



Jean-Jacques Amy



Fabienne Richard

Vrouwelijke genitale verminking: diagnostiek en behandeling (2de 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.

Techniek van desinfibulatie

Dit is een zeer eenvoudige ingreep. Men brengt een vinger of een gesloten Kocherklem in via de achterste opening van de vulva tot onder het litteken van de infibulatie. Dit laatste wordt dan over zijn hele lengte doorgesneden (Figuur 4) zonder de urethra en in voorkomend geval de clitoris te beschadigen. Zelfs bij ernstige vormen van infibulatie kan de clitoris immers nog aanwezig zijn. De wondranden van de grote schaamlippen worden met hemostatische hechtingen van resorbeerbare draad gehecht met

aparte hechtingen (Figuren 5 en 6). Daarna wordt een klassieke postoperatieve zorg gegeven. Meerdere malen per dag dient een vulvatoilet te worden verricht. Men dient ervoor te zorgen dat de stompen van de grote schaamlippen niet met elkaar vergroeiën. Als er na de desinfibulatie nog bloederige zones zijn, kan er een vaselinegas ('tulle gras') op worden gelegd. De patiënte moet weten dat de urinelozing, de maandstonden en de geslachts-gemeenschap anders zullen zijn na de desinfibulatie.

Vrouwen die zich niet kunnen uitdrukken op het ogenblik van de interventie, moeten op langere termijn psychologische hulp krijgen. Ze moeten informatie krijgen over het associatieve en sociale netwerk dat ze kan helpen en advies geven, ook voor de andere problemen waar ze vaak mee te kampen krijgen (asielvraag, analfabetisme, isolatie...).

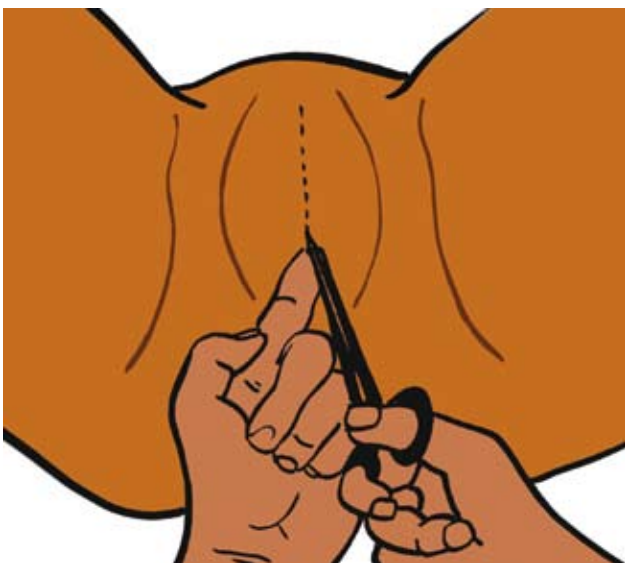
Re-infibulatie

De medische deontologie in België staat een re-infibulatie niet toe. In de landen van herkomst van die vrouwen wordt wel een re-infibulatie uitgevoerd na een bevalling of in andere omstandigheden. Artikel 409 van het strafwetboek over VGV verbiedt re-infibulatie niet uitdrukkelijk, maar leent zich toch voor interpretatie in die zin. We kunnen ook verwijzen naar artikel 400 van het strafwetboek, dat slagen en verwondingen bestraft, om te weigeren om een re-infibulatie uit te voeren.

'Reconstructieve' chirurgie van de clitoris

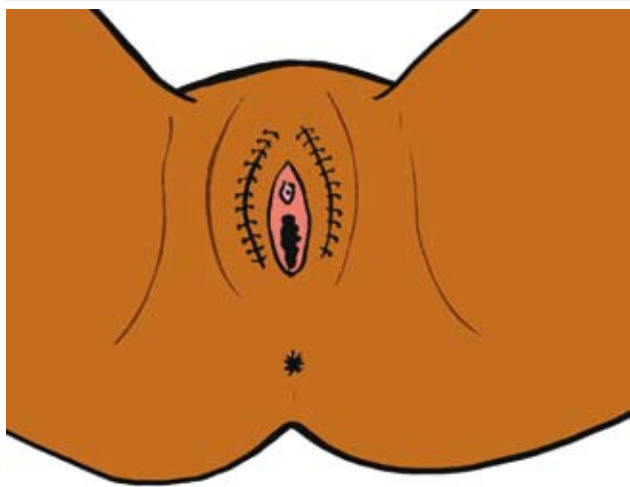
Een Franse uroloog heeft een techniek uitgewerkt om de clitoris-stomp naar beneden te halen. Die techniek wordt momenteel toegepast in verschillende ziekenhuizen in Frankrijk, Spanje en bepaalde landen in Afrika (Burkina Faso, Egypte) bij vrouwen die een excisie hebben ondergaan (15, 22). De huid over het distale

Figuur 4: Desinfibulatie (voorste incisie).



uiteinde van de clitorisstomp wordt weggesneden. De clitoris wordt dan vrijgemaakt uit het omliggende littekenweefsel, en het *ligamentum suspensorium* van de clitoris wordt doorgesneden om de clitoris naar beneden te kunnen halen. Het sectievlak van de clitoris wordt gefixeerd op de plaats waar hij zich normaal bevindt aan het uiteinde van de initiële huidincisie. Met een steek door het periost en interpositie van de twee *musculi bulbocavernosi* boven het distale gedeelte van de clitorisstomp wordt verhinderd dat die laatste weer naar omhoog zou trekken. Het bovenste gedeelte van de huidincisie wordt dan in twee vlakken gehecht (22).

Figuur 5: Hemostatische hechtingen na desinfibulatie.



Figuur 6: Dezelfde patiënte als in figuur 3 (zie 1ste deel). Uitzicht van de uitwendige geslachtsorganen onmiddellijk na een desinfibulatie uitgevoerd onder plaatselijke verdoving na premedicatie met midazolam en piritramide. De groeve die is ontstaan na het wegsnijden van de clitoris tijdens de VGV, is bijzonder goed te zien (© J.J. Amy).



Er is maar één studie gepubliceerd van de resultaten van de Franse ervaring. De auteurs rapporteren dat ze in 87% van de gevallen een clitoris massief hebben gezien zes maanden na de interventie; 75% van de patiënten zou gemeld hebben dat de seksuele functie van de clitoris verbeterd was. Die laatste werd geëvalueerd door ondervraging van de patiënte en niet door meting van het orgasme met de huidige technieken (MRI, thermische of vibratiesondes enz.). Zoals de auteurs onderstrepen, is het moeilijk de weerslag van VGV op de seksualiteit te ramen bij gebrek aan gegevens over wat normaal is ter zake. Daar komt bij dat de meeste vrouwen een excisie ondergaan op zeer jonge leeftijd voor ze geslachtsgemeenschap hebben gehad, zodat ze niet kunnen vergelijken met wat ze zouden hebben gevoeld met een intacte clitoris. Veel vrouwen vragen om geopereerd te worden om 'de blessure te herstellen', om 'weer een volwaardig mens te worden', om 'hun identiteit als vrouw te herstellen' (2). In het hoofd van die vrouwen die het slachtoffer zijn geweest van verminking, kan blijkbaar alleen een mes herstellen wat een mes heeft vernietigd. 'Herstellen' betekent voor hen opnieuw 'het recht hebben om een vrouw te zijn'. Dat illustreert mooi de psychologische dimensie en de symboolwaarde van de operatie, ook als de functie van de clitoris niet herstelt (22). De vrouwen kunnen zich beter voelen na een operatie, maar het is moeilijk uit te maken in hoeverre dat te danken is aan de operatie zelf dan wel aan de andere aspecten van de behandeling die ze krijgen: consultaties bij een psycholoog en een seksuoloog, een luisterend oor, empathie. De behandeling van een vrouw die een excisie heeft ondergaan, mag immers niet worden teruggebracht tot een 'reconstructie' van de clitoris. Het is essentieel dat de vrouw haar verwachtingen kan uiten, dat ze wordt opgevangen door een multidisciplinair team en dat ze objectieve informatie krijgt over de resultaten die ze van de operatie mag verwachten. Een gesprek met de verschillende leden van de groep kan zeer verhelderend zijn. Sommige vrouwen verkiezen zich niet te laten opereren als er andere methoden zijn die hun probleem kunnen oplossen (gespreksgroepen, sessies met een seksuoloog...). Aan het Hôpital Trousseau in Parijs heeft slechts 30% van de vrouwen die aanvankelijk een reconstructie hadden gevraagd, zich daadwerkelijk laten opereren (23). Volgens een Franse collega, die deze operatie uitvoert, verwachten die vrouwen dat ze na die operatie weer intact genitaliën hebben, wat onmogelijk is. In een aantal gevallen is er een lichte, vrij esthetische verhevenheid op de plaats waar de clitoris werd vrijgemaakt; in andere gevallen is het uitzicht ongeveer hetzelfde als voor de operatie (2). Door de heling en de spontane epithelialisatie tijdens de eerste weken wordt de nieuw gevormde glans clitoridis weer naar binnen getrokken. Daarom raadt de Franse groep aan om op het einde van de operatie een zeer duidelijke neoglans te laten die groter is dan de normale, om te voorkomen dat het resultaat later ontoereikend zou zijn (22).

Preventie van VGV bij de dochters van de patiënte

De preventie van VGV begint bij de zwangerschap van vrouwen afkomstig uit landen waar die praktijk wordt toegepast. In een

niet-onaanzienlijk aantal gevallen wordt de verminking immers uitgevoerd tijdens de eerste kinderjaren. Verloskundigen en vroedvrouwen staan dan ook in de frontlijn als het op preventie aankomt. Tijdens de prenatale visites zullen ze de vrouw helpen om het verband te leggen tussen eventuele complicaties die zich hebben voorgedaan voor of tijdens de zwangerschap, en de verminking die ze heeft ondergaan (last om te wateren, herhaalde urinaire infecties...). Stilaan wordt de toekomst van het meisje dat nog moet worden geboren, en van haar oudere zusjes, aangesneden. Men moet zeggen dat een excisie pijn doet en gevaarlijk is voor het kind, dat de godsdienst dat niet vereist en dat een excisie verboden is door de Belgische wet. Na die gesprekken moet men trachten van de ouders een formele belofte te krijgen dat ze zich zullen verzetten tegen verminking van hun dochter.

Dit is geen gemakkelijk onderwerp, noch voor de vrouw zelf, die niet de gewoonte heeft om over intieme zaken te spreken met een vreemde, noch voor de gezondheidswerker, die niet altijd goed voorbereid is op die taak. Hij moet woorden kiezen die geen aanstoot geven. Men moet dus spreken van *excisie*, *besnijdenis* of *infibulatie* eerder dan van *verminking*. De vrouw zal zeggen dat ze *gesloten* of *genaaid* is.

Repressie, een onvermijdelijke stap bij de preventie

Artikel 409 van de wet van 28 november 2000 over de bescherming van minderjarigen, die in voege is getreden op 1 april 2001, voorziet een gevangenisstraf en opsluiting voor iedereen die zich schuldig maakt of medeplichtig is aan een VGV. De straf is zwaarder als de verminking wordt uitgevoerd bij een minderjarige. Het principe van 'uitgebreide territoriale bevoegdheid' (dat al van toepassing is bij repressie van het 'sekstoerisme') slaat ook op VGV als het slachtoffer minderjarig is: de inbreuk die in het buitenland wordt begaan, kan in België worden vervolgd als de persoon die de inbreuk heeft begaan, in ons land is. Artikel 458bis van het strafwetboek stelt dat het beroepsgeheim *kan* worden opgeheven als het gaat om een minderjarige. In een dergelijk geval *mag* de procureur des konings worden ingelicht over een vastgestelde VGV of als er een ernstig risico dreigt dat er een VGV zou worden uitgevoerd. Als het risico op verminking bewezen is, kan de rechter in kort geding de hoede over het meisje toevertrouwen aan een ander familielid en het meisje verbieden het land te verlaten. Dat is een extreme maatregel, die zware gevolgen heeft: de ouders hebben het immers niet slecht voor met hun dochter en beide partijen zullen de scheiding ongewettigd vinden (24).

Dankzij de mediabelangstelling voor de vervolgingen die in tal van onthaallanden werden ingesteld tegen de ouders en de 'exciseuse' is de frequentie van VGV in die landen sterk verminderd. Frankrijk kent sinds meer dan 30 jaar een uiterst strenge rechtspraak. De vrouwen die de excisie verrichten en de ouders van de slachtoffertjes verschijnen voor het assisenhof en worden veroordeeld

tot strenge celstraffen. Sporadisch gewaagt de pers nog van een verminking in een westers onthaalland. In januari 2009 werd een meisje van zeven jaar dat in Frankrijk verbleef, het slachtoffer van een ernstige bloeding na een poging tot excisie door haar eigen ouders (van Guinese oorsprong). Tot nog toe werd er nog niemand strafrechtelijk vervolgd in België; we weten echter niet of er ooit een klacht werd ingediend.

Tot wie kan men zich wenden

Als u verneemt dat een meisje riskeert te worden verminkt, moet u onverwijld contact opnemen met een vereniging die strijdt tegen VGV. De *Groupement pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles* (GAMS)-België (www.gams.be), die werd opgericht in 1996, bestaat hoofdzakelijk uit vrijwilligers. De GAMS geeft individuele informatie, informatie voor het grote publiek en informatie en opleiding voor gezondheidswerkers. De GAMS probeert ook de Afrikaanse gemeenschappen in België ervan te overtuigen om definitief af te zien van die praktijken. Ze helpt geëxciseerde vrouwen die in België leven om juridische, medische en psychosociale hulp te krijgen. Ze zal ook proberen meisjes die in België leven, te beschermen als ze een risico lopen op excisie bij terugkeer naar hun land. Ze geeft Afrikaanse vrouwen les over hun lichaam en over de schadelijke effecten van VGV. Die lessen helpen hun sociale insertie te bevorderen.

GAMS-België investeert in preventie en informatie en probeert de mentaliteit te veranderen bij bepaalde groepen van immigranten. Om niet het vertrouwen te verliezen dat ze van die immigranten krijgt, zal de GAMS feiten die haar ter ore komen, niet aan de kaak stellen. Dat is de taak van een andere, recentelijk opgerichte organisatie.

Op 26 januari werd de vzw INTACT (www.intact-associations.org) boven de doopvont gehouden. Die vzw gaat juridisch de strijd aan tegen VGV, rekening houdende met de specificiteit van de problematiek en de culturele lading ervan voor diegenen die de verminking uitvoeren. De vereniging wil iedereen (slachtoffer, naast familielid, leerkracht, arts...) helpen die op de hoogte is van een al uitgevoerde VGV of een dreigende VGV. Om de ouders op andere gedachten te brengen, zal de vereniging ze eraan herinneren dat een dergelijke verminking bij wet verboden is. Ze zal de jeugdrechter vragen om een bedreigd meisje elders onder te brengen. Als de excisie riskeert te worden uitgevoerd tijdens een vakantie in het land van herkomst zal ze een zaak in kortgeding aanspannen om het meisje te verbieden het land te verlaten.

Vaststelling van de letsels, opstellen van een certificaat, bijhouden van het dossier

Artsen en andere gezondheidswerkers hebben nog onvoldoende ervaring met VGV. Gezien het stijgende aantal migranten uit

Plaats, datum






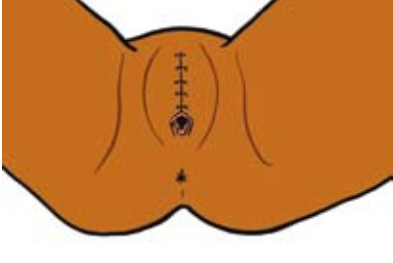
Gegevens van de arts (stempel)

Medisch attest

Aan de rechthebbende,

Ik, ondergetekende,, arts, verklaar te hebben onderzocht
mevr./meij., geboren op
in, van origine en van nationaliteit.
Nr. SP (asielzoeker) of identiteitskaart
(indien een kind, de gegevens van de ouders invullen)

Deze laatste heeft de volgende genitale verminking ondergaan (definitie van de WGO van 2007):

Types (het type aankruisen)	Weggesneden zones in het rood	Aspect na helin
Type 1 'Clitoridectomie': gedeeltelijke of gedeeltelijke ablatie van het clitoriskapje en/of de clitoris		
Type 2 'Excisie': gedeeltelijke of volledige ablatie van de clitoris en de kleine schaamlippen met of zonder excisie van de grote schaamlippen		
Type 3 'Infibulatie': vernauwing van de opening van de vagina door ablatie en tegen elkaar brengen van de kleine en/of de grote schaamlippen met of zonder excisie van de clitoris		
Type 4 andere vormen (incisie, cauterisatie) Preciseer:		

Gevolgen:

- Chronische pijn
- Keloïdlittekens
- Dermoidcysten
- Urinaire of fecale problemen (dysurie, urinaire of fecale incontinentie...)
- Genitale of urinaire infecties
- Dysmenorroe, stoornissen van de seksualiteit, verminderd libido
- Steriliteit
- Problemen tijdens de zwangerschap of de bevalling
- Psychologische stoornissen: angst/depressie/gedragsstoornissen
- Andere (preciseer)

Voorgestelde behandeling

- Regelmatige medische follow-up en geschikte behandeling(en)
- Chirurgische behandeling (marsupialisatie cyste, desinfibulatie...)
- Reconstructie van de clitoris
- Consult bij een psycholoog
- Consult bij een seksuoloog
- Andere (preciseer)

Commentaar

Handtekening

landen waar die praktijken plaatsvinden, moet dat onderwerp echter worden behandeld tijdens de opleiding van huisartsen, kinderartsen, gynaecologen-obstetrische en vroedvrouwen in België.

Artsen worden almaar vaker opgeroepen om de restletsels van een VGV of omgekeerd de integriteit van de vulva vast te stellen. Wij stellen voor om het hierbijgevoegde getuigschrift te gebruiken. Dat kan dan worden overhandigd aan de bevoegde administratieve instanties. Het document werd opgesteld door een groep vroedvrouwen en artsen die samenwerken met GAMS-België. Een gedetailleerde beschrijving van de vastgestelde letsels, bij voorkeur met een foto of een tekening en een omstandig verslag worden bij het medisch dossier gevoegd. Dat is van het grootste belang voor de follow-up van iemand die het risico loopt (opnieuw) een verminking te ondergaan.

Tekeningen Dimi Dumo (www.dimidumo.be) naar schetsen van F. Richard (19).

Referenties

1. UNICEF. Female genital mutilation/cutting, a statistical exploration. New York: UNICEF 2005.
2. Bellas Cabane C. *La coupeure - L'excision ou les identités douloureuses*. Paris: La Dispute 2008, pp. 53, 181, 191, 194.
3. Amy JJ. Contexte socioculturel et religieux des mutilations génitales féminines. Bruxelles: Centre d'Action Laïque, *Outils de Réflexion* 2002;17:18-20.
4. Leye E, Deblonde J. *Belgian legislation regarding FGM and the implementation of the law in Belgium*. International Centre for Reproductive Health (ICRH), publication No. 9. Lokeren: De Consulterij 2004.
5. ONE. Registre des naissances Région Wallonie-Bruxelles 2007.
6. Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, Temmerman M. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008;13:182-90.
7. GGOLFB. La gynécologie-obstétrique face aux défis de la multiculturalité. GGOLFB: Communiqué de presse 15-11-2008 (cfr. *Le Soir* du 15 novembre 2008: Pas d'interdit sur le certificat de virginité).
8. Mager F, Noriega Tontor C. *Les mutilations génitales féminines, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Liège: Institut St-Julienne 2003.
9. Henrion R. Mutilations génitales féminines, mariages forcés et grossesses précoces. *Bull Acad Natle Méd* 2003;187/6:1-9.
10. WHO. Female genital mutilation: an overview. Geneva: World Health Organization 1998.
11. WHO. A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. Geneva: World Health Organization 2000.
12. Okonofua FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slanger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *BJOG* 2002;109:1089-96.
13. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertil Steril* 2008; ter perse. (doi:10.1016/j.fertnstert.2008.10.035).
14. Catania L, Abdulcadir O, Puppo V, Verde JB, Abdulcadir J, Abdulcadir D. Pleasure and orgasm in women with Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). *J Sex Med* 2007;4:1666-78.
15. Thabet S, Thabet A. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res* 2003;29:12-9.
16. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after Female Genital Mutilation. *Am J Psychiatry* 2005;162:1000-2.
17. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome, 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;367:1835-41.
18. Denholm N. *Female genital mutilation teaching component*. New Zealand FGM Education Programme 1998.
19. Richard F, Daniel D, Ostyn B, Colpaert E, Amy JJ. *Vrouwelijke genitale verminking (vrouwenbesnijdenis) - Handleiding voor bij de bevalling/Mutilations génitales féminines: Conduite à tenir à l'accouchement. Technisch advies voor gezondheidspersoneel in België / Guide technique pour les professionnels de santé*. Brussel: Ministerie van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 2000, 14 p.
20. Danish National Board of Health. *Prevention of female circumcision*. Albertslund: Sundhedsstyrelsen 2000.
21. Rouzi AA, Aljhadali EA, Amarin ZO, Abduljabbar HS. The use of intrapartum defibulation in women with female genital mutilation. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108:949-51.
22. Folders P, Louis-Sylvestre C. Résultats de la réparation chirurgicale du clitoris après mutilation sexuelle: 453 cas. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2006;34:1137-41.
23. Conseil de l'Ordre National des Sages-Femmes. Réparation de l'excision: la sage-femme au coeur du dispositif. *Contact sages-femmes* 2008;16:20.
24. Jaspis P. Les mutilations génitales féminines - Aspects juridiques. Lezing gehouden in het kader van een vorming door de Federale Politie georganiseerd, Brussel, 12 september 2005.