

1889-2014 125 jaar

ntog 07 2014

GYNAECOLOGIE, ONCOLOGIE, PERINATOLOGIE EN VOORTPLANTINGSGENEESKUNDE

Debat over morcelleren

Verloor het myoom zijn onschuld?

Eclampsie vergeleken

Gynaecologische maligniteit bij zwangere

Van mutilatie naar reconstructie

Inleiden met ballonkatheter

Van vrouwelijke genitale mutilatie naar genitale reconstructie

drs. J.J.M.L. Dekker *gynaecoloog, VUMC, Amsterdam*

drs. T.S. Decates *arts, Kliniek Amstelveen*

dr. Refaat B. Karim *plastisch chirurg, Kliniek Amstelveen*

De vraag naar reconstructie na vrouwelijke genitale verminking (VGV) in Nederland, lijkt te groeien door de emancipatie en participatie van de Afrikaanse vrouwen in onze samenleving. In Nederland zou het gaan om een groep van 30.000 vrouwen waarvan een gedeelte met deze zorgvraag zal komen. Het verzoek om reconstructie is een complex vraagstuk. Alhoewel deze vrouwen de operatie willen, is er altijd een spanningsveld met hun achterban en cultuur.^{1,2,3,4}

Definitie

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) of meisjesbesnijdenis is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, zonder medische noodzaak, ingebed in een culturele en sociale context.¹ Hierbij wordt een deel of het geheel van de vrouwelijke genitalia externa en clitoris weggesneden. Ongeveer 140 miljoen vrouwen op de wereld zijn besneden. Meer dan 3 miljoen meisjes lopen het risico om besneden te worden.¹ Besnijdenis vindt meestal plaats in de leeftijd tussen 4 en 12 jaar. De leeftijd is afhankelijk van lokale tradities en omstandigheden, maar meestal vóór de eerste menstruatie.

Besnijdenis bij jonge vrouwen (figuur 1 a-d)

Volgens de WHO zijn er vier vormen van VGV

Type 1 Gedeeltelijke of totale verwijdering van de clitoris, en/of de voorhuid (clitoridectomie).

Type 2 Gedeeltelijk of totale verwijdering van de clitoris en de kleine schaamlippen, met of zonder verwijdering van de grote schaamlippen (excisie).

Type 3 Vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met verwijdering van de clitoris (infibulatie).

Type 4 Alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, piercen, kerven, schrapen en wegbranden.¹

Gezondheidsrisico's

De kans op complicaties is bij VGV reëel aanwezig, zowel op de korte termijn als op de lange termijn. Bij infibulatie komen de meeste klachten voor. Ver-

der kunnen zowel de ervaring van de besnijdenis als wel de gevolgen ervan ook psychische klachten en seksuele problemen veroorzaken.

Mondiale Bewustwording VGV

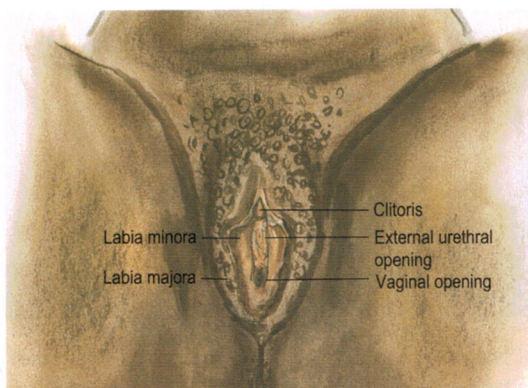
Sinds de jaren 80 is er een groeiende erkenning voor VGV als schending van de rechten van het kind. Het Europees Parlement nam in 2009 een resolutie aan, waarin lidstaten worden opgeroepen om landelijk beleid te ontwikkelen voor het hele traject van preventie, signalering en nazorg. Uiteindelijk nam Het Europees Parlement op 14 juni 2012 een resolutie aan over het uitbannen van genitale verminking van vrouwen. Op 20 december 2012 werd tijdens de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties unaniem ingestemd met een resolutie die oproept tot een wereldwijd verbod op meisjes- en vrouwenbesnijdenis. Hiermee is VGV een 'schending van de Mensenrechten' geworden.

VGV in Nederland

VGV is in Nederland strafbaar als vorm van kindermishandeling. Er staat een maximale gevangenisstraf van 12 jaar op of een geldboete van maximaal €76.000. Jaarlijks zijn er veertig tot vijftig meisjes in Nederland die *at risk* zijn om besneden te worden.⁵ 80% van de meisjes in Nederland die het risico lopen besneden te worden, is afkomstig uit Somalië en Egypte. Verder blijken in Nederland naar schatting dertigduizend vrouwen te wonen die besneden zijn. 80% van deze vrouwen komt uit Somalië, Egypte, Ethiopië/Eritrea en de Koerdische autonome regio in Irak. Het merendeel van hen is tussen de twintig en vijftig jaar. Aangezien VGV medische en psychosociale klachten kan veroorzaken, is het een groep die aandacht verdient van de gezondheidszorg. Ons overheidsbeleid is een combinatie van voorlichting, preventie en repressie.

Medische zorg

Vrouwelijke genitale verminking kan allerlei problemen veroorzaken. De kans op medische complicaties is groot, zowel meteen na de besnijdenis als jaren later. Voor veel vrouwen hangen de klachten ten gevolge van besnijdenis niet samen met de besnijde-



Figuur 1a. Normale vrouwelijke genitale anatomie

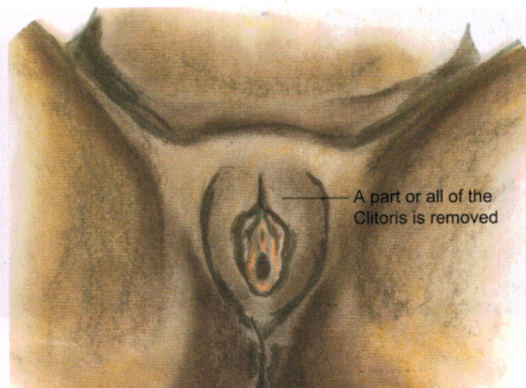


Fig 1b. Type 1 vrouwelijke genitale verminking

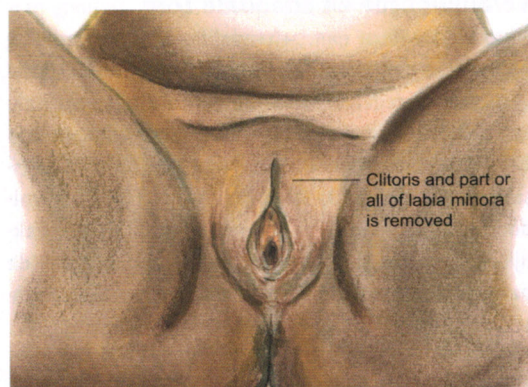


Fig 1c. Type 2 vrouwelijke genitale verminking

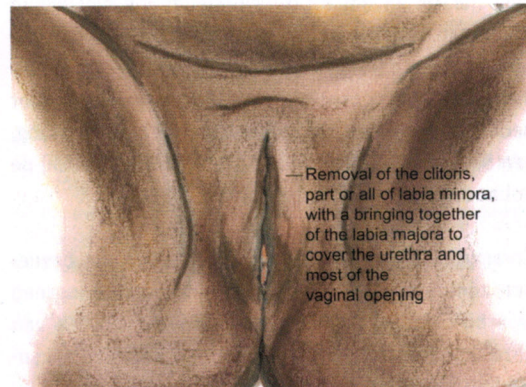


Fig 1d. Type 3 vrouwelijke genitale verminking

nis, maar behoren zij bij het vrouwzijn in hun culturele context. Vaak gaat dit samen met onbekendheid met het menselijk lichaam en menselijke functies. Voorlichting over het menselijk lichaam en seksualiteit behoeft daarom aandacht.

Directe gevolgen zijn ondermeer: extreme pijn (als de ingreep zonder verdoving plaatsvindt), mictieklachten, overmatig bloedverlies, infectiegevaar, HIV-besmetting en kans op overlijden.¹

Gevolgen op lange termijn zijn dyspareunie, verlies seksuele functie en gevoel, menstruatieklachten, urineweginfectie, chronische pijn onder in de buik, infertiliteit door infecties, littekenvorming, obstetrische complicaties, fistelvorming met incontinentie voor urine en faeces en ook in latere fase psychische en sociale problemen.^{1,2,4}

Een deel van de besneden vrouwen geeft aan zich te schamen om naar de dokter te gaan omdat ze bang zijn dat de dokter naar hun geslachtsdelen gaat kijken. Uit hetzelfde onderzoek blijkt ook dat VGV grote gevolgen kan hebben voor de relatie met de partner. Sommige vrouwen hebben moeite om een relatie aan te gaan. Of ze zijn bang dat de partner geen rekening houdt met hun seksuele beperkingen. Daardoor gaat het hebben van seks voor hun gevoel moeizaam. Pijn, maar ook angst voor de pijn maakt dat een substantieel deel van de vrouwen die een

besnijdenis ondergingen minder zin hebben in seks. Door aan de ene kant de pijn en aan de andere kant het gebrek aan gevoel, beschrijven sommige vrouwen het hebben van seks als verkracht worden.

Defibulatie, het vergroten of openknippen van de introïtus vindt doorgaans plaats door de gynaecoloog tijdens de bevalling. Herinfibulatie, het opnieuw aan elkaar hechten van de resterende delen van de schaamlippen, waardoor de vaginale opening weer verkleind wordt, is in Nederland verboden.

Genitale reconstructie de volgende stap

Door de kansen en de mogelijkheden van hun nieuwe thuisland en ook de persoonlijk ontplooiing rijst bij een groep besneden vrouwen in Nederland de vraag om reconstructie. Bij een reconstructieve operatie wordt de anatomie van de genitalia externa voor zover dat mogelijk is, weer hersteld. Hierbij wordt de 'techniek van Foldes' gevolgd met enige modificaties.^{6,8,9} Om de clitoris te reconstrueren wordt het nog aanwezige clitorisweefsel met de bijbehorende zenuwvoorziening vrijgeprepareerd uit het littekenweefsel en gerepositioneerd waardoor dit orgaan weer zichtbaar en beter tastbaar wordt. Om nieuwe schaamlippen te reconstrueren, wordt meestal de bilhuid van de patiënte gebruikt.

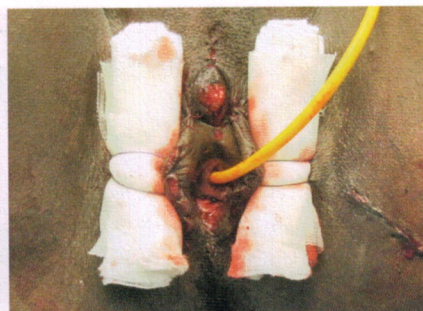
Men moet zich daarbij realiseren dat operatieve interventie geen garantie is voor fysiek en emotio-



Figuur 2. Preoperatief.



Figuur 3. Peroperatief.



Figuur 4. Direct postoperatief.

neel herstel en dat dit type behandeling niet alleen specifieke expertise vraagt van de kant van de operateur maar parallel hieraan ook specifieke expertise op het psychosociale vlak. Bij twijfel dient voor nadere diagnostiek en behandeling een psycholoog, een seksuoloog of een maatschappelijk werker bij de behandeling te worden betrokken.

Ervaringen in het buitenland bij vrouwen die besneden zijn, laten zien dat door een operatieve ingreep waarbij clitorisreconstructie plaats vond, 72-75 % van deze vrouwen na achttien maanden normaal seksueel kan functioneren.^{6,8,9}

Vergoeding

Omdat het voor Nederland een nieuwe zorgvraag betreft, zijn de zorgverzekeraars huiverig en zeer terughoudend met de vergoeding hiervan. Vaak ontstaat er ook een Babylonische spraakverwarring met labia-minorareductie.¹⁴ Alhoewel de meeste medisch adviseurs welwillend zijn, komen ze toch in een spagaat met juridisch kaders van verminking in de zorgverzekeringswet. Volgens de College voor Zorgverzekeringen (CvZ) is er sprake van verminking in geval van ernstige misvorming die direct in het oog springt. Met het begrip verminking wordt bedoeld op verworven aandoeningen zoals: misvormingen door brandwonden; misvormingen aan de handen door reumatoïde arthritis; misvormingen door verlammingen van de aangezichtszenuw; amputatie van ledematen of geamputeerde mammae. Ondanks het feit dat het VGV een schending van de Mensenrechten is, is dit volgens de CVZ-richtlijnen nog geen verminking. En hier wringt de schoen. De keuze tussen handelen naar de geest van de wet of de letter, wordt dan een discretionaire bevoegdheid van het individu. Soms vergoeden zorgverzekeraars op basis van een individuele coulancregeling en soms ook niet. Deze situatie is zeer onwenselijk en belastend voor deze patiënten die al veel schroom, leed en groepsdruk hebben moeten overwinnen om met deze hulpvraag te komen. Het lijkt of de Nederlandse maatschappij een gemengd boodschap uitzendt: je mag niet besneden maar je mag het ook niet ongedaan maken.

Verantwoorde en adequate zorg

Normaliter wordt een behandeling voor beoordeling voorgelegd aan het CvZ. Het CvZ toetst aan de hand van wet- en regelgeving of de zorg tot het basispakket behoort. Geneeskundige zorg moet voldoen aan twee criteria: het moet gaan om zorg zoals professionals die 'plegen te bieden' en de zorg moet voldoen aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk'. 'Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de beroepsgroep zelf de zorg rekent tot het aanvaarde scala van zorg.

Om te bepalen of zorg aan de 'stand van wetenschap en praktijk' voldoet, volgt het CvZ de principes van *evidence based medicine*. Bij deze methode gaat het om het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruikmaken van het beste beschikbare bewijsmateriaal. Het CvZ hanteert als uitgangspunt dat voor een positieve beslissing medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht aanwezig moeten zijn. Het CVZ gebruikt voor zijn beoordeling in principe alleen gepubliceerde en peer-reviewed literatuur.

Het feit dat de vraag naar en het aanbod van deze zorg in Nederland thans nog zeer beperkt is, betekent niet dat het om experimentele chirurgie gaat. Er is binnen Europa genoeg professionele informatie beschikbaar, zij het op kleine schaal. De reconstructie voldoet aan 'de stand van de wetenschap en de praktijk' en geldt als verantwoorde en adequate zorg in de kring van beroepsgenoten. Gezien de maatschappelijk relevantie en de wens van WVS om VGV te bestrijden, verdient deze behandeling de volle aandacht van CvZ.

Sinds vorig jaar is een werkgroep van gynaecologen en plastisch chirurgen bezig geweest om een richtlijn te schrijven aangaande voorwaarden waaronder de chirurgisch behandeling van deze patiënten dient plaats te vinden. Deze richtlijn ligt ter goedkeuring bij de beide wetenschappelijke verenigingen. Vooruitlopend op de goedkeuring van de NVPC en de NVOG zijn er Kamervragen gesteld. De minister heeft toegezegd dat de hersteloperaties bij vrouwen met VGV

onder de zorgverzekeringenwet zal komen te vallen nadat de richtlijn is goedgekeurd door de beroepsverenigingen.^{12,13}

Conclusie

De opname en de operatie dienen vanuit een medisch en ethisch oogpunt vergoed te worden uit de basisverzekering omdat het een reconstructieve ingreep betreft. Temeer omdat wij allen van mening zijn dat VGV een misdaad is tegen de mensheid en in Nederland bovendien strafbaar is. De overheid zal in samenwerking met de beroepsverenigingen proactief de volgende stap moeten zetten door het verrichten van genitale reconstructie te faciliteren. Een gereconstrueerde vrouw zal haar dochters nooit laten besnijden. Een betere borging is niet denkbaar.

Referenties

1. WHO *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement*. WHO, UNFPA, UNICEF, OHCHR, UNHCR, UNECA, UNESCO, UNDP, UNIADS, WHO, Geneva, 2008, www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/index.html -accessed 1 March 2013
2. Vloeberghs, E., J. Knipscheer, A. van der Kwaak et al. *Versluierde pijn, Onderzoek naar psycho-sociale gevolgen van meisjesbesnijdenis*. 2010-120 blz.-978-90-75955-72-9-ISBN Dutch.
3. EURAPS (2013). *Reconstruction after FGM* Kliniek Amstelveen. www.youtube.com/watch?v=Q5N1zQsdHuE
4. Vos, C. & J. van Roosmalen, *Een klein onderwerp: vrouwelijke genitale verminking Ned.Tschr.Obst.Gyn.* 2013;126:447-450 http://www.ntog.nl/dynamic/media/3/documents/NTOG_2013-9_Ir.pdf Dutch.
5. Exterkate, M., *Female Genital Mutilation in the Netherlands*. January 2013, Pharos Centre of Expertise on Health for Migrants and Refugees
6. Foldes, P., B. Cuzin & A. Andro, *Reconstructive Surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*. Lancet. 2012 Jul 14;380(9837):134-41
7. Dirie Waris, *Desert Flower & William Morrow Pub*, 1998 (1st edition), ISBN 978-0-688-15823-1
8. Foldes, P., *Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris apres mutilation sexuelle*. Prog Urol 2004;14:47-50 French.
9. Foldes, P., *Reconstructive surgery of the clitoris after ritual excision*. J Sex Med 2006;3(6):1091-4
10. VAGZ (2012) *Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard* <https://www.iak.nl/Zorg/-/media/Files/Zorg/2013/Overig/Werkwijzerbeoordelingbehandelingenvan%20plastisch-chirurgischeaard01-2013.pdf>
11. Karim, R.B. & J.J.M.L. Dekker, *From female genital mutilation to female genital reconstruction*. PMFA News. 2014.18 Vol.1 Issue 3
12. Paauw, S., *Schippers: 'Hersteloperaties besneden vrouwen vergoeden'*. Medisch Contact. 2014 Apr 16
13. Kwant, L., *Besneden vrouw betaalt hersteloperatie zelf*. Medisch Contact. 2014 Feb 19
14. Hage, J.J., R.B. Karim, B. van der Lei, et al. *Grenzen aan de esthetische genitale chirurgie bij vrouwen*. Standpunt van de NVPC, de NVOG en de NVEPC. 2008

Samenvatting

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) wordt internationaal erkend als een schending van de mensenrechten. VGV heeft, per definitie, geen medisch doel en zorgt voor acute en voor late complicaties. Door de kansen en de mogelijkheden van hun nieuwe thuisland en ook de persoonlijk ontplooiing, rijst bij vrouwen in Nederland die ooit besneden zijn, de wens tot reconstructie van de genitalia externa. Bij een reconstructieve operatie wordt de anatomie van de genitalia externa voor zover dat mogelijk is, weer hersteld. Deze operatie en de opname dienen vanuit een medisch en ethisch oogpunt vergoed te worden uit de basisverzekering omdat het een reconstructieve ingreep betreft. Een gereconstrueerde vrouw zal haar dochters nooit laten besnijden. Een beter borging is niet denkbaar.

Trefwoorden

Vrouwelijke genitale verminking (VGV), genitale reconstructie, vrouwenbesnijdenis

Summary

Female genital mutilation (FGM) has become internationally recognized as a violation of human rights. FGM has, by definition, no medical purpose and provides acute and late complications. The opportunities and the possibilities of their new homeland and the personal development among women in the Netherlands, who once have been

circumcised, raised the desire to reconstruct the genitalia externa. In reconstructive surgery, the anatomy of the genitalia externa is, as far as possible, restored. This operation and the overnight stay should be covered by the basic insurance from a medical and ethical point of view, because it is a reconstructive procedure. A reconstructed woman will never let her daughters be circumcised. A better assurance is inconceivable.

Keywords

Female genital mutilation (FGM), genital reconstruction, circumcision

Correspondentie

dr. R. B. Karim,
Kliniek Amstelveen,
Groenhof 111-112,
1186 EW Amstelveen
[e rbkarim@kliniekamstelveen.nl](mailto:rbkarim@kliniekamstelveen.nl)

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van (financiële) belangenverstrengeling.