



## Cas clinique

### Géante chéloïde vulvaire post mutilation génitale féminine : à propos d'un cas

Giant vulvar keloid post female genital mutilation: about a case

M Haïdara\*<sup>1</sup>, A Samaké<sup>2</sup>, SZ Dao<sup>3</sup>, O Traoré<sup>4</sup>, S Mariko<sup>6</sup>, M Coulibaly<sup>1</sup>, BS Koné<sup>1</sup>, I Guindo<sup>1</sup>, SO Traoré<sup>5</sup>, B Bamba<sup>1</sup>, S Diallo<sup>6</sup>, MK Kaba<sup>1</sup>, I Coulibaly<sup>1</sup>, M Maïga<sup>1</sup>, O Sanogo<sup>1</sup>

#### Résumé

Les mutilations génitales féminines sont reconnues comme une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes. Elles ont des conséquences néfastes sur la santé de la reproduction.

Les auteurs rapportent le cas d'une géante chéloïde vulvaire secondaire à l'excision chez une jeune femme enceinte de 27 semaines d'aménorrhée. La tumeur était associée à un inconfort, un gêne esthétique et un retentissement psychologique. Son exérèse réalisée dans un contexte ulcéro-hémorragique a donné un bon résultat aussi bien sur le plan esthétiques, fonctionnel que psychologique. La patiente a normalement accouché après d'un garçon de 3400 grammes.

Mots-clés : excision, vulve, géante chéloïde, Kalaban-Coro, Mali.

#### Abstract

Female genital mutilation is recognized as a violation of the fundamental rights of girls and women. They have harmful consequences on reproductive health.

The authors report the case of a giant vulvar keloid secondary to excision in a young woman 27 weeks pregnant with amenorrhea. The tumor was

associated with discomfort, an aesthetic gene and a psychological impact. Its resection performed in an ulcerative hemorrhagic context gave good results both aesthetically, functionally and psychologically. The patient normally gave birth to a 3400-gram boy. Keywords: excision, vulva, giant keloid, Kalaban-Coro, Mali.

#### Introduction

Longtemps considérées comme des pratiques essentiellement africaines, les mutilations génitales féminines constituent un phénomène mondial. Elles désignent toutes les interventions qui aboutissent à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme et/ou toute autre lésion des organes génitaux féminins pratiquées à des fins non thérapeutiques [1].

L'ablation de tissus génitaux sains entrave le fonctionnement naturel de l'organisme et peut avoir plusieurs conséquences immédiates et à long terme sur la santé génito-urinaire [2].

Environ 200 millions de femmes et filles ont subi

des mutilations génitales féminines (MGF) dans le Monde, 5300 femmes excisées vivent en France. Chaque année, 2 à 3 millions de filles risquent à leur tour d'être mutilées [3].

Ces pratiques « culturelles » s'effectuent majoritairement dans certains pays d'Afrique, mais aussi ailleurs. Elles n'ont aucun avantage pour la santé des jeunes filles et des femmes. De même, elles n'ont aucune indication religieuse ni médicale [4].

Le Mali fait partie des pays où l'excision est très répandue. La pratique se fait dans toutes les régions du pays. Les régions de Kidal, Gao et Tombouctou enregistrent les plus faibles taux de prévalence. Selon l'Enquête Démographique et de Santé, la prévalence est de 89% chez les femmes âgées de 15-49 ans et 73% chez les filles de 0-14 ans [5].

Les cicatrices chéloïdes (c'est-à-dire un excès de tissus cicatriciels) font partie des complications à long terme des MGF.

Nous rapportons le cas d'une géante chéloïde vulvaire à l'origine d'un inconfort, d'un préjudice esthétique et d'une complication nécrotico-hémorragique chez une femme de 29 ans qui a subi une MGF de type II dans l'enfance.

### **Cas clinique**

Une patiente de 29 ans, G5 P4V4, sans antécédent médicochirurgical particulier a été admise dans notre structure le 02 août 2021 en provenance d'une structure périphérique pour une tumeur vulvaire hémorragique sur grossesse de 27 SA semaines. Selon la patiente cette masse est apparue depuis son enfance et a pris progressivement du volume. La patiente se plaignait de pesanteur, de gêne et d'un inconfort. Il n'y avait pas de douleur avant l'apparition de lésion de frottement à l'extrémité libre mais un inconfort à la marche et au cours des rapports sexuels. La patiente avait subi une mutilation génitale féminine de type II à l'enfance. On lui aurait proposé plusieurs fois l'exérèse entre ses grossesses, hélas elle n'y parvient pas à cause des

grossesses rapprochées mais également du manque de moyen financier.

A l'admission l'inspection retrouvait un état général conservé, des conjonctives peu colorées. On notait à la vulve une tumeur pendante de la paroi latérale de la grande lèvre droite avec une couverture cutanée dépourvue de poils et ayant l'aspect de chou-fleur non orienté. La tumeur mesurait 20 cm de longueur, 12 cm de large et 6 cm d'épaisseur (figure 1). On notait un bout arrondi concave, ulcéro-nécrotique et hémorragique au contact.

A la palpation, la tuméfaction était moue et douloureuse à l'extrémité libre où se trouvait la lésion ulcéro-nécrotico hémorragique. Il n'y avait pas d'adénopathie inguinale associée.

Ailleurs la grossesse se déroulait normalement. Les mouvements fœtaux actifs étaient bien perçus par la patiente, la hauteur utérine mesurait 23 cm, pas de contractions utérines et les BDCF bien perçus et réguliers. A l'examen sous speculum le col était d'aspect normal. Au TV il était postérieur long, ramolli et fermé. Les leucorrhées étaient physiologiques. La patiente bénéficiait des soins préventifs. Les aires ganglionnaires étaient libres. A la suite de l'examen clinique des examens biologiques pré opératoires étaient demandés à savoir le groupe sanguin rhésus revenu O+, une numération formule sanguine avec 8,5g/dl de taux d'hémoglobine, un taux d'hématocrite à 25,5% ; un temps de coagulation à 4 minutes, temps de saignement à 7 minutes, la glycémie à jeun à 0,80g/l ; les globules blancs à 9500/mm<sup>3</sup>, les plaquettes à 396 000/mm<sup>3</sup> ; les transaminases ALAT à 8 UI/l et ASAT à 9UI/L ; la créatinine à 0,78mg/dl. Devant la lésion nécrotico-hémorragique surinfectée, une exérèse chirurgicale a été réalisée (Figure 2, figure 3, figure 4) le 17 août 2021 sous anesthésie générale après une semaine d'antibiothérapie avec ceftriaxone 2g /jour et métronidazole 1g/jour associé au pansement à la polyvidone iodée et au fer à dose curative. La pièce opératoire a pesé 580g.

Son examen anatomopathologique a conclu à l'aspect histologique d'une fibrose associée à des foyers d'abcès sans atypie cellulaire à la limite des fragments

examinés.

Comme soins post opératoires, elle a reçu amoxicilline acide clavulanique 1gx2/j, fer à dose curative, métronidazole 1g/jour, phloroglucinol injectable : 6 ampoules en perfusion dans le sérum glucosé, paracétamol perfusion : 1g/8heures.

Les suites opératoires ont été simples avec une bonne cicatrisation avant la fin de la 3<sup>e</sup> semaine de l'exérèse sous dermocorticoïde en crème.

Il est à noter que sa prise a été entièrement financée par l'équipe chirurgicale du CSRéf de Kalaban-Coro. Le déroulement de la grossesse était sans particularité. La patiente a accouché normalement par voie basse le 04 novembre 2021 d'un enfant vivant de sexe masculin pesant 3400g soit 3mois environs après l'exérèse de la tumeur.



Figure 1 : l'angiofibrome vulvaire



Figure 2 : pièce opératoire



Figure 3 : pièce avec lésion de frottement à l'extrémité libre



Figure 4 : suture en points séparés

## Discussion

Notre patiente était une jeune femme de 29 ans dont la cicatrice chéloïde était très saillante et mesurait 20 cm de longueur, 12 cm de large et 6 cm d'épaisseur. Selon Éléonore C [6] les chéloïdes sont des cicatrices volumineuses et déformantes qui touchent plus souvent le sujet jeune, de peau noire ou asiatique. La taille de la tumeur peut dépendre des caractéristiques biologiques des patientes mais aussi de la durée d'évolution ou de l'âge de la patiente. L'évolution de ces cicatrices est lente. Certaines peuvent évoluer au fur et à mesure. Elles peuvent être lisses ou desquamatives (érosion superficielle de la peau). Elles peuvent être luisantes, voire brillantes. L'origine traumatique ou cicatricielle de tumeur fait l'unanimité avec la littérature. Notre patiente a subi

une MGF de type II. Au Mali la prévalence nationale de l'excision varie autour de 84-90 %. Plus de 84,4% de ces patientes avaient subi l'excision à un âge moins de 6 mois, avec une prédominance du type II [7].

Les cicatrices chéloïdes vulvaires sont moins fréquentes que les autres complications post mutilation génitales féminines à long terme tel que les kystes vulvaires post excision qui sont des kystes épidermiques liés à l'inclusion d'épiderme ou de glandes sudoripares dans la cicatrice, dans la région clitoridienne ou dans une autre zone vulvaire [8]. Il s'agissait du premier cas de notre structure depuis sa création en 2013. Les chéloïdes sont généralement asymptomatiques et parfois révèlent par une poussée inflammatoire pouvant être accompagnée de démangeaison. Dans notre cas la patiente n'avait pas de douleur. Il s'agissait d'une masse vulvaire molle, mobile et indolore avant la survenue de lésion de frottement sur l'extrémité libre qui s'est par la suite infectée. la masse impliquait la grande lèvre droite.

Les chéloïdes se distinguent des cicatrices hypertrophiques. Les cicatrices hypertrophiques sont plus communes que les chéloïdes. [6].

L'évolution après exérèse : la cicatrisation était parfaite avant la fin de la 3<sup>e</sup> semaine de l'exérèse dans notre cas. Le traitement chirurgical a été suivi de l'application locale de dermocorticoïde qui a permis d'avoir un bon résultat. Cependant la possibilité d'une éventuelle récurrence n'est pas écartée à long terme.

## Conclusion

La cicatrice chéloïde vulvaire post mutilation génitale féminine est peu fréquente. Elle a la particularité de ne pas régresser spontanément et de pouvoir s'étendre au-delà de la région traumatique comme notre cas qui mesurait 20 cm de longueur. L'exérèse totale associée à la corticothérapie locale nous a permis de supprimer l'inconfort, le gêne esthétique et le retentissement psychologique qui faisaient souffrir notre patiente depuis son enfance.

## \*Correspondance

Mamadou Haïdara

[mahaidara\\_go@yahoo.fr](mailto:mahaidara_go@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 25 Avril 2022

- 1 : Centre de santé de référence de Kalaban-Coro
- 2 : Centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako
- 3 : Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako
- 4 : CHU de Kati
- 5 : Hôpital du Mali
- 6 : Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2022

**Conflit d'intérêt** : Aucun

## Références

- [1] ARMELLE A. Les mutilations génitales féminines dans le monde. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-population-et-societes-2017-4-page-1.htm>.
- [2] BERG RC. Effects of female genital cutting on physical health outcomes : a systematic review and metaanalysis. *BMJ Open*. 2014 ;4(11): e006316.
- [3] MADZOU S. Pôle Femme - Mère - Enfant, CHU d'Angers Reconnaissance et prise en charge des Mutilations Génitales Féminines (MGF)
- [4] YOHANNES A. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines : dimensions sanitaires, socioculturelles, psychosociales, éthiques, et légales.
- [5] MALI, ENQUETE DEMOGRAPHIQUE DE SANTE VI 2018
- [6] ELEONORE C. Cicatrices : chéloïdes, hypertrophiques, comment les enlever ? sur <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sante-du-quotidien>
- [7] KONE JP : aspects épidémiologique et clinique des complications de mutilations génitales féminines à

l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Université des sciences  
Techniques et des Technologies de Bamako Faculté de  
Médecine, Et d'Odontostomatologie (FMPOS) Année  
Universitaire 2017 – 2018 thèses.

[8] HENRI JP. Le praticien face aux mutilations sexuelles  
féminines gynécologie sans frontières juillet 2010.

**Pour citer cet article :**

M Haïdara, A Samaké, SZ Dao, O Traoré, S Mariko,  
M Coulibaly et al. Géante chéloïde vulvaire post  
mutilation génitale féminine : à propos d'un cas. *Jaccr  
Africa 2022; 6(2): 133-137*