

Een gesprek tussen Caroline Vos en Jos van Roosmalen

Een klein onderwerp: vrouwelijke genitale verminking

dr. M. C. Vos *gynaecoloog en bestuurslid WPOG*

prof. dr. J. van Roosmalen *emeritus hoogleraar International Safe Motherhood, VUMC en LUMC*

Op regelmatige basis ontmoeten wij elkaar rond het onderwerp vrouwelijke genitale verminking, onder andere bij het ontwikkelen van een e-learning module voor de KNOV, wat een behoorlijke klus was. Zo kwamen wij in gesprek over het onderwerp VGV.

Weet je nog wanneer je voor het eerst met vrouwelijke genitale verminking geconfronteerd werd?

Van Roosmalen: "Tijdens de voorbereidende cursus op het Koninklijk Instituut voor de Tropen kwam ik in 1976 in aanraking met het onderwerp. Gedurende mijn zeven jaren in Zuid-West Tanzania kwam ik vrouwelijke genitale verminking niet tegen. Bij terugkomst in Nederland werd ik er wel mee geconfronteerd, voornamelijk bij vrouwen afkomstig uit de Hoorn van Afrika. Op een ochtendbespreking in de Leidse vrou-

wenkliniek vertelde een arts-assistent dat een patiënte niet gehecht wilde worden nadat bij de bevalling een episiotomie was gezet. De assistent had nog nooit gehoord van een episiotomia anterior en had zoals ze altijd was gewend 'lege artis' naar achteren geknipt. De vrouw ging dus naar huis met haar verminking nog intact en een niet-gehechte posterieure episiotomie".

Vos: "Ik was een jonge assistent in Veldhoven in het begin van de jaren 90. Vanuit de asielzoekerscentra bevielen verhoudingsgewijs veel Somalische vrouwen bij ons. Zij waren prachtig gekleed, hadden een mooie houding en spraken vaak redelijk Nederlands of goed Engels. En anders deed hun man dat wel. Wij hielden ons aan het door de vereniging uitgeroepen moratorium en verscholen ons daar ook wel achter, ten opzichte van de soms eisende echtgenoot. Achteraf verbaas ik mij erover dat we niet veel meer het gesprek aangingen hierover: vragen naar het hoe en waarom en vooral naar de beleving van de zwangere. We hebben toen wel wat vrouwen in de kou laten staan, denk ik nu. Dat heet dan voortschrijdend inzicht."

Wat heb je er toen van geleerd of mee gedaan?

Vos: "Net als nu vind ik dat het technische aspect van omgaan met status na besnijdenis niet zo ingewikkeld is, maar helaas hoor ik ook nu nog uit den lande vaak verdrietige verhalen, omdat de kennis waarschijnlijk toch nog onvoldoende aanwezig is bij verloskundig hulpverleners. Het komt toch weinig voor. In mijn tijd in Maastricht hadden we relatief weinig vrouwen uit risicolanden. Na mijn komst in Tilburg in 2005 werd vanuit het bestuur van de NVOG gevraagd om een contactpersoon vanuit de WPOG te benoemen en ik mocht dat doen. Ik heb toen snel contact gezocht met de lokale projectleider van onze GGD Hart voor Brabant, bijna letterlijk in mijn achtertuin. Toen was het nog heel moeilijk in contact te komen met personen uit de doelgroepen en het is de verdienste van mensen als Zahra Naleie, voorvechtster vanuit de FSAN, Federatie van Somalische Associaties Nederland, dat dat gelukt is. We



hebben sindsdien vele leuke, vrolijke bijeenkomsten gehad rond dit toch gevoelige thema. Ook heb ik van Zahra Naleie geleerd dat vrouwelijke genitale verminking echt benaderd moet worden als een gender gebonden probleem. Dat is het voordeel van haar bril als sociologe."

Van Roosmalen: "Duidelijk was dat het gewenste 'anticiperend beleid' in de eerstgenoemde casus was uitgebleven. Tijdens de prenatale zorg dient bekend te zijn, dat de vrouw besneden is en dient een duidelijk beleid geformuleerd te worden in samenspraak met de vrouw en haar partner. Daarbij kwam soms de vraag naar voren na de bevalling de anterieure episiotomie te hechten. In mijn ervaring is echter ieder paar altijd akkoord gegaan met het inknippen naar voren alleen voorzover noodzakelijk en de wond vervolgens niet te hechten. Eén keer heb ik het moeten 'afkopen' met één klein hechtinkje. In de counseling is het van belang de seksualiteit erbij te betrekken en met name ook het feit, dat het ook voor mannen vaak een probleem is. Tegelijkertijd dient men bij het consult het gesprek aan te gaan voor het geval een meisje wordt geboren. Ik kwam nooit iemand tegen die vervolgens vertelde: 'Natuurlijk wordt mijn dochttertje besneden'."

Wat denk je dat er na vrouwelijke genitale verminking gebeurt?

Dit brengt ons bij de vraag naar de functie van de vulva en de status na vrouwelijke genitale verminking als oorzaak van klachten en verminderd functioneren. Allereerst wordt beschermend weefsel weggenomen. Dit kan leiden tot recidiverende en opstijgende infecties en mechanische irritatie¹. Helaas is weinig kwantitatieve informatie hierover beschikbaar. Er worden meest *case reports* en kwalitatieve *surveys* gepubliceerd. Als we een vergelijking maken met andere mutilerende vulvachirurgie, worden de resultaten van de studie daarnaar vooral gekleurd door de situatie van een status na gynaecologische maligniteit en de bijbehorende lymfklierchirurgie met lymfoedeem als gevolg.² De algehele kwaliteit van leven van vulvacarcinoom patiënten is vergelijkbaar met voor leeftijd gematchte controles, maar wel komen klachten als gevolg van lymfoedeem vaker voor.

Ten tweede kan er een verstoring van de seksuele functie zijn. De groep vulvacarcinoom patiënten is gemiddeld ouder en maar weinig van deze vrouwen zijn seksueel actief, namelijk 2 van de 11 in dit onderzoek, die hier klachten bij rapporteren.² Vrouwelijke genitale verminking vindt vaak prepuberaal plaats, waarbij de puberteitsontwikkeling nog moet volgen. Het littekenweefsel en de potentiële complicaties hiervan kunnen seksuele disfuncties veroorzaken. Loeber (2008) beschrijft dat >50% van besneden vrouwen pijn heeft bij de eerste coïtus, dit is tweemaal meer dan bij Nederlandse vrouwen³.

Vrouwen hebben na vrouwelijke genitale verminking vaak pijnklachten. Als we een vergelijking maken met vrouwen met chronische pijn in de buik, wordt in deze groep een mediërend effect van angst en depressie gevonden. Seksueel misbruik in de voorgeschiedenis was een voorspeller voor verminderd seksueel functioneren in zowel de patiënten met chronische pijn, als in de controle groep.⁴ Er is onderzoek gedaan waaruit zou blijken dat er een relatie is met infertiliteit.⁵ De uitgebreidheid van de verminking lijkt een voorspeller voor tekenen van doorgemaakte infectie bij laparoscopie. Ook in de obstetrie lijkt de uitgebreidheid van de verminking een voorspeller voor obstetrische problemen.⁶

En wat zijn de psychische gevolgen van vrouwelijke genitale verminking?

Vrouwelijke genitale verminking is een ritueel, dat pijnlijk is, maar in de eigen cultuur ook positief ervaren zou kunnen worden met de beleving van reinheid en een goede vrouw zijn. Voor anderen heeft het alleen maar een traumatische ervaring opgeleverd. Het taboe rondom het onderwerp maakt dat het moeilijk bespreekbaar is, zowel in de eigen kring, als met professionals.

De vraag is wat het eventueel opheffen van de infibulatie en/of een reconstructie zal doen met deze traumatische ervaring en wederom met de beleving van de eigen seksualiteit.

Ook de beleving van zwangerschappen en eventuele moeilijkheden rondom de baring kan verstoord worden door een status na vrouwelijke genitale verminking. Vaak vragen vrouwen zich af of de verloskundige complicatie te maken had met de genitale verminking, maar dit wordt vast niet routinematig bij iedere verloskundige nacontrole besproken.⁷

In een Nederlands kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar vrouwen uit meerdere landen van herkomst met een status na vrouwelijke genitale verminking werd gevonden dat een substantieel aantal vrouwen psychische problemen had, die samenhangen met het moment van de vrouwelijke genitale verminking of scharniermomenten daarna zoals de huwelijksnacht of een bevalling. Er worden gevolgen voor de huwelijkse relatie en sociale problemen beschreven. Een scherpe herinnering aan de vrouwelijke genitale verminking, de omvang van de vrouwelijke genitale verminking en een *coping* stijl met gebruik van drugs voorspellen meer PTSS. Angst en depressie hangen meer samen met een gebrek aan baan- of opleidingsperspectieven en mogelijk taalbeheersing. Een goede relatie met de echtgenoot en een positieve beleving van seksualiteit ondanks klachten of beperkingen is behulpzaam.

Als gevolg van de vrouwelijke genitale verminking kan ook een gevoel van uitsluiting bestaan, speciaal in contact met anderen dan mensen uit het land van herkomst.

Ook het contact met hulpverleners is soms moeilijk. Het onderzoek met de 'medical gaze', alsof ze een bezienswaardigheid zijn, wordt door meerdere vrouwen als vernederend ervaren, hoewel ook positieve ervaringen met respectvolle en deskundige hulpverleners beschreven worden. Na slechte ervaringen met hulpverleners wordt soms hulp gemeden.³

Wat is er de afgelopen jaren gebeurd op dit gebied in de wereld?

Van Roosmalen: "Sinds jaar en dag is *female genital mutilation* verboden, ook in de landen waar soms meer dan 90% van de vrouwen besneden is. De laatste jaren wordt een afname van het aantal meisjes en vrouwen dat besneden wordt, gemeld, vooral in de mate waarin. Er is een afname van de ernstigste vorm, de infibulatie (WHO type III) naar de minder uitgebreide vormen (type II en I)⁸. Opvallend zijn de successen van programma's in sommige Afrikaanse landen, waarbij het voortouw wordt genomen door lokale rolmodellen, zoals 'the first ladies'."

En in Nederland?

Vos: "Na de voorzichtige start van de preventieprogramma's in de jaren 90 werd met het pilotproject in de zes grote steden een goede doorstart gemaakt. Steun van de landelijke en lokale politiek heeft hier enorm bij geholpen. Naast de juridische en jeugdketen werd ook de medische keten getraind en zijn we gaan werken aan het modelprotocol. Het was wel een uitdaging al die organisaties mee te krijgen. Dankzij de vasthoudendheid van Marja Exterkate, projectleider VGV bij Pharos, kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, is dat goed gelukt. De bereidwilligheid van de professionals om mee te denken over dit onderwerp was groot. Dit is bijzonder, want het onderwerp is klein in volume, maar heeft wel een grote impact.

Er zijn verschillende initiatieven van de eigen organisaties en ook de jongeren hebben een eigen organisatie om VGV te bestrijden. Deze heet No game. VWS heeft de training van de verloskundig experts en ontwikkeling van de geaccrediteerde e-learning gesubsidieerd. Recent is er ook een subsidie naar de GGD's gegaan om regionaal de zorgketen te sluiten, waarbij we in onze regio vast een voorschot hadden genomen met twee goed bezochte bijeenkomsten."

Is herstel mogelijk?

Na de vlucht naar een Westers land wordt het meisje of de vrouw met een nieuwe visie op vrouwelijke genitale verminking geconfronteerd. Hier is vrouwelijke genitale verminking strafbaar en wordt vrouwelijke genitale verminking beschouwd als een ernstige vorm van kindermishandeling. Als dit congruent is met de beleving van de vrouw, kan dit prettig voor haar zijn, maar het verlost haar natuurlijk niet van

haar klachten. Wel kan zij ons nu de vraag stellen of een plastische correctie met het creëren van een nieuwe capuchon en labia minora zou kunnen helpen bij haar. De ervaring leert dat er dan ook wel degelijk rekening gehouden moet worden met herbelevingen rondom de ingreep en dat goede nazorg dichtbij huis hierbij belangrijk is.

In een grote Franse serie werden goede resultaten beschreven, zowel anatomisch als functioneel. Vermeldenswaard is dat de meeste van de patiënten in deze serie uit West-Afrika komen en meestal een minder mutilerende vorm van vrouwelijke genitale verminking hebben ondergaan. Voor 99% van de patiënten was de reden voor operatie een herstelde identiteit en 81% hoopte op verbeterd seksueel functioneren en 29% op reductie van de pijn. 30% kwam op de éénjaarscontrole, waarvan de meeste een anatomisch goed resultaat hadden en slechts drie geen verandering. De meerderheid had een verbetering of gelijk blijven van de pijnklachten (821/840) en clitoraal plezier (815/834). 51% kon een orgasme beleven. 5% van de patiënten had een complicatie (haematoom, wondgenezingsstoornis, koorts), waarvoor 4% heropgenomen werd.⁹

Waar staan we anno 2013?

Het is evident dat vrouwelijke genitale verminking pas dan definitief zal worden uitgebannen, wanneer vrouwen door onderwijs en sociaal-economische emancipatie zelf het heft in handen nemen. Gelukkig lopen meisjes in Nederland met ouders afkomstig uit de Hoorn van Afrika een aanzienlijk geringere kans op verminking dan hun counterparts daar woonachtig.

Wat zou je willen voor de toekomst?

Van Roosmalen: "Uiteraard een wereld zonder genitale verminking, maar ook een wereld waarin de verhouding tussen mannen en vrouwen op een meer gelijke basis stoelt."

Vos: "Mee eens: vrouwelijke genitale verminking de wereld uit. Wel zou ik graag de leerpunten uit deze materie en de vaardigheden op het gebied van cultuur-sensitieve communicatie willen behouden en liefst nog meer verspreiden in het land. De manier waarop in deze materie met de doelgroepen samengewerkt is, kan ook een voorbeeld zijn voor andere onderdelen in ons vakgebied."

Conclusie

Vrouwelijke genitale verminking is in Nederland qua volume een klein onderwerp. Iedere verloskundig hulpverlener kan ermee geconfronteerd worden en dient derhalve kennis van zaken te hebben. Goede vaardigheden in cultuur-sensitieve communicatie bieden niet alleen bij deze problematiek voordelen. De ervaring van patiënten met ons als hulpverleners kan soms door hen als vernederend ervaren wor-

den. Plastisch chirurgisch herstel na een infibulatie is mogelijk, maar niet eenvoudig. Los van de chirurgisch-technische aspecten dient rekening gehouden te worden met de beleving van de patiënte en de mogelijk aanwezige psychopathologie. Operatieve interventie kan weer herbelevingen opwekken. De beste behandeling van vrouwelijke genitale verminking is nog steeds preventie en het is goed om te constateren dat het in Nederland steeds minder voorkomt.^{3,5}

Bronnen

1. Modelprotocol medische zorg voor vrouwen na vrouwelijke genitale verminking. www.nvog.nl.
2. Oonk, M. *New diagnostic and therapeutic options in early-stage vulvar cancer (dissertatie)*. Groningen, Universiteit Groningen 2011.
3. Vloeberghs E. et al. *Versluierde pijn*. Utrecht, Pharos, 2010.
4. Weyenberg Ph. *Women in pain* (dissertatie). Leiden, Universiteit Leiden, 2009.
5. Almroth, L. et al. *Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study*. *Lancet* 2005;366(9483):385-91.
6. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. *Lancet* 2006;367:1835-1841.
7. E-learning vgv. www.knov.nl.
8. Derksen, J. en J. van Roosmalen *Gynaecologische morbiditeit specifiek voor allochtone vrouwen*. In: Het Gynaecologisch Formularium, een praktische leidraad. Merkus, J.M.W.M., Springer, M.P., Sitsen, J.M.A., ed. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten 2001:257-64.
9. Foldès, P. et al *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*. *Lancet* 2012;380:134-141.

Nadere informatie via www.meisjesbesnijdenis.nl, www.pharos.nl (oa voor trainingen interculturele communicatie)

Samenvatting

In dit wederzijdse interview worden de ontwikkelingen in Nederland en in Afrika van de afgelopen jaren rondom vrouwelijke genitale verminking besproken. Hersteloperaties kunnen tegenwoordig verricht worden en er is meer aandacht voor de psychische gevolgen van vrouwelijke genitale verminking.

Trefwoorden

vrouwelijke genitale verminking, infibulatie, hersteloperatie, klachten na vrouwelijke genitale verminking

Summary

In this interview, the developments in the Netherlands and in Africa around Female Genital Mutilation are being discussed. Nowadays, plastic surgical corrections are made available and the

psychic consequences for women after FGM are gaining more attention.

Keywords

Female Genital Mutilation, psychic distress after FGM, surgical correction of FGM

Contact

dr. M. Caroline Vos
Afdeling Verloskunde en Gynaecologie
St. Elisabeth Ziekenhuis
Postbus 90151, 5000 LC Tilburg
t 013 539 2591
e c.vos@elisabeth.nl

Belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of geldelijke bijdragen.