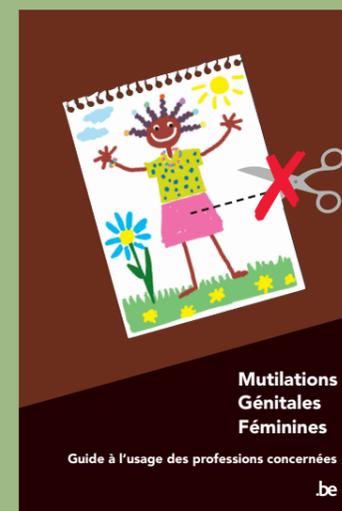


# Mutilations Génitales Féminines (MGF)

Cette fiche, destinée aux professionnels de santé, est une annexe du livre : **Mutilations Génitales Féminines - Guide à l'usage des professions concernées**. Les dessins peuvent servir de support à la discussion avec les patientes.



## Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les mutilations génitales féminines comme étant toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques.

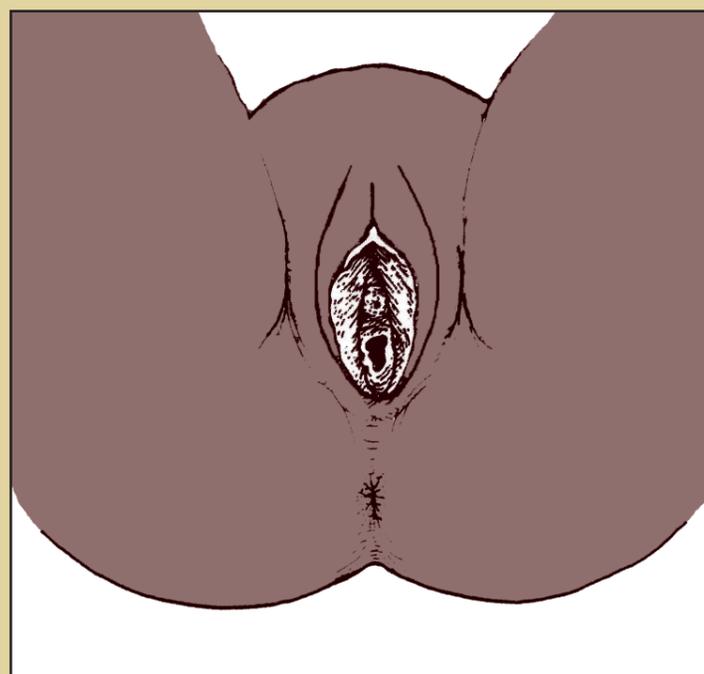
## Classification

Les mutilations génitales féminines ont été classées en **quatre types**. Cette classification a été modifiée en 2007.

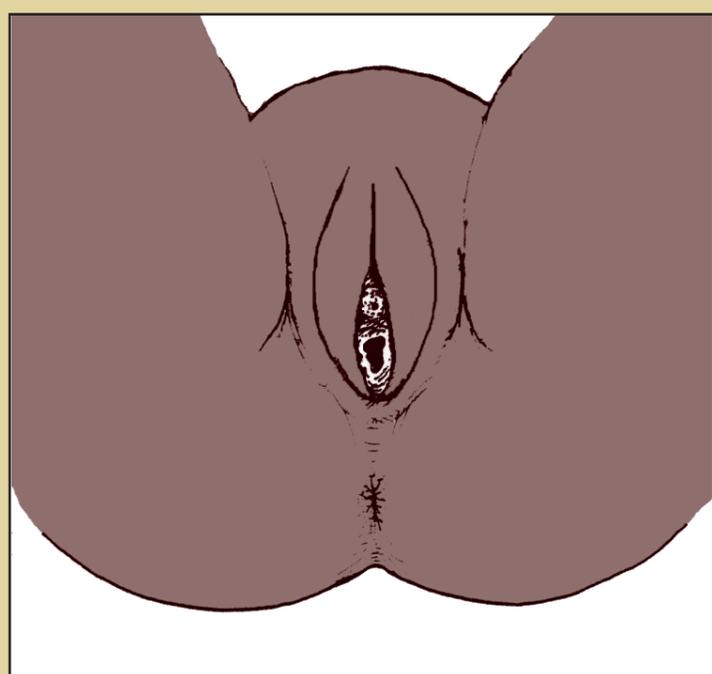
- Le **type 1** ou **clitoridectomie** est l'ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du capuchon du clitoris.
- Le **type 2** ou **excision** concerne l'ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Le **type 3** ou **infibulation** est le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
- Le **type 4** comprend **toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes féminins à des fins non thérapeutiques**, comme la ponction, le perçement, l'incision, la scarification et la cautérisation.



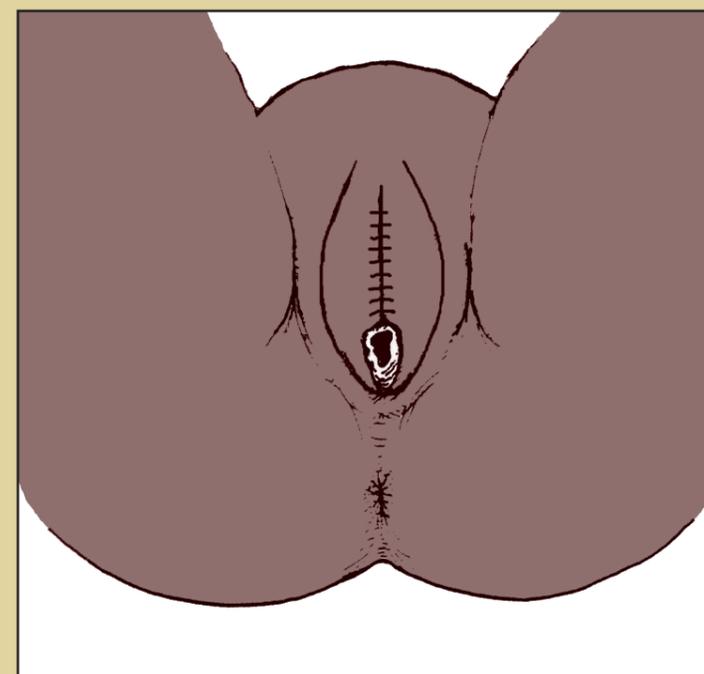
Vulve intacte



Type 1 : clitoridectomie



Type 2 : excision



Type 3 : infibulation

## Conduite à tenir selon la parité

### Primipares :

Un premier accouchement chez une femme infibulée nécessite toujours une incision antérieure (désinfibulation) afin d'éviter une déchirure étendue des tissus à ce niveau.

Ne pas hésiter à compléter ce geste par une épisiotomie médio-latérale classique si nécessaire.

Comme pour toute patiente : le suivi du travail doit être réalisé dans des conditions optimales :

- **Si le suivi du travail par le toucher vaginal est IMPOSSIBLE :**  
Une désinfibulation peut être proposée en cours de travail sous anesthésie péridurale. Les berges de l'incision seront suturées immédiatement par du fil résorbable.
- **Si le suivi du travail par le toucher vaginal est POSSIBLE :**  
La désinfibulation sera réalisée lors de l'expulsion. Chez une patiente n'ayant pas bénéficié d'une anesthésie péridurale : réaliser une anesthésie locale lorsque la présentation fœtale est descendue au niveau de la vulve.

### Multipares :

- **Si le suivi du travail par le toucher vaginal est IMPOSSIBLE :**  
Une désinfibulation peut être proposée en cours de travail sous anesthésie péridurale. Les berges de l'incision seront suturées immédiatement par du fil résorbable.
- **Si le suivi du travail par le toucher vaginal est POSSIBLE :**  
Une fois la présentation à la vulve, on déterminera si une incision antérieure est nécessaire. Le degré d'élasticité du tissu cicatriciel est très variable et demande une évaluation individuelle. Ne pas hésiter à réaliser une épisiotomie médio-latérale classique si nécessaire.

## Technique de désinfibulation

### Préparation

Sauf en cas d'accouchement imminent, on doit prendre le temps d'expliquer en quoi consiste la désinfibulation. Les bénéfices de l'intervention seront exposés, comme les changements qui s'opéreront au niveau de la miction, des règles et des rapports sexuels. L'utilisation de planches anatomiques est recommandée pour une meilleure compréhension.

### Type d'anesthésie

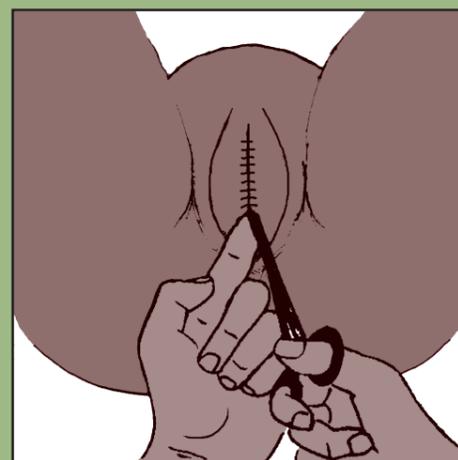
- **Pendant la grossesse (au cours du deuxième trimestre)**  
On préférera une courte anesthésie générale ou une rachianesthésie pour éviter le risque de causer un traumatisme psychologique dû à la réminiscence de l'infibulation que la femme a subie dans son enfance.
- **Pendant le travail**  
Analgésie péridurale
- **Au moment de l'expulsion**  
Anesthésie locale (si absence d'anesthésie péridurale)

### Technique chirurgicale

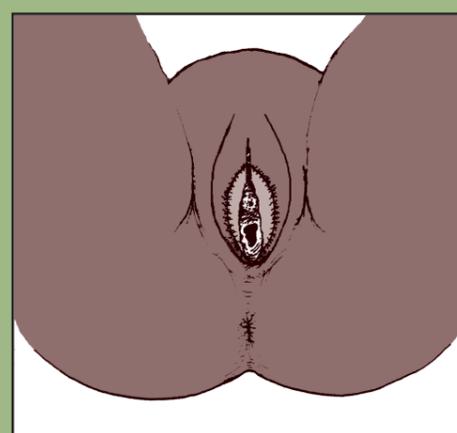
Nettoyer la vulve avec un antiseptique.

Introduire un doigt dans l'orifice vulvaire, et le faire glisser à l'arrière de la cicatrice. Si l'entrée est trop étroite pour admettre le doigt, les pointes fermées d'une pince hémostatique peuvent être introduites pour élargir le passage.

Une **incision verticale** est réalisée le long de la cicatrice (**3 à 6 cm**), en étant attentif à protéger le méat urétral et éventuellement le clitoris qui peut être présent même dans des formes sévères d'infibulation. Il est conseillé de **ne pas inciser au-delà de l'urètre** : cela pourrait provoquer une hémorragie difficile à contrôler sans offrir plus d'espace au passage de la tête fœtale. Réaliser la suture de chaque berge par un surjet ou des points séparés avec un fil résorbable de manière à éviter un nouvel accollement de celles-ci.



Désinfibulation (incision antérieure)



Points d'hémostase après désinfibulation

### Complications

Rarement, il peut survenir une incapacité réflexe à uriner qui peut être traitée par la mise en place d'une sonde urinaire pour la nuit et l'administration d'analgésiques.

### Soins post-opératoires

Une toilette vulvaire sera réalisée 2 fois par jour jusqu'à la chute spontanée des sutures. On s'assurera que les 2 bords ne se ressoudent pas en passant délicatement un doigt ou une compresse au milieu de la vulve. Si des zones à vif persistent des gazes de tulle gras peuvent être appliquées.

### Demande de réinfibulation

Le personnel soignant peut être confronté à une demande de réinfibulation, lors de l'accouchement, ou après celui-ci. La déontologie du personnel de santé en Belgique s'oppose à cette pratique. Sur le plan juridique, bien que l'article 409 du Code Pénal belge traitant des mutilations génitales féminines ne mentionne pas expressément l'interdiction de la réinfibulation, il pourrait être interprété en ce sens. L'article 400 du Code Pénal belge, qui sanctionne les coups et blessures, pourra être invoqué afin de conforter le refus.

Sources :  
Dessins de l'illustratrice Clarice d'après des croquis de Fabienne Richard

Sous la coordination de Fabienne Richard

Référence :  
WHO. Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation. Report of a WHO Technical Consultation Geneva, 15-17 October 1997. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization; 2001