

# Complications de l'infibulation : à propos de trois plasties vaginales à Kossodo (Burkina Faso).

F. Millogo-Traoré, M. Akotionga & J. Lankoande

Unité de formation et de recherche des sciences de la santé (UFR/SDS) de l'Université de Ouagadougou, Burkina Faso. E.mail : fmillogo\_traore@caramail.com

Manuscrit n°2386. "Clinique". Reçu le 31 décembre 2001. Accepté le 19 juin 2002.

**Summary:** Complications of infibulation concerning three cases of vaginal plastic surgery in Kossodo (Burkina Faso).

From 01 November 2000 to 31 October 2001, three cases of infibulation were referred to the gynecological and obstetrical sanitary branch of Kossodo, which corresponds to 1,6% frequency. It concerns young patients (average age = 19 years), Mossi, who had an excision done between age 6 and 14. The main reason for reference was the impossibility to have sexual intercourse. There were no post surgical consequences. The possible consequences are psychological trauma, dyspareunia, dystocia of flabby tissues during future deliveries.

**Résumé :**

Du 1<sup>er</sup> novembre 2000 au 31 octobre 2001, trois cas d'infibulation ont été colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du district sanitaire de Kossodo (Burkina Faso), soit une fréquence de 1,6 %. Il s'agissait de patientes jeunes (âge moyen = 19 ans), Mossi, chez qui une excision avait été pratiquée entre 6 et 14 ans. Le principal motif de consultation était l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels. Les suites opératoires ont été simples. Un traumatisme psychologique, une dyspareunie et une dystocie des tissus mous lors des accouchements futurs sont cependant à craindre.

infibulation  
prognosis  
plasty  
hospital  
Burkina Faso  
Sub-Saharan Africa

infibulation  
pronostic  
plastie  
hôpital  
Burkina Faso  
Afrique intertropicale

## Introduction

L'infibulation est une mutilation génitale féminine de type LIII selon la classification de l'OMS (6). Elle se définit comme l'excision de la totalité ou d'une partie de l'appareil génital externe et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale. Elle constitue une atteinte à l'intégrité physique et psychosociale des femmes et des jeunes filles et représente une violence à leur égard.

Au cours de notre pratique, nous avons observé trois cas d'infibulation aux conséquences pathologiques que nous nous proposons d'analyser aux plans cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

## Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> novembre 2000 au 31 octobre 2001, dans le service de gynécologie et d'obstétrique du district sanitaire de Kossodo. Ce district est situé dans la partie nord-est de la ville de Ouagadougou. Il a une superficie de 137 km<sup>2</sup> et une population de 155 129 habitants (3).

Le service de gynécologie et d'obstétrique se compose d'une maternité (avec une capacité de 16 lits et pratiquant en moyenne cent accouchements par mois) ; d'une unité de santé maternelle et infantile (vaccination, consultation prénatale, planification

familiale, consultation du nourrisson et consultation post-natale) et d'une unité de consultation externe de référence.

Au cours de la période d'étude, 188 nouvelles patientes ont été reçues en consultation externe de référence pour des motifs divers, dont trois pour une symptomatologie qui sera rapportée aux conséquences pathologiques d'une infibulation.

## Cas cliniques

Premier cas

Mademoiselle O. A., 20 ans, ménagère, nulligeste, célibataire, consulte le 14 novembre 2000 pour impossibilité de rapports sexuels. Dans ses antécédents, la patiente signale une excision pratiquée à l'âge de 9 ans et les ménarches apparues à l'âge de 12 ans. À l'examen gynécologique, nous notons une suture complète des grandes lèvres, une absence totale du clitoris et des petites lèvres, une fermeture presque totale de l'ouverture vaginale. Le méat urinaire n'est pas visible. Un pertuis de deux millimètres de diamètre est perçu au niveau de la fourchette vulvaire. Une plastie vaginale est pratiquée le 31 janvier 2001 : la patiente est revue au premier, deuxième, troisième, septième et dixième jours après l'intervention, à un mois, puis deux mois et enfin trois mois. Une légère suppuration de la plaie opératoire au septième jour post-opératoire et un léger rétrécissement de l'orifice vaginal à deux mois ont émaillé les suites opératoires. Trois séances de dilatation vaginale à l'aide de bougies de Hégar n° 21 à n° 29, associées à la prise d'œstrogènes par voie locale, viendront à bout de ce rétrécissement. O. A. se marie en juin 2001, mais présente une dyspareunie séquelle.

Photo 1



1 a. Mlle O.A.: avant intervention / before surgical operation



1 b. Mlle O.A.: après intervention / after surgical operation

## Deuxième cas

Mademoiselle O. S., 17 ans, ménagère, nulligeste, célibataire, consulte le 21 février 2001 pour impossibilité de rapports sexuels. Dans ses antécédents, l'âge des ménarches et de l'excision se situe à 14 ans. La patiente signale une dysménorrhée primaire. À l'examen gynécologique, nous notons une suture quasi complète des grandes lèvres, une absence totale du clitoris et des petites lèvres, une obturation presque totale du vagin. Le méat urinaire n'est pas visible. Un orifice de trois millimètres de diamètre est perceptible au niveau de la fourchette vulvaire. Une plastie vaginale est effectuée le 27 mars 2000. Une surveillance a lieu au premier, deuxième, troisième, septième et dixième jours post opératoires, à un mois, deux mois et trois mois. Les suites opératoires sont simples. La patiente ne signale pas de dyspareunie.

## Troisième cas

Mademoiselle T. C., 21 ans, élève, nulligeste, célibataire, consulte le 16 juillet 2001 pour impossibilité à réaliser des rapports sexuels. Antécédents : excision pratiquée à l'âge de 6 ans ; apparition des ménarches à 14 ans ; une dysménorrhée primaire et une plastie vulvaire réalisée en 1998. À l'examen gynécologique, nous notons une suture totale des grandes lèvres, une absence totale du clitoris et des petites lèvres, une fermeture presque totale du vagin. Le méat urinaire n'est pas visible. Un orifice de six millimètres de diamètre est perçu au niveau de la fourchette vulvaire. Une plastie vaginale est pratiquée le 25 septembre 2001. La surveillance a lieu au premier, deuxième, troisième, septième et dixième jours post opératoires, à un mois, deux mois et trois mois. Les suites opératoires sont simples. La patiente signale une dyspareunie.

## Résultats

Dans notre série, nous avons colligé trois cas d'infibulation sur une période d'un an. Au cours de la même période, nous avons reçu 188 patientes en consultation externe soit une fréquence de 1,6 %. Les trois patientes sont jeunes : 17 à 21 ans, avec un âge moyen de 19 ans. L'âge auquel l'excision a été pratiquée varie entre 6 et 14 ans dans notre série. Toutes les trois sont des nulligestes, l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels expliquant l'absence de grossesses. Nos patientes n'exercent aucune activité rémunératrice (deux ménagères et une élève). Elles sont toutes de l'ethnie mossi, ethnie majoritaire au Burkina Faso.

Le principal motif de consultation est l'impossibilité d'avoir des rapports sexuels, associée ou non à une dysménorrhée.

Toutes nos patientes présentent le même tableau clinique :

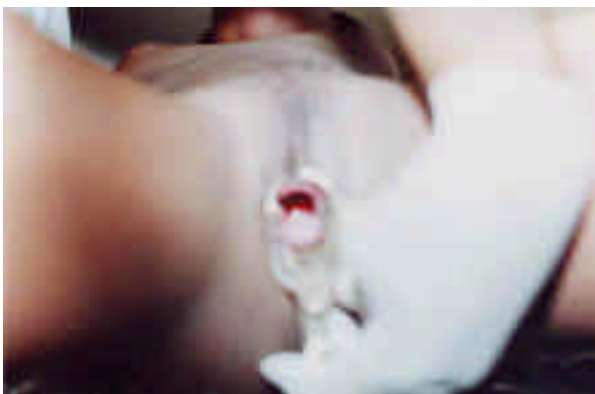
- suture quasi totale des grandes lèvres, absence totale du clitoris et des petites lèvres,
- méat urinaire non visualisable,
- oblitération presque totale de l'orifice vaginal.

La plastie vaginale est réalisée sous anesthésie loco-régionale à l'aide de la marcaïne 3 ml à 0, 5 %. Après les mesures d'asepsie usuelles, une colpotomie est pratiquée par incision médiane verticale sur l'ancienne cicatrice vulvaire. Un décapage du

Photo 2.



2 a. Mlle O.S.: avant intervention / before surgical operation



2 b. Mlle O.S.: après intervention; speculum en place / after surgical operation: speculum being positioned

tissu scléreux avoisinant est ensuite effectué, permettant ainsi de repérer l'orifice urétral. Une sonde urinaire n°16 est alors placée à demeure. Nous procédons à une hémostase des berges de l'incision par des points séparés en X au vicryl. Nous terminons par un examen au spéculum : l'aspect du col utérin est notifié et une hystérométrie pratiquée. Un tampon vaginal imbibé de bétadine est laissé en place pendant 72 heures et quotidiennement renouvelé. La surveillance a été clinique, basée sur la recherche d'une surinfection et le maintien d'une bonne perméabilité vaginale tant sur le plan anatomique que fonctionnel.

Le pronostic immédiat est bon dans l'ensemble. Un cas de suppuration légère et de rétrécissement de l'orifice vaginal a été vite jugulé, mais a laissé une dyspareunie séquellaire. Quant au pronostic ultérieur, il faut craindre un traumatisme psychologique et un accouchement par voie basse dystocique si ces patientes n'ont pas ultérieurement accès à la césarienne.

Photo 3.



3 a. Mlle T. C.: avant intervention / before surgical operation



3 b. Mlle T. C.: après intervention / after surgical operation

## Commentaires

### Fréquence de l'infibulation

À travers le monde, 132 millions d'adolescentes ou de femmes sont victimes de mutilations génitales ; la plupart résident dans 28 pays d'Afrique (5). BANKOLÉ et collaborateurs ont rapporté des cas d'infibulation en Côte d'Ivoire (2).

Au Burkina Faso, les mutilations génitales touchent 70% de la population féminine (5). L'infibulation, quant à elle, représente 0,5 % des mutilations génitales féminines dans la classe d'âge de 12 – 14 ans et 1,4 % des mutilations génitales féminines dans celles de 20 à 24 ans, selon NIKIÉMA et collaborateurs (4).

### Mesures de lutte contre l'excision au Burkina Faso

Au Burkina Faso, l'excision est un délit puni par les dispositions du code pénal en vigueur depuis 1996 (1).

L'article 380 énonce : "est puni d'un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et d'une amende de cent cinquante mille francs (CFA) à neuf cent mille francs (CFA) ou de l'une de ces deux

peines seulement, quiconque porte ou tente de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital de la femme par ablation totale, excision, infibulation, insensibilisation ou tout autre moyen. Si la mort en est résultée, la peine est un emprisonnement de 5 à 10 ans".

Article 381 : "Les peines sont portées au maximum si le coupable est du corps médical ou paramédical. La juridiction saisie peut en outre porter contre lui l'interdiction d'exercer sa profession qui ne peut excéder 5 ans".

Article 382 : "est puni d'une amende de cinquante mille francs (CFA) à cent mille francs (CFA), toute personne qui, ayant connaissance des faits prévus à l'article 380, n'en avertit pas les autorités compétentes".

Ces lois ne sont pas appliquées dans toute leur rigueur ; ceci du fait qu'il existe toujours une complicité entre les familles des victimes et l'exciseuse (l'auteur étant le plus souvent une femme).

Un comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE) a été créé le 18 mai 1990. Ce comité a entrepris de vastes campagnes de sensibilisation pour l'abandon de cette pratique néfaste. Toutes ces mesures ont abouti à une régression notable du taux des mutilations génitales féminines. Il existe cependant des poches de résistance dans certaines localités dues au fait qu'il s'agit de pratiques séculaires régies par des croyances empiriques.

## Conclusion

L'infibulation est une pratique néfaste qui cause d'énormes préjudices physiques, sexuels et psychologiques chez des femmes jeunes. Leur réparation chirurgicale donne de bons résultats mais une dyspareunie, un traumatisme psychologique et une dystocie des tissus mous en *per partum* sont à craindre. Aussi nous préconisons que des mesures énergiques soient prises pour l'abolition de cette pratique avilissante.

## Références bibliographiques

1. ASSEMBLÉE DES DÉPUTÉS DU PEUPLE - Code pénal du Burkina Faso. Loi n° 43 – 96 – ADP du 13 novembre 1996 portant code pénal.
2. BANKOLÉ R, SANNI B & COULIBALY R – Les séquelles de la circoncision et de l'excision traditionnelles. *Méd Afr Noire*, 1997, 44, 4.
3. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE – Recensement général de la population. INSD. 1996. BF.
4. NIKIÉMA PA – Les mutilations génitales féminines dans la ville de Ouagadougou: épidémiologie-évolution. Thèse Méd, 1993, p 35.
5. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – *Femal genital mutilation fact sheets*. New York, OMS, Genève, 1996, p 4-5.
6. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ - *Les mutilations génitales féminines*. Déclaration commune de l'OMS/UNICEF/FNUAP. OMS, Genève, 1997, p 3.