



**PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA CHEZ LES FEMMES EXCISEES.**

FOUMSOU L<sup>1</sup>, FOUEDJIO J<sup>2</sup>, NDAMISSOU G<sup>1</sup>, GABKIKI BM<sup>1</sup>, DAMTHEOU S<sup>1</sup>, NANA PJ<sup>2</sup>, ADISSO S<sup>3</sup>.

1. Faculté des Sciences de la Santé Humaine de N'Djamena – Tchad

2 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé ameroun

3 : Faculté des Sciences de la Santé, 01BP188 Cotonou

**Auteur correspondant :** Dr FOUMSOU Lhagadang, Assistant Chef de Clinique [foum15@yahoo.fr](mailto:foum15@yahoo.fr)  
tél : 00235 66 28 63 89/ 99 29 58 89

**RESUME**

**Introduction :** Les mutilations génitales féminines (MGF) sont des interventions aboutissant à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme, ou de mutilation des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins médicales. De nombreuses complications sont liées aux mutilations génitales féminines. Les complications obstétricales sont multipliées par quatre en cas de mutilations génitales féminines.

**Matériels et méthode :** nous avons mené une étude prospective comparative de type cas témoins de 3 mois allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2013 au 1<sup>er</sup> Mars 2014 à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena, portant sur les complications obstétricales chez les parturientes ayant subi des mutilations génitales féminines. La population d'étude est constituée d'une part des parturientes à terme avec mutilations génitales féminines qui viennent accoucher à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et d'autre part des parturientes n'ayant pas subi des mutilations génitales féminines présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques et cliniques que leurs paires ayant des mutilations génitales féminines.

**Résultats :** durant la période d'étude, la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'enfant avait enregistré 312 accouchements de femmes ayant des mutilations génitales sur un total de 1905 accouchements, soit une prévalence de 16,37%. Pour raisons d'appariement, 191 dossiers des femmes excisées répondant aux critères d'inclusion ont été retenus pour l'étude. Les mutilations génitales féminines de type II étaient plus observées chez les patientes porteuses de mutilation avec 64,4%. La tranche d'âge comprise entre 20-30ans était majoritairement représentée dans les deux catégories de patientes avec 53,4%. Parmi les complications maternelles, on a noté plus de déchirures périnéales chez les patientes porteuses de mutilation, (n=62 soit 32,46% correspondant à un RR de 3,64). Les mutilations sexuelles féminines étaient associées à l'accouchement par césarienne dans 27,44% soit un RR de 4,66.

Les complications fœtales ont été dominées par la souffrance fœtale aigue plus notée chez les nouveau-nés dont les mères portaient une mutilation génitale féminine avec 23,56%.

**Conclusion :** Les mutilations génitales féminines sont pratiques culturelles courantes dans notre pays, elles favorisent la survenue de complications maternelles et fœtales.

**Mot clés :** Mutilation génitales féminines, pronostic fœto-maternel, parturientes, N'Djamena.

**ABSTRACT**

**Introduction :** Female genital mutilations (FGM) are procedures involving partial or total removal of the external genital organ of women, or female genital mutilation that are practiced for cultural or other reasons and not for medical purposes. Many complications are related to female genital mutilations. Obstetric complications are multiplied by four when female genital mutilations.

**Method and Material :** They have been the subject of a comparative prospective study of case witnesses, for 3 months from December 1<sup>st</sup> 2013 to March 1<sup>st</sup> 2014 conducted at the Maternity Hospital of the Mother and Child in N'Djamena (Chad). The population consists in one hand by patients with pregnancy at term bearing FGM that come to give birth at the Hospital of the Mother and Child and the second hand by women in childbirth with no female genital mutilations, holding similar demographic characteristics and clinic than their peers with female genital mutilations.

**Results :** During period of study, the maternity of Mother and Child of N'Djamena had registered 312 women's deliveries having genital mutilations on total of 1905 deliveries, that is 16.37% prevalence. For reasons of matching, 191 cases of the excised women meeting the criteria of inclusion were retained for the study. Female genital mutilations type II was more observed among patients carrying mutilation with 64.4%. The age' group between 20 -30 years was mainly represented in both categories of patients with 53.4%. Among the maternal complications, there was more perineal tears in carriers mutilation patients (n = 62 or 32.46%, corresponding to a RR of 3.64). Female genital mutilations were associated with cesarean delivery in 27.44%, for a RR of 4.66. On the fetal side, we observed that acute fetal distress noted in newborns whose mothers bearing FGM with 23.56%.

**Conclusion:** FGM are common cultural practices in our country, they favor the occurrence of maternal and fetal complications.

**Keyword:** Female Genital Mutilation, Fœto-maternel prognosis

### INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les mutilations génitales féminines (MGF) sont toutes les interventions impliquant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou des lésions de ces organes pour des raisons culturelles ou pour toute autre raison non thérapeutique [1]. Elles sont pratiquées dans 28 pays au monde et touche plus de 140 millions de femmes et fillettes. Plus de 3 millions de femmes et filles en courent le risque chaque année [1,2]. Au Tchad, selon l'enquête démographique et de santé [3], 45% des femmes âgées entre 14 et 49 ans ont subi une mutilation de leurs organes génitaux.

De nombreuses complications sont liées aux mutilations génitales féminines. Les complications obstétricales sont multipliées par quatre en cas de mutilations génitales féminines [2,4]. Plusieurs textes et conventions internationaux condamnent les mutilations sexuelles féminines [5,6, 7] et interdisent leurs pratiques. Un grand nombre d'approches ont été développées pour lutter contre les mutilations génitales féminines dans le monde [8]. Nous avons entrepris cette étude pour déterminer les complications obstétricales liées aux mutilations génitales féminines au cours de l'accouchement.

### MATERIELS ET METHODE

Nous avons mené étude prospective comparative de type cas témoins au cours d'une période de trois mois allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2013 au 1<sup>er</sup> Mars 2014 à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. Elle avait porté sur les complications fœtales et maternelles au cours de l'accouchement chez les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines. La population d'étude était constituée d'une part des parturientes à terme avec mutilations génitales féminines qui viennent accoucher à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant et d'autre part des partu-

rientes n'ayant pas de mutilations génitales féminines présentant les mêmes caractéristiques sociodémographiques et cliniques que leurs paires ayant des mutilations génitales féminines à savoir : l'âge, la parité et la hauteur utérine.

Ont été incluses dans cette étude toutes les parturientes admises à la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant présentant ou non une mutilation génitale féminine ayant une grossesse unique à terme ( $\geq 37$  SA) avec fœtus vivant en présentation céphalique, de poids fœtal estimé normal et ayant accepté de participer à l'enquête. N'ont pas été inclus dans le travail l'accouchement prématuré, les grossesses gémellaires ou multiples, les présentations autres que céphalique, les utérus cicatriciels, le gros fœtus et les cas de mort fœtale in utero. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Lorenz :  $N = \frac{Z_a^2 P Q}{D^2}$  (N= taille de l'échantillon acceptable dans chaque groupe [valeur calculée =95,04] ; a= niveau de signification statistique ;  $Z_a$ = valeur normale de distribution = 1,96 pour a=0,05 ; P= prévalence des MSF au Tchad : 45% ; Q= 1-P ; D= degré de précision = 10%). La taille minimale acceptable de notre échantillon était de 96 patientes dans chaque groupe.

Les variables épidémiologiques et les données cliniques ont été recueillies sur une fiche d'enquête. L'analyse a été faite grâce au logiciel EPI INFO .7.1.3.3.et SPSS 14.0.Les comparaisons ont été faites grâce aux tests de Student/wilcoxon pour les moyennes et les tests de  $\chi^2$ / Fisher pour les proportions.

### RESULTATS

#### Fréquence

Durant la période d'étude, la maternité de l'Hôpital de la Mère et de l'enfant avait enregistré 312 accouchements de femmes ayant des mutilations génitales sur un total de 1905 accouchements, soit une prévalence de 16,37%.

**Tableau I : répartition des patientes en fonction de l'âge**

Tranche d'âge	MGF	%	Pas de MGF	%	IC à 95%
<20ans	16	8,38	16	8,38	4 ,86-13,25%
20 – 30 ans	102	53,40	102	53,40	46,06- 60 ,64%
30 – 40 ans	73	38,22	73	38,22	31,30-45,51%
Total	191	100	191	100	

L'âge des patientes a varié entre 15 et 39 ans avec un âge moyen de 24,57 ans. La tranche 20-30 ans était plus représentée dans les deux catégories avec 53,40%.

### Type de mutilation génitale ou d'excision

Dans cette série, parmi les 191 femmes ayant subi des mutilations génitales féminines, 123 cas étaient de type II soit 64,40 % ; 41 cas de type I soit 21,47 et 27 cas de type III soit 14,13%.

### Données cliniques

**Tableau II : Complications maternelles**

	MGF N=191		Pas de MGF N=191		p	RR
	Nombre	%	Nombre	%		
Travail prolongé	25	13,09	18	9,42	0,16	--
Durée d'expulsion prolongée	44	23,04	12	2,69	0,00	3,80
Déchirures du périnée	62	32,46	17	8,90	0,00	3,64
Césarienne	45	21,73	12	6,28	0,00	4,66
Hémorragie du post- partum	24	12,57	18	9,42	0,20	--
Décès maternel	7	3,66	2	1,05	0,08	--

Chez les patientes porteuses de mutilations génitales, la durée d'expulsion était plus prolongée avec 23,04 % des cas et un RR de 3,80 et les déchirures étaient plus représentées avec 32,46% correspondant à un RR de 3,64%.

La MGF était associée à l'accouchement par césarienne dans 27,44% soit un RR de 4,66.

### La pratique de l'épisiotomie

L'épisiotomie a été pratiquée chez 68 parturientes excisées sur 191 soit 35,6% contre 24 cas des femmes non excisées soit 12,5%. La différence a été statistiquement significative (p = 0,0002) et le RR était de 5,70.

**Tableau III : Répartition des complications selon le type de MGF**

Complications	Type I		Type II		Type III	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Déchirures du périnée	15	24,2	38	61,3	9	14,5
Expulsion prolongée	8	18,1	26	50,1	10	22,8
Césarienne	5	11,1	10	22,2	30	66,7

Chez les patientes portant les mutilations de type II, les déchirures du périnée et la durée d'expulsion prolongée étaient plus représentées avec 61,3 et 50,1%. Tandis que la césarienne a été plus pratiquée chez celles avec des mutilations génitales féminines de type III (66,7%).

### Complications fœtales

**Tableau IV : Complications fœtales**

Complication	MGF		Pas de MGF		P	RR
	Nombre	%	Nombre	%		
Souffrance fœtale aigue	45	23,56	10	5,24	0,00	4,5
Score d'Apgar < 6	28	14,66	8	4,19	0,00	3,5
Mort néonatale	19	9,95	6	3,14	0,00	3,16

Chez les patientes porteuses de MGF, la souffrance fœtale aigue a été plus observée avec 23,56% des cas.

### DISCUSSION

Dans cette série, nous avons obtenu une prévalence de 16,37 %. Notre taux est inférieur à ceux d'autres auteurs qui rapportent des taux d'excision avoisinant 75% [9, 10,11]. Cette faible prévalence des mutilations génitales féminines s'expliquerait par les actions menées par les acteurs de lutte contre cette pratique et son interdiction par les autorités du pays.

L'âge moyen dans notre étude est de 24,57 ±1,16 ans avec des extrêmes allant de 15 à 41 ans. Ce taux concorde avec les données de la littérature qui rapporte une prédominance des mutilations génitales féminines chez les sujets jeunes [10, 11, 12,13]. L'existence de la pratique dans cette population relativement jeune fait croire que la pratique des mutilations

génétales féminines est encore d'actualité dans nos régions même en milieu urbain.

Dans cette série, 64,40% des femmes avaient des mutilations génitales féminines de type II, 24,47% de type I et 14,14 % de type III. Nos résultats sont similaires à ceux de Millogo [10] en 2006 au Burkina Faso mais divergent de ceux obtenus par Ndiaye [12] en 2010 au Burkina qui trouve une prédominance des mutilations génitales de type I suivies du type II puis du type III. Cette différence peut s'expliquer par la variabilité de la pratique de ces mutilations selon les cultures.

Le travail est prolongé dans 13,9% des cas chez les mutilées contre 9,42% des cas chez les non mutilées. Mais cette différence n'était pas significative ( $p=0,16$ ). Certains auteurs estiment que l'allongement de la durée du travail n'est pas en rapport avec la cicatrice périnéale de la MGF mais en rapport avec la dynamique utérine et l'état du col [2,11, 14]. Le périnée ne sera sollicité que lors de la phase d'expulsion.

Nos résultats diffèrent de ceux de Larsen [4], Kaplan [13], Hakim [15] qui notent un allongement important de la durée du travail chez les mutilées que chez les femmes non mutilées avec une différence statistiquement significative. Nous avons rapporté une expulsion fœtale prolongée trois fois supérieure que les femmes mutilées (RR = 3, 8). Dolo [16] au Mali et Millogo [10] au Burkina Faso trouvent le risque d'expulsion prolongée du fœtus respectivement deux fois et huit fois supérieur chez les femmes excisées. Cela s'explique par la perte d'élasticité du périnée qui devient résistant à cause de la fibrose du tissu cicatriciel périnéal.

Chez les patientes porteuses de mutilation, les déchirures périnéales étaient plus observées avec une différence statistiquement significative ( $p = 0,00$  et RR de 3,64). Ces observations ont été faites par plusieurs auteurs [4,10, 13,16].

Nous avons pratiqué quatre fois plus de césarienne chez les parturientes mutilées que celles non mutilées (le RR= 4,66). Notre taux est supérieur à ceux d'autres auteurs qui rap-

portent des taux de césarienne chez les parturientes mutilées variant de 1,5 à 17,6 % [6, 12, 13, 14]. Cette différence s'explique par le nombre important de MGF de type III dans notre série qui entrave l'évolution du travail surtout l'expulsion fœtale.

Selon Carcopino [2] la gravité des complications obstétricales est proportionnelle à l'importance de la mutilation initiale, elles sont maximales en cas de MGF de type III. L'épisiotomie était plus pratiquée chez les femmes mutilées que celles non mutilées avec une différence statistiquement significative. Nos chiffres sont comparables à ceux de Millogo [10] et Hakim [15] trouvent la pratique de l'épisiotomie plus importante chez les femmes mutilées respectivement de 41,90 % et 43%.

Dans ce travail, 23,56% des nouveau-nés issus des mères mutilées ont présenté pendant le travail, des signes de souffrance fœtale aigue avec un RR de 4,5. Nos résultats sont similaires à ceux de Dolo [16] et Hakim [15] qui soulignent un risque de souffrance fœtale trois à cinq fois plus élevé chez les femmes excisées que celles non excisées. Parmi ces nouveau-nés 14,66% (soit RR de 3,5) avait un score d'APGAR qui était inférieur à 7.

Le pronostic fœtal était émaillé de 19 décès fœtaux (soit 9,95%) chez les nouveau-nés de mères mutilées contre 6 décès fœtal chez les nouveau-nés de mères non mutilées soit un RR de 3,16. Ces résultats diffèrent de ceux de NDiaye [12] et qui n'a pas trouvé d'association significative entre MGF et la mort néonatale.

## **CONCLUSION**

Les mutilations génitales féminines sont des pratiques culturelles courantes dans notre milieu. Les mutilations génitales font le lit aux complications maternelles et fœtales dont les principales sont les déchirures périnéales, les dystocies, la césarienne, la souffrance fœtale aiguë motivant souvent une réanimation néonatale et dans les cas extrêmes au décès fœtal. La réduction de ces complications obstétricales passe par une équipe obstétricale bien formée pour la prise en charge de l'accouchement de ces patientes.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Organisation Mondiale de la Santé. Les mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains. *Lancet* 2006 ; 367 : 1835 – 1841.
2. Carcopino X, Shojai R, Boubli L. Les mutilations génitales féminines : généralités, complications et prise en charge obstétricale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2004 ; 33 :378 -383.

3. Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération. Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED). Enquête Démographique et de Santé – Tchad 2004, 432p.
4. Larsen U, Okonofua FE. Female circumcision and obstetric complications. *Int J of Gynecol and Obstet* 2002; 77: 255 - 265.
5. European Parliament. Resolution of 24 March 2009 on combating female genital mutilation in the EU 2008/2071(INI), 2009.
6. Berg RC, Denison E. Interventions to reduce the prevalence of female genital mutilation/cutting in African countries. *Campbell Systematic Reviews* 2012; p9.
7. The dynamics of social change: towards the abandonment of female genital mutilation/cutting in five African countries. Florence, United Nations Children's Fund Innocenti Research Institute, 2010.
8. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO Geneva, World Health Organization, 2008; p48.
9. M Akotionganga , AP Nikiema , J Lankoandé, J Testa, B Koné. Mutilations génitales féminines dans la ville de Ouagadougou : évolution et épidémiologie. *Méd Afr Noire* 1998 ; 45(89) : 485 - 490.
10. F Millogo Traoré, STA Kaba, B Thieba, M Akotionganga, J Lankoandé. Le pronostic maternel et foetal au cours de l'accouchement chez la femme excisée. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2007 ; 36(4) : 393-8.
11. S Wuest, L Raio, D Wyssmueller, MD Mueller, W Stadlmayr, DV Surbek, A Khun. Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *International J Obstetrics and Gynaecology* 2009; 116: 1204 – 1209.
12. Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Drissa Ouedraogo D, Tal Dia A. Mutilations génitales féminines et complication de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). *Santé Publique*. 2010 ; 22(5) : 563-70.
13. A Kapla, M Forbes, I Bonhoure, M Utzet, M Marin M Manneh, H Ceesay. Female genital mutilation/cutting in the Gambia: Long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*. 2013; 5: 323-31.
14. Rigmor C Berg and Vigdis U. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology international*, vol. 2013, Article ID 496564, 15 pages, 2013. View at Publisher. View at Google Scholar.
15. Hakim L. Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcome during parturition. *East Afr Med J* 2001; 78(5): 255 – 8.
16. Dolo A, Traoré M, Diabata Diallo FS, Diarra I, Mounkoro N. Accouchement chez la femme excisée : pronostic materno – foetal. *J SAGO* 2001 ; 2(1) : 22 – 6.