvaire. Par

ailleurs chaque menstruation est accompagnée de difficultés d'évacuation et de douleurs plus ou moins intenses selon le degré d'obstruction de l'orifice vaginale.

d-Conséquences urinaires :

Il est classique d'affirmer que la cicatrice qui résulte de la plaie vulvaire peut être à l'origine d'un obstacle à l'élimination de l'urine et être source d'infection ascendante.

e- L'infection pelvienne chronique :

Une plaie d'excision infectée mal ou non traitée peut être à l'origine d'abcès de la vulve ou d'une infection ascendante, qui pourrait même provoquer une stérilité.

8-4.A long terme :

a- Séquelles anatomiques :

L'excision peut être à l'origine de cicatrices vulvaires, de kystes liquidiens, sébacés ou *dermoides*.

b-Conséquences obstétricales :

D'après Maiga L [14] un groupe de sages-femmes maliennes interrogées a émis les opinions suivantes :

L'excision serait responsable de :

- lenteur à l'expulsion (90% d'opinion),
- déchirures périnéales (63%),
- difficultés de réparations du périnée (58%),
- hémorragies des tissus (32%),
- fistules vésico-vaginales (11%),

c-Séquelles psychologiques :

Peu de recherches ont été faites sur les aspects psychologiques des mutilations sexuelles féminines.

Les seules observations dont nous avons eu connaissance ont été rapportées par le Docteur T.A. BAASHER [15] qui relate plusieurs cas rencontrés au soudan :

- Le premier cas est celui d'une fillette de 7ans qui présentait des profondes manifestations d'anxiété nocturnes indiscutablement liées à la peur de l'excision.

-Le deuxième concerne une femme mariée de 32ans ; Elle présentait les symptômes d'une dépression réactionnelle, que l'auteur a lié aux conséquences physiques d'une plaie secondaire à son excision.

-Le troisième cas se rapporte à une femme de 30ans ; Elle a présenté un état d'excitation psychiatrique qui pouvait être attribué à la présence d'une tumeur kystique de la taille d'une balle de tennis située sous la cicatrice de l'excision et recouvrant l'orifice vaginal.

Quand à la sociologue Awa THIAM, elle laisse entendre [13] que l'excision est à l'origine de traces indélébiles chez les femmes, qui gardent de cet évènement des images de souffrance, de cruauté, d'épuisement, etc....

Son témoignage s'appuie sur des faits réels, mais peut être contesté par de nombreuses affirmations contraires qui soutiennent que l'excision est aussi vécu comme un acte de joie qui était attendu, même s'il est redouté, car c'est lui qui fera de l'enfant une femme et qui lui donnera son identité d'adulte.

Le Docteur T.A. BAASHER précise [15] : "Il est bien évident que le simple fait d'une action chirurgicale dans la zone extrêmement sensible des organes génitaux constitue une menace sérieuse pour l'enfant, et que la douloureuse opération est une source de traumatisme majeur aussi bien physique que psychologique".

d-Séquelles physiologiques :

-La dyspareunie :

L'apparition de cicatrices cutanées est parfois à l'origine d'un rétrécissement vulvaire qui peut entraîner une dyspareunie.

L'excision peut également être à l'origine de volumineux corps étrangers, formés par la desquamation de la muqueuse vaginale qui provoquent de sévères douleurs au cours des rapports sexuelles.

-Les troubles des règles :

Nous avons vu précédemment que la survenue d'un hémocolpos peut être à l'origine d'importantes difficultés à l'élimination des règles.

-Les douleurs permanentes dans certains points sectionnés de la vulve :

La complication la plus douloureuse et la plus insupportable de l'excision est le développement d'un névrome au point de section du nerf dorsal du clitoris.

e- Conséquences médico-légales :

Deux procès intentés à des parents ayant fait exciser leur enfant ont fait la chronique des journaux français.

- Le premier concerne le décès d'une petite malienne de trois(3) mois survenu dans la région parisienne des suites d'une excision pratiquée en 1982. Il débouché sur l'inculpation de son père pour non-assistance à personne en danger. Au cours de ce procès, un autre cas d'excision a été révélé, mais ce dernier n'a pas entraîné la mort de l'enfant.
- Le deuxième concerne une femme malienne de 26ans qui a été condamnée en 1989 pour avoir fait exciser sa fille en 1984, sans qu'il y ait eu non plus de décès consécutif.

Ces procès ont posé des problèmes juridiques, car d'une part il n'existait pas de jurisprudence puisque aucun cas d'excision n'avait été jugé jusqu'alors en France, d'autre part les avis divergeaient quant aux articles du code pénal à prendre en considération dans tels cas.

L'article le plus fréquemment évoqué est l'article 312 du code Pénal Français, qui s'applique à "quiconque aura volontairement porté des coups à un enfant âgé de moins de 15ans aura commis à son encontre des violences ou voie de fait, à l'exclusion des violences légères".

Les peines encourues peuvent atteindre la réclusion criminelle à perpétuité.

A également été évoqué l'article sur la castration.

En ce qui concerne le corps médical, l'article 22 du code Déontologique Français précise "qu'aucune mutilation ne peut être pratiquée sans motifs médicaux très sérieux et sauf urgence ou impossibilité qu'après information des intéressées et avec leur consentement. Les prélèvements d'organes ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions prévus par la loi".

Par ailleurs l'article 45 du même code, ainsi que l'article 378 du code Pénal Français (modifié en 1971) “ autorisent un médecin à dénoncer aux autorités médicales ou administratives une affaires de sévices ou privations sur la personne d'un enfant de moins de 15ans, mais ne l'y obligent pas “(ce qui est le cas de l'excision).

Nous avons vu précédemment que les mutilations sexuelles étaient interdites au Soudan, en Suède et en Suisse.

Il semble qu'actuellement aucun article du Code Pénal Malien ne pourrait être applicable en cas d'affaire d'excision.

f- *L'excision et la transmission du VIH et de L'hépatite :*

Il suffit d'assister à un certain nombre d'excisions pratiquées en milieu traditionnel pour pouvoir affirmer qu'elle peut constituer une cause majeure de diffusion du VIH et de l'hépatite. En effet, c'est avec la même lame ensanglantée que l'exciseuse opère toutes les filles au cours de la même journée.

9. Traitement selon les complications :

- **Médical :** par l'utilisation des antalgiques, des antibiotiques, des antiseptiques
- **Chirurgical :** dés infibulation, exérèse ou kystectomie vulvaire, sutures hémostatiques, libération
- **#Technique :** La patiente en position gynécologique après l'anesthésie générale ou la rachis-anesthésie selon l'indication. Après badigeonnage de la partie vulvaire et mise en place d'un champ stérile, 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.

METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétro prospective réalisée du **1^{er} JUIN 2012** au **30 JUIN 2018** chez toutes les fillettes présentant des complications liées à l'excision.

La phase rétrospective est allée du 1^{er} juin 2012 au 31 Décembre 2017 et la phase prospective du 1^{er} Janvier 2018 au 30 Juin 2018.

2. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré à Bamako (MALI) ;

2.1. Situation géographique :

Situé dans le centre administratif de la ville de Bamako (Commune III), l'hôpital Gabriel TOURE est limité à l'Est par le quartier populaire de Médina coura, à l'Ouest par l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (E.N.I), au Nord par le quartier général de l'Etat-major de l'armée de terre, au Sud par la gare du chemin de fer du Mali.

Ancien dispensaire, l'hôpital Gabriel Touré est une structure sanitaire érigée en hôpital le 17 Février 1959 et portant le nom Gabriel Touré en mémoire d'un étudiant soudanais en médecine mort de peste contractée au cours de son stage. L'hôpital est devenu un centre hospitalier universitaire depuis l'avènement de l'université de Bamako en 1996.

Dans l'enceinte de cet établissement on retrouve au nord le pavillon BENITIENI FOFANA et à l'étage (de la partie centrale vers l'ouest) respectivement les services de chirurgie générale et pédiatrique.

2.2. Les locaux

2.2.1. Description du service de chirurgie pédiatrique

❖ Le service de chirurgie pédiatrique est composé de :

- Onze (11) bureaux : un (1) pour le chef de service, six (6) pour sept (7) chirurgiens, un (1) pour le major, un (1) pour les internes, un (1) pour les infirmiers et un (1) secrétariat.

- sept salles d'hospitalisations (31 lits) dont :

- deux salles de première catégorie,

- deux salles de deuxième catégorie,

- trois salles de troisième catégorie dont une réservée pour les brûlés

Le bloc opératoire situé à l'étage du bloc technique, lui-même situé en face du pavillon BENITIENI FOFANA. Il est constitué de :

- Quatre (4) salles opératoires dont une réservée au programme opératoire de la chirurgie pédiatrique,

- Un (1) vestiaire

- Une (1) salle d'attente pour les patients à opérer et

- Une (1) salle de soin post interventionnel.

2.2.2. Le personnel

- **Permanent :**

- Les chirurgiens pédiatres sont au nombre de sept (7) dont deux professeurs, un(1) jouant le rôle de chef de service, deux (2) maîtres assistants

- Un(1) chirurgien plasticien

- Deux (2) assistants médicaux dont un(1) jouant le rôle de chef d'unité et deux IBODE (infirmier du bloc opératoire diplômé d'état)

- Trois (3) infirmiers de premier cycle.

- Trois (3) aides-soignants.

- Deux (2) techniciens de surface.

- **Non permanent :**

Les étudiants thésards faisant fonction d'interne de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie (FMOS). Le service reçoit également les DES, les médecins stagiaires, les étudiants externes de la FMOS, les élèves de l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé), et de la Croix Rouge.

2.3. Les activités :

2.3.1. Le service de chirurgie pédiatrique :

Les consultations externes ont lieu tous les jours du lundi au vendredi. La visite se fait chaque matin, les hospitalisations se font tous les jours. Le staff du service a lieu à 7H30, tous les jours du lundi au jeudi ; le staff général rassemblant toutes les spécialités chirurgicales a lieu chaque vendredi ; la programmation des patients à opérer se fait tous les Jeudis, les différentes interventions ont lieu tous les lundis et mercredis pour les malades programmés. Les <<thésards>> sont répartis dans les différentes salles d'hospitalisations, le bloc opératoire et la consultation externe.

2.4. Echantillonnage

Nous avons réalisé un recrutement exhaustif de tous les patients qui répondaient aux critères d'inclusions

2.4.1. Critères d'inclusion :

Ont fait partie de cette étude toutes les filles présentant des complications liées à l'excision prise en charge dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré.

2.4.2. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus dans cette étude :

Tous les enfants excisés non compliqués

Tous les enfants présentant des complications génito-urinaires non liées à l'excision

Les enfants pris en charge dans d'autres services.

2.5. Collecte des données

Les supports des données :

- Une fiche d'enquête
- Le registre de compte rendu opératoire
- le registre de consultation
- le registre d'hospitalisation

- Les dossiers des malades comportant :

* les données sociodémographiques (sexe, ethnie, provenance.....)

* les données cliniques, para-cliniques et thérapeutiques

2.6. Les variables étudiées

Âge, résidence, région d'origine, niveau d'instruction, ethnie, religion, instruction des parents, profession des parents, type d'excision, cicatrice d'excision, motif de consultation, âge d'excision, les complications, la prise en charge, l'évolution...

2.7. Analyse et saisie des données :

Les données ont été saisies sur world 2013 et analysées à l'aide des logiciels SPSS statistic 22.0 et Epi info version 7.2.1.0 Le test statistique utilisé a été le test de Chi² avec un seuil de signification de $p \leq 0,05$.

3. Définitions opérationnelles :

-Délai de consultation : Il correspond au temps écoulé entre le moment de début des signes et la date d'admission dans les services où a été menée notre étude.

-Délai d'apparition des complications : temps écoulé entre la date de l'excision et la date d'apparition des complications.

-Enfants : les patients de 0 à 15 ans ont été classés dans cette catégorie

-Nouveau-né : patiente de 0 à 28 jours

-Nourrisson : patiente ayant un âge compris entre 29 jours et 30 mois

-Petit enfant : patiente ayant un âge compris entre 31 mois et 78 mois (6ans)

-Grand enfant : patiente ayant un âge compris entre 79 mois et 180 mois (15ans)

Les différents types d'excisions :

-Types I : Ablation du prépuce avec ou sans ablation partielle ou totale du clitoris (clitoridectomie).

-Types II : Ablation du prépuce et du clitoris et ablation partielle ou totale des petites lèvres ('excision proprement dite).

-Types III : Ablation partielle ou totale des organes génitaux externes et suture rétrécissement de l'orifice vaginal (Infibulation).

-Types IV : Interventions non classées : piqûres, 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 ; grattage de l'orifice vaginal ou incision du vagin ; introduction de substances corrosives dans le vagin pour provoquer des saignements ou introduction de plantes dans le vagin pour resserrer ou rétrécir le vagin ; tout autre.

RESULTATS

IV-RESULTATS :

1 -Prévalence :

Pendant la période d'étude, nous avons pris en charge 16441 patients dont 35 cas de complications liées à l'excision. Ce qui a représenté :

0,21% des consultations (16441)

0,71% des interventions (4915)

0,39% des hospitalisations (8806)

2-Fréquence par année

Tableau I : Répartitions des patients par année

Année	Nombre de patients	Pourcentage
2012	13	37.14
2013	2	5.71
2014	5	14.30
2015	2	5.71
2016	3	8.57
2017	2	5.71
2018	8	22.86
Total	35	100

3- Age d'admission

Tableau II : Répartitions des patientes selon l'âge à l'admission

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
Nourrissons	24	68,56
Petit enfant	5	14,30
Grand enfant	6	17,14
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes étaient des nourrissons

L'âge moyen était de **2,5 ± 1,8ans** avec des extrêmes de **2** mois et **15** ans

4-Ethnie

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	9	25,7
Peulh	7	20,0
Soninké	6	17,1
Sonrhäi	4	11,4
Malinké	4	11,4
Minianka	2	5,7
Kassonké	2	5,7
Dogon	1	3
Total	35	100

Les Bambaras étaient les plus représentés suivis des peulhs et des Soninkés

5-Antécédent Familiaux:

5.1-Scolarisation du père

Tableau IV : Répartition selon la scolarisation du père

Scolarisation du père	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	13	37,1
Primaire	5	14,3
Secondaire	10	28,6
Universitaire	7	20
Total	35	100

La majorité des pères de nos patientes étaient non scolarisée

5.2-Profession du père

Tableau V : Répartition selon l'activité du père

Activité du père	Effectifs	Pourcentage
Commerçant	14	40
Ouvrier	9	25,7
Comptable	7	20
Cultivateur	4	11,4
Mécanicien	1	2,9
Total	35	100

Deux cinquième de nos patientes avaient des pères commerçants

5.3- Scolarisation de la mère

Tableau VI : Répartition selon la scolarisation de la mère

Scolarisation de la mère	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	19	54,3
Primaire	7	20
Secondaire	4	11,4
Universitaire	5	14,3
Total	35	100

Les mères non scolarisées représentaient plus de la moitié de nos patientes

5.4- Profession de la mère

Tableau VII: Répartition selon l'activité de la mère

Activité de la mère	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	26	74,3
Fonctionnaire	5	14,3
Commerçante	2	5,7
Elève/Etudiante	2	5,7
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes avaient des mères ménagères

5.5- Statut vaccinal de l'enfant

Tableau VIII : Répartition selon le statut vaccinal

Statut vaccinal	Effectifs	Pourcentage
A jours	33	94,3
Non à jours	2	5,7
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes avaient un statut vaccinal à jour

6- Age à l'excision

Tableau IX : Répartition selon l'âge à l'excision

Age de l'excision (jrs)	Effectifs	Pourcentage
≤ 30	2	5,7
31-180	29	83
181-365	3	8,5
> 365	1	2,8
Total	35	100

L'âge moyen des patientes à l'excision était de **128,37 jours ± 250,70** avec des extrêmes de **17jrs et 1460jrs** (4ans)

7- Mode de recrutement

Tableau X : Répartition selon le mode de recrutements

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentage
Urgence	9	25,7
Consultation externe	26	74,3
Total	35	100

Près de 3/4 de nos patientes étaient reçu en consultation externe

Tableau XI : Répartition des patientes selon le type d'urgence

Urgence	Effectifs	Pourcentage
Anémie post excision	5	55,56
Saignement actif post excision	3	33,33
Anémie +Rétention d'urine post excision	1	11,11
Total	9	100

Les urgences étaient dominées par les anémies post excision dans 55,56%

8- Mode d'admission

Tableau XII : Répartition selon le mode d'admission

Mode de référence	Effectifs	Pourcentage
Venue d'eux mêmes	20	57,1
Médecin	10	28,6
Infirmier	3	8,6
Exciseuse traditionnelle	2	5,7
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes sont venues d'eux même

9-Motif de consultation

Tableau XIII : Répartition selon le motif de consultation

Motifs de consultation	Effectifs	Pourcentage
Accolements des petites lèvres	17	48,6
Saignement	8	22,9
Tuméfaction clitoridienne	6	17,1
Dysurie	3	8,5
Rétention d'urine	1	2,5
Total	35	100

Près de la moitié de nos patientes nous ont consultés pour accolement des petites lèvres.

10- Auteur de l'excision :

Tableau XIV : Répartition selon l'exciseur /l'exciseuse

Exciseur/Exciseuse	Effectifs	Pourcentage
Professionnels de santé	13	37,1
Exciseuse traditionnelle	22	62,9
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes ont été excisées traditionnellement ; avec un taux considérable de **37,1% qui est attribué aux professionnels de santé.**

11- Délai d'apparition des complications

Tableau XV : Répartition selon le délai d'apparition des complications

Délai d'apparition des complications (mois)	Effectifs	Pourcentage
<3	22	62,8
4-6	3	8,6
>6	10	28,6
Total	35	100

Le délai moyen d'apparition des complications était de **326 jours ± 575,73** avec des extrêmes de **1 jour** et **7ans**

12- Délai de consultation

Tableau XVI : Répartition selon le délai de consultation

Délai de consultation (mois)	Effectifs	Pourcentage
<1	15	42,86
1-6	11	31,43
>6	9	25,71
Total	35	100

Le délai moyen de consultation était de **568,31 jours ± 1263,19** avec des extrêmes de **1jours** et **15ans**

13- Classification selon l'OMS

Tableau XVII : Répartition selon la classification de l'OMS

Classification l'OMS	Effectifs	Pourcentage
Type I	5	14,3
Type II	26	74,3
Type III	4	11,4
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes avaient une excision de **type II** selon l'OMS avec aucun cas de type IV rencontré.

14- Examen complémentaire

14.1-Taux d'hémoglobine

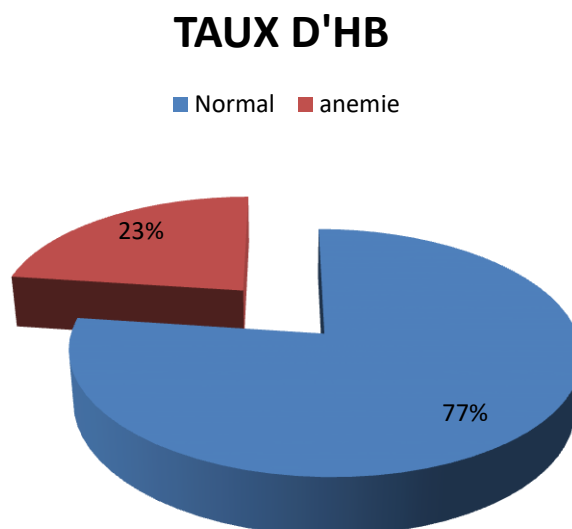


Figure 4: Répartition selon le taux d'hémoglobine

Près d'1/4 de nos patientes étaient anémiés

14.2-Bilan d'hémostase

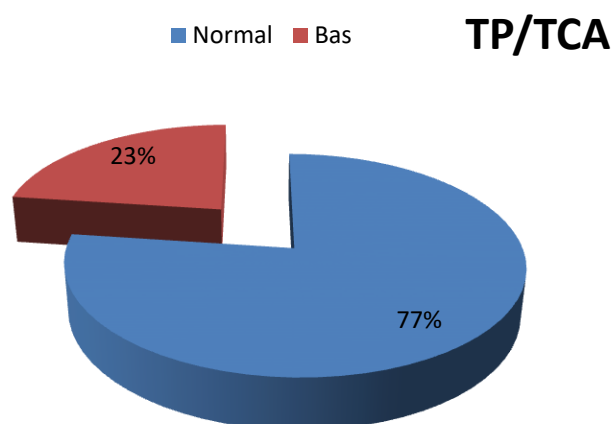


Figure 5 : Répartition selon le bilan d'hémostase

Près d'1/4de nos patientes avaient un TP/TCA bas

14.3 : ECBU

Tableau XVIII : Répartition selon l'examen cyto bactériologique des urines

ECBU	Effectifs	Pourcentage
Oui	3	8,6
Non	32	91,4
Total	35	100

Trois (3) de nos patientes ont réalisé un ECBU dont deux (2) des résultats sont revenu stériles et un (1) a isolé un germe *E. coli*.

14.4- Echographie de la tuméfaction clitoridienne :

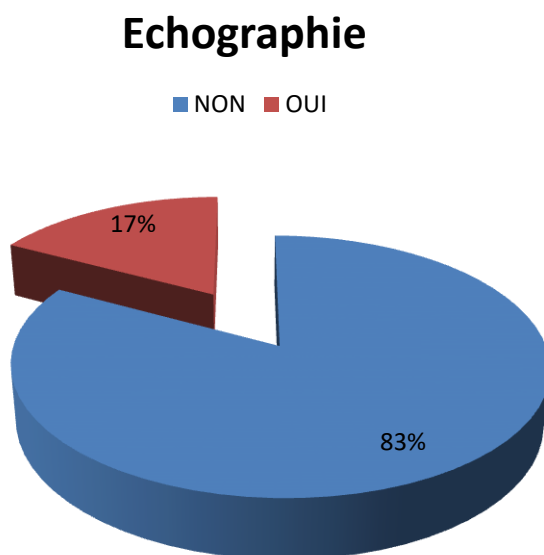


Figure 6:Répartition selon la réalisation de l'échographie

Six (6) de nos patientes (**17%**) ont réalisé une échographie dont les résultats ont objectivé une masse kystique du clitoris

15- Complications

Tableau XIX : Répartition selon le type de complication

Diagnostic	Effectifs	Pourcentage
Kystes clitoridiens	6	17,14
Saignement post excision	9	25,72
Synéchies des petites lèvres	20	57,14
Total	35	100

Plus de la moitié de nos patientes avaient la synéchie des petites lèvres

16-Traitement

16.1- Traitement médical

Toutes nos patientes ont reçu un traitement antalgique, antibiotique et antiseptique.

16.2- Traitement chirurgical

Tableau XX : Répartition selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgicale	Effectifs	Pourcentage
Libération des petites lèvres	16	55,2
Désinfibulation	4	13,8
Exérèse	6	20,7
Suture hémostatique	3	10,3
Total	29	100

Plus de 3/4 de nos patientes ont reçu un traitement chirurgical

La **libération** a été la technique la plus utilisée chez 55,2% des patients opérés

16.3- Traitement post opératoire chez les patientes opérées

Tableau XXI : Répartition des patients selon le traitement post opératoire

Soins	Effectifs	Pourcentage
Sondage urinaire	12/29	41,4
Bain de siège	20/29	69
Pansement	9/29	31
Transfusion	3/29	10,3

Plus de la moitié de nos patientes ont reçu un bain de siège soit 69% des cas.

16.4- Traitement chez les patientes non opérés

Six (6) de nos patientes n'ont pas été opérés et ont bénéficié d'une transfusion, d'un sondage urinaire et d'un pansement

16.5- Durée d'hospitalisation

Tableau XXII : Répartition selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (jours)	Effectifs	Pourcentage
≤ 1	22	62,86
2-5	4	11,43
≥ 7	9	25,71
Total	35	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de **2,97 jours** ± **2,70** avec des extrêmes de **1 et 7 jours**

17- Etude analytique

Tableau XXIII : Relation entre le type et l'ethnie

ETHNIE	Type			TOTAL
	I	II	III	
Bambara	2	5	0	7
Peulh	2	5	1	8
Soninké	1	4	1	6
Dogon	0	1	0	1
Minianka	0	2	0	2
Kassonké	0	2	0	2
Autres	0	7	2	8
Total	5	26	4	35

P : 0,52

*Autres: malinké, bobo, maure.

Tableau XXIV : Relation entre le type et le diagnostic

Types				
Diagnostic	I	II	III	Total
Infibulation	0	0	4	4
Kystes clitoridiens	5	1	0	6
Saignement post excision	0	9	0	9
Synéchies des petites lèvres	0	16	0	16
Total	5	26	4	35

P : 0

Tableau XXV : Relation entre le type et l'âge de l'excision

Types				
Age à l'excision (jrs)	I	II	III	Total
≤ 30	1	1	0	2
31-180	3	23	3	29
181-365	1	1	1	3
> 365	0	1	0	1
Total	5	26	4	35

P: 0,62 khi-2 :0,53

Tableau XXVI: Relation entre le type et le délai d'apparition des complications

Délai d'apparition (mois)	TYPE			Total
	I	II	III	
<3	1	18	3	22
4-6	1	2	0	3
>6	3	6	1	10
Total	5	26	4	35

P : 0,24 khi-2 :0,14

Tableau XVII : Résultats selon l'évolution

Prise en charge	Effectifs	Pourcentage
Favorable	26	74,3
Suppuration	2	5,7
Récidives (synéchies)	4	11,4
Perdus de vue	3	8,6
Total	35	100

Nos résultats ont été favorable dans **74,3%** des cas sans complication ni incident survenue

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude était transversale et descriptive portant sur l'aspect épidémiologique et thérapeutique des complications liées à l'excision allant du **1er juin 2012 au 30 juin 2018** au service de chirurgie pédiatrique du CHU-Gabriel Touré soit une période de **6 ans**.

Dans la littérature malienne, peu d'études ont été faites sur ce thème. De ce fait nous ne disposons pas assez de références et de chiffres pour une plus large discussion.

Fréquence :

L'excision est une pratique très répandue dans le monde, elle toucherait environ 200 millions de femmes dans le monde dont 44 millions de moins de 15 ans [16]. Le Mali fait partie des pays où l'incidence est très élevée (85%) [17]. Cette pratique n'est pas dénuée de complications et de séquelles. Durant notre étude **16441** patients étaient admis dans le service de chirurgie pédiatrique dont 35 cas de complications liées à l'excision soit une fréquence hospitalière dans le service à **0,21%**.

Ce chiffre est sous-estimé car ces complications sont présentes en charge dans d'autres structures et par d'autres spécialités.

Prévalence :

En **6 ans** d'étude nous avons recensé **35 cas** de complications soit une prévalence de **5 cas par an**. Ce qui est similaire à celle d'ATJI F [20] et supérieure à celle de Koné JP [21] qui avaient trouvé respectivement une prévalence des complications de **5%** en **2006** et **1,2%** en **2018**.

Age :

Les nourrissons étaient les plus touchés dans notre étude avec une fréquence de **68,56 %** et un âge moyen de **2,5 ± 1,8 an**. Nos résultats diffèrent de ceux trouvés par Touré M [22], EDS V [23] et Koné JP [21] qui sont respectivement de **53,8%**

dans la tranche d'âge de 11 à 25 ans , de 49,5% dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans et 27,3% dans la tranche d'âge de 15 à 25 ans.

Dans notre série 83% de nos patientes avaient subi l'excision avant l'âge de 6 mois. Ce résultat est comparable à celui de Koné JP [21] qui avait trouvé 84,4% et supérieur à celui de l'OMS au Tchad [24] qui avait trouvé 4% d'excisés avant 5ans.

Cette différence tient au fait que notre service est spécifiquement pédiatrique ; les autres cas ne sont pas vus.

Ethnie :

Les bambaras (25,7%) suivis des peulh (20%), des soninké (17,1%) des sonrhaimalinké (11,4%), minianka-kassogué (5,7%) et dogon (3%) sont les ethnies les plus représentées par ordre de fréquence décroissante. Dans d'autres études malienne sur le même thème dans certaines régions, les bambaras sont toujours en tête comme nous rapportent Kanda K 44,2% [1] et Kanté I 34,6% [24] tandis que Koné J P [21] dans son étude avait trouvé une forte représentativité des peulhs et malinké (27,3%, 27,3%) par rapport au bambaras (19,5%).

Au Mali l'excision n'est pas seulement pratiquée par les bambaras, en effet la forte représentativité pourrait s'expliquer par le fait que le bambara soit l'ethnie dominante au Mali.

Niveau d'instruction et profession des parents :

Les mères non scolarisées représentaient 54,3% alors que les pères étaient scolarisés à hauteur de 62,9%.

De même les mères ménagères représentaient 74,3% tandis que 40% des pères étaient commerçants. Koné JP [21] dans son étude avait trouvé 75,3% de mères non scolarisées, 61% des pères instruits, 83,1% des mères ménagères avec 55,8% des pères ouvriers ; quand à celui de Kanda K [1] 83% des mères et 87% des pères étaient non scolarisés et 42,3% des pères étaient cultivateurs.

Une étude réalisée au Burkina Faso avait montré que la fréquence de la pratique des MGF diminue en fonction du degré d'élévation du niveau d'instruction que

les parents ont reçu [24]. Ceci pourrait être un élément d'espoir pour l'abandon de cette pratique combien néfaste.

Les différents types d'excisions :

Le type II et I étaient les plus fréquents dans notre étude avec respectivement 74,3% et 14,3% suivis du type III qui représentait 11,4%

Ce résultat est différent de celui de Koné JP [21], de Kanda K [1] et UNICEF [25] qui avaient trouvés respectivement 66,2% type II et 23,4% type III ; 53,8% type II et 46,2% type III, 63% type II et 60% type III.

Ce résultat s'expliquerait surtout par l'apparition des complications qui sont plus observées dans le type II.

Auteur de l'excision :

Dans notre étude 62,9% des patientes ont été excisées par des exciseuses traditionnelles contre 37,1% par des professionnels de santé.

Ce résultat est comparable à celui de Koné JP [21] qui avait trouvé respectivement 71,4% pour les exciseuse traditionnelle et 28,5% pour les professionnels de santé

Malgré un niveau toujours faible, on assiste de plus en plus à l'implication d'agent de santé dans la pratique.

Les principales complications :

Dans notre série, les complications étaient dominées par la synéchie des petites lèvres suivis des hémorragies. Cela s'explique par le faite que la majorité de nos patientes avaient subi une excision de type II selon l'OMS.

Prise en charge :

Médicale :

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

Chirurgicale :

- *La libération des petites lèvres*

Nous avons réalisé 55,2% de cas de libérations des petites lèvres dans notre série.

- ***La désinfibulation***

Nous rapportons que 4 de nos patientes soit 13,8% ont bénéficié d'une désinfibulation

Ce résultat est inférieur à celui de Koné J P [21] et Kanda K [1] qui avaient trouvé respectivement 59,7% et 46% ;

Cette différence s'explique par le nombre de patientes recensés

- ***Kystectomie vulvaire ou exérèse***

Nous avons réalisé une ablation de kyste situé au niveau de la vulve chez 20,7% de nos patientes.

Ce résultat est comparable à celui de Koné J P [21] qui avait trouvé 19,5%.

- ***Suture d'hémostase***

Nous avons réalisé 10,3% de cas de suture d'hémostase au niveau de la vulve à l'admission, après avoir subi clandestinement l'excision.

Les résultats selon l'évolution de la prise en charge

Dans notre étude, les suites ont été favorables dans 74,3% des cas avec 11,4% de récurrences (synéchies...) ; ce qui est légèrement inférieur à celui de Koné J P [21] soit 94,8%.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI-CONCLUSION :

Les complications liées à l'excision demeurent un problème de santé public, avec une fréquence hospitalière dans le service de 0,21% soit une prévalence de 5 cas par an.

Les nourrissons étaient les plus concernés dans notre étude.

L'âge moyen à l'excision était de 128,37 jours \pm 250,70

La synéchie des petites lèvres a été la complication la plus représentée.

Le traitement dépend du type de complication et la libération a été la technique opératoire la plus utilisée.

VII- RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux agents de santé :

- Eviction de la pratique de l'excision.
- Education, information et communication lors des consultations afin de faire prendre conscience à la population des conséquences de l'excision.

Aux autorités :

- Renforcement des campagnes de sensibilisations auprès de toutes les couches sociales en vue d'induire un changement de comportement.
- Assurance d'une formation continue des prestataires sur la prise en charge des complications de l'excision.
- Sanction des agents de santé qui pratiquent l'excision.
- Dotation des hôpitaux et des centres de santé de références en médicaments pour la prise en charge gratuite des complications de l'excision.
- Adoption d'une loi interdisant les mutilations génitales féminines
- Implication des autorités religieuses dans la lutte contre l'excision

A la population :

- Acceptation des informations données sur les mutilations génitales féminines.
- Organisation des causeries débat sur les inconvénients de l'excision lors des rassemblements.
- Abandon de la pratique de l'excision.

BIBLIOGRAPHIES

VIII- REFERENCES:

1. **KEITA K.** Prise en charge des séquelles liées à l'excision à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou à propos de 52 cas [Thèse de médecine]. Bamako : FMPOS ; 2010. 115p.
2. **SIDIBE K.** Etude des séquelles génito-urinaires de l'excision au service d'urologie du CHU-Gabriel Toure à propos de 24 cas [Thèse de médecine]. Bamako: FMPOS; 2009.107p.
3. **ASSAAD M B, BADAWI M, KLUVITSE A, KOSO-THOMAS OA, MRISHO FH, RAMSEY MP et al.** Female Genital Mutilation. Report of a technical working Group.1995; 32p. Genève, 1996.
4. **HUSE D M.** La lutte contre l'excision au Mali : un cas de « négro-féminisme » ? [Mémoire de master]. OSLO : Université d'Oslo ; 2009. 66p.
5. **DIOP JN, MAKSUD N, DIOUF T, BARIC S, RODRIGUEZ W, AKULLU H, et al.** Programme Conjoint UNFPA-UNICEF sur l'élimination des mutilations génitales féminines : Accélération du changement. Rapport annuelle 2018.112p.
6. **BALLO B M, TRAORE M S, NIAMBELE S, BA S, AYAD M, NDIAYE S.** Enquête démographique et de santé Mali (EDS III) 2001. Rapport d'enquête Ministère de la santé 2002 ; 476p.
7. **DOUCOUR L.** Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines : Connaissance ; Attitude, Enseignement [Thèse de médecine]. Paris V : Faculté de Médecine PARIS DESCARTES ; 2011. 95p.
8. **UNICEF/GAMS.** En finir avec l'excision. Rapport de la Fédération nationale du G.A.M.S 2013.
9. **LOUISE A, KOICHIRO M, MARGARET C, THORAYA A O, PETER P, ANTONIO G et al.** Eliminer les Mutilations sexuelles féminines : déclarations inter institutions. Rapport d'étude 2008. 51p.

10. **DIALLO H.** Aspect socio-sanitaires de l'excision au Mali [Thèse de médecine]. Bamako: ENMP ; 1990.
11. **ROUVRIERE H.** Anatomie du tronc. 11ème Edition. Paris : Masson ; 1978. 632p.
12. **ERLICH M.** La femme blessée, essai sur les mutilations sexuelles féminines. 1^{ère} édition. Paris : Harmattan ; 1986. 438p.
13. **DIETERLEN G.** Essai sur la religion bambara. 1ère édition. Paris : PUF ; 1951. 67p.
14. **ASSAD F.** Plein feu sur la mutilation sexuelle des femmes. Genève : Forum mondial de la santé ; 1982. 443-6p
15. **SAUREL R.** L'enterrée vive. 1^{ère} édition. Paris : Slatkine ; 1981.
16. **MAÏGA L M D.** Conséquences gynéco-obstétricales de l'excision chez la femme malienne [Mémoire]. Dakar : CESSI ; 1984. 61p.
17. **SIDIBE A.** Excision : aspects épidémiologiques, socio culturels et anatomo-cliniques à propos de 1000 cas à la Pédiatrie du CHU GT [Thèse de médecine]. Bamako : FMPOS ; 2004 .92p.
18. **JACOB J, BRIK-SØRENSEN L.** Reconstruction après la circoncision féminine rituelle. Médecine Hebdomadaires [en ligne]. 2019 Septembre [consulté le 31 Janvier 2020] ; (39) : [181 pages]. Consultable à l'URL : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
19. **SAMAKE S, TRAORE M S, BA S, DEMBELE E, DIOP M, MARIKO S et al.** Enquête Démographique de Santé du Mali (EDS IV) 2006, rapport d'enquête Ministère de la santé 2007 ; 410p.
20. **FATOU A.** Excision : Aspects socio sanitaires au Mali à propos de 1000 cas au service de Gynécologie Obstétrique du CHU du Point G [Thèse de médecine]. Bamako : FMPOS ; 2007. 85p.
21. **KONE J P.** Aspect épidémiologique et clinique des complications de mutilations génitales féminines à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes [Thèse]. Bamako : FMOS ; 2018. 86p.

- 22.**TOURE M.** Excision et santé de la femme à Bamako. 1^{ère} édition. Conakry : Ganndal ; 2003.64p.
- 23.**DOUMBIA B, TRAORE M S, DIALLO J Z, SAMAKE S, MAIGA A, DIOP M et al.** Enquête démographique et de santé du Mali (EDS-V). Rapport d'enquête 2012. 557p.
- 24.**OMS.** Projet Abandon des MGF au Tchad. Enquête démographique 2011.
- 25.**KANTE I.** Complications gynéco obstétricales et génito-urinaires liées à l'excision [Thèse de médecine]. Bamako : FMPOS ; 2001.69p.
- 26.**SANKARA T.** Excision est une infériorisation de la femme. Famille et développement. Dakar N°59 ; Décembre 1991.
- 27.**MULLER E.** Mutilation génitales féminines en Suisse. Rapport d'enquête 2012 ; 32p.
- 28.**GEETA R G.** MGF/EXCISION : Aperçu statistique et étude de la dynamique des changements. Rapport d'étude 2013 ; 194p.

ANNEXES

ANNEXES

Profil 1: nourrissons de 3 mois reçu pour rétention d'urine +anémie post excision

Diagnostic : excision de type II selon l'OMS

Geste : pansement compressif + Sondage vésicale



Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Excision du clitoris avec une ablation partielle des petites lèvres

Profil 2 : Nourrissons de 6 mois reçu pour Saignement post excision

Diagnostic : Excision de type II

Geste : Pansement compressif+ sondage vésicale



Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Profil 3 : Nourrissons de 5 mois

MDC : Anémie post excision

Diagnostic : Excision de type II

Geste : Pansement



Patiente vue en position gynécologique

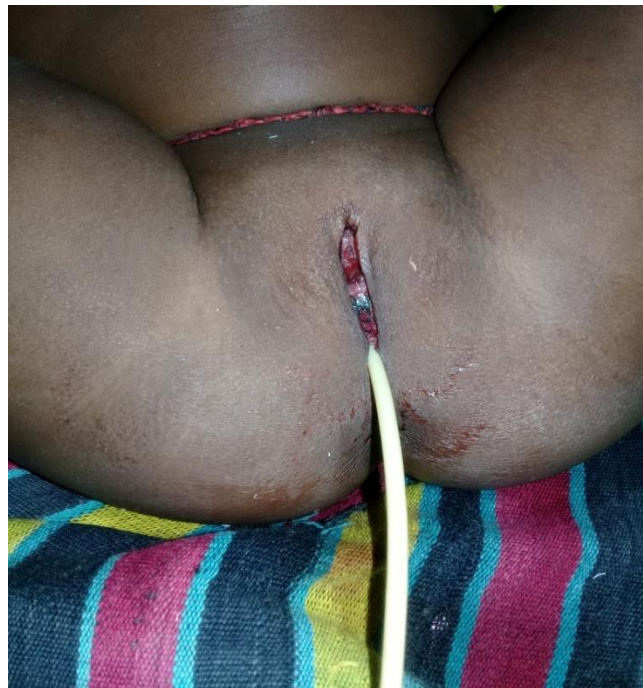
Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Excision du clitoris avec une ablation totale des petites lèvres et partielles des grandes lèvres recouverte de poudre noir

Profil 4 : Nourrissons de 4 mois reçu pour Saignement post excision

Diagnostic : Excision de type II

Geste : Sondage vésical + Pansement



Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Excision du clitoris avec une ablation totale des petites lèvres et partielles des grandes lèvres

Profil 5: nourrissons de 4 mois reçu pour hémorragie post excision

Diagnostic : Excision de type II selon l'OMS

Geste : suture hémostatique + Sondage vésical



Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Excision du clitoris avec ablation des petites lèvres saignant activement chez qui on a fait quelques points d'hémostase

Profil 6: fillette de 1 an

MDC : dysurie

Diagnostic : synéchies des petites lèvres

Intervention : libération



Avant



Après

Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Absence de clitoris avec accolement des petites lèvres laissant un orifice ponctiforme à travers lequel s'écoule les urines

Profil 7 : Fillette de 2 ans

Diagnostic : synéchies des lèvres

Geste : libération



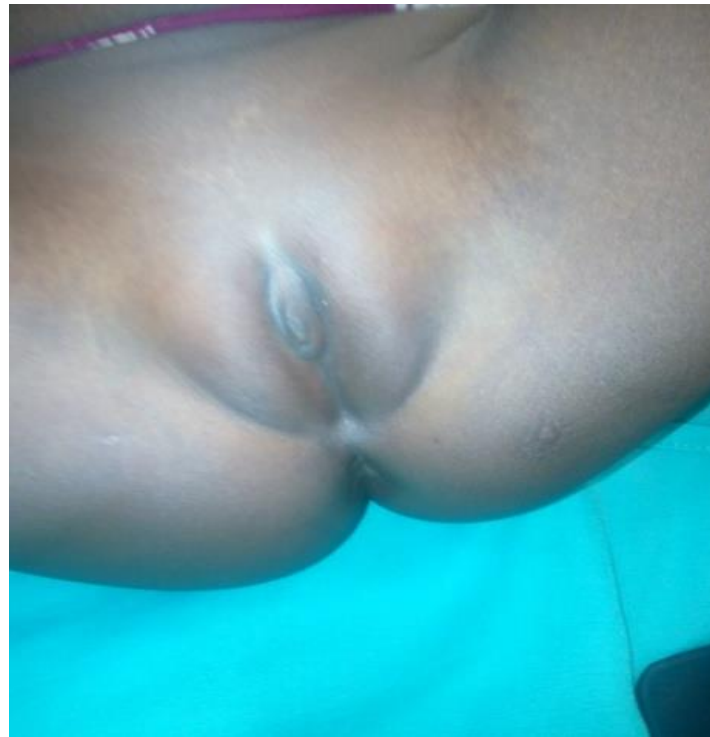
Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Profil 8 : fille de 15 ans

Diagnostic : infibulation (excision type III)

Intervention : désinfibulation



Avant



Après

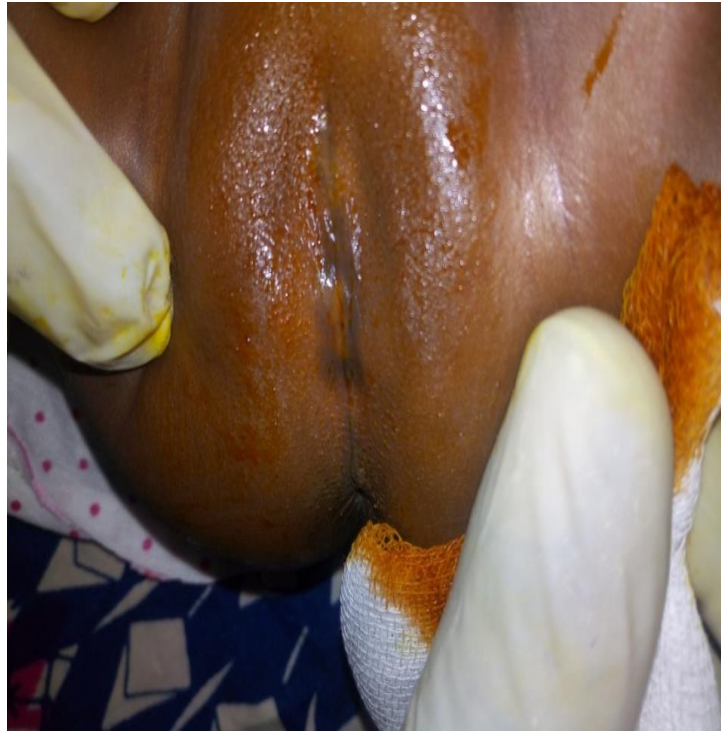
Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Profil 9 : Fillette de 1 an

Diagnostic : infibulation

Geste : desinfibulation



Patiente vue en position gynécologique

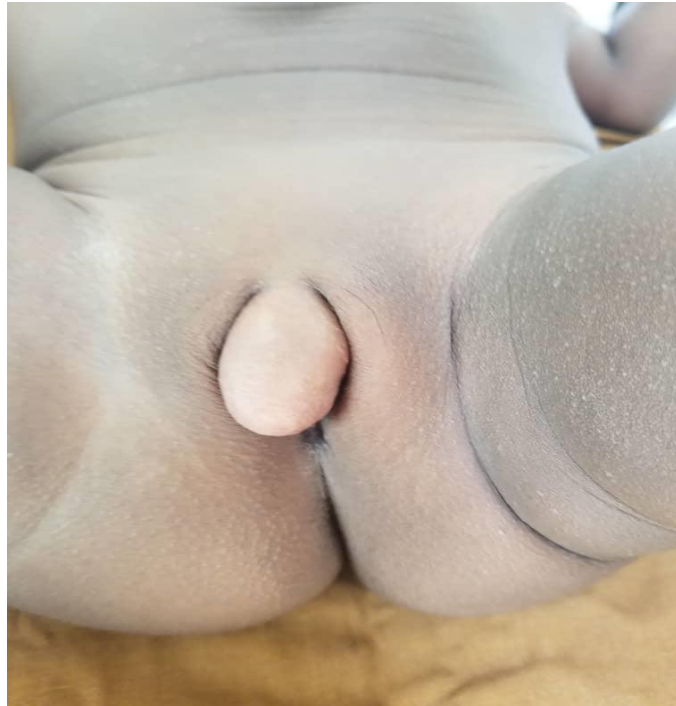
Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Excision du clitoris, des petites lèvres et partielle des grandes lèvres avec suture rétrécissement de l'orifice vaginal (Infibulation)

Profil 10 : fillette de 8 ans reçu pour tuméfaction clitoridienne

Diagnostic : kyste clitoridien

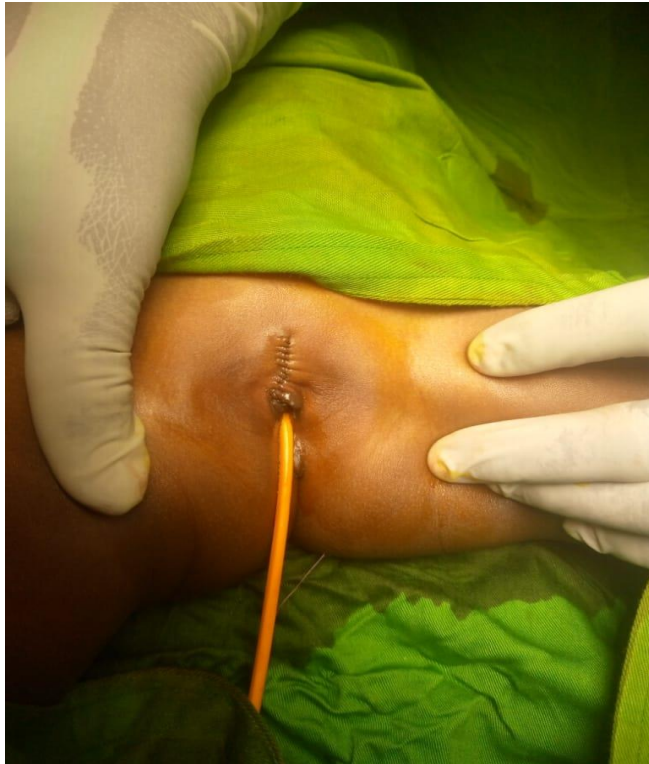
Geste : exérèse



Avant



Pendant



Patiente vue en position gynécologique

Source : Chirurgie pédiatrique CHU-GT

Tuméfaction clitoridienne molle, indolore recouvrant partiellement le méat urétral

FICHE D'ENQUETE :

N° fiche...../ /

N° dossier...../ /

I. Données sociodémographiques

1. Nom et Prénom.....

2. Age...../ /

3. Sexe...../ /

4. Adresse habituelle.....

5. Contact à Bamako.....

6. Provenance.....

a. Bamako b. Kayes c. Koulikoro d. Sikasso e. Ségou

f. Mopti g. Tombouctou h. Gao i. Kidal j. Ménaka k. Taoudéni.

Autres à préciser.....

7. Religion :

a) Musulmane b) chrétienne c) animiste d) Autres

8. Nationalité.....

a. Malienne b. Étrangère (à préciser)

9. Adressé (e) par.....

a. Parents b. Infirmier c. Etudiant d. Médecin

Autres à préciser....

10. Scolarisation du père.....

a. Primaire b. Secondaire c. Universitaire d. non scolarise

Autres à préciser.....

11. Scolarisation de la mère.....

a. Primaire b. Secondaire c. Universitaire d. non scolarise

Autres à préciser.....

12. Principale activité du père.....

a. Fonctionnaire b. Commerçant c. Cultivateur d. Manœuvre

e. Elève /Etudiant Autres à préciser.....

13. Principale activité de la mère.....

a. Fonctionnaire b. commerçante c. Cultivateur d) ménagère e.
élève/étudiante

Autres à préciser.....

14. Ethnie...../ /

a. Bambara b. malinké c. peulh d. sonrhäï e. Sarakolé f. senoufo

g. Bobo h. Miniankai. Dogon j. Touareg k. bozo

Autres à préciser.....

15. Mode de recrutement...../ _ /

a. Urgence b. Consultation externe

16. Mode de références :/ _ /

17. Motif de consultation :

18. Délai de consultation/ _ /

19. Durée d'hospitalisation...../ _ /

II. Antécédent

Personnels :

a. Médicaux...../ _ /

b. Chirurgicaux...../ _ /

20. Statut vaccinal.....

a. A jour b. Non à jour

21. Age à l'excision :/ _ /

22 .Auteur de l'excision :/ _ /

III- Diagnostic cliniques

23. Classification selon l'OMS

-Type I /_/_

- Type II /_/_

- Type III /_/_

- Type IV /_/_

24. Délais d'apparition des complications :...../_/_

III- Complications

25. Gynécologiques

a-Synéchies des petites lèvres _\

b-Sténoses du méat urétral _\

c-Kystes du clitoris _\

d- Kyste dermoïde _\

e- Neurinome clitoridien _\

f- Chéloïde _\

g- Brides _\

h- Abscesses _\

i-Dysménorrhée _\

j-Douleurs pelviennes chroniques _\

k- Autres _\

26. Urologiques

a- Infections urinaires _\

b- Lithiase des voies urinaires _\

c- Autres _\

27. Psycho-sensorielles

a- Anxiété _\

b- Dépression _\

c- Autres _\

IV- BILANS

- NFS

- Groupage Rhésus

- TCK, TP

- Glycémie

- Créatininémie / Urée

- ECBU

- Echographie de la tuméfaction clitoridienne

V- Prise en charge

a) Médicale

28. Nature du traitement.....

a. Bain de siège b. Antalgique c. Perfusion d. Antibiotique

e. Sonde urinaire f. Transfusion g. Pansement

Autres à préciser.....

b) Chirurgicale

-Oui _\ Non _\

-Si oui?

-Technique chirurgicale

a-Suture hémostatique

b-desinfibulation

c-Exérèse

d-Libération

f-Dilatation de la sténose.....

- Suites opératoires

Favorables.....

Compliquées de

a-Infection

b- Récidives

VI- coût direct de la prise en charge

- Examens complémentaires.....

- Médicale.....

- Chirurgical.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : Traore

Prénom : Fanta

Sexe : Féminin

Email : tfanta21@yahoo.fr

Titre de la Thèse : Aspect épidémio-clinique et thérapeutique des complications liées à l'excision au service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré

Année universitaire : 2018-2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali(Bamako)

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE FMPOS

Secteur d'intérêt : Chirurgie pédiatrique, Santé publique

Résumé : Il s'agissait d'une étude rétro et prospective de 6 ans réalisée de Juin 2012 à Juin 2018 portant sur l'aspect épidémio-clinique et thérapeutique des complications liées à l'excision dans le service de chirurgie pédiatrique du CHU Gabriel Touré de Bamako.

Nous avons colligé 35 cas de complications liées à l'excision sur 16441 consultations, 8806 malades hospitalisés et 4915 interventions. Ainsi les complications liées à l'excision ont représentées 0,21 % des consultations ordinaires ; 0,39 % des hospitalisations ; 0,71 % des interventions chirurgicales.

L'âge moyen était de $2,5 \pm 1,8$ ans avec des extrêmes de 2 mois et 15 ans.

Trois types d'excision ont été retrouvés dans l'étude sources de complications avec 74,3% pour le type II, 14,3% pour le type I et 11,4% pour le type III. Toutes les ethnies de Bamako étaient pratiquement représentées.

Nous avons eu souvent recourt aux examens complémentaires (échographie, ECBU) devant certains tableaux.

Nous avons enregistré des complications : hémorragiques avec une fréquence de 25,72%,

Le délai moyen de consultation était de 568,31 jours

Le séjour hospitalier moyen a été de 2,70 jours.

Les suites de nos prises en charge ont été simples dans la majorité des cas.

Toutes ces données permettent de penser que la lutte contre l'excision reste encore une chose ardue.

Mots-clés : excision, infibulation, 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 le crime.

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 pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leurs 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.