



Jean-Jacques Amy



Fabienne Richard

Vrouwelijke genitale verminking: diagnostiek en behandeling (1ste deel)

Jean-Jacques Amy¹, Fabienne Richard²

1. Professor emeritus aan de VUB, hoofdredacteur *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*

2. Vroedvrouw, MSc, Afdeling Volksgezondheid, Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen

KEYWORDS: CLITORIDECTOMY – EXCISION – INFIBULATION – FEMALE GENITAL MUTILATION

Artsen en vooral dan gynaecologen en vroedvrouwen moeten ingelicht worden over de omstandigheden van vrouwelijke genitale verminking, de gevolgen ervan voor de gezondheid, de mogelijke behandelingen en de preventie van die plaag. In dit artikel vindt u een beknopt, maar zo volledig mogelijk overzicht van die verschillende aspecten.

Inleiding

Jaarlijks ondergaan wereldwijd drie miljoen meisjes een vrouwelijke genitale verminking (VGV), ongeacht hun leeftijd (1): baby's van enkele dagen oud, meisjes van zeven of acht jaar, adolescenten tijdens de puberteit en soms nog later. Ongeveer 130 tot 140 miljoen vrouwen die nu nog in leven zijn, hebben een dergelijke verminking ondergaan. Tijdens de jaren zestig en zeventig werden excisie en infibulatie vaak beschouwd als gewoontes die door oningewijden niet mochten worden aangevochten. Maar dat is ondertussen veranderd en we hebben nu een heel andere kijk gekregen op verminkingen. Een excisie of een infibulatie wordt nu beschouwd als een ernstige aantasting van de lichamelijke en psychologische integriteit van de vrouw, een ongewettigde schending van de rechten van de mens. Verminking draagt bij tot het instandhouden van een ongelijke sociale orde waarin de mannen alle macht hebben en de vrouwen in een ondergeschikte positie worden gedwongen (2, 3). Gezondheidswerkers moeten daar een einde aan maken.

VGV wordt vooral uitgevoerd in Afrika (28 landen) en op het Arabische schiereiland, maar ook de westerse landen die de betrokken gemeenschappen onthalen, krijgen te maken met de gevolgen van die praktijken. Volgens het bevolkingsregister en het vreemdelingenregister hebben naar schatting 2.745 vrouwen die op 1 januari 2002 in België verbleven, een VGV ondergaan in het land van oorsprong en liepen 534 meisjes het risico een dergelijke ingreep te ondergaan (4). Die cijfers houden dan nog geen rekening met asielzoekers, vrouwen die illegaal België zijn binnengekomen, en vrouwen die al de Belgische nationaliteit hebben gekregen. Volgens de ONE (*Office de la Naissance et de l'Enfance*) worden in de Franse gemeenschap jaarlijks 280 meisjes

geboren uit een moeder die afkomstig is uit een land waar VGV wordt uitgevoerd. Het risico dat ze lopen, verschilt evenwel volgens de prevalentie in het land van oorsprong en de etnische groep waartoe ze behoren (5).

We kennen enkele gevallen van ouders die aan Belgische gynaecologen of urologen gevraagd hebben om een excisie uit te voeren bij meisjes (6, 7). Artsen en vroedvrouwen die verminkte vrouwen in behandeling krijgen, weten niet steeds hoe ze dat probleem moeten aanpakken. Zo hebben meerdere gynaecologen na een bevalling een re-infibulatie uitgevoerd zonder te weten dat deze ingreep indruist tegen de Belgische wet, die elke vorm van VGV verbiedt (6, 8).

Gezondheidswerkers moeten de gewoontes en de daaruit voortvloeiende morbiditeit kennen om verminkte vrouwen te kunnen behandelen en om soortgelijke letsels bij jonge meisjes te kunnen voorkomen. Met dit artikel willen we daartoe bijdragen.

Definitie (WGO 1997)

Gedeeltelijke of volledige ablatie van de uitwendige geslachtsorganen van de vrouw of een ander letsel van die organen aangebracht wegens culturele of andere niet-therapeutische redenen.

Classificatie van de WGO (2007)

- Type I: 'clitoridectomie': ablatie van het preputium met of zonder gedeeltelijke of volledige ablatie van de clitoris (door sommige groepen 'sunna' genoemd).
- Type II: 'excisie': gedeeltelijke of volledige ablatie van de clitoris en de kleine schaamlippen met of zonder excisie van de grote schaamlippen.
- Type III: 'infibulatie': vernauwing en bedekking van de opening van de vagina door ablatie en aan elkaar hechten van de kleine en/of de grote schaamlippen met of zonder excisie van de clitoris.
- Type IV: niet geklasseerd: alle andere schadelijke interventies die op vrouwelijke geslachtsorganen worden uitgevoerd voor niet-therapeutische doeleinden zoals een punctie, een perforatie, incisie en cauterisatie.

Type IV – zelden waargenomen bij vrouwen die in België verblijven of op doortocht zijn – is een allegaartje van ernstige mishandeling (zoals totale occlusie van de vagina door instillatie van bijtende stoffen, een criminele daad) en onschuldige praktijken zoals uitrekking van de kleine schaamlippen ('gukuma'), een praktijk die wordt uitgevoerd in de Democratische Republiek Congo, Rwanda en het noorden van Mozambique.

Gemakshalve onthouden we twee vormen van VGV. Onder *excisie* verstaan we een gedeeltelijke of totale amputatie van bepaalde uitwendige geslachtsorganen. Een *infibulatie* is een excisie met doelbewuste afsluiting van de ingang van de vulva. Een infibulatie veroorzaakt dezelfde complicaties als een excisie, maar kan nog andere problemen teweegbrengen.

Infibulaties worden uitgevoerd in de hoorn van Afrika (Djibouti, Erythrea, Ethiopië, Somalië), Egypte, Soedan en het zuiden van het Arabische schiereiland.

In sommige landen (Egypte, Mali, Nigeria en Senegal) worden beide uitgevoerd.

De prevalentie van verminking varieert sterk van land tot land. De prevalentie is lager dan 5% in Oeganda en bedraagt 99% in Somalië (Figuur 1). De distributie verschilt naargelang van de streek en de etnische groepen. Bij sommige etnische groepen komen die praktijken niet voor.

Mensen uit die landen die naar het westen uitwijken, kunnen de traditie instandhouden en daarvoor een beroep doen op een plaatselijke 'exciseuse' of ze kunnen hun dochters naar het land van herkomst sturen om er de interventie te laten uitvoeren.

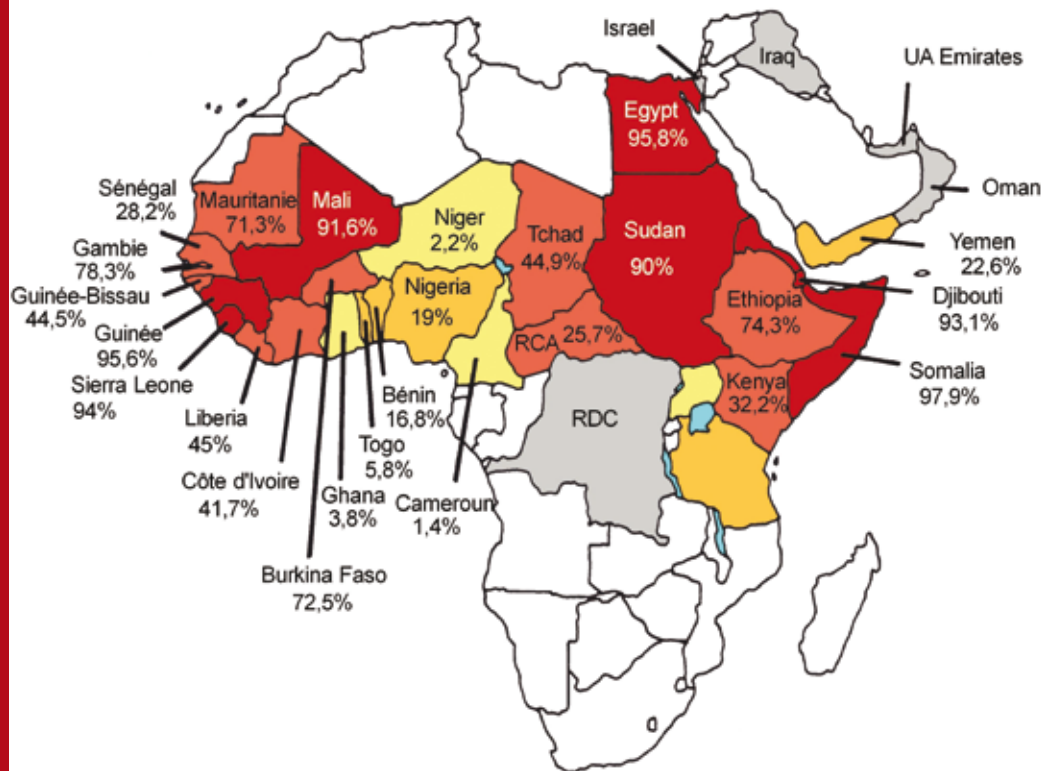
Etnische en geografische distributie

Excisies worden vooral uitgevoerd in West-Afrika (Benin, Burkina Faso, Kameroen, de Centraal-Afrikaanse republiek, Ivoorkust, Gambia, het noorden van Ghana, Guinee-Bissau, Guinee-Conakry, Liberia, Mali, Mauritanië, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo en Tsjaad), maar ook in Kenia, Oeganda en Tanzania.

Socioculturele en religieuze context van VGV: excisie of uitsluiting

Er worden meerdere redenen aangehaald om die praktijken te wettigen. Die redenen verschillen naargelang van de bevolkingsgroep (3).

Figuur 1: Geografische distributie en prevalentie van verminking van de vrouwelijke geslachtsorganen in Afrika en het Nabije Oosten. In de donkerrood gekleurde landen is de prevalentie hoger dan 75%, in de lichtrood gekleurde landen bedraagt deze van 25 tot 75%. De prevalentie in de grijs gekleurde landen is niet bekend (© GAMS-België).



Bron: Eliminating Female Genital Mutilation
An interagency statement
OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO
UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO
WHO 2008

© GAMS -Belgique 2008

- Psychoseksuele redenen: vermindering van het seksuele verlangen bij de vrouw, vrijwaren van haar kuisheid en maagdelijkheid voor het huwelijk en van haar trouw als echtgenote, sterker seksueel plezier voor de man.
- Sociale redenen: respect voor het culturele erfgoed, initiatie tot het vrouw-zijn, sociale integratie en behoud van de sociale samenhang.
- Hygiëne en esthetische redenen: ablatie van de geslachtsorganen, die als vuil en lelijk worden beschouwd, wordt als hygiënisch beschouwd en wordt geacht de vrouw aantrekkelijker te maken.
- Mythes: die praktijk zou de vruchtbaarheid verhogen en de overleving van het kind verbeteren.
- Religieuze redenen: de praktijk van verminkingen dateert van voor de komst van de islam en de Koran maakt er geen gewag van. Toch voeren een aantal gemeenschappen ze uit, denkende dat de islam ze voorschrijft. VGV wordt/werd ook aangetroffen bij christelijke gemeenschappen (katholieken, protestanten, kopten), de joden uit Ethiopië (de Falachas) en animisten.
- Verminkingen zijn een bron van inkomen en sociale erkenning voor de vrouwen die deze praktijken uitvoeren.

VGV wordt op almaar jongere leeftijd toegepast. Er is geen sprake meer van een initiatierite bij de overgang tot de volwassen leeftijd, maar van een markering van de identiteit. De aanvaarding door de groep veronderstelt dat elke vrouw er zich aan onderwerpt: de vorige generaties hebben het ondergaan en de traditie heeft kracht van wet. De sociale druk is enorm. Meisjes of vrouwen die geen excisie hebben ondergaan, worden als onrein beschouwd. Ze worden gemarginaliseerd, mogen niet huwen en mogen zelfs geen maaltijden bereiden voor hun familie. Vrouwen die hun dochters laten verminken, hebben de beste bedoelingen: door de traditie te respecteren willen ze hen beschermen tegen schaamte, sociale uitsluiting en isolatie (2, 3).

Omstandigheden waarin VGV plaatsvindt

In sommige landen uit West-Afrika (Senegal, Mali) is de excisie een zaak van vrouwen die behoren tot de kaste van de smeden. Binnen die kaste wordt de knowhow overgedragen van generatie op generatie. Elders wordt die functie uitgeoefend door een matrone of een traditionele verloskundige. De plaats van de man bij de ingreep verschilt naargelang van de streek. Ook al is hij de aanbaster, hij speelt geen actieve rol. Maar in Egypte en Soedan kunnen mannen (bijvoorbeeld de barbier) de verminking uitvoeren.

Vaak wordt het kind of de adolescente niet op voorhand ingelicht over wat er gaat gebeuren. De verminking gebeurt zonder enige verdoving en zonder enige aseptie. Het meisje wordt door de naaste familieleden vastgehouden op de grond of op een laag zitje. Men kan er elk snijdend voorwerp voor gebruiken: mes, schaar,

glasscherf of in het beste geval een scheermesje. Het gebeurt dat meerdere meisjes na elkaar worden verminkt met eenzelfde voorwerp, dat na elke interventie wordt gereinigd met water of speeksel of wordt afgedroogd. Een infibulatie kan 15 tot 20 minuten duren. De wond wordt zonder verdoving gehecht met een dikke, niet-steriele draad. In Somalië worden acaciadoornen gebruikt om de stomp van de grote schaamlippen tegen elkaar te houden. Daarna wordt een papje (as, aarde, eigeel, kruiden...) gebruikt om de 'heling te bevorderen' en om 'infectie en bloeding' te voorkomen. Om coalescentie van de grote schaamlippen te verkrijgen, bindt men de benen van het meisje aan elkaar met de bedoeling abductie van de dijten te voorkomen. Daardoor wordt de wond bij elke urinelozing en stoelgang bezoedeld.

In sommige landen is de verminking 'gemedicaliseerd' en wordt ze uitgevoerd door een arts of een verpleegkundige, eventueel in het ziekenhuis. In Egypte verrichtte medisch personeel driekwart van de verminkingen die in 2005 werden uitgevoerd bij meisjes jonger dan 18 jaar. Sinds juli 2007 is excisie in een publiek of privéziekenhuis in Egypte verboden.

Na een infibulatie is coïtus onmogelijk. Als de vrouw trouwt, moet het litteken worden ingesneden. In het land van herkomst is het een matrone of de echtgenoot die de vrouw op de huwelijksdag 'opent' met een snijdend instrument. In het beste geval wordt de 'desinfibulatie' of 'introcisie' uitgevoerd in een ziekenhuis. In andere gevallen scheurt de man zijn nieuwe echtgenote geleidelijk open (erin slagen om zijn vrouw enkel en alleen met de kracht van de penis te penetreren wordt beschouwd als een bewijs van mannelijkheid). Volledige geslachtsgemeenschap is soms pas mogelijk na veel mislukkingen. Sommige vrouwen worden bevrucht zonder dat er ooit penetratie heeft plaatsgevonden. Na de bevalling kan de man eisen dat zijn vrouw opnieuw wordt 'dichtgenaaid' (9).

De onmiddellijke en latere gevolgen van een VGV voor de gezondheid verschillen naargelang van het type en de uitgebreidheid van de uitgevoerde interventie (10, 11).

Onmiddellijke complicaties en complicaties op korte termijn (met alle VGV, ongeacht het type)

- Angst, zeer hevige pijn die een toestand van shock kan veroorzaken.
- Bloeding, die ernstig kan zijn.
- Verwonding van aangrenzende organen.
- Letsels op afstand, fracturen door de kracht die wordt uitgeoefend door derden die het meisje of de adolescente vasthouden.
- Wondinfectie, mogelijkheid van tetanus, gangreen, septikemie.
- Overdracht van hiv of andere ziektekiemen door gecontamineerde instrumenten.
- Reflexurineretentie, blaasglobe.

Complicaties van excisies op middellange en lange termijn

- Chronische pijn veroorzaakt door een neurinoom als gevolg van sectie van de nervus dorsalis van de clitoris.
- Keloidlitteken, oorzaak van veel ongemak in zittende houding en bij het stappen.
- Epidermale cysten als de opperhuid onder het litteken wordt begraven.

Complicaties van infibulaties op middellange en lange termijn

Dezelfde plus:

- moeizame en te lange urinelozing, chronische infectie van de urinewegen, urolithiase, nierinsufficiëntie;
- vaginitis, salpingitis, tubaire steriliteit;
- dysmenorroe, langdurig menstrueel bloedverlies, hematocolpos als gevolg van cicatriciële vergroeiingen van de vagina-wand;
- dyspareunie veroorzaakt door de vernauwing en het wegvallen van lubricatie van de ingang van de vagina; urinaire of fecale incontinentie.

Psychologische en seksuele gevolgen

- Stoornissen van de seksualiteit: verminderd libido, anorgasmie. De resultaten van studies naar de weerslag van de verschillende vormen van VGV op het seksuele leven zijn echter nogal tegenstrijdig (12-15).
- Gevoel van onvermogen, verlaten en verraad door de naaste familieleden en schaamte. Teruggetrokkenheid, gedragsstoornissen, angst, depressie, gebrek aan zelfvertrouwen.

Onder 'posttraumatisch stressyndroom' (PTSS) verstaan we een psychologische reactie op een traumatiserend gebeuren dat voldeed aan de volgende twee criteria:

- blootstelling van de persoon aan een levensgevaarlijk risico of ernstige verwonding, een doodsb bedreiging of aantasting van de lichamelijke integriteit bij zichzelf of iemand anders;
- intense angst, leed of een gevoel van afschuw op dat ogenblik.

Het beeld wordt gekenmerkt door een permanente herbeleving van het gebeuren in de vorm van nachtmerries of frequente herinneringen aan het gebeuren in waaktoestand.

In een studie die in Senegal werd uitgevoerd bij 23 vrouwen die een excisie hadden ondergaan, en 24 niet-verminkte vrouwen, werd aangetoond dat 30% van de vrouwen die een excisie hadden ondergaan (7/23), een PTSS vertoonde met geheugenverlies en dat 80% flashbacks had van de excisie (16).

Problemen tijdens de zwangerschap en de bevalling

De WGO heeft in 2006 in zes Afrikaanse landen een studie uitgevoerd, waarin werd aangetoond dat vrouwen die een genitale verminking hebben ondergaan, een hoger risico lopen op complicaties tijdens de bevalling, met hogere mortaliteit (17). Het risico is groter na een infibulatie (**Figuren 2 en 3**). De ernst van het risico hangt af van de opening van de vulva, de pariteit van de vrouw en de elasticiteit van het litteken (18, 19).

Tijdens de zwangerschap zijn een bimanueel vaginaal onderzoek, insertie van een speculum en afname van een uitstrijkje moeilijk of zelfs onmogelijk. Bij een miskraam kan de vrucht in de vagina blijven zitten. Anderzijds zal intra-uteriene aspiratie moeilijk zijn.

Tijdens de arbeid en de bevalling (bij vrouwen bij wie geen desinfibulatie werd verricht) zijn een vaginaal onderzoek, evaluatie van de ontsluiting en van het voorliggend deel, plaatsing van een hoofdelektrode, meting van de foetale pH en katheterisatie van de blaas moeilijk of onmogelijk.

De indaling kan worden belemmerd door het stugge litteken. Dat kan aanleiding geven tot foetaal lijden, *mors in utero*, ischemische necrose van de maternale weefsels met vorming van vesicovaginale en/of rectovaginale fistels, ruptuur van de baarmoeder, scheuren van het perineum (soms gecompliceerd met een letsel van het rectum), peripartale bloeding en maternale sterfte. Een obstetricus die niet weet dat hij een desinfibulatie moet uitvoeren, zal ten onrechte een keizersnede voorstellen. Veel van die vrouwen zullen evenwel een keizersnede weigeren omdat een bevalling via een andere dan de vaginale weg cultureel onaanvaardbaar is (9, 18).

Follow-up van de zwangerschap

De vrouw moet worden onderzocht om het type verminking en de grootte van de opening van de vulva te evalueren. Dat bepaalt dan het verdere beleid. Dergelijk onderzoek is maar mogelijk na een eerste goed contact en in een klimaat van vertrouwen. De observaties moeten zorgvuldig in het dossier van de patiënte worden genoteerd om te voorkomen dat de onderzoeken nodeloos zouden worden herhaald (18, 19).

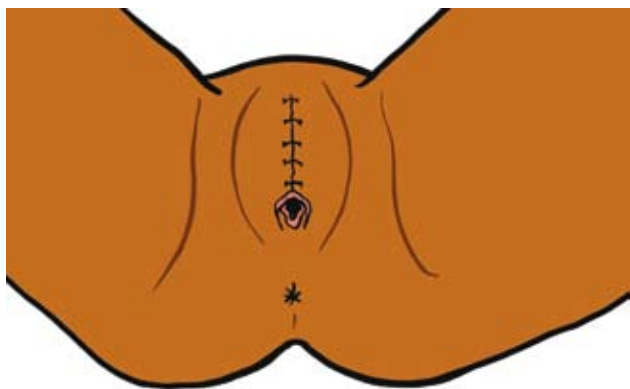
Tijdens de zwangerschap vertonen geïnfibuleerde vrouwen vaker (20):

- urinaire infecties;
- onvoldoende gewichtstoename (angst om een zware baby te hebben);
- anemie (weigering om ijzer in te nemen, voedseltaboes die voortvloeien uit die angst).

Op psychologisch vlak kunnen we bij die vrouwen het volgende vaststellen:

- angst voor de reactie van de gezondheidswerker op de infibulatie;
- aversie voor het gebruik van instrumenten tijdens het onderzoek (speculum);

Figuur 2: Geïnfibuleerde vulva (type 3).



Figuur 3: Somalische patiënte van 32 jaar, geïnfibuleerd op de leeftijd van 15 jaar en opnieuw geïnfibuleerd na haar enige bevalling. De toegang tot de vagina blijft beperkt tot een opening van 4mm onmiddellijk voor de achterste commissuur. Geen opening anterior van het litteken. De urinelozing bij die patiënte was uiterst moeizaam (© J.J. Amy).



- angst om inadequaet te worden behandeld (bv. een keizersnede moeten ondergaan) omdat de arts onvoldoende ervaring ter zake heeft;
- angst voor de pijn tijdens de bevalling en het postpartum (herinnering aan de pijn die de vrouw heeft gehad bij de infibulatie).

Men moet het koppel uitleggen wat een desinfibulatie inhoudt en hen er met veel tact van overtuigen dat er opnieuw een opening moet worden gevormd die voldoende groot is om ongehinderd geslachtsgemeenschap, urinelozingen en de evacuatie van menstrueel bloed toe te laten. Er moet worden benadrukt dat een infibulatie schadelijk is voor de gezondheid zonder evenwel een oordeel te vellen over de socioculturele context. Anatomische beelden van een normale, een geïnfibuleerde en een gedesinfibuleerde vulva en de

hulp van een tolk kunnen zeer nuttig zijn. Op dat ogenblik reeds kan het onderwerp van re-infibulatie worden aangesneden in plaats van er voor de eerste maal over te spreken bij de bevalling.

Een desinfibulatie *tijdens de zwangerschap*, met een korte narcose of een rachi-anesthesie, kan worden overwogen bij vrouwen bij wie een vaginaal onderzoek niet mogelijk is wegens de infibulatie. De beste periode daarvoor is het tweede trimester omdat dan het risico op een spontane abortus lager is. De desinfibulatiewonde zal genezen zijn op het ogenblik dat de vrouw moet bevallen. Als de desinfibulatie tijdens het eerste trimester zou worden uitgevoerd en kort daarna een miskraam zou optreden, zou zowel de vrouw als haar omgeving die complicatie kunnen toeschrijven aan de desinfibulatie, ten onrechte uiteraard. Ze zouden het ook kunnen zien als een straf omdat een voorouderlijke traditie werd geschonden of ze zouden het verlies van de zwangerschap ook kunnen interpreteren als het bewijs dat de genitale verminking wel degelijk een gunstig effect had op de vruchtbaarheid van de vrouw.

Als de opening van de vulva na infibulatie nog voldoende groot is om de patiënte vaginaal te onderzoeken, kan de desinfibulatie echter worden uitgesteld tot de *fase van uitdrijving* van de baby (21). Zo kan een interventie tijdens de zwangerschap worden vermeden.

Bevalling

Als dat nog niet werd gedaan, moeten het type VGV en de opening van de vulva worden geëvalueerd bij opname en moet het verloop van de bevalling worden besproken.

Bij geïnfibuleerde eerstbarenden moet systematisch eerst het litteken worden doorgeknipt om te voorkomen dat het zou scheuren of een scheur van het perineum zou veroorzaken (18, 19).

De desinfibulatie kan onder peridurale pijnstilling worden uitgevoerd *tijdens de arbeid* als de opening van de vagina zo klein is dat er geen vaginaal onderzoek kan worden uitgevoerd en dat de voortgang van de arbeid niet kan worden geëvalueerd. De incisieranden worden meteen gehecht.

De desinfibulatie wordt echter uitgesteld tot op het ogenblik van de uitdrijving als het mogelijk is de vrouw vaginaal te onderzoeken. Als het voorliggend deel goed is ingedaald, wordt het littekenweefsel geïncideerd onder plaatselijke verdoving (als de patiënte nog geen peridurale pijnstilling krijgt). Een episiotomie wordt, indien vereist, pas daarna uitgevoerd.

Bij *multiparae* moet worden nagegaan of een voorste incisie nodig is zodra het hoofdje van de foetus op het perineum rust. De soepelheid van het littekenweefsel is zeer variabel en moet individueel worden geëvalueerd.

Het 2de deel van dit artikel zal in het volgende nummer van *Gunaïkeia* verschijnen.