



Article scientifique

Article

2017

Published version

Open Access

This is the published version of the publication, made available in accordance with the publisher's policy.

Fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine

Abdulcadir, Jasmine; Bianchi-Demicheli, Francesco; Petignat, Patrick

How to cite

ABDULCADIR, Jasmine, BIANCHI-DEMICHELI, Francesco, PETIGNAT, Patrick. Fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine. In: Revue médicale suisse, 2017, vol. 13, n° 554, p. 597–601.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:99121>

Fonction sexuelle et reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine

Drs JASMINE ABDULCADIR^{a,b}, FRANCESCO BIANCHI-DEMICHELI^{a,b} et Pr PATRICK PETIGNAT^{a,b}

Rev Med Suisse 2017; 13: 597-601

Les données de la littérature sur la fonction sexuelle de la femme avec mutilation génitale féminine (MGF) et la reconstruction clitoridienne après MGF, effectuée en cas de douleurs clitoridiennes chroniques, dyspareunie clitoridienne ou pour des raisons d'identité, sont limitées. Dans cet article, nous résumons les facteurs anatomiques, psychosexuels et socioculturels qui influencent la sexualité des femmes avec MGF et les données disponibles sur la reconstruction du clitoris. La résection du tissu fibreux périlclitoridien pendant la chirurgie, avec l'éventuelle excision des névromes post-traumatiques douloureux, pourrait réduire les douleurs et améliorer la fonction sexuelle. En l'absence de douleurs, une prise en charge multidisciplinaire non chirurgicale semble comporter moins de risques et être autant ou plus bénéfique que la chirurgie.

Sexual function and clitoral reconstruction after female genital mutilation

Evidence on sexual function of women living with female genital mutilation (FGM) and on clitoral reconstruction after FGM is limited. Such surgery is performed in case of chronic clitoral pain, clitoral dyspareunia or for female identity reasons. In this article we summarize the anatomical, psychosexual and sociocultural factors that influence sexual function of women with FGM and the available data on clitoral reconstruction. Surgical resection of the fibrous tissue around the clitoris, with eventual excision of painful post-traumatic neuromas, could improve pain and sexual function. In asymptomatic women, multidisciplinary non-surgical management could be equally or more beneficial and less risky than surgery.

INTRODUCTION

La reconstruction du clitoris après mutilation génitale féminine (MGF), appelée également transposition ou plastie clitoridienne, est une technique chirurgicale assez récente qui a été décrite en 2003 en Egypte et en 2004 en France.^{1,2} Cette chirurgie, de plus en plus populaire, est effectuée de routine et remboursée par la sécurité sociale en France depuis plus de dix ans.³ En Suisse, elle est prise en charge par l'assurance-maladie, sans nécessité d'avis préalable favorable, depuis qu'en 2015 les chirurgies réparatrices des mutilations génitales féminines font partie du manuel de codage médical.⁴

Certaines données disponibles montrent qu'il s'agit d'une chirurgie réalisable et reproductible, capable de réduire les douleurs clitoridiennes chroniques et la dyspareunie superficielle sus-clitoridienne; d'améliorer le sentiment d'image corporelle, l'identité féminine et la fonction sexuelle des femmes.¹ Toutefois, à ce jour, les données probantes scientifiques sur son efficacité et sa sécurité à court et long termes ne sont pas conclusives.⁵ Pour cela, la technique fait l'objet de débat parmi les experts et elle n'a pas été recommandée par le Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG) en 2015,⁶ ni par les guidelines de l'OMS sur la prise en charge des complications des mutilations génitales féminines de 2016.⁷ Le RCOG et l'OMS ont souligné la nécessité d'études multicentriques complémentaires de bonne qualité méthodologique.^{6,7}

Les objectifs de cet article de synthèse sont de présenter:

- les données probantes sur la fonction psychosexuelle des femmes ayant subi une mutilation génitale féminine et la reconstruction du clitoris après MGF;
- les recommandations à suivre en cas de demande de reconstruction clitoridienne.

MUTILATION GÉNITALE FÉMININE ET FONCTION PSYCHOSEXUELLE

L'OMS définit comme mutilation génitale ou sexuelle féminine toute procédure qui aboutit à l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins pratiquée à des fins non thérapeutiques.⁸ Il s'agit d'une pratique rituelle préreligieuse qui existe dans certains groupes ethniques d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et, suite aux mouvements migratoires, dans des pays à haut revenu. Deux cent millions de femmes et filles dans le monde sont estimées porteuses de MGF.⁹

Les MGF peuvent être responsables de complications hémorragiques, uro-gynécologiques, obstétricales, infectieuses, psychologiques et sexuelles.^{10,11} L'impact sur la santé psychosexuelle a été peu investigué et avec des études ne possédant pas une bonne méthodologie.¹² On sait que les conséquences psychosexuelles varient en fonction du type et des séquelles de la mutilation, du vécu du rituel et de plusieurs autres facteurs.¹³ La sexualité de la femme ayant subi une MGF dépend comme chez toute femme, de l'interaction de facteurs anatomiques, biochimiques, neurophysiologiques, cognitifs, culturels et sociocontextuels,¹⁴ bien que certains aspects anatomiques, psychologiques et socioculturels soient spécifiques aux MGF.¹⁵

^a Département de gynécologie et obstétrique, HUG, 1211 Genève 14, ^b Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4
jasmine.abdulcadir@hcuge.ch

Aspects anatomiques

Le retentissement anatomique change en fonction du type et des complications de MGF, tout d'abord par rapport à l'atteinte éventuelle du clitoris, l'organe sexuel de la femme.¹⁶ Il y a 4 types de mutilation génitale féminine (**tableau 1**).^{16,17} Certains comportent l'ablation ou le percement du prépuce du clitoris; d'autres, l'excision du gland (la partie externe et visible) du clitoris et/ou le rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'accolement des petites et/ou grandes lèvres (infibulation). En cas d'excision du clitoris, avec ou sans infibulation associée, la majorité de l'organe est toujours présente, comme également d'autres structures érectiles responsables de la fonction sexuelle féminine: les bulbes et le *corpus spongiosum* de l'urètre. La partie clitoridienne intéressée par certains types de MGF est le gland ou le gland et une partie du corps (**figure 1**).¹⁵ C'est pourquoi, les femmes ayant subi une MGF et n'ayant pas de séquelles psychophysiques, peuvent rapporter une fonction et une satisfaction sexuelles normales.¹⁸

La MGF de type 3 ou *infibulation* peut être responsable de dyspareunie superficielle et de pénétration difficile à cause de l'obstacle mécanique créé par le pont cutané d'infibulation.¹³

TABLEAU 1 Classification OMS des mutilations génitales féminines

Type I	Ablation partielle ou totale du clitoris* et/ou du prépuce (clitoridectomie)
Type II	Ablation partielle ou totale du clitoris* et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)
Type III	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 (infibulation)
Type IV	Toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation

* Quand l'OMS parle d'ablation partielle ou totale du clitoris, on parle du gland du clitoris et non de l'organe en entier comme montré dans la **figure 1**.

Le traitement est la désinfibulation, l'ouverture chirurgicale de l'infibulation avec la reconstruction des lèvres qui étaient préalablement soudées.¹⁹ Lors de la désinfibulation, un clitoris intact peut être retrouvé sous la cicatrice. Dans une série de 40 femmes d'Afrique de l'Est désinfibulées, 45% présentaient un clitoris non excisé.²⁰

Les *brides cicatricielles* peuvent aussi causer une dyspareunie superficielle. Le traitement est la résection chirurgicale avec la restauration d'un introitus vaginal physiologique.

Les *kystes épidermiques*, souvent sus-clitoridiens, sont une complication fréquente des MGF.²¹ En général asymptomatiques, ils peuvent toutefois prendre des dimensions considérables ou s'enflammer et s'abcéder.²¹ Notre expérience et une ancienne étude égyptienne montrent qu'après l'ablation d'un kyste épidermique sus-clitoridien, la fonction sexuelle de la femme peut être décrite comme réduite.² Cela s'explique par le fait que, pendant les rapports sexuels, le kyste appuie et stimule facilement le clitoris.¹⁸ Il est important d'en informer la femme et son partenaire et d'expliquer la localisation du clitoris sous la cicatrice de la MGF une fois le kyste réséqué pour qu'il puisse être stimulé.

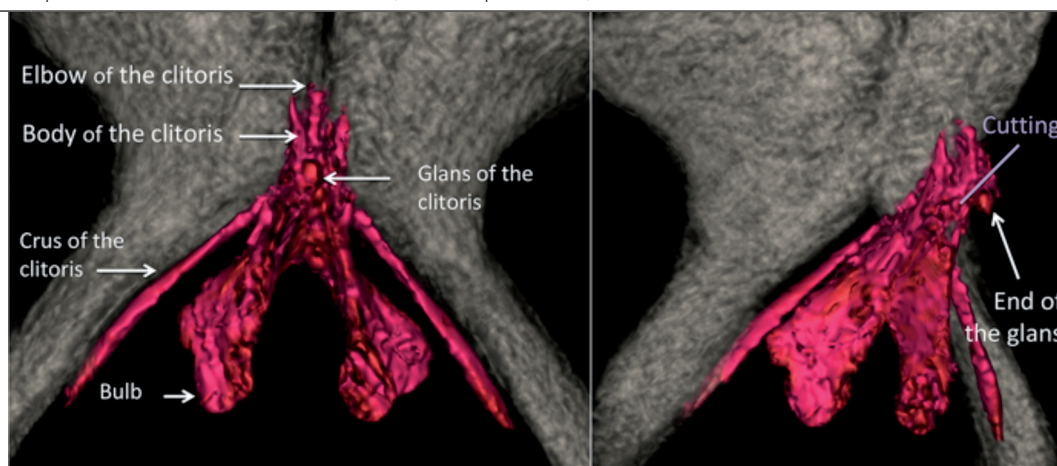
Une complication rare selon la littérature, mais potentiellement sévère et invalidante, est le *névrome post-traumatique du clitoris*, une prolifération désorganisée des fibres nerveuses proximales dans un stroma fibreux suite au traumatisme des fibres du nerf dorsal du clitoris.^{22,23} Un névrome clitoridien peut être asymptomatique ou causer une douleur neuropathique chronique ainsi que pendant et après les rapports sexuels.^{22,23} La résection chirurgicale semble être le traitement de choix.^{22,23} Peu de données probantes sur la prévalence du névrome clitoridien, sa prise en charge et le risque de récurrence postchirurgie existent.

Aspects psychologiques

Les connaissances sur les conséquences psychologiques des mutilations génitales féminines sont limitées. La MGF est un

FIG 1 Images volumétriques IRM du clitoris

Reconstruction tridimensionnelle du clitoris d'une femme sans mutilation génitale féminine. La mutilation génitale affecte le gland et une partie plus ou moins importante du corps du clitoris. Les crura du clitoris sont intacts, de même que les bulbes, deux autres structures érectiles féminines.



(Vitrea; Vital Images, Minnetonka, MN). Courtoisie du Journal of sexual medicine.

rituel de passage traumatique des points de vue physique et psychologique qui peut être associé au *syndrome de stress post-traumatique (PTSD)*, à la *dépression* et aux *troubles anxieux*.^{11,24,25} Toutefois, il existe une grande variation de symptômes, souvenirs, vécus, expériences et valeurs associés à ce rituel de passage, qui peut se passer à des âges et dans des contextes différents. Dans certaines groupes ethniques, la MGF est pratiquée sur des filles encore nouveau-nées, qui n'ont pas de souvenir de l'événement, et qui peuvent ne pas être conscientes d'avoir été excisées. D'autres groupes au contraire, pratiquent la mutilation génitale avant la ménarche ou à l'âge adulte. Le rituel peut être conduit dans diverses conditions, voire en milieu médicalisé, sous anesthésie. Tout ce qui accompagne la MGF, comme les célébrations, l'honneur, l'acceptation par la communauté, l'obtention du statut de femme pure, respectable et mariable ou le secret de l'événement, la souffrance et la peur, l'impuissance, l'absence de consentement, le sentiment de trahison et l'incompréhension, varient en fonction du contexte de la MGF et de l'expérience et du vécu de la femme. La diversité dans l'interprétation et la gestion des événements, et le niveau de souvenir jouent un rôle crucial dans l'expérience d'une psychopathologie post-MGF.²⁵

Un nombre considérable de femmes considèrent la MGF comme « normale », voire comme un élément positif d'identité féminine et de beauté plutôt que comme une « maladie » ou une « mutilation » et ne souffrent pas de séquelles psychologiques. Certaines femmes ont développé des stratégies efficaces de gestion de l'ancien trauma.²⁴⁻²⁶ Dans ces cas, après une évaluation attentive, excluant les cas où la femme n'est pas asymptomatique mais simplement inconsciente d'un symptôme, il est important de ne pas stigmatiser et victimiser ces patientes à cause de l'antécédent de MGF.

Il est aussi fondamental de ne pas se focaliser simplement sur la MGF mais de considérer la santé globale de la femme avec MGF et de dépister et traiter d'autres comorbidités éventuelles autres que la mutilation.²⁷ La population migrante des femmes avec MGF a été montrée comme étant plus à risque d'événements traumatiques passés tels que violences de guerre, viol, tortures, mariage forcé et migration difficile, qui nécessitent souvent une prise en charge multidisciplinaire.²⁷

Aspects socioculturels

Les facteurs sociaux, culturels, contextuels, cognitifs et relationnels influencent significativement la santé psychosexuelle.^{15,27} Ces éléments influencent l'identité de genre, l'acceptation sociale et de couple et le sentiment d'image corporelle et peuvent se modifier suite à la migration, avec des changements et des conflits entre cultures et normes différentes. D'une part, un changement culturel peut favoriser une meilleure connaissance sur les MGF ou la prise de conscience d'un symptôme, l'accès aux soins et la communication avec les soignants. D'autre part, l'information existante sur « l'excision » dans les pays à haut revenu est surtout de nature préventive ou militante, plus qu'informatrice pour les femmes concernées. Pour cette raison, telle information peut être ressentie comme violente et stigmatisante et susciter des sentiments de rejet social, de femme « mutilée et incomplète » ou des attentes négatives par rapport à la propre sexualité.²⁸ Dans plusieurs études, les jeunes femmes excisées dans leurs

pays d'origine ayant grandi en Europe présentent plus de problèmes sexologiques que les femmes ayant grandi en Afrique.^{3,28} Au contraire, les femmes ayant un sentiment positif d'identité de genre et d'image corporelle, en absence de complications à long terme, rapportent une fonction sexuelle dans les normes.¹³

Plusieurs mythes et fausses croyances existent à propos du clitoris dans les pays à haute prévalence de MGF et également dans les pays à haut revenu. Il est souvent imaginé que le clitoris est enlevé lors de la MGF et que ceci permet de contrôler ou d'éliminer le plaisir sexuel féminin.²⁹ Beaucoup de femmes avec MGF, y compris celles qui demandent une chirurgie reconstructrice clitoridienne, et leur partenaire, ne connaissent pas l'anatomie sexuelle et en particulier clitoridienne.¹⁵ Ces patientes sont rarement conscientes du fait que la majorité de leur clitoris est toujours en place et ne l'ont jamais stimulé. Elles peuvent aussi imaginer le gland du clitoris comme un organe de grande taille et les femmes non excisées comme « hypersexuelles » ou ayant toujours un désir et un plaisir sexuels très élevés.^{1,3,15,30,31} Il est utile d'explorer ces éventuelles croyances, connaissances et attentes, surtout avant une chirurgie, et offrir une information détaillée sur l'anatomie et la physiologie sexuelles féminines.

RECONSTRUCTION DU CLITORIS

La reconstruction du clitoris, ou transposition ou plastie clitoridienne,³² est effectuée sous anesthésie générale ou locale.^{3,33} Il n'existe pas de recommandation claire ni de donnée probante par rapport à l'antibioprophylaxie chirurgicale. La technique chirurgicale a été décrite par Thabet en 2003,² Foldès en 2004,¹ et d'autres auteurs plus tard avec de légères modifications, concernant par exemple la suture d'amarrage du néo-gland.^{33,34} Elle est effectuée en cas de douleurs clitoridiennes chroniques, de dyspareunie clitoridienne ou pour des raisons identitaires et d'image corporelle. La principale raison de demande de chirurgie est celle de se sentir femme entière, réhabilitée, suivie par le désir d'améliorer sa fonction sexuelle.⁵

La reconstruction ou transposition clitoridienne implique la résection de la cicatrice cutanée en regard du clitoris excisé, l'isolement du corps clitoridien, la section du ligament suspenseur du clitoris en respectant le pédicule vasculo-nerveux de l'organe, la résection du tissu cicatriciel sous-cutané péri-clitoridien et le repositionnement d'un « néo-gland » en position physiologique et accessible, et la création d'un éventuel prépuce selon le désir de la patiente. Il n'est pas nécessaire de positionner une sonde urinaire à demeure en postopératoire immédiat. Une antalgie de palier 2 est recommandée, avec un retour à domicile en général effectué au jour 1. La réépithélialisation du clitoris et les douleurs postopératoires peuvent durer jusqu'à trois mois.^{1,33,34} Le suivi postopératoire se fait une fois par semaine jusqu'au début de la cicatrisation³² et, dans notre expérience, jusqu'à la diminution des douleurs postopératoires (environ 1 mois). L'antalgie et le suivi postopératoires sont importants: les douleurs sur le site de l'ancien rituel traumatique peuvent rappeler la MGF et réveiller une symptomatologie psychopathologique comme un ancien PTSD.^{27,33,35}

Selon notre revue systématique de la littérature de 2015 sur l'efficacité et la sécurité de la reconstruction clitoridienne, seulement quatre études avaient été retrouvées: une étude cas-témoin et trois études de cohorte prospectives.²³ Depuis, d'autres études de cohorte sur des échantillons limités ont été conduites en France et au Burkina Faso.^{27,32-34,36-38}

Les complications plus fréquentes en postopératoire immédiat sont l'hématome, le lâchage de suture et l'infection, avec un taux qui varie selon la série de cas de 5,33 à 40%.³⁷ Une ré-admission est nécessaire dans 3,7-10% des cas et une reprise chirurgicale dans environ 4%.^{3,5,27,32-34,36} Les complications plus sévères connues sont des chéloïdes, une hyperesthésie du clitoris,³¹ et la récurrence d'un ancien PTSD lié à la MGF sur la douleur postopératoire immédiate.³⁵

L'aspect postopératoire a souvent été évalué par les chirurgiens et non par les patientes, au maximum à distance de 12 mois et les données à ce propos ne sont pas conclusives. Malgré l'intérêt des données existantes, les données probantes sur l'issue de la chirurgie en termes de résolution/réduction des douleurs clitoridiennes, d'amélioration de la fonction psychosexuelle et du sentiment d'image corporelle restent limitées et non conclusives. La raison en est l'absence de groupes de contrôle, la taille réduite des échantillons, la perte de suivi à long terme, l'absence de données sur les femmes non opérées et qui reçoivent une prise en charge psychosexuelle et non chirurgicale et l'utilisation d'échelles validées ou non dans la population investiguée. De plus, les femmes incluses dans les études ne sont pas toujours différenciées en fonction des symptômes préopératoires (douleurs, troubles du désir ou de l'orgasme, demande de chirurgie pour des raisons identitaires mais absence de douleur ou de trouble sexologique, etc.), ce qui rend difficile l'analyse des résultats. L'étude prospective de Foldès, publiée en 2012 dans le *Lancet*, représente l'échantillon de taille la plus importante (2938 femmes opérées), malgré la perte de suivi à 12 mois d'environ 70%.³ Sur les 840 femmes opérées évaluées à distance d'une année, 14 des 28 qui avaient des douleurs en dehors des rapports sexuels signalaient une amélioration et 99 des 202 qui souffraient d'une dyspareunie modérée ou sévère pendant les rapports présentaient une amélioration. Trois cent quatre-vingt-cinq femmes sur 834 (46%) décrivaient une amélioration du plaisir clitoridien et 430 (51%) des orgasmes définis comme «restreints ou normaux». Sur 53 femmes qui avaient des orgasmes «réguliers» en préopératoire, 12 rapportaient une réduction de l'intensité de ceux-ci en postopératoire.³

De plus en plus, les données probantes et l'expérience des experts montrent qu'en cas de demande de reconstruction du clitoris, si les femmes bénéficient d'une prise en charge multidisciplinaire avec dépistage et traitement des comorbidités psychophysiologiques, information et éducation sexocorporelles et

thérapie sexologique, non seulement l'issue de la chirurgie est meilleure,³⁸ mais la majorité des patientes abandonne le projet initial d'intervention car les besoins sont satisfaits avec un traitement non chirurgical.^{23,27,38} Dans la série d'Antonetti et coll., après ce type de suivi holistique, une reconstruction du clitoris a été effectuée chez 27 (16%) des 169 femmes traitées.²⁷

CONCLUSION

La fonction sexuelle de la femme après MGF dépend de plusieurs facteurs tels que anatomiques, psychosexuels et socioculturels et la reconstruction du clitoris a des implications chirurgicales, socioculturelles, identitaires et psychosexuelles. Toute femme souhaitant une prise en charge chirurgicale devrait bénéficier d'une consultation multidisciplinaire adaptée. La résection du tissu fibreux périclitoridien, avec l'excision des névromes éventuellement responsables de douleurs, peut réduire ou faire disparaître la symptomatologie douloureuse et améliorer la fonction sexuelle. En l'absence de douleur, une prise en charge multidisciplinaire non chirurgicale peut permettre d'éviter une chirurgie.

L'OMS recommande d'informer et d'éduquer les patientes et leur partenaires sur leur anatomie, la physiologie et les MGF, d'offrir si nécessaire un *counseling* sexuel, une thérapie cognitive-comportementale en cas de troubles anxieux/PTSD ou de dépression et de toujours associer un soutien psychologique en cas de chirurgie. Au vu de l'absence de données probantes sur la reconstruction clitoridienne, si une femme asymptomatique demande une chirurgie clitoridienne, il est recommandé de se baser sur le bon jugement clinique et de commencer par la proposition d'un traitement moins invasif comme une thérapie psychosexuelle ou un *counseling*.⁷

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les conséquences psychosexuelles des mutilations génitales féminines sont variables et dépendent de plusieurs facteurs (ex: anatomiques, psychologiques, socioculturels)
- Les femmes avec mutilation génitale devraient bénéficier d'une information et d'une éducation sur leur anatomie et la physiologie féminines ainsi que de la prise en charge d'éventuelles comorbidités psychophysiologiques coexistantes
- La reconstruction du clitoris devrait s'effectuer en association à une prise en charge psychosexuelle multidisciplinaire

1 Foldes P. Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation. *Prog Urol* 2004;14:47-50.
2 Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003;29:12-9.
3 * Foldes P, Cuzin B, Andro A. Reconstructive surgery after female

genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 2012;380:134-41.
4 Office fédéral de statistique. Manuel de codage médical. Le manuel officiel des règles de codage en Suisse. Neuchâtel: OFS; 2015. Available from: www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/349299/master
5 * Abdulcadir J, Rodriguez M, Say L. Clitoral reconstruction after female

genital mutilation/cutting: a systematic review of the evidence. *IJOG* 2015;129:93-7.
6 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female genital mutilation and its management. Green-top Guideline No. 53. 2015.
7 WHO. WHO guidelines on management of health complications from female

genital mutilation. Geneva: WHO, 2016.
8 WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement-OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008.
9 Unicef. Female genital mutilation/cutting: a global concern New York: Unicef, 2016 (cited 20.11.2016). Available from:

www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD(2).pdf

10 Berg R, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist G. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;21:11:e006316.

11 Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. Rapport fra Kunnskapssenteret – Systematisk oversikt nr. 13 Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010.

12 Abdulcadir J, Rodriguez M, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG* 2015;122:294-303.

13 Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, et al. Pleasure and orgasm in women with female genital mutilation/cutting (FGM/C). *J Sex Med* 2007;4:1666-78.

14 Nappi R, Salonia A, Traish AM, et al. Clinical biologic pathophysiology of women's sexual dysfunction. *J Sex Med* 2005;2:4-25.

15 * Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, et al. Sexual anatomy and function in women with and without genital mutilation: a cross-sectional study. *J Sex Med* 2016;13:226-37.

16 ** Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, et al. Female genital mutilation: a visual reference and learning tool for health care professionals. *Obstet Gynecol* 2016;128:958-63.

17 WHO. Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery. Geneva, Switzerland: 2001.

18 Paterson LD, Davis SN, Binik YM. Female genital mutilation/cutting and orgasm before and after surgical repair. *Sexologies* 2012;21:3-8.

19 Johnson C, Nour N. Surgical techniques: defibulation of type III female genital cutting. *J Sex Med* 2007;4:1544-7.

20 Nour NM, Michels KB, Bryant AE. Defibulation to treat female genital cutting: effect on symptoms and sexual function. *Obstet Gynecol* 2006;108:55-60.

21 Rouzi AA. Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Hum Reprod* 2010;25:1672-4.

22 Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, et al. Clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting: a rare but possible event. *J Sex Med* 2012;9:1220-5.

23 Abdulcadir J, Rodriguez MI, Petignat P, Say L. Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case studies. *J Sex Med* 2015;12:274-81.

24 Vloeberghs E, van der Kwaak A, Knipscheer J, van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethn Health* 2012;17:677-95.

25 Knipscheer J, Vloeberghs E, van der Kwaak A, van den Muijsenbergh M. Mental health problems associated with

female genital mutilation. *BJPsych Bull* 2015;39:273-7.

26 Tumiatu MC. Psychological dimensions of FGM. Female genital mutilation: from anthropology to medicine. Rome, 2016.

27 Antonetti Ndiaye E, Fall S, Beltran L. Benefits of multidisciplinary care for excised women. *Journal de Gynécologie, Obstet Biol Reprod* 2015;44:862-9.

28 Johnsdotter S. How pro-orgasm intentions in anti-FGM campaigning backfire. 20th World Congress for Sexual Health; Glasgow: June 12-16, 2011.

29 Public policy advisory network on female genital surgeries in Africa. Seven things to know about female genital surgeries in Africa. *Hastings Cent Rep* 2012;42:19-27.

30 Foldes P, Louis-Sylvestre C. Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34:1137-41.

31 Ouedraogo CM, Madzou S, Toure B, et al. Practice of reconstructive plastic surgery of the clitoris after genital mutilation in Burkina Faso. Report of 94 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 2013;58:208-15.

32 Abramowicz S, Oden S, Dietrich G, Marpeau L, Resch B. Anatomic, functional and identity results after clitoris transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016;45:963-71.

33 Ouedraogo CM, Madzou S, Simpore A, et al. Clitoral reconstruction after female genital mutilation at CHU Yalgado of Ouagadougou, Burkina Faso. About 68

patients operated. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016;45:1099-106.

34 Chevrot A, Lousquy R, Arfi A, et al. Operative technique: the clitoral transposition. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015;44:787-91.

35 Abdulcadir J, Bianchi Demicheli F, et al. Post-traumatic stress disorder relapse following clitoral reconstruction after female genital mutilation: a case report. *Obstet Gynecol* 2017; accepted.

36 Vital M, de Visme S, Hanf M, et al. Using the female sexual function index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;202:71-4.

37 Thonnon C. Evaluation de la qualité de vie sexuelle après réparation d'excision. Lyon: Université de Lyon Est, 2014.

38 Merckelbagh HM, Nicolas MN, Piketty MP, Benifla JL. Assessment of a multidisciplinary care for 169 excised women with an initial reconstructive surgery project. *Gynecol Obstet Fertil* 2015;43:633-9.

* à lire

** à lire absolument