

# ITG-avondseminarie bespreekt vrouwelijke genitale verminking

Omdat genitaal verminkte vrouwen pas begin jaren 90 van de vorige eeuw naar België begonnen te migreren, zijn veel artsen in de loop van hun opleiding nooit met deze problematiek in aanraking gekomen. Bijbenen is mogelijk tijdens het avondseminarie dat het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) op 14 juni aanstaande organiseert.

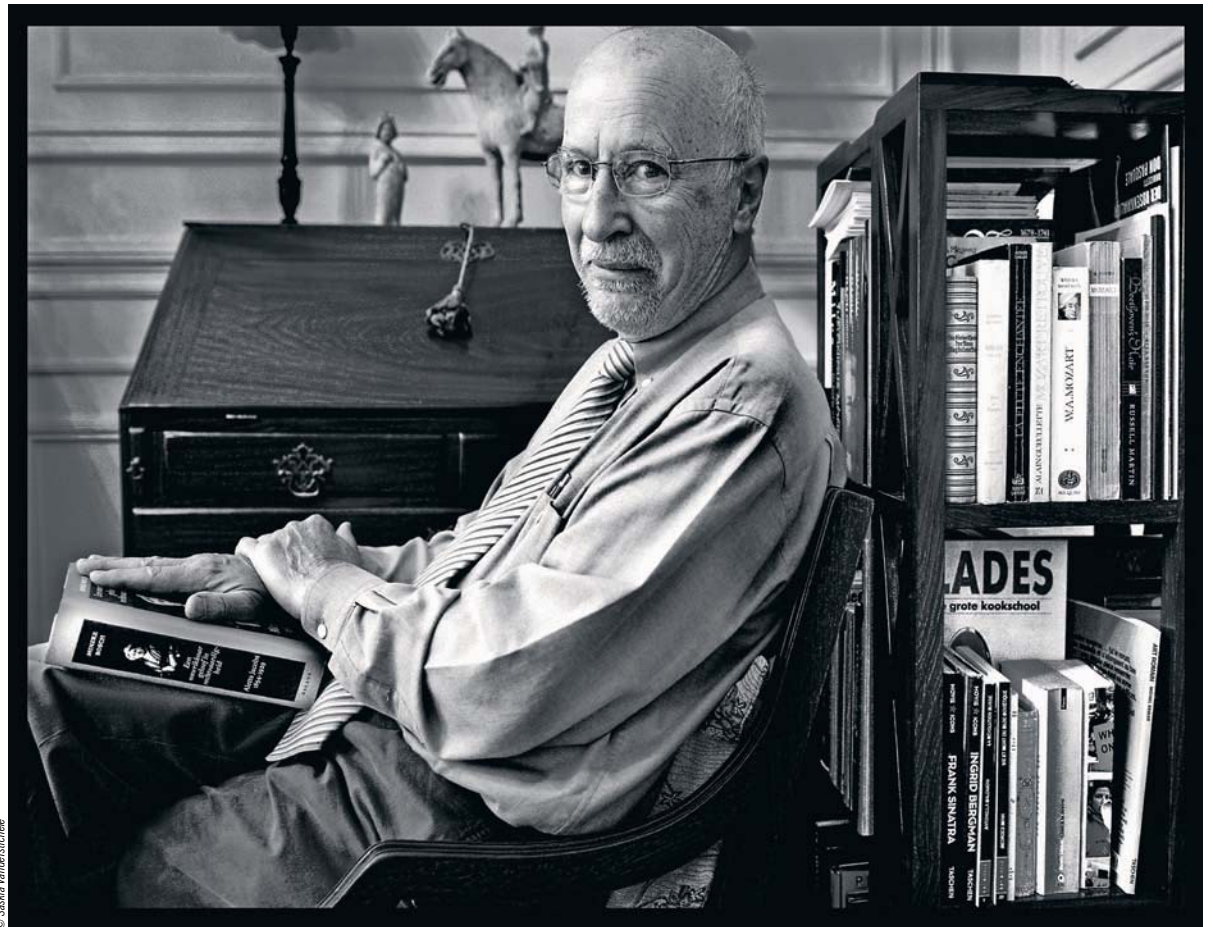
Dr. Michèle Langendries

De Wereldgezondheidsorganisatie somt vier types van vrouwelijke genitale verminking op. Het eerste type is clitoridectomie, waarbij de amputatie zich beperkt tot de glans of een groter gedeelte van de zichtbare en tastbare clitoris. Het tweede type combineert clitoridectomie met het geheel of gedeeltelijk verwijderen van de kleine schaamlippen en uitzonderlijk ook een deel van de grote schaamlippen – men spreekt van excisie. In het rijtje staat voorts de infibulatie, waarbij men de grote schaamlippen verwijdert en de stompen aan elkaar hecht met ruw hechtmateriaal of acaciadoorns; meestal wordt dit gecombineerd met clitoridectomie. Onder het vierde type, dat minder vaak voorkomt, worden alle andere vormen van opzettelijke verminking van de vrouwelijke geslachtsorganen ondergebracht, zoals cauterisatie, het gebruik van bijtende middelen, enzovoort. Excisie is het meest frequente type, gevolgd door infibulatie. Het vierde type omvat slechts 5% van alle gevallen van vrouwelijke genitale verminking.

## Traditie regionaal bepaald

De meeste gevallen van vrouwelijke genitale verminking doen zich voor in sub-Saharaans Afrika. Men onderscheidt een westelijke regio, waar vooral excisie wordt toegepast, in landen zoals Senegal, Sierra Leone, Guinea, Burkina Faso, Mali en Nigeria. In bepaalde regio's van Mali en Nigeria verricht men ook infibulatie, maar deze ingreep is vooral typerend voor de oostelijke zijde van het continent, meer bepaald de Hoorn van Afrika (Ethiopië, Somalië, Eritrea en Djibouti), Sudan en Egypte. In sommige van deze landen, zoals Guinea-Conakry en Somalië, ligt de prevalentie van genitale verminking bij de vrouw hoger dan 98% en geldt daarom als norm. Daarnaast worden ook her en der op andere plaatsen vrouwen seksueel verminkt; dat is onder andere het geval in Jemen en in het Indiase Mumbai, alsook bij Koerdische stammen in Irak en enkele bevolkingsgroepen in Indonesië. In Latijns-Amerika bestaan er vormen van vrouwelijke genitale verminking die wij in onze contreien niet zien, omdat de plaatselijke bevolking momenteel niet naar hier uitwijkt. Seksueel verminkte vrouwen die in België terechtkomen, zijn hoofdzakelijk afkomstig uit Senegal, Guinea en Somalië.

“Voor zover bekend, is vrouwelijke genitale verminking nooit op Belgisch grondgebied uitgevoerd”, zegt professor Jean-Jacques Amy (erediensthoud gynaecologie, UZ Brussel en hoofdredacteur van het *European Journal of Contraception and Reproductive Health*). “Dat geldt niet voor de ons omringende landen. Het Franse gerecht heeft in het verleden voor dit soort praktijken strenge veroordelingen uitgesproken, terwijl ook de Britten met een aantal incidenten hebben moeten afrekenen. In Zweden zou een man, mogelijk



▲ Prof. Jean-Jacques Amy: “Intussen is gebleken dat een behendig zwemmende mannelijke gameet ook al eens de vagina weet te bereiken doorheen de voorste of achterste opening van het infibulatielitteken.”

van Guinese afkomst, een tweetal jaar geleden er één of twee van zijn dochters seksueel verminkt hebben. Vrouwelijke genitale verminking vindt dus plaats in onze streken, wat tot waakzaamheid noopt.”

## Zelfbeeld, urineretentie en een onverwachte zwangerschap

Belgische artsen kunnen in een aantal uiteenlopende situaties met genitaal verminkte vrouwen worden geconfronteerd. Sommige vrouwen raadplegen omdat ze de gevolgen van de seksuele verminking ongedaan willen laten maken. Een mogelijke beweegreden is hier het zoeken naar conformiteit met het beeld van de westerse vrouw en/of naar een verbeterd seksueel genot. Andere vrouwen, zeker in geval van infibulatie, hebben klachten, omdat vaginaal vocht, menstrueel bloed en urine niet vlot kunnen afvloeien. “Bij infibulatie laat men vooraan en achteraan op de hechting van de grote schaamlippen een kleine opening bestaan, maar dat volstaat vaak niet om een vlotte evacuatie van lichaamsvochten mogelijk te maken”, zegt professor Amy. “Stagnerend menstruatiebloed en ander vocht kan in dergelijke gevallen vaginitis veroorzaken. Sommige vrouwen moeten tot twintig minuten actief met hun buikspieren persen om hun blaas leeg te maken. In zeer ernstige gevallen drukken ze zelfs suprapubisch met hun handen op de buikwand.”

“Een laatste categorie zijn zwangere vrouwen die zich aanmelden voor prenatale zorg. Zwangerschap kan ook één enkele keer optreden bij een vrouw met een nog steeds

aanwezige infibulatie, waarvan het litteken normaliter uiteraard in het vooruitzicht van de geslachtsgemeenschap na het huwelijk moet worden geopend. We weten al langer dat bevruchting mogelijk is doorheen een intact hymen, als de ejaculatie tijdens intercrurale geslachtsgemeenschap tussen de dijen van de vrouw plaatsvindt – het volstaat dat een spermatozoön zijn weg vindt naar de vulva, de opening in het hymen en vervolgens de vagina. Intussen is gebleken dat een behendig zwemmende mannelijke gameet ook al eens de vagina weet te bereiken doorheen de voorste of achterste opening van het infibulatielitteken.”

## Waarschuwen

Sinds april 2001 is vrouwelijke genitale verminking in ons land bij wet verboden. Mocht een koppel dat in België verblijft overwegen om hun dochter genitaal te laten verminken, dan hoort de arts hen erop te wijzen dat hier zware straffen op staan. Bovendien geldt voor minderjarigen het principe van de uitgebreide territoriale bevoegdheid: ook een verminking die bijvoorbeeld zou gebeuren tijdens een vakantie in het land van herkomst, kan bij de terugkeer door het Belgische gerecht worden gestraft. ♦

*Emeritus professor Jean-Jacques Amy is één van de sprekers die het woord nemen op het avondseminarie ‘Genitale verminking bij vrouwen in België’, samen met Katinka In 't Zandt (psychologe, Free Clinic Brussel) en Christine Flamand (jurist, vzw Intact). Het symposium vindt plaats in het auditorium van het Instituut voor Tropische Geneeskunde, Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen (14 juni 2011, 20 uur). De toegang is gratis. Info en inschrijvingen: gdgreef@itg.be.*

# Dis, tu ne vas pas me faire mal, hein?

“Als een vrouw op de raadpleging komt met een genitale verminking, is in eerste instantie een tactvolle benadering aangewezen”, zegt professor Jean-Jacques Amy. “Veel van deze patiënten lijden aan een post-traumatisch stresssyndroom, dat zich onder andere uit in flashbacks.”

Dr. Michèle Langendries

De omstandigheden waarin vrouwelijke genitale verminking in Afrikaanse landen plaatsvindt, zijn dan ook het akelige voorbij. Het meisje wordt niet op het ritueel voorbereid, maar onverhoeds vastgegrepen en naar een hut gebracht, waar een *exciseuse* in onhygiënische omstandigheden en zonder pijnstilling op haar lichaam ingrijpt. “Omdat het slachtoffer zich verzet, probeert men het met geweld in bedwang te houden”, aldus professor Amy. “Daarbij kunnen botfracturen optreden, soms zelfs van het dijbeen. Als het kind te veel beweegt, beschadigt de *exciseuse* mogelijk bij het insnijden van de geslachtsorganen ook andere, naburige structuren, zoals de blaas. Terwijl de besnijdenis van de adolescente jongen in Afrika een feestelijke overgangsrite vormt, valt de meisjes alleen lichamelijk en psychisch lijden te beurt. Vroeger was de excisie of infibulatie een moment waarop men de jonge vrouw advies gaf voor haar verdere leven en haar aldus erkende als een volwassene in wording, maar zelfs die kleine opsteker hoort er de laatste tijd niet meer bij. Juist omdat het concept van de overgangsrite op de achtergrond verdwijnt, bestaat er momenteel een duidelijke trend om steeds jongere meisjes te verminken.”

“Een vrouw die een dergelijk trauma achter de rug heeft, kan men beter extra voorzichtig en empathisch benaderen. Scherpe kritiek op haar culturele achtergrond – welke



▲ Desinfibulatie is een vrij eenvoudige, maar doeltreffende en niet-traumatische interventie, die men meestal onder algemene verdoving uitvoert, hoewel in overleg met de patiënte ook voor een lokale verdoving kan worden geopteerd.

ook de impact hiervan is – of het tonen van haar letsels aan derden, moet hier achterwege blijven.”

## Een heilzame incisie

Desinfibulatie is een vrij eenvoudige, maar doeltreffende en niet-traumatische interventie, die men meestal onder algemene verdoving uitvoert, hoewel in overleg met de patiënte ook voor een lokale verdoving kan worden geopteerd. De chirurg maakt een incisie langs de sutuurlijn, van de achterste naar de voorste opening, waarbij hij ervoor uitkiijkt de uretramonding niet te beschadigen. Het plaatsen van enkele hemostatische punten op beide snijranden rondt de ingreep af. “Men moet de vrouw mentaal op het effect van de ingreep voorbereiden”, zegt professor Amy. “Zoals

gezegd moeten veel vrouwen die een infibulatie hebben gehad, minutenlang persen om de blaas leeg te maken (zie pagina hiernaast). Als ze de mictie na de corrigerende ingreep plots binnen een normale tijdsperiode tot een goed einde kunnen brengen, is dat voor hen verrassend.” Het reconstrueren van de grote en kleine schaamlippen vergt een complexe operatie door een plastisch chirurg en wordt niet samen uitgevoerd met de desinfibulatie, die men om evidente redenen zo snel mogelijk plant.

## Clitorisreconstructie?

Hoewel de vrouw na desinfibulatie een normale coïtus kan hebben, is het herstel van de seksualiteit onvolledig, omdat de clitoris bij infibulatie meestal gedeeltelijk wordt verwijderd. Jean-Jacques Amy: “De Franse uroloog Pierre Foldes heeft een ingreep ontwikkeld om de clitoris te reconstrueren. Met een incisie maakt hij de stomp van de clitoris vrij en haalt hem naar beneden, zodat het snijvlak ter hoogte van de corpora cavernosa ongeveer komt te liggen, op de plaats waar zich normaal de glans bevindt. Het snijvlak wordt niet met huid bedekt, maar epithelialiseert spontaan. Volgens Foldes herstelt deze ingreep niet alleen het lichaamsbeeld van de vrouw, maar verbetert ook de seksuele beleving: de anorgasmie, die zonder clitorisrecon-

structie in vele gevallen blijft bestaan, wordt verholpen.”

“Sommigen bekijken deze gegevens met enige scepsis; ikzelf ben zonder meer tegen de ingreep gekant. Men loopt hier het risico in de clitoris nog meer littekenweefsel te creëren dan er al is. Ik heb kunnen vaststellen dat er postoperatief opnieuw een retractor van de clitorisstomp optreedt, waardoor het esthetische resultaat slechter is dan in de oorspronkelijke situatie. Bij een aantal patiënten ziet men weliswaar een verbetering van het seksuele functioneren, maar nooit is bewezen dat er hier iets anders dan een placebo-effect meespeelt. Na de ingreep wordt de patiënte doorverwezen naar een psychologische en seksuologische begeleiding, die mogelijk op zich de verbetering kan verklaren. De empathie van de hulpverleners en het verbeterde zelfbeeld leggen waarschijnlijk meer gewicht in de schaal dan deze grove chirurgische ingreep. Clitorisreconstructie moet dus omzichtig worden besproken: men maakt de patiënte duidelijk dat succes niet kan worden gegarandeerd. Los van iedere andere maatregel kan psychologische en seksuologische begeleiding wél nuttig zijn.” ◆

## Een klein, bang meisje

U en ik hebben deze onwaarschijnlijke situaties van horen zeggen, maar professor Amy kwam er jarenlang rechtstreeks mee in contact. Dag aan dag nam hij in het UZ Brussel de raadpleging kindergynaecologie waar, met handvol adequate oplossingen in petto, soms ook met een krop in de keel: “Op een dag zag ik op het spreekuur een zes- of zevenjarig meisje uit Guinea-Conakry, dat recentelijk haar moeder had verloren en nu bij haar tante in België woonde. Het kind had een excisie ondergaan en klaagde van ernstige pijn. Aansluitend bij de anamnese wou ik haar onderzoeken, maar dat viel niet mee want ze strubbelde tegen. Na heel wat sussende woorden zag het ermaar uit dat het toch zou gaan lukken, want mijn patiëntje ging op de onderzoekstafel liggen. De sereniteit was van korte duur: ze veerde onmiddellijk weer op, ging op de onderzoekstafel staan en sloeg haar armen om mijn hals. Ze keek mij diep in de ogen en vroeg: *Dis, tu ne vas pas me faire mal, hein?*” Dr. M.L.

## De horror, deel twee

Infibulatie is voor de betrokken vrouwen pas de eerste episode van hun lijdensweg: naar aanleiding van hun huwelijk moeten ze immers opnieuw worden ‘geopend’. In het beste geval kwijt een *exciseuse* zich een paar dagen op voorhand van deze taak. Hierbij maakt ze een incisie langs het infibulatielitteken, maar opent het niet over de volledige lengte. In het slechtste geval neemt de kersverse echtgenoot de honneurs waar en hanteert hiervoor wat hij binnen handbereik heeft: een scheermesje, een keukenmes of een glasscherf. Onmiddellijk daarna vindt de coïtus plaats. Dr. M.L.