

Parcours santé sexuelle à Louis Mourier

Prise en charge des mutilations
génitales féminines

Dr Irène Letendre , Dr Marc Siffert
Service de Gynécologie Obstétrique – Pr Picone
CHU Louis Mourier



Plan

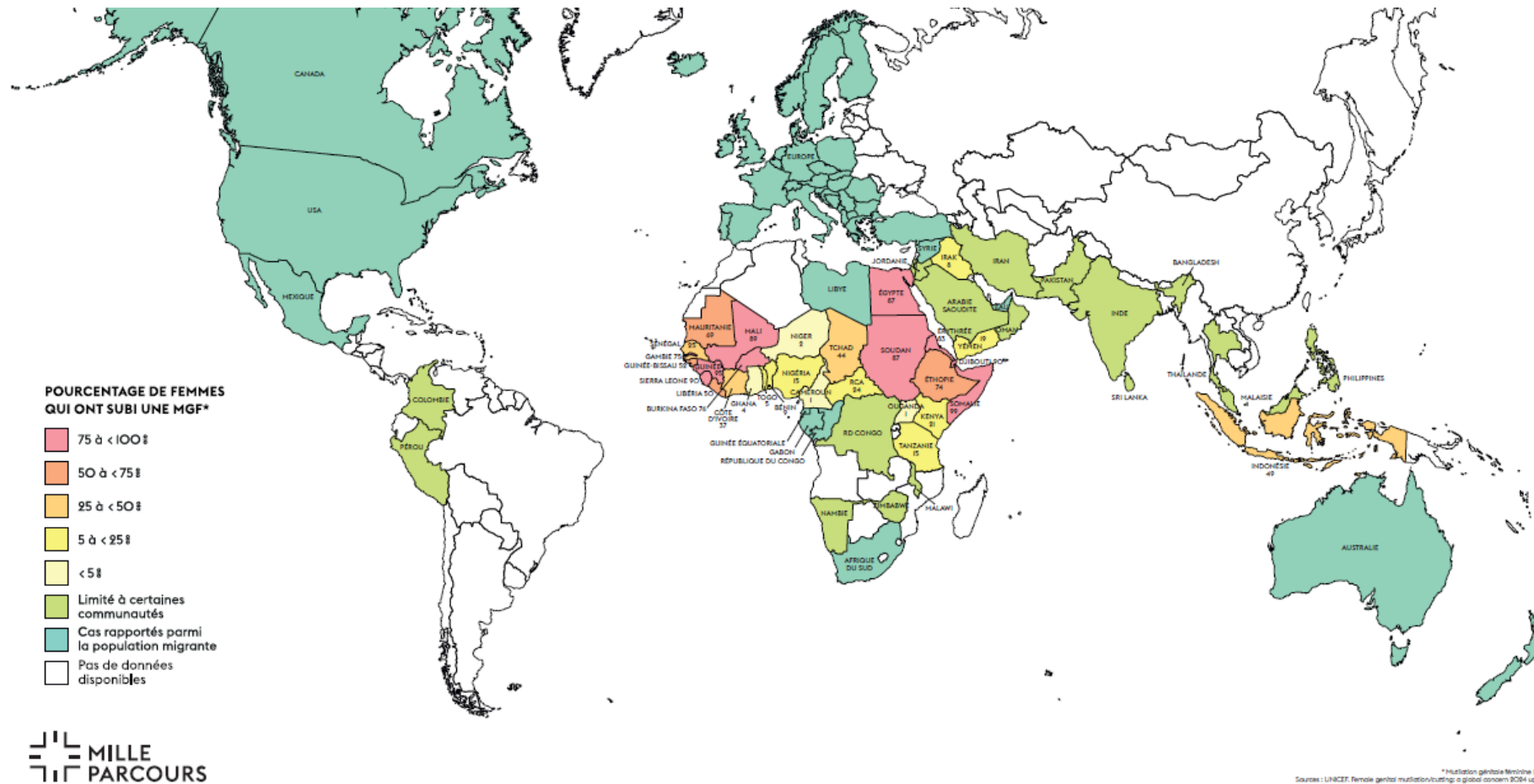
- Définitions – épidémiologie
- Conséquences des MGF
- Le parcours à Louis Mourier
- Prise en charge psychologique
- Chirurgie de réparation
- Activités et perspectives

Définitions

- MGF / MSF / « Excisions » : ablation partielle ou totale ; ou toute autre lésion des organes génitaux externes féminin qui sont pratiquées pour des raisons non médicales. (OMS 2022)



Epidémiologie



Prévalence 320 M

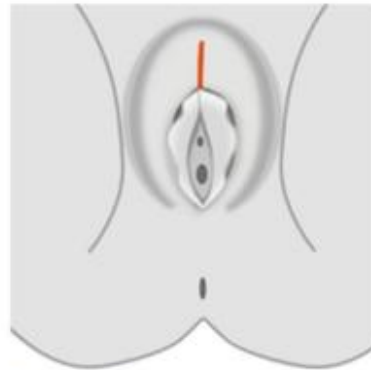
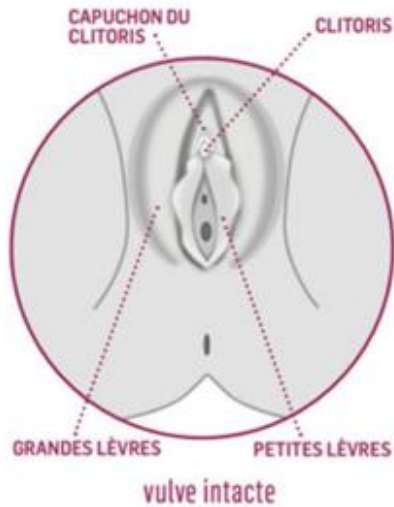
Incidence 4 M /an

Mortalité : 1/12 min
(40.000 / an)

Epidémiologie

- Dans le monde : 320 millions de femmes vivante ont subi une excision
- En France: 140.000 (2025)
- Dans les Hauts de sein 22.000 soit 2,6% de la population féminine

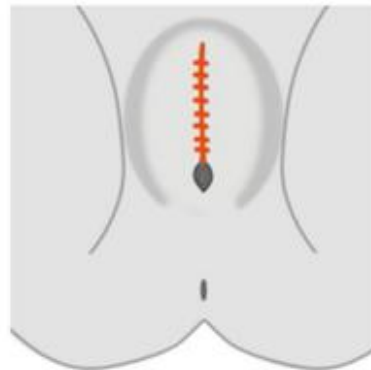
Les 4 types de MGF



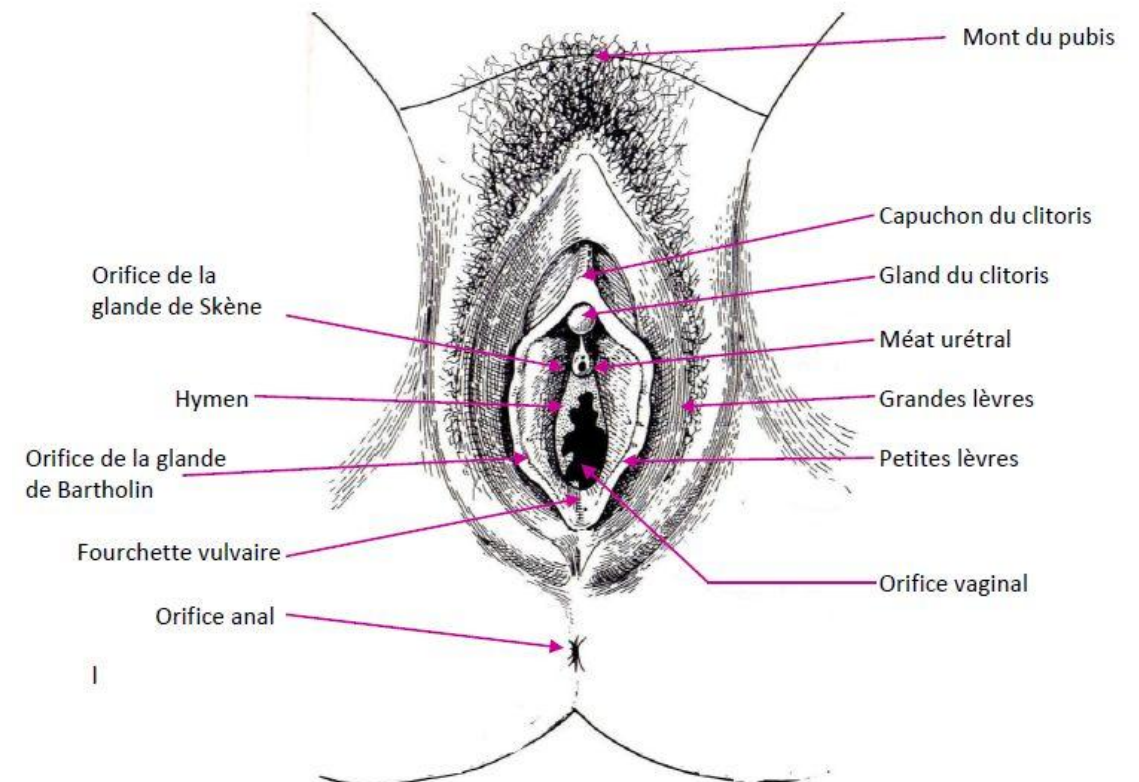
Type 1 : ablation du capuchon du clitoris et parfois du gland



Type 2 : ablation du capuchon, du gland et des petites lèvres



Type 3 : infibulation par suture des lèvres





Pratique de l'excision

- Le plus souvent des femmes âgées qui pratiquent les mutilations (couteaux, lames de rasoir, morceaux de verre...)
- Le plus souvent chez l'enfant entre les premières semaines de vie jusqu'au 5-7 ans. Parfois plus tard, jusqu'à l'adolescence, ou avant le mariage.
- Le plus souvent aucune mesure d'asepsie ni d'analgésie. (Médicalisation des MGF , en Egypte notamment)
- Pour favoriser la cicatrisation, elles appliquent sur la blessure des compositions à base d'herbes, de terre, de cendre, de bouse de vache...

De lourdes conséquences somatiques ...

- Douleurs intenses
- Hémorragie
- Infections aigue.
- Rétention d'urine réflexe
- Transmission infections chroniques: Syphilis, Hépatites, VIH (?)
- Lésions traumatique des organes de voisinage
- **Décès:** 1 toutes les 12 minutes dans le monde!
- Complications obstétricales
- Altération de la sensibilité sexuelle

... et psychologiques

- État de choc, de stress aigu
- TSPT (symptômes d'intrusions, d'évitements, thymiques, altération de la vigilance), souvent couplé à des problématiques de parcours migratoires polytraumatiques
- Dépression
- Problématiques identitaires, conflit d'appartenance culturelle
- Problématiques familiales
- Problématiques en lien avec la vie affective



Le parcours reconstruction à Louis Mourier

Equipe pluridisciplinaire

- Sage-femmes : Martine Vervaeke , Cloe Battaglia
- Sage femme sexologue : Pauline Di Bartolo
- Psychologues: Camille Grapin
- Chirurgiens: Irène Letendre, Marc Siffert
- Secrétaire: Chahineze Bennis

Le parcours :

3 ou 4 entretiens préalables (sf, chir, psy, +- sexo)

Staff MGF: tous les 2 à 3 mois (en général mardi de 13 à 15H)

Programmation de la chirurgie (9/38 en 2024).



Hôpital
Louis-Mourier
AP-HP

Maternité
Pr Mandelbro
178 Rue des Renouillers
92700 COLOMBES

Coordonnées des praticiens du parcours

« Mutilations Sexuelles Féminines »

L'équipe du parcours vous propose des rendez-vous spécifiques afin de mieux répondre à vos attentes (1^{er} rendez-vous avec la sage-femme ou le/la gynécologue).

- ❖ Chirurgiens : DR LETENDRE / DR SIFFERT
- ❖ Sages-femmes : Mme VERVAEKE / Mme BATTAGLIA
- ❖ Sexologue : Mme DI BARTOLO
- ❖ Psychologues :
Mme GRAPIN : 01.47.60.61.64 ; camille.grapin@aphp.fr
Mme MOUGNE : 01.47.60.68.58 ; lucie.mougne@aphp.fr



Si messagerie vocale : indiquer vos coordonnées pour un rappel.

➤ Secrétariat :

Tél : 01.47.60.63.40

@ : Secretariat.gynecologie.lmr@aphp.fr

➤ Bureau des rendez-vous :

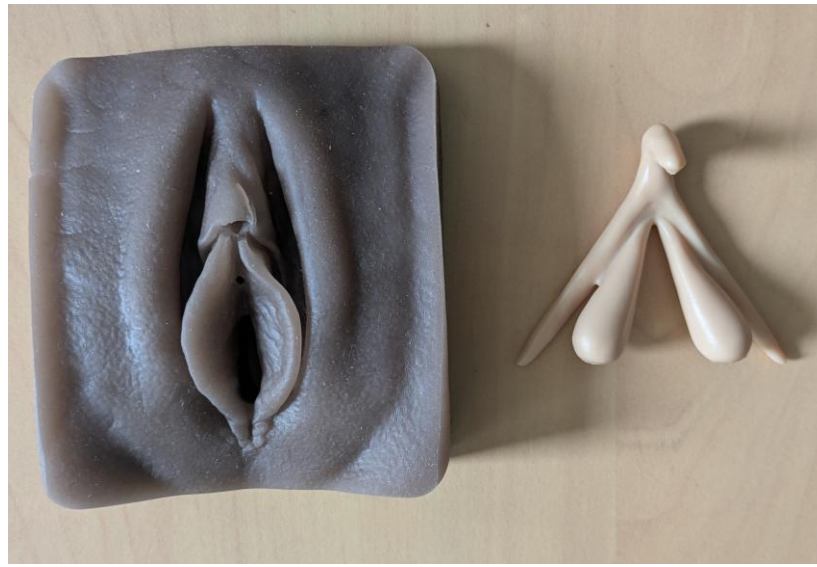
Tél : 01.47.60.61.00

@ : consultation.gynecologie-obstetrique.lmr@aphp.fr

(Rendez-vous pris en charge par la sécurité sociale, AME et la mutuelle)

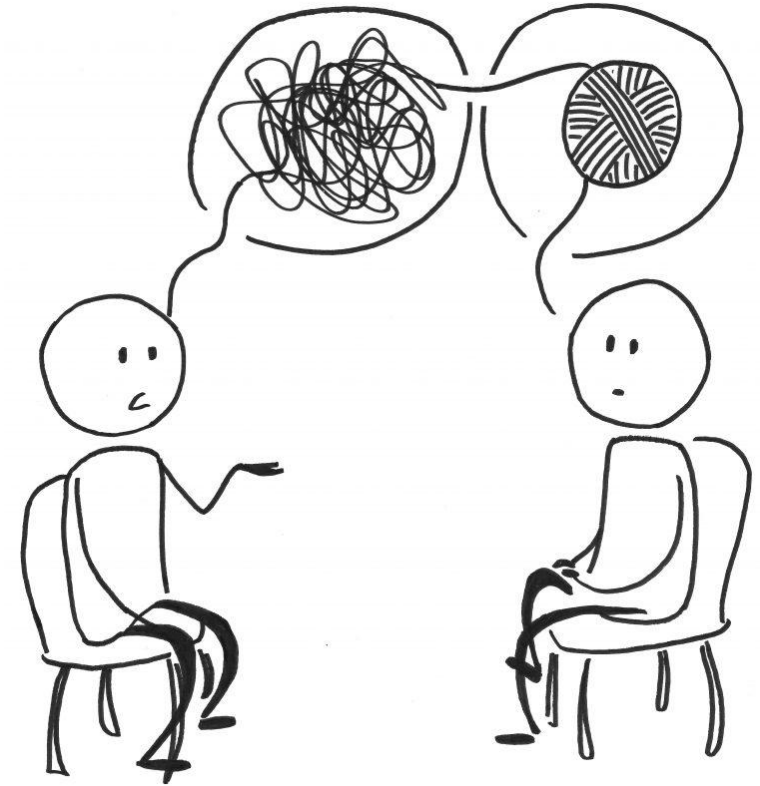
Consultation sage femme

- Entretien 30- 40 minutes
- Revient sur l'histoire de la patiente (origine, âge à l'excision)
- La découverte / l'annonce et ses conséquences
- Le parcours global / coexistence d'autres violences ?
- Aborde les enjeux familiaux
- Les retentissements somatiques et psychologiques
- Les motivations pour le parcours
- +- examen (non systématique)



Aspects psychologiques

- Les patientes rencontrent systématiquement les psychologues du parcours (après le rdv SF et/ou chirurgical)
- La reconstruction clitoridienne est souvent perçue comme tentative de réparation du corps et de la blessure narcissique
- L'entretien à plusieurs objectifs :
 - I. Évaluer la dimension traumatique de l'excision
 - II. Évaluer les conditions actuelles de la patiente
 - III. Évaluer les attentes et le niveau de conscience des limites de l'intervention



Le traumatisme psychique : définition et symptôme

« On appelle traumatisme psychique une expérience soudaine et intense provoquée par un danger, source de menace pour la vie du sujet sans que celui-ci puisse y échapper ou qu'il ait autour de lui des moyens suffisants pour y faire face ».

- Manifestation symptomatiques:

Syndrome de répétition, hypervigilance, comportements phobiques et ou évitement, passage à l'acte : TS, auto-agression scarifications, mise en danger de soi...

- Troubles associés :

Dépression, anxiété, dissociation (dépersonnalisation, déréalisation) phobie, crise de panique

Confusion spatio-temporelles

Trouble du caractère: irritabilité, agressivité , replis sur soi

Conduites addictives

Plaintes somatiques

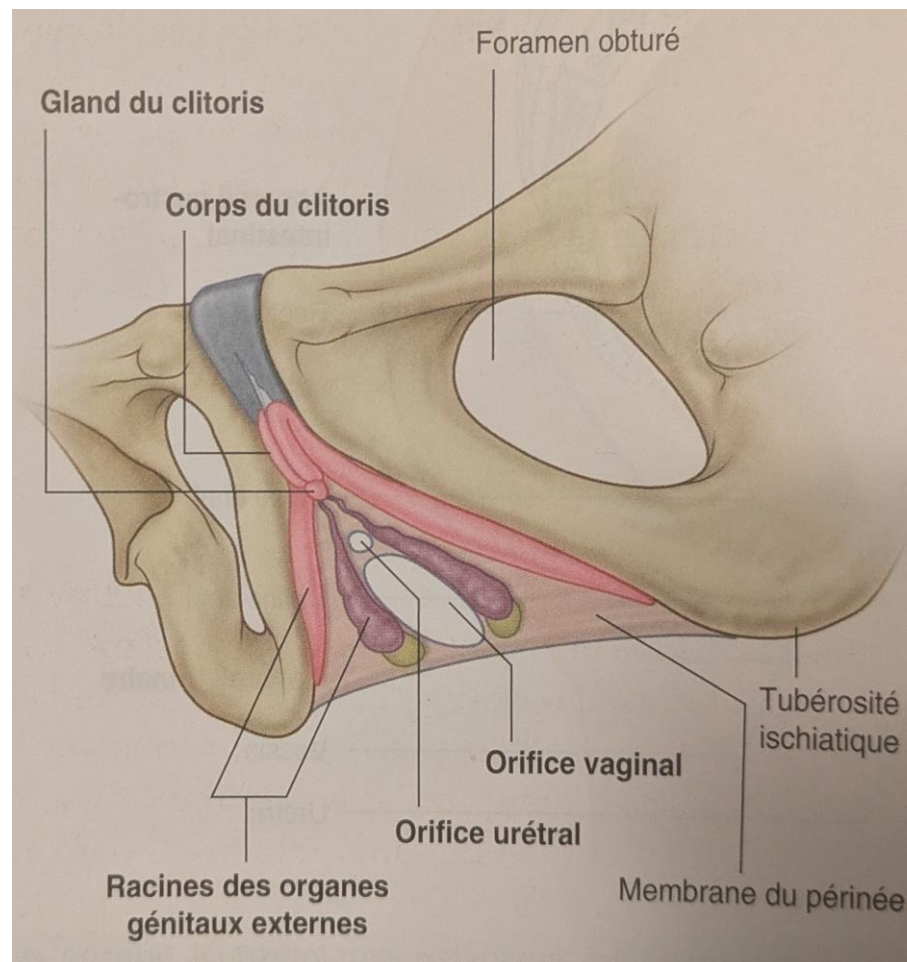
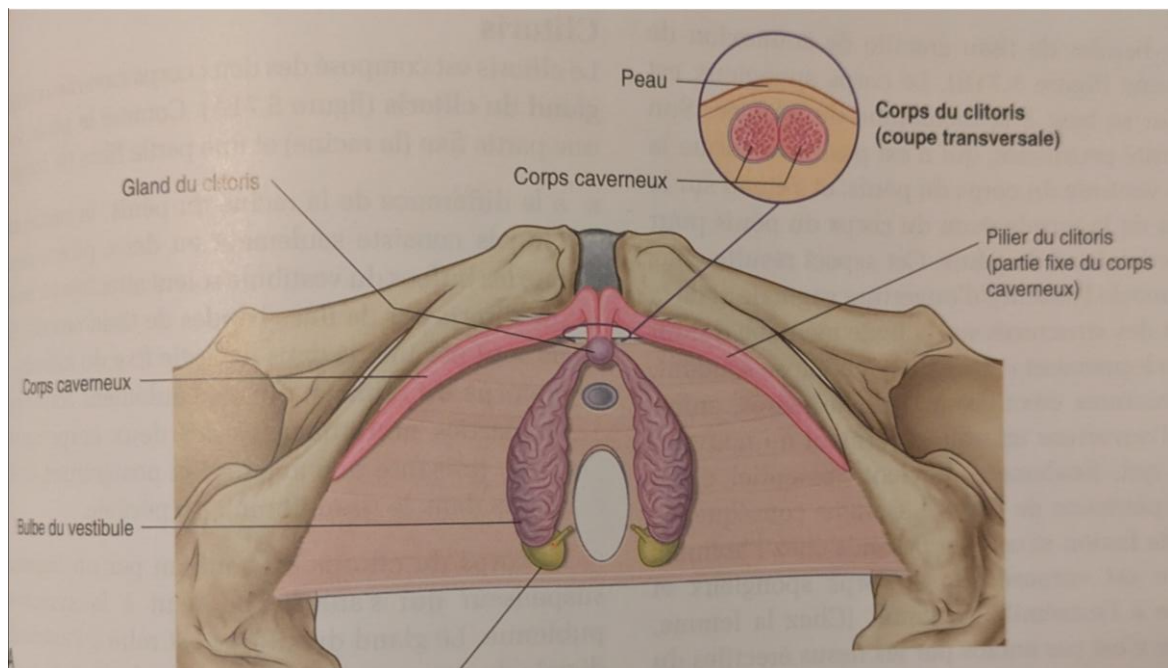
Consultation chirurgie « pré-op »

- Motivation à la chirurgie (anatomique / fonctionnelle / psychologique)
- Examen clinique : type de MGF; cicatrice, perception du moignon.
- Modalités de la chirurgie: 30-40 minutes - ALR/AG – Ambulatoire
- Infos sur les résultats attendus et risques d'échec.
- Infos sur les suites post op: soins ++ / douleurs. Eviction des RS 6 semaines.
- Cs post op à 1 semaine, 6 semaines, 6 mois (Tele Cs)

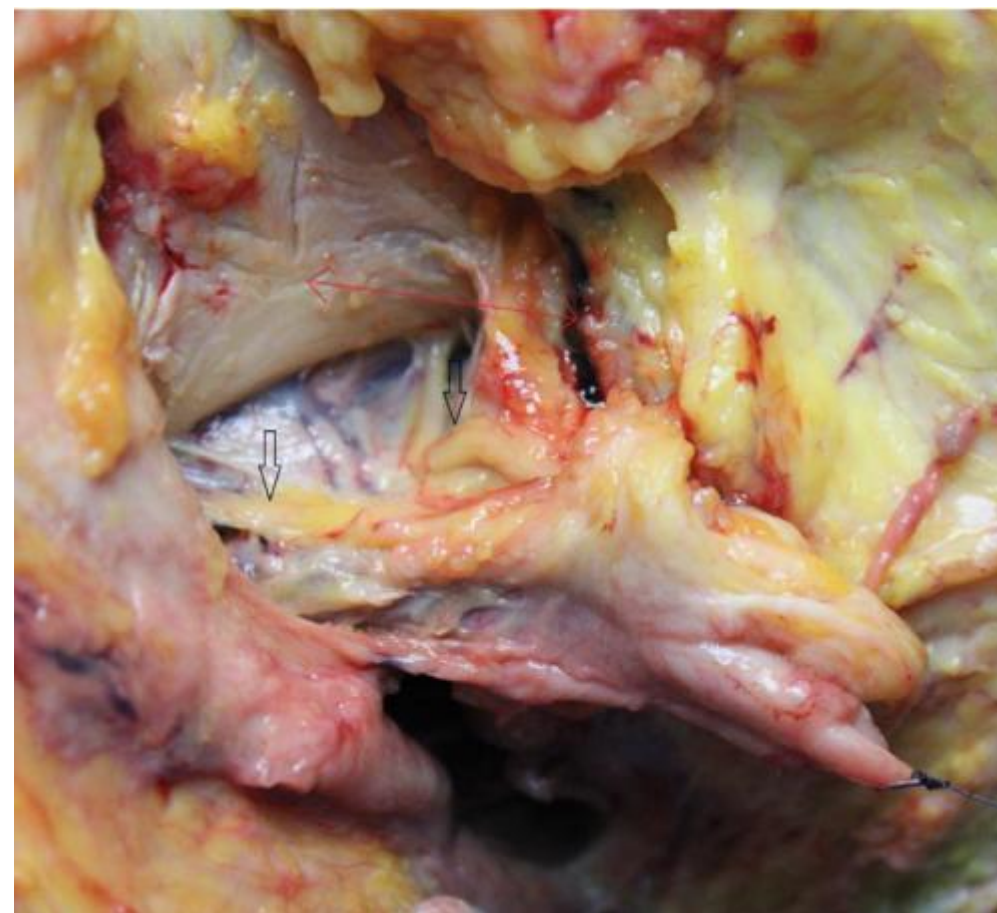
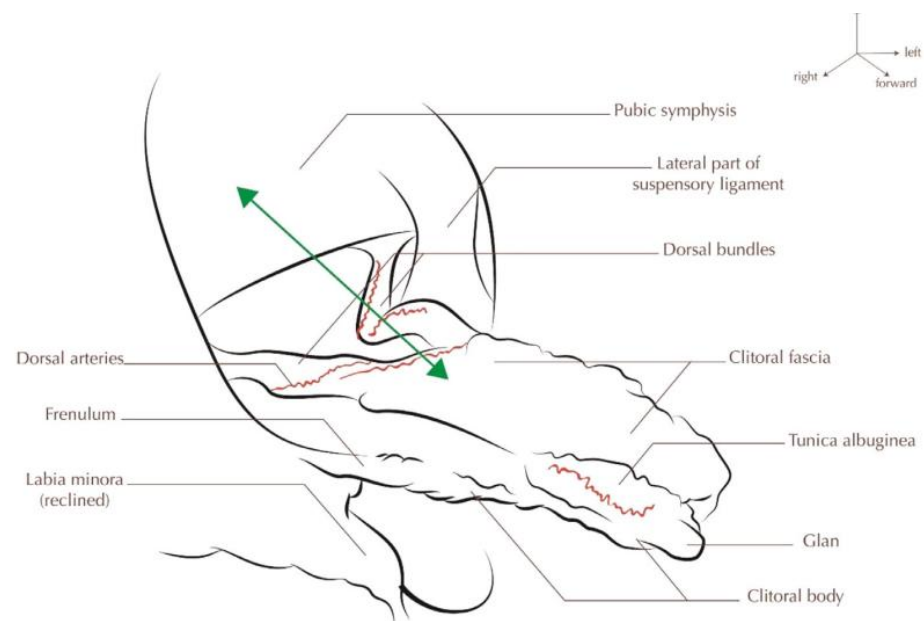
STAFF

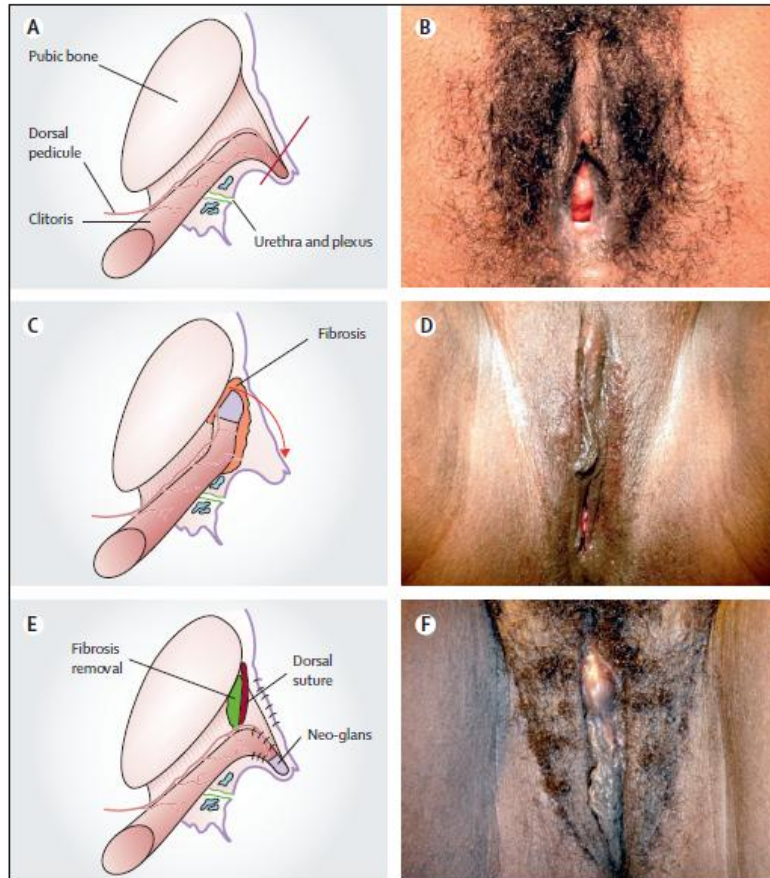
- Mise en commun des infos récoltées : évaluation en équipe de la meilleure prise en charge adaptée pour la patiente
- Patiente rappelée pour un nouveau rdv (info résultat du staff ... date d'intervention fixée...réévaluer à distance la demande de la patiente)
- C'est la patiente qui reste « décisionnaire » de se faire « opérer » ou non ,si cela est possible
- (ne pas rajouter de « Violence » avec un « Refus d' opérer » car la démarche de réparation déjà difficile à entreprendre pour la patiente)

Anatomie



Anatomie





Dr Pierre Foldes, Chirurgien urologue, développe la technique dans les 1990ies et la décrit pour la première fois en 2004 dans un article: « Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle » publié dans la revue progrès en urologie

En 2012, étude prospective portant sur 2938 patientes opérées entre 1998 et 2009. Résultats à 1 an pour 842 patientes. Publiée dans The Lancet

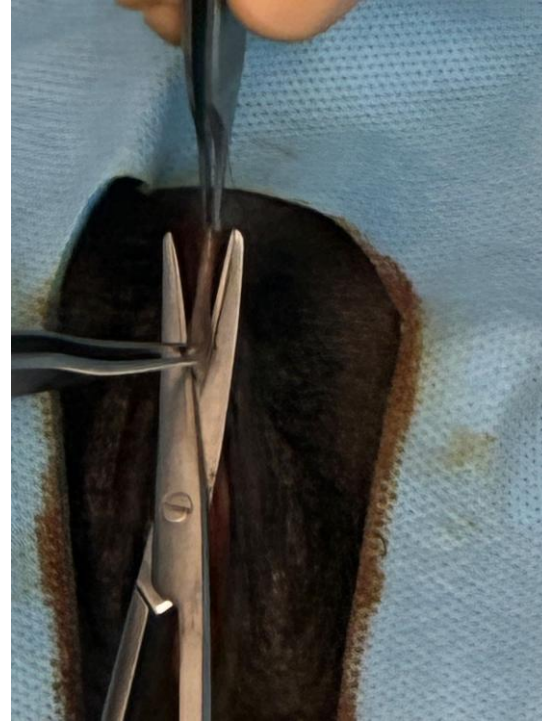
Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. Lancet. 2012 Jul 14;380(9837):134-41. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60400-0. Epub 2012 Jun 12. PMID: 22695031.

Foldès P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*. 2012 Jul 14;380(9837):134-41. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60400-0. Epub 2012 Jun 12. PMID: 22695031.

- 80% de restauration de la sensibilité
- 80% d'amélioration du bien être globale / psychologique / image de soi
- Importance d'une PEC multidisciplinaire.

	Total	Pain	Discomfort	Slight improvement	Real improvement	Restricted orgasm	Regular orgasm
Preoperative clitoral pleasure							
Never	368	1/368 (<1%)*	14/368 (4%)*	85/368 (23%)†	139/368 (38%)†	88/368 (24%)†	41/368 (11%)†
Minor sensation	120	0/120	4/120 (3%)*	20/120 (17%)†	47/120 (39%)†	32/120 (27%)†	17/120 (14%)†
Pleasant without orgasm	196	0/196	0/196	18/196 (9%)†	76/196 (39%)†	77/196 (39%)†	25/196 (13%)†
Restricted orgasm	97	0/97	0/97	0/97	0/97	46/97 (47%)‡	51/97 (52%)†
Regular orgasm	53	0/53	0/53	0/53	0/53	12/53 (23%)§	41/53 (77%)†
Total	834	1/834 (<1%)	18/834 (2%)	123/834 (15%)	262/834 (31%)	255/834 (31%)	175/834 (21%)
Preoperative pain							
No pain	486	1/486 (<1%)§	8/486 (2%)§	71/486 (15%)†	161/486 (33%)†	149/486 (31%)†	96/486 (20%)†
Minor discomfort during intercourse	124	0/124	1/124 (1%)‡	18/124 (15%)†	51/124 (41%)†	36/124 (29%)†	18/124 (15%)†
Moderate pain during intercourse	129	0/129	4/129 (3%)†	17/129 (13%)†	45/129 (35%)†	41/129 (32%)†	22/129 (17%)†
Strong to unbearable pain during intercourse	73	0/73	3/73 (4%)†	11/73 (15%)†	26/73 (36%)†	21/73 (29%)†	12/73 (16%)†
Pain without intercourse	28	0/28	2/28 (7%)†	7/28 (25%)†	7/28 (25%)†	7/28 (25%)†	5/28 (18%)†
Total	840	1/840 (<1%)	18/840 (2%)	124/840 (15%)	290/840 (35%)	254/840 (30%)	153/840 (18%)
Data are number of patients (%). We used pragmatic terms to define pain (clitoral pain), discomfort (clitoral discomfort), slight improvement (little improved), real improvement (very improved), restricted orgasm (restricted in intensity or frequency), regular orgasm (regular in intensity or frequency). *Non-evaluable (reviewed case report forms, results set out in the ms). †Improved. ‡Unchanged. §Worse.							
Table 2: Results in postoperative functionality at 1 year in relation to preoperative symptoms							

Réparation après MGF: technique chirurgicale



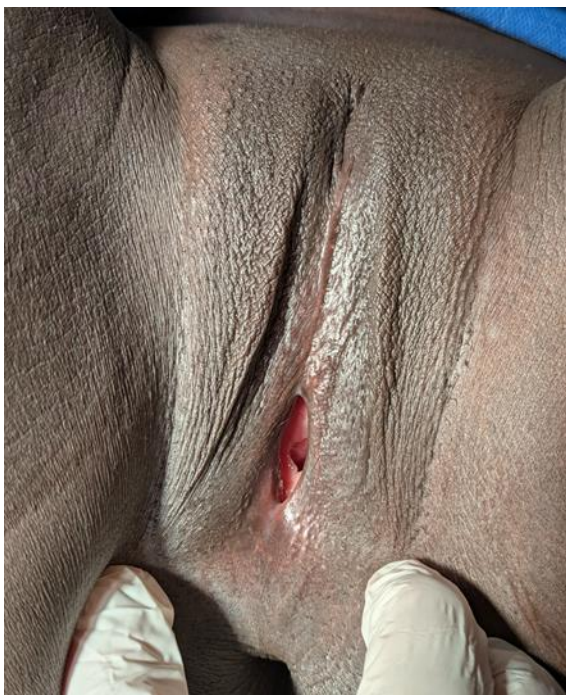
Résection du tissu cicatriciel (peau / superficiel) – repérage du corps / genou du clitoris

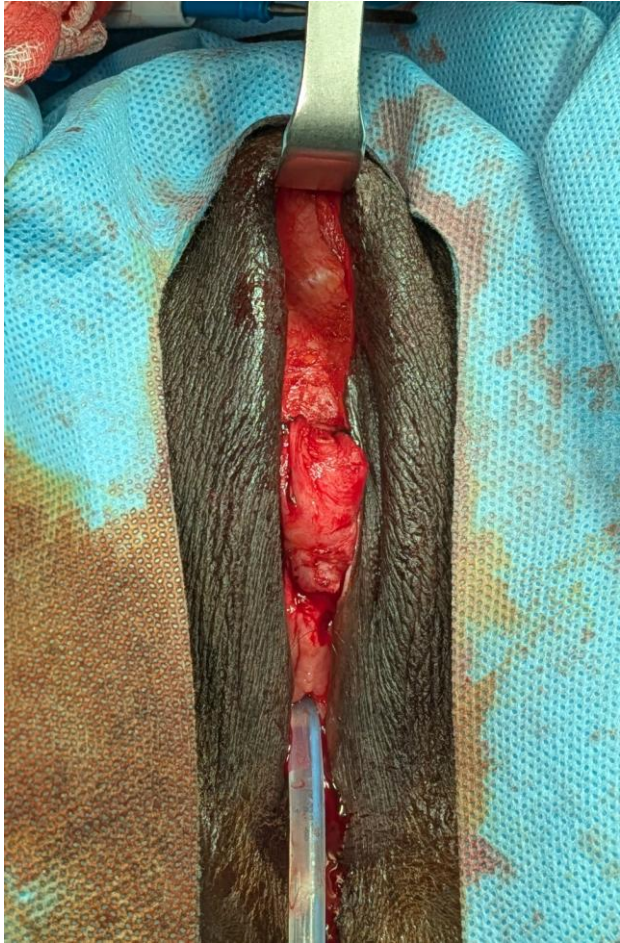


Libération latérale (muscles bulbo-carvенеux)
Section du ligament suspenseur du clitoris AU RAS
de la symphyse (périoste) pour préserver les
pédicules vasculo-nerveux

Fixation « néo gland » au périoste.
Rapprochement des BC
Suture cutanée.

Réparation infibulation





Consignes et soins post op

- Antalgiques (paliers 1 +- 2 +- xylocaïne locale)
- Soins locaux: réalisés par la patiente elle-même
 - Toilette locale douce: sérum phy + compresse stérile.
 - Application de Tobramycine 1 fois par jour pendant 1 semaine
 - Application de vaseline, 1 fois par jour pendant 3 semaines
- Eviction des baignades, des activités sportives sollicitant le périnée (vélo, course), des rapports sexuels (6-8 semaines)

Consultation post op

- A 1 semaine : propreté / soins locaux / douleurs
- A 6-8 semaines: cicatrisation. Autorisation RS.
- A 6 mois (Cs ou TéléCs): évaluation satisfaction anatomique et fonctionnelle. Proposition poursuite de la prise en charge sexologique et/ou psychologique.
- Proposition participation groupe de parole

Activité à Louis Mourier

- 2024 : 9 patientes opérées / 38 présentée en RCP
- Réduction activité sur premier semestre 2025 (équipe parcours incomplète)
- Sept 2025 – Sept 2026: 25 patientes opérées.
- Age médian 34 (22-51)
- Distance domicile - LMR : moyenne 32,4 km (18-65)

Projet pour le parcours

- Mise en place d'un groupe de parole afin de favoriser la rencontre entre les patientes qui ont déjà fait le parcours et la reconstruction ainsi que celles encore dans le parcours de reconstruction
- Collaboration CASH (sexologie, psychologue)



MERCI DE VOTRE ATTENTION