

COMPLICATIONS PERINATALES DE L'ACCOUCHEMENT DES MERES AYANT SUBI UNE MUTILATION GENITALE FEMININE (MGF)

L. THIAM, I. BASSE, A.A. NDONGO, S.M.K. GUEYE, I. WONE, N.M. MANGA, N. SECK, D BOIRO, A.L. FALL, O. NDIAYE

RESUME

Introduction : les Mutilations Génitales Féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme. Elles peuvent avoir des complications périnatales à l'accouchement. L'objectif de notre étude était de comparer la prévalence des complications périnatales chez les nouveau-nés de mères ayant subi une MGF et ceux des mères n'ayant pas subi une MGF.

Matériels et méthode : il s'agissait d'une étude de type cas-témoins, dans les maternités de la Casamance du 1er mai au 31 décembre 2019. Etaient inclus, les nouveau-nés dont la mère, âgée d'au moins 18 ans, admises en salle d'accouchement pour une grossesse à terme. Etaient exclus, les nouveau-nés de mères reçues dans un état grave, ayant une pathologie obstétricale ou une césarienne prophylactique. Nous avons recueilli les données sociodémographiques, obstétricales et périnatales.

Résultats : au total, il a été inclus 794 nouveau-nés (416 masculins, 378 féminins) dont 506 nouveau-nés de mères mutilées et 288 nouveau-nés de mères non mutilées.

L'âge moyen des mères était de 22,3 ans [18 – 43]. Les circonstances d'accouchement étaient comparables dans les deux groupes ; 57,05% des mères savaient qu'elles étaient mutilées, et 73,30% des mères avaient déjà accouché avant l'étude. La rupture prolongée des membranes ($p = 0,007$) et le score d'Apgar ≤ 7 à la 5ème minute ($p = 0,0215$) étaient significativement plus fréquentes dans le groupe des nouveau-nés de mères mutilées. Le poids moyen des nouveau-nés était de 2975 g [1980 - 4590]. Les MGF ont augmenté le taux de réanimation néonatale ($p = 0,01$), le taux de décès périnataux et le taux de transfert néonatal ($p = 0,02$).

Conclusion : les MGF augmentent le risque d'asphyxie périnatale avec un score d'Apgar ≤ 7 à la 5ème minute, un besoin plus important de réanimation néonatale et de transfert vers un service de réanimation néonatale.

Mots-clés : Complications périnatales ; MGF.

SUMMARY

Perinatal complications of childbirth in mothers who have undergone female genital mutilation (FGM)

Introduction : Female Genital Mutilation (FGM) covers all procedures including the total or partial removal of a woman's external genitalia. They can have perinatal complications during childbirth. The objective of our study was to compare the prevalence of perinatal complications in newborns of mothers who have undergone FGM and those of mothers who have not undergone FGM.

Materials and method: this was a case-control study, in maternity hospitals in Casamance from May 1 to December 31, 2019. Newborns including mothers, aged at least 18, admitted to the ward were included. childbirth for a full term pregnancy. Were excluded, newborns of mothers received in serious condition, with obstetric pathology or a prophylactic cesarean section. We collected socio-demographic, obstetric and perinatal data.

Results: in total, 794 newborns (416 male, 378 female) were included, including 506 newborns from mutilated mothers and 288 newborns from non-mutilated mothers. The mean age of the mothers was 22,3 years [18 - 43]. The circumstances of childbirth were comparable in the two groups; 57,05% of mothers knew they were mutilated and 73,30% of mothers had given birth before the study. Prolonged rupture of membranes ($p = 0,007$) and Apgar score ≤ 7 at the 5th minute ($p = 0,0215$) were significantly more frequent in the group of infants born to mutilated mothers. The mean weight of the newborns was 2975 g [1980 - 4590]. FGM increased neonatal resuscitation rate ($p = 0,01$), perinatal death rate, and neonatal transfer rate ($p = 0,02$).

Conclusion: FGM increases the risk of perinatal asphyxia with an Apgar score ≤ 7 at the 5th minute, a greater need for neonatal resuscitation and referral to a neonatal intensive care unit.

Keywords: Perinatal complications; FGM.

INTRODUCTION

Les Mutilations Génitales Féminines (MGF) recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes de la femme, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins, pratiquées pour des raisons non médicales

[10]. L'UNICEF estime qu'à travers le monde, près de 200 millions de femmes et jeunes filles ont été victimes de MGF dans 30 pays d'Afrique, du Moyen Orient ou de l'Asie où cette pratique perdure [4]. Elle est plus pratiquée en Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Nord-Est [4]. Au Sénégal, où l'excision est la pratique la plus répandue, la proportion de

Tirés à part : THIAM Lamine, Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal. Hôpital de la Paix de Ziguinchor, Service de Pédiatrie. Téléphone : 00221 77 570 49 92. Email : thiamlkt@yahoo.fr

THIAM L., BASSE I., NDONGO A.A., GUEYE S.M.K., WONE I., MANGA N.M., SECK N., BOIRO D., FALL A.L., NDIAYE O. Complications périnatales de l'accouchement des mères ayant subi une Mutilation Génitale Féminine (MGF). Journal de la SAGO, 2022, vol.23, n°1, p.32-37.

filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une MGF est estimée à 25% [4]. On observe des disparités importantes de la prévalence de l'excision au Sénégal, en fonction de la région et de l'ethnie. Elle est de loin plus fréquente en Casamance, dans les ethnies soninké (64,9%), pular (54,5%) et diola (51,5%) [1]. Les MGF n'ont aucun avantage connu sur le plan de la santé, et sont préjudiciables à bien des égards aux jeunes filles et aux femmes. Ces MGF peuvent avoir des conséquences néfastes aux plans obstétricaux et périnataux [2]. Selon plusieurs études, les MGF augmenteraient les cas de décès périnataux, de SFA et de réanimation néonatale [2, 5]. L'objectif de notre étude était de comparer la prévalence des complications périnatales chez les nouveau-nés de mères ayant subi une MGF et ceux nés des mères n'ayant pas subi ces pratiques dans les services de santé de la Casamance.

I. MÉTHODOLOGIE

Type et période d'étude

L'étude s'était réalisée suivant une approche rétrospective de type cas-témoins. L'étude s'était déroulée du 1er Mai au 31 Décembre 2019 dans les hôpitaux, centres de santé et postes de santé des 3 régions de la Casamance (Ziguinchor, Kolda, et Sédhiou), offrant des services de SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgences).

Population d'étude

La population d'étude était constituée de tous les nouveau-nés de mères âgées d'au moins 18 ans, reçues dans les structures hospitalières des trois régions. Les parturientes ont été recrutées de façon consécutive pendant toute la durée de l'étude, et de façon indiscriminée, dans tous les sites inclus. La taille de l'échantillon a été calculée sur la base : puissance (80%) ; prévalence attendue du phénomène au sein de la population exposée (29%) ; prévalence attendue du phénomène au sein de la population non-exposée (20%) ; Odds Ratio attendu (1,63) [9]. La taille de l'échantillon était de : nombre de cas 506 ; nombre de témoins 288.

Critères d'inclusion :

Etaient inclus dans l'étude, les nouveau-nés de mères :

- âgées d'au moins 18 ans
- habitant dans la région naturelle de La Casamance au moins 6 mois de l'année
- sont dans un état physique et mental compatible avec l'étude
- admises en salle de naissance pour un travail d'accouchement à terme (> 37 SA).

Critères de non inclusion :

Etaient exclus de l'étude, les nouveau-nés de mères :

- reçues dans un état grave (coma, pathologie grave décompensée, ...)
- ayant une pathologie obstétricale ou associée pouvant être source de dystocie,
- Parturiente faisant l'objet de césarienne prophylactique quelqu'en soit l'indication

Définitions opérationnelles

Femme ayant subi une MGF : sujet de sexe féminin âgée de 15 à 49 ans ayant subi une MGF suivant la classification de l'OMS [3].

Asphyxie périnatale : liquide amniotique (LA) teinté, absence de cri immédiat (dans les 5 premières minutes) et/ou ventilation au masque ou transfert dans un service de pédiatrie

Retard de croissance intra utérine (RCIU) : poids du nouveau-né < 10ème percentile selon les courbes de croissance intra-utérine [8].

Cas : tout nouveau-né de mère respectant les critères d'inclusion et de non inclusion et qui présentait au moins une complication périnatale (7 premiers jours de vie).

Témoin : tout nouveau-né de mère respectant les critères d'inclusion et de non inclusion et qui ne présentait aucune complication périnatale.

Collectes et analyses des données

Les données étaient collectées à partir d'un support administré par d'enquêteurs préalablement formés. Nous avons effectué une analyse uni variée avec présentation des moyennes et limites de confiances ; une analyse bi variée avec croisement des variables qualitatives et quantitatives et une analyse multi variée pour apprécier le lien entre les variables dépendantes et les différentes variantes d'exposition.

Aspects éthiques

Le protocole d'étude a été validé par le comité éthique de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) de l'université cheikh Anta Diop (UCAD) de Dakar. Le consentement éclairé était obtenu auprès des participants après une explication adéquate des objectifs, méthodes, risques potentiels liées à l'étude. L'enquêteur veillait à ce que la confidentialité des participants à l'étude soit assurée en utilisant des numéros d'identifications personnels sur les formulaires de collectes de données.

II. RESULTATS

Au total, il a été inclus 794 nouveau-nés (416 masculins, 378 féminins) dont 506 nouveau-nés de mères mutilées (MGF+) et 288 nouveau-nés de mères non mutilées (MGF-).

L'âge moyen des mères était de 22,3 ans [18 – 43]. Les MGF étaient de type I (234 cas), de type II (253 cas), de type III (17 cas) et de type IV (2 cas). La majorité des mères avaient déjà accouché avant notre étude. Les primigestes (25% versus 27,67%) et les antécédents de césarienne (7,29% versus 6,52%) étaient comparables dans les 2 groupes. Le taux d'achèvement des 4 consultations prénatales (CPN) était significativement plus élevé dans le groupe MGF- (65,97% versus 56,72%) $p = 0,015$. Les circonstances d'accouchement étaient comparables dans les deux groupes. La rupture prolongée des membranes (RPM) de plus de 12 heures (6,12% versus 2,78%) était significativement plus fréquente dans le groupe MGF+ $p = 0,007$. Le tableau I donne la répartition des mères selon le profil épidémiologique et obstétrical.

Tableau I : Profil épidémiologique et obstétrical des mères

Profil parturiente	MGF-		MGF+		P value
	N (288)	%	N (506)	%	
Age (ans)					
18 – 20	48	16,67	148	29,25	
21 – 30	157	54,51	264	52,17	
31 – 40	75	26,04	88	17,39	
> 41	8	2,78	6	1,19	
Gestité					
1	72	25,00	140	27,67	0,0555
2-3	134	46,53	193	38,14	
> 3	82	28,47	173	34,19	
Antécédent césarienne					
Non	267	92,71	473	93,48	0,911
Oui	21	7,29	33	6,52	
Nombre CPN					
< 4	98	34,03	219	43,28	0,015
≥ 4	190	65,97	287	56,72	
Personnel ayant suivi					
Infirmier	13	4,51	26	5,14	0,233
Sage-femme	279	96,88	492	97,23	
Médecin	0	0,00	2	0,40	
Gynécologue	6	2,08	7	1,38	
Voie accouchement					
VBNI	257	89,24	455	89,92	0,41
Ventouse	3	1,04	5	0,99	
Césarienne	28	9,72	46	9,09	
RPM					
Pas RPM	277	96,18	466	92,09	0,007
≤ 12 heures	3	1,04	9	1,78	
> 12 heures	8	2,78	31	6,12	
Aspect LA					
Clair	275	95,49	473	93,48	0,12
Teinté	13	4,51	33	6,52	

MGF- : Mère Non Mutilée ; MGF+ : Mère Mutilée ; CPN : Consultation Prénatale ; VBNI : Voie Basse Bon Instrumentale ; RPM : Rupture Prématinée des Membranes ; LA: Liquide Amniotique.

Il y avait une prédominance masculine des nouveau-nés avec un sex-ratio de 1,1. Le poids moyen de naissance était de 2975 g [1980 - 4590]. Les petits poids de naissance < 2500 g étaient au nombre de 120 et les macrosomes étaient au nombre de 15. Le score d'Apgar ≤ 7 à la 5^{ème} minute (8,3% versus 3,82%) était significativement plus fréquente dans le groupe MGF+ $p = 0,0215$. Le tableau II donne la répartition des nouveau-nés selon le profil néonatal.

Tableau II : Profil néonatal

Nouveau-né	MGF-		MGF+		P value
	N (288)	%	N (506)	%	
Sexe					
Masculin	157	54,51	259	51,19	0,111
Féminin	131	45,49	247	48,81	
Poids					
< 2500	43	14,93	77	15,22	0,255
2500-4000	237	82,29	422	83,40	
> 4000	8	2,78	7	1,38	
Score Apgar M5					
≤ 3	0	0,00	5	0,99	0,0215
4-7	11	3,82	37	7,31	
> 7	277	96,18	464	91,70	

MGF- : Mère NonMutilée ; MGF+ Mère Mutilée ; M5 : 5^{ème} Minute.

Une infection néonatale bactérienne probable a été observée chez 31 cas (3,98%). Elle était significativement plus fréquente chez les enfants nés de parturientes MGF+ (5,67 % vs 1,06%), $p = 0,006$. L'asphyxie périnatale a été notée dans 61 cas (7,68%). Elle était retrouvée dans des proportions comparables entre les 2 groupes, plus fréquente chez les parturientes (MGF+ 8,30% vs 6,60%), $p = 0,11$. Une réanimation néonatale (ventilation au masque) a été nécessaire chez 66 cas (8,31%). Elle était significativement plus fréquente chez les enfants nés de mères MGF+ (10,08 % vs 5,20%), $p = 0,01$. Les MGF ont augmenté le taux de décès périnataux (2 décès) et de manière significative le taux de transfert du nouveau-né de la maternité à un service de réanimation néonatale $p = 0,02$. Le tableau III donne la répartition des complications néonatales des mutilations génitales féminines.

Tableau III : Complications périnatales associées aux mutilations génitales féminines

Complications	MGF-		MGF+		Total		P value
	N (288)	%	N (506)	%	N (794)	%	
RCIU							
Oui	43	14,93	77	15,22	120	15,11	0,35
Non	245	85,07	429	84,78	674	84,89	
INNB							
Oui	3	1,06	28	5,67	31	3,98	0,006
Non	281	98,94	466	94,33	747	96,02	
NR	4	1,39	12	2,37	16	2,02	
BSS							
Oui	16	5,56	26	5,14	42	5,29	0,7
Non	209	72,57	404	79,84	613	77,20	
NR	56	19,44	83	16,40	139	17,51	
Asphyxie périnatale							
Oui	19	6,60	42	8,30	61	7,68	0,11
Non	268	93,06	451	89,13	743	93,58	
NR	01	0,35	13	2,57	11	1,38	
Réanimation NNE							
Oui	15	5,20	51	10,08	66	8,31	0,01
Non	272	94,44	451	89,13	723	91,06	
NR	1	0,35	4	0,79	5	0,63	
Issue NNE							
Décès	0	0,00	2	0,39	2	0,25	0,02
TRN	17	5,90	54	10,67	81	10,20	
SNM	271	94,10	450	88,93	721	90,81	

RCIU : Retard de croissance intra utérine ; MGF- : Mère non mutilée ; MGF+ : Mère mutilée ; INNB : Infection néonatale bactérienne ; NR : Non renseigné ; BSS : Bosse séro-sanguine ; NNE : Nouveau-né ; TRN : Transfert en réanimation néonatale ; SNM : Sortie normale de maternité.

III. DISCUSSION

Les MGF ont un effet direct sur l'état néonatal de l'enfant à la naissance. Dans notre étude, les MGF ont augmenté de manière significative le taux de transfert des nouveau-nés de la maternité de naissance à un service de réanimation néonatale $p = 0,02$. Ce transfert est lié en partie à un score d'Apgar bas à la naissance, à une infection néonatale bactérienne. Le score d'Apgar ≤ 7 à la 5ème minute (8,3% versus 3,82%) était significativement plus fréquentes dans le groupe MGF+ et une réanimation néonatale a été nécessaire dans 10,08% des cas. Pour de IR Suleiman et al., les femmes ayant subi des MGF ont 32% plus de chances d'accoucher d'un bébé avec un faible score d'Apgar que les femmes sans MGF [11]. L'hypothèse avancée par ces auteurs est la rétention vulvaire prolongée du fœtus chez la parturiente mutilée entraînant une souffrance fœtale [5, 11]. Nous laisserons en suspend l'hypothèse que la durée d'expulsion pourrait être en partie augmentée par des efforts expulsifs insuffisants, liées aux souvenirs douloureux de la mutilation. Peut-on vraiment bien « pousser » quand on a été mutilée sexuellement ? On peut imaginer que la douleur liée à la descente du fœtus dans la filière génitale, soit extrêmement génératrice d'angoisse pour ces femmes.

Par contre, une revue systématique et une méta-analyse portant sur 3 études qui évaluent le score d'Apgar à la 5ème minute chez des nouveau-nés de mère avec et sans MGF, retrouve une différence non significative, $p = 0,13$ [12].

Dans cette étude, les auteurs ont trouvé un score d'Apgar bas < 7 à la M5, variable selon la conception de l'étude, le contexte de l'étude et les sous-groupes de femmes [12]. La morbidité néonatale plus fréquentes dans nos pays en développement peut être également un facteur de confusion [1, 13].

Dans notre étude, les MGF n'ont pas eu d'influence significative sur le poids de naissance du nouveau-né. Par contre elles ont augmenté de façon non significative le taux de décès périnataux (2 décès). Banks et al., ont trouvé 22% des décès périnataux, imputables à la MGF, avec une différence significative dans une étude menée dans 28 maternités d'hôpitaux de 6 pays d'Afrique [2]. Des résultats similaires ont été retrouvés par d'autres auteurs africains [6, 11, 14, 15]. Par contre Wuest et al., n'ont pas retrouvé de différence de décès dans leur étude faite en Europe [17].

Par ailleurs, on a retrouvé dans notre étude un taux d'INNB probable, significativement plus important dans le groupe des MGF+. Ce qui ne s'explique pas.

De façon général, l'infection néonatale bactérienne est une des principales causes de mortalité et de morbidité néonatales sans préjugé de l'état de santé maternel [7, 18]. Elle occupait la deuxième cause de mortalité néonatale à Dakar en 2015 [16].

CONCLUSION

Les mutilations génitales féminines en Casamance augmentent le risque d'asphyxie périnatale à l'accouchement avec un score d'Apgar ≤ 7 à la 5ème minute, un besoin plus important de réanimation et de transfert vers un service de réanimation néonatale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF.** 2019. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019). Rockville, Maryland, USA : ANSD et ICF.
2. **Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M.** Female genital mutilation and obstetric outcome : WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367(9525):1835-41.
3. **Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L.** Reliability of self reported form of female genital mutilation and WHO classification: cross sectional study. *BMJ*. 2006;333(7559):1-5.
4. **Female Genital Mutilation/Cutting: a global concern.** UNICEF New York, 2016.
5. **Gondo D, Nguessan K, Bon S, Bohoussou K, Kone N.** Les complications obstétricales des complications génitales. *Médecine d'Afrique noire*. 2004 ; 51 (3): 147-50.
6. **Kasim K, Shaaban S, El Sadak AE, Hassan H.** Impacts of Female Genital Mutilation on Women's Reproductive Health. *J Community Med Health Edu*. 2012;2(137):258-78.
7. **Lawn JE, Blencowe H, Oza S et al.** Every Newborn 2 Progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet* 2014;384(9938):189-205.
8. **Leroy B, Lefort F.** The weight and size of new born infant at birth. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1971;66(6):391-6.
9. **Ndiaye P, Diongue M, Faye A, Ouedraogo D, Tal-Dia A.** Mutilations Génitales Féminines et complications de l'accouchement dans la province de Gourma (Burkina Faso). *Santé Publique*, 2010 ; 22 (5) : 563-70.
10. **Organisation Mondiale de la Santé (OMS).** Mutilations Sexuelles Féminines. http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/ (16/03/18).

11. **Suleiman IR, Maro E, Shayo BC, et al.** Tendances des mutilations génitales féminines et des issues défavorables associées à la naissance : étude rétrospective sur 10 ans du registre des naissances dans le nord de la Tanzanie. *PLoS One*. 2021 ;16(1) :1-9.
12. **Sylla F, Moreau C, Andro A.** A systematic review and meta-analysis of the consequences of female genital mutilation on maternal and perinatal health outcomes in European and African countries. *BMJ Global Health*. 2020 ; 5 (12):1-14.
13. **Hakim LY.** Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition. *East Afr Med J*. 2001 May ; 78 (5) : 255-8..
14. **Slanger TE, Neige RC, Okonofua FE.** L'impact de l'excision sur le premier accouchement dans le sud-ouest du Nigeria. *Stud Fam Plann*. 2002;33(14):173-84.
15. **Théra T, Kouma A, Touré M et al.** Complications obstétricales des mutilations génitales en milieu rural malien]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2015;44(3):276-9.
16. **Thiam L, Faye PM, Fall AL et al.** Morbidité et mortalité néonatales au centre hospitalier national d'enfants Albert Royer de Dakar. *Dakar Med*. 2015;60(3) :179-88.
17. **Wuest S, Raio L, Wyssmueller D et al.** Effets des mutilations génitales féminines sur l'issue des naissances en Suisse. *BJOG*. 2009;116(9):1204-9.
18. **Wang H, Liddell CA, Coates MM et al.** Global regional and national levels of neonatal infant and under-5 mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2014;384(9947):957-79.