



Kyste clitoridien post-mutilation génitale : cause d'inconfort mictionnel chez la fillette *Post-genital mutilation clitoral cyst causing discomfort of urination in a girl*

Ibrahima Diabaté¹, Abdoulaye Ndiath¹,
Minguemadji Allassiingar¹, Mbaye Thiam²

Correspondance

Ibrahima Diabaté, MD
B.P. 586 Louga, Sénégal
Code postal : 31000
Téléphone : +221 77 640 91 49
Courriel : dibra5@yahoo.fr

Summary

Female genital mutilations are traditional practices and cause numerous early or late complications. The authors report the case of a clitoral epidermoid cyst in a girl, appeared many years after this traditional practice. The localization of that mass induced dysuria.

Keywords: clitoris, Female genital mutilations, clitoral cyst, clitoromegaly, clitoroplasty

Received: October 19th, 2019

Accepted: January 27th, 2020

1 Service d'Urologie du Centre hospitalier régional Amadou Sakhir Mbaye (CHRASM) de Louga, Sénégal

2 Service de Chirurgie générale du CHRASM de Louga, Sénégal

Résumé

Les mutilations génitales féminines sont des pratiques traditionnelles qui causent de nombreuses complications désastreuses, aussi bien précoces que tardives. Les auteurs rapportent le cas d'un kyste clitoridien post-mutilation génitale survenu chez une fillette plusieurs années après cette pratique traditionnelle. La localisation de cette masse a été à la base d'une dysurie.

Mots clés : clitoris, mutilations génitales féminines, kyste clitoridien, clitoromegalie, clitoroplastie

Reçu le 19 octobre 2019

Accepté 27 janvier 2020

Introduction

Les mutilations génitales féminines (MGF) encore appelées excisions sont des pratiques traditionnelles et socio-culturelles d'un autre âge. Elles consistent en l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes féminins sans aucune raison médicale (1-2). Ce sont des actes de violence perpétrés contre l'intégrité sexuelle des personnes de sexe féminin. Les MGF regroupent également toutes les interventions à visée non thérapeutique, pratiquées sur les organes génitaux féminins, telles que : ponction, percement, scarification, cautérisation (1). Les complications de cette pratique peuvent être aussi bien précoces (hémorragie et infection de la plaie opératoire) que tardives, pouvant se caractériser par une dysfonction sur le plan sexuel, psychologique et obstétrical. Nous pouvons citer la dysménorrhée, la dyspareunie, l'hématocolpos, les infections urinaires et vulvo-vaginales chroniques, les accouchements dystociques avec le risque de fistule urogénitale, l'infertilité et les calculs par la stagnation des urines (1). Les kystes clitoridiens sont rares. Ils se caractérisent par une augmentation de la taille de l'organe. Ces volumineux kystes peuvent comprimer l'urètre périnéal ainsi que l'orifice vaginal, changeant ainsi l'image de l'intimité de la femme. Le retentissement est d'abord esthétique puis fonctionnel au point parfois de détériorer la qualité de vie du couple (1-3).

De surcroît, ces kystes posent un problème de diagnostic différentiel avec toutes les autres tumeurs du clitoris et les hypertrophies clitoridiennes. Nous rapportons le cas d'un kyste épidermoïde du clitoris à l'origine de troubles mictionnels chez une fillette de 9 ans qui a subi des MGF des années plus tôt et évoquons au regard de la littérature, le diagnostic différentiel entre les tumeurs du clitoris et l'hypertrophie clitoridienne.

Observation

Il s'agissait d'une fillette de race noire, Sénégalaise, âgée de 09 ans, non scolarisée qui a été amenée en consultation par sa mère pour une masse vulvaire et une gêne à la miction. Quatre ans auparavant, elle avait subi une MGF dans son village, au nord du Sénégal sans qu'il ne s'en suive une complication immédiate. Toutefois, un an après cette MGF, l'évolution fut marquée par l'apparition d'une masse sur le reliquat du clitoris. Ayant augmenté progressivement de volume, elle a été accompagnée de troubles mictionnels à type de dysurie. A l'examen, la patiente présentait un assez bon état général, sans signe de virilisation ou d'hypercorticisme. Au niveau des organes génitaux externes, il a été noté une masse arrondie, recouvrant la vulve, mesurant 45 mm × 40 mm × 25 mm, appendu au corps du clitoris, non pulsatile, lisse, molle, indolore et recouverte d'une peau normale (Figure 1 A).

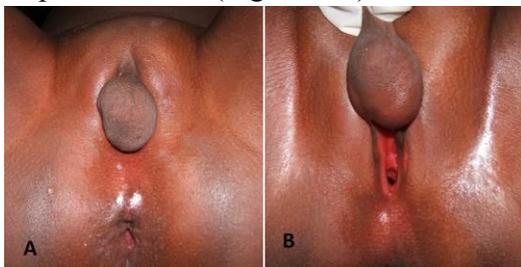


Figure 1. A- Kyste du clitoris recouvrant la vulve ; B- La mobilisation du kyste laisse entrevoir la vulve en partie et l'orifice vaginal

La mobilisation de cette masse en direction du mont de Venus laissait entrevoir un orifice vaginal normal avec un hymen intact, ainsi que

des petites et grandes lèvres (Figure 1 B) et un méat urétral sans particularité. Une fois relâchée, la masse retrouvait toujours sa position initiale. Les aires ganglionnaires inguinales et crurales étaient libres.

Le reste de l'examen était sans particularité. Lors de l'étude de la miction en position assise accroupie, les urines s'écoulaient sans jet le long de la vulve, la masse faisant obstacle. Le caryotype et le bilan hormonal n'avaient pas été réalisés. L'échographie pelvienne avait mis en évidence un utérus et des ovaires normaux. Le diagnostic de tumeur clitoridienne post-mutilation génitale féminine de type I selon la classification 2007 de l'OMS (1) a été retenu. L'indication opératoire pour une exérèse a été posée. Sous anesthésie générale, une incision cutanée en quartier d'orange du dôme de la masse clitoridienne a été faite, suivie d'une dissection sous-cutanée émaillée d'une rupture inattendue de la coque de la masse, avec issue d'un contenu blanchâtre et crémeux (Figure 2 A, 2 B).



Figure 2. A- Vue opératoire de la dissection du kyste ; B- Contenu du kyste ; C- Aspect de la vulve au 21^{ème} jour post-opératoire

La dissection a été poursuivie jusqu'à l'ablation complète de la coque à l'orée des corps érectiles clitoridiens dépourvus de gland et de capuchon. Au cours de cette dissection, les éléments vasculo-nerveux du clitoris n'avaient pas été identifiés. L'excès de peau qui recouvrait la masse a été excisé puis après l'hémostase, s'en est suivi un recouvrement cutané du reliquat de clitoris. La patiente est sortie de l'hôpital au premier jour post-opératoire sans sonde urinaire, avec un traitement antibiotique et une toilette vulvaire biquotidienne. Les suites opératoires ont

été simples avec une cicatrisation satisfaisante constatée au 21^{ème} jour post-opératoire (Figure 2 C). L'examen histologique de la pièce opératoire et son contenu a conclu à un kyste épidermoïde du clitoris. Après quatre années de suivi, aucune récurrence n'a été observée. Au cours de cette période, les caractères sexuels secondaires et les menstruations ont fait leurs apparitions ; toutefois, la sensibilité du reliquat de clitoris n'a pas été explorée.

Discussion

Les tumeurs du clitoris sont rares. Elles peuvent être aussi bien bénignes que malignes, kystiques que nodulaires (1, 4-5). De par la taille, le clitoris tumoral peut simuler une hypertrophie clitoridienne. D'où, une distinction s'impose entre tumeur clitoridienne et hypertrophie clitoridienne. Cela passe par l'examen clinique, l'imagerie, la biologie et l'examen histologique de la pièce opératoire. Cliniquement, la tumeur déforme l'aspect anatomique du clitoris qui perd sa forme. Elle se développe aux dépens d'un élément constitutif du clitoris. Lorsqu'elle est volumineuse, elle devient un obstacle au jet mictionnel comme cela a été le cas pour notre patiente. Chez l'adulte, elle peut rendre difficile les rapports sexuels dans certaines positions (1-3). Elle peut devenir douloureuse et évoquer une infection ou un abcès (1-2, 6). L'examen général est fait à la recherche de signes d'hyperandrogénie ou d'hypercorticisme (plutôt en faveur d'une hypertrophie clitoridienne) et il s'avère le plus souvent négatif. L'imagerie, en particulier l'échographie et l'IRM sont fortement recommandées et considérées comme des examens clés qui permettent d'établir un diagnostic pré-opératoire (3, 5). L'échographie permet de préciser la nature kystique ou nodulaire de la tumeur clitoridienne. Dans la littérature, de nombreuses tumeurs kystiques du clitoris ont déjà été rapportées. C'est le cas des kystes dermoïdes, épidermoïdes, mucoïdes, sébacés, pilonidaux (5). Quant aux tumeurs nodulaires du clitoris, elles sont rencontrées dans

les neurofibromatoses de type 1 et 2 sous forme de neurofibrome, d'hémartome, de schwannome (5). D'autres types de tumeurs du clitoris ont également été rapportés : des hémangiomes (6), des condylomes acuminés ou tumeur de Buschke-Löwenstein, des fibromes, des léiomyomes, des angiokératomes, des pseudolymphomes (3-4), des neurinomes (1). Aussi, le diagnostic différentiel est à faire avec les tumeurs malignes dont les principaux sont : les carcinomes, les sarcomes, les rhabdomyosarcomes, les tumeurs du sinus endodermal, les lymphomes, les tumeurs hémangio-endothélio-épithélioïdes (4). Evidemment l'apport de l'histologie est essentiel pour faire la distinction entre ces différentes tumeurs.

Dans le cas de notre patiente, seuls l'examen clinique et l'histologie ont permis de déterminer qu'il s'agissait d'un kyste épidermoïde du clitoris sur antécédent de MGF de type I de la classification de l'OMS représentée dans le tableau 1.

Tableau 1 : Classification des MGF selon l'OMS (1)

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.

* L'ablation totale du clitoris correspond à l'ablation de la partie externe du clitoris

Nous sommes de l'avis de Celik (4) qui indique qu'en matière de tumeur clitoridienne dans un contexte d'antécédents de traumatisme génital

ou de MGF, un examen physique minutieux est suffisant pour établir le diagnostic de kyste du clitoris.

Au Sénégal, bien qu'interdites, les MGF de types I et II sont encore pratiquées dans certaines communautés encore ancrées dans les traditions (1-2). Il reste à retenir que toute MGF peut être à l'origine de kystes du clitoris, qui en réalité apparaissent sur la cicatrice, tout comme des chéloïdes (1-2). Ces dernières apparaissent plutôt à la suite d'une mauvaise cicatrisation, conséquence d'une production excessive de collagène. Elles sont bénignes et se présentent ainsi comme des tumeurs fibreuses, surélevées, luisantes. Lisses et fermes, elles sont indolores et parfois prurigineuses.

De nos jours, il est établi que les kystes clitoridiens comme c'est le cas pour notre patiente sont causés par des inclusions sous-dermiques de fragments épithéliaux ou par une inversion des berges de la plaie, au moment de la cicatrisation de l'excision au cours des MGF (2-3). Certains auteurs (1, 3-4) ajoutent qu'un traumatisme même minime peut être incriminé dans la genèse des kystes clitoridiens (épidermoïdes comme dermoïdes) et des neurinomes. Néanmoins, lorsqu'aucune cause n'est retrouvée, on peut alors évoquer les Kystes épidermoïdes primitifs. Ces derniers surviennent en dehors d'un contexte de mutilation génitale ou de traumatisme et sont très rares (3). Il est connu que les kystes épidermoïdes ont pour localisations habituelles : la face, le cuir chevelu, le cou, le tronc, les lèvres vulvaires, le scotum (3-4).

Au plan évolutif, les kystes clitoridiens, comme celui de notre observation, ne présentent aucun risque de dégénérescence. Toutefois, des complications à type de poussée inflammatoire, d'infection, de suppuration, d'ulcération peuvent survenir (2).

La clitoromégalie se caractérise plutôt par une augmentation anormale et uniforme de la taille du clitoris qui du reste demeure homogène et prend un aspect de pénis (3). Conséquence d'un excès d'androgène, donc de cause hormonale,

elle peut être congénitale ou acquise (5-7). Dans le premier cas, elle évoque une ambiguïté sexuelle dont la cause serait des pathologies endocriniennes génétiques (5), une hyperplasie congénitale des surrénales, le syndrome de Fraser (3, 7). Dans le second, la clitoromégalie évoque une hyperandrogénie sévère dont les symptômes à rechercher sont : l'hirsutisme, l'acné, la séborrhée voire la virilisation donnant un morphotype androïde avec hypertrophie musculaire, une rauçité de la voix, une micromastie (5). Dans ce cas de figure, un bilan endocrinien à visée étiologique s'impose, à la recherche du syndrome des ovaires polykystiques, d'hyperthécose, d'hyperplasie des surrénales, d'hermaphrodisme vrai, de certaines tumeurs surrénaliennes ou ovariennes et d'hyperandrogénisme dû notamment à l'exposition aux androgènes exogènes par utilisation de stéroïdes, de testostérone (3). Ce bilan endocrinien portera sur DHA-S (déhydroépiandrostérone ou prastérone), testostérone totale, FSH, LH, Δ 4-Androsténone, 17 OH-Progestérone, SHBG (Sex hormone binding globuline), gonadotrophines, cortisol libre urinaire des 24 heures (5) La clitoromégalie peut aussi être idiopathique, non hormonale (5, 7) ou survenir par masturbations répétées (4).

Le traitement des tumeurs bénignes du clitoris en général et des kystes épidermoïdes du clitoris en particulier repose sur l'exérèse (1, 2) en conservant ce qui peut l'être du clitoris comme cela a été procédé dans notre observation. Elle ne pose généralement aucun problème technique (4) mais l'examen histologique de la pièce opératoire doit être assuré en raison des différentes variétés histologiques. Dans le cadre des séquelles de MGF, des auteurs (1-2) conseillent de prendre en compte les préoccupations des patientes et se méfier, sans leur accord, d'une plastie de reconstruction du reliquat de clitoris. Ceci pouvant être perçu et vécu comme une perte de l'identité culturelle et sexuelle. En revanche, dans le contexte d'une MGF de type III ou infibulation, l'approche doit

être tout autre. Pour des raisons éthiques, une plastie avec désinfibulation s'impose, levant l'obstacle au-devant de l'orifice vaginal et du méat urétral externe. Cette intervention permet ainsi de prévenir les complications sexuelles, urinaires et obstétricales de l'infibulation.

Conclusion

Devant toute masse clitoridienne avec des antécédents de MGF ou de traumatisme vulvaire, gênant ou non la miction et/ou la copulation, le diagnostic à évoquer est celui de kyste épidermoïde du clitoris. Son traitement repose sur l'exérèse chirurgicale en corrigeant au besoin après counseling les séquelles des MGF. Toutefois, l'examen histologique reste une exigence en raison de l'existence de nombreuses variétés histo-pathologiques des masses du clitoris.

Conflit d'intérêt : Aucun

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la rédaction et à la révision de cet article.

Sources de financement : Aucun

Références

1. Abdulcadir J, Pusztaszeri M, Vilarino R, Dubuisson J, Vlastos A. Clitoral Neuroma after Female Genital Mutilation/Cutting: A Rare but Possible Event. *J Sex Med* 2012; **9**: 1220–1225.
2. Diouf AA, Mbaye M, Gueye M, Coly AN, Moreira P, Moreau JC, *et al.* Traitement chirurgical des kystes clitoridiens compliquant des mutilations génitales féminines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014; **43**: 328–331.
3. Masson V, Fiquet François C, Rausky J, Mazouz Dorval S, Revol M. Clitoridomégalie dans le cadre un kyste épidermoïde géant : à propos d'un cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2014; **59**: 140–143.
4. Çelik N, Yalçın Ş, Güçer Ş, Karnak İ. Clitoral epidermoid cyst secondary to blunt trauma in a 9-year-old child. *Turk J Pediatr* 2011; **53**: 108–110.
5. Robin G, Marcelli F, Agbeta N, Guerin Du Masgenet B, Goeusse P. Place de l'échographie dans le diagnostic des clitoromégalies acquises non hormonales : à partir d'un cas. *Ann Endocrinol* 2006; **67**: 613–616.
6. Nayyar S, Liaqat N, Sultan N, Dar S. Cavernous haemangioma mimicking as clitoral hypertrophy. *Afr J Paediatr Surg* 2014; **11**: 65.
7. Iezzi ML, Lasorella S, Varriale G, Zagaroli L, Ambrosi M, Verrotti A. Clitoromegaly in Childhood and Adolescence: Behind One Clinical Sign, a Clinical Sea. *Sex Dev* 2018; **12**: 163–174.