

## Verslag Focal Point bijeenkomst 7 april 2008

Door middel van twee inleidingen, vanuit een geheel verschillend perspectief, vertellen twee mannelijke gynecologen over hun ervaringen met vrouwelijke genitale verminking. De bijeenkomst wordt voorgezeten door Myra ter Meulen. De bijeenkomst is door de aanwezigen beoordeeld met het cijfer 8. In dit verslag wordt een samenvatting van de lezingen weergegeven en vervolgens worden discussiepunten opgesomd. Deze punten dienen als input voor de organisatie van een volgende bijeenkomst over medische gevolgen van vrouwelijke genitale verminking

*Samenvatting lezing 1, door drs Marnix Koppe, tevens auteur van het boek Garissa I en II, met als titel: 'Het beste voor je kind'.*

Dokter Koppe is voor het eerst in 1973 in Afrika werkzaam geweest, vervolgens heeft hij ruim 25 jaar als gynecoloog in het noorden van Nederland gewerkt. Sinds 1999 werkt hij, als vrijwilliger, jaarlijks een periode in een General Hospital in Garissa, Kenia. Er wonen daar veel Somaliërs, die zijn gevlucht naar het buurland. Er is daar een enorm tekort aan medici, medicijnen en apparatuur. Hij heeft veelvuldig de gevolgen van genitale verminking geprobeerd te herstellen.

Indien mogelijk gaat Marnix Koppe het gesprek aan met de mannen en de vrouwen, wáárom ze vasthouden aan die gewoonte. Hij krijgt door zijn gesprekspartners verschillende redenen aangedragen wat de waarde is van de besnijdenis: met een clitoris ben je onrein. Dat betekent dat je als vrouw geen vlees kan slachten: die zou dan niet gegeten kunnen worden. Zonder besnijdenis verspreidt een vrouw een akelige geur. Het is het ideaalbeeld van de man. Veel wordt genoemd dat dat de enige manier is om het vrouwelijke libido binnen de perken te houden. Iemand zei tegen hem: 'I want her thing to shine like a mirror' (Ik wil dat haar ding glimt als een spiegel)

Wie voert de besnijdenissen uit? Die verantwoordelijkheid ligt bij de traditional birth assistant, de niet-gediplomeerde vroedvrouw. De bevalling doet zij gratis, voor een besnijdenis wordt betaald. Dat betekent dat de besnijdenis voor haar een bron van inkomsten is. Die ingreep vindt plaats in een worsteling met het meisje, waardoor eventuele afspraken die er gemaakt zijn over welke vorm van besnijdenis gewenst is, niet altijd waar gemaakt kunnen worden. De geprefereerde vorm is vaak afhankelijk van de betreffende gemeenschap, maar de uitvoering ligt dus bij de 'vroedvrouw'.

Een onderzoek aldaar wees uit dat er bij 30% van de zwangere vrouwen herinneringen waren aan een complicatie vanwege de besnijdenis. Volgens Koppe is er in de zwaarte van klachten tussen type I en II geen verschil. Door het stugge bindweefsel is er bij bevallingen

wel meer kans op rupturen (uitscheuring). Of lustgevoelens afnemen door besnijdenis acht Koppe niet bewezen. Volgens hem heeft lustgevoel een bredere basis dan een clitorale. Koppe is van mening dat de beste strategie om deze sociale conventie uit te bannen gericht is op het geven informatie, en daarbij altijd te beginnen met de mededeling dat het besnijden van meisjes geen tegemoetkoming is aan welke godsdienst dan ook. In die strategie moet ook rekening gehouden worden met het gegeven dat ze door de 'witte' artsen of mensen van NGO's altijd worden aangesproken over besnijdenis, hetgeen niet als iets positiefs wordt gezien.

*Samenvatting lezing 2, door prof. dr Jean-Jacques Amy (Em): 'vulva-reconstructie na infibulatie en clitorisherstel'*

### ***Voorgeschiedenis***

In Oeganda (Victoriameer) heeft dr. Amy in het verleden veel geïnfibuleerde vrouwen behandeld, voornamelijk Soedaneze vrouwen wonende in het grensgebied. Bij Oegandeze vrouwen heeft hij toen geen besnijdenissen gezien.

Weer werkzaam in België begon GAMS Brussel, een grote organisatie die zich bezig houdt met de bestrijding van vrouwelijke genitale verminking, vrouwen te verwijzen. Zodoende bestaat de patiëntenpopulatie van dr. Amy uit ondermeer 1990 migranten uit Senegal, Mali, Burkina Faso, Guinee en Somalië (minderheid uit Djibouti/Eritrea).

### ***De uitwendige geslachtsorganen van de vrouw***

Volgens dr. Amy is het niet eenvoudig goede afbeeldingen te vinden waarop de structuur van vulva, clitoris en schaamlippen goed zijn afgebeeld vanwege de beperkte dimensie. De grote schaamlippen van de uitwendige geslachtsorganen worden gevormd door een bedekkende huidplooi met vetweefsel. De kleine schaamlippen splitsen zich in de vulva en vormen de plooien, de voorhuid van de clitoris en vormen mede het zichtbare gedeelte van de clitoris. Het onzichtbare deel van clitoris bevindt zich onderaan aan het schaambeek (os pubis) en vormt een knie naar buiten toe. De uiteinde van de clitoris vormt het zichtbare gedeelte. De clitoris is een zwellichaam met zenuwen dat bij prikkeling op gaat zwellen. De clitoris is in prille aanleg in feite de eikel van de mannelijke penis.

Bij een clitoridectomie wordt niet alleen de kap(je) van de clitoris verwijderd, maar wordt ook de structuur van inbedding aangetast. De plooien, de voorhuid (preputium), zijn verwijderd. Het is daarom ondenkbaar dat de oorspronkelijke anatomische verhoudingen weer hersteld kunnen worden.

Het komt evenwel voor, dat blijkt soms bij Somalische vrouwen, dat de schaamlippen zijn besneden, de grote schaamlippen aaneen zijn gehecht, maar dat de clitoris 'daaronder' behouden is gebleven.

### ***Type van chirurgisch handelen***

#### ***De-infibulatie***

Het doel van de de-infibulatie is: ongehinderd seksueel contact, ongehinderd bevallen en de mogelijkheid tot catheteriseren waarborgen. Dit houdt in dat de-infibulatie voorbij de urethra monding dient te gebeuren. Deze chirurgische handeling kan voor, tijdens de zwangerschap in het 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> semester en eventueel tijdens de bevalling plaatsvinden.



In de daarop volgende discussie komen de volgende punten aan de orde:

***Punten van aandacht***

- 1a. - Richtlijnen van en voor gynaecologen inzake de-infibulatie voor een bevalling en wondherstel zijn in ontwikkeling. In hoeverre zijn deze bindend?
- 1b. - Wat gebeurt er als een gynaecoloog de situatie als voor de bevalling, dwz de besneden toestand, herstelt? Signalen worden afgegeven dat er gynaecologen zijn die dat doen, in Nederland. Zijn zij strafbaar? Geldt het medisch tuchtcollege dan?
2. - Is het raadzaam om aan verloskundigen en gynaecologen te adviseren om geïnfibuleerde zwangere vrouwen in het 2<sup>e</sup> of 3<sup>e</sup> semester van hun zwangerschap te openen?
3. – Er is in Nederland geen kliniek of specialist speciaal voor besneden vrouwen met een medisch verzoek of een medische behandeling, zou dat wenselijk zijn?
4. - Kindergynaecologen, urologen en seksuologen meer betrekken bij zowel ‘clitoris-herstel’ als nazorg.
5. – Er is onduidelijkheid over het effect van clitorishersteloperaties. Hoe is daar helderheid over te krijgen en wat adviseren medici nu?

**Een algemene oproep aan iedereen om vragen, misstanden en signalen met betrekking tot medische kwesties als gevolg van vrouwelijke genitale verminking te melden bij het focalpoint meisjesbesnijdenis door te bellen naar telefoonnummer: 030 – 234 98 00 of te mailen naar [focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl](mailto:focalpointmeisjesbesnijdenis@pharos.nl).**

Informatie naar aanleiding van de oproep en bovengestelde punten van aandacht worden gebruikt als input voor vervolgonferenties en trainingen.

Agnes Verhulst  
met dank aan Gerda Nienhuis

## Bijlage 1

[Gynecol Obstet Fertil](#). 2006 Dec;34(12):1137-41. Epub 2006 Nov 29.  
[Links](#)



# [Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases]

[Article in French]


[Foldes P, Louis-Sylvestre C.](#)

Service de chirurgie, centre hospitalier (CH), 20, rue Armagis, 78100 Saint-Germain-en-Laye, France.

OBJECTIVE: Ritual excision is responsible for urologic, gynaecologic and obstetrical complications, whose surgical treatment has been fully described. Sexual sequelae deserve the same attention. We describe and analyze the results of a surgical procedure for clitoral rehabilitation.

PATIENTS AND METHODS: Women requesting this surgery between 1992 and 2005 have been prospectively included in this study. The skin covering the stump was resected and the clitoris identified. The suspensor ligament was sectioned in order to mobilize the stump, the sclerous tissues were removed from the extremity and the neo glans brought to a normal situation. Pre operative pain and clitoral impairment were assessed within five categories. The same was done with anatomical and functional postoperative results at six months.

RESULTS: Four hundred and fifty-three patients have been completely evaluated. Hospitalisation stay was 24 hours and the procedure never lasted more than 30 minutes. Minor early complications were recorded in 58 patients (hematoma, disrapture of the suture, pain). Four patients reported persisting pain at four months. A visible clitoral massif could be restored in



87% of the cases and a real improvement in clitoral function was obtained in 75% of the patients.

**DISCUSSION AND CONCLUSION:** This surgical procedure is easy and reliable. It provides promising cosmetic and functional results with minor complications.