



PUBLICATIE VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 8430

**Reconstructieve heelkunde na excisie van de uitwendige geslachtsorganen of na
vrouwelijke genitale verminking (VGV)**

5 augustus 2009

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

De WGO definieert de vrouwelijke genitale verminking (VGV) als *“all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs whether for cultural, religious or other non-therapeutic reasons”* (WGO, 1997). De vrouwelijke genitale verminkingen zijn een aanslag op de mensenrechten, op de lichamelijke integriteit en de geestelijke en lichamelijke gezondheid van vrouwen. Ze veroorzaken gevolgen op korte termijn (hemorragie, infectie en overlijden) en op lange termijn (chronische pijn, seksualiteitsstoornissen, vaak terugkerende infecties en verwikkelingen bij de bevalling).

Wereldwijd hebben tussen 100 en 140 miljoen vrouwen en meisjes een genitale verminking ondergaan, hoofdzakelijk in 28 Afrikaanse sub-saharische landen en in het Arabische schiereiland (Jemen, Verenigde Arabische Emiraten en Oman). In mindere mate worden vrouwelijke genitale verminkingen eveneens door bepaalde groepen in het Nabije-Oosten (Irak en Israël), in Azië (India, Indonesië, Maleisië en Sri Lanka) alsmede in Latijns-Amerika (Colombia en Peru) toegepast. De WGO schat dat in Afrika 3 miljoen vrouwen en meisjes jaarlijks het risico lopen om een genitale verminking te ondergaan (WGO, 2008). Ongeveer 6,5 miljoen geëxciseerde of geïnfibuleerde vrouwen (5% van het totaal) leven waarschijnlijk in de immigratielanden van West-Europa, Noord-Amerika en Oceanië (Australië en Nieuw-Zeeland).

Er bestaan in België geen recente gegevens over de prevalentie van geëxciseerde vrouwen die op ons grondgebied wonen. Op 1 januari 2002 werd het totale aantal vrouwen, verblijvend in België en die een genitale verminking hebben ondergaan, op 2.745 geschat zonder daarbij rekening te houden met asielaanvragers en illegalen (Leye & Deblonde, 2004). Met de nieuwe migratiegolf uit West-Afrika, hoofdzakelijk uit Guinee waar de prevalentie van de excisie meer dan 90% bedraagt bij de vrouwen van 15 tot 49 jaar, zal dat aantal vandaag de dag waarschijnlijk nog veel hoger liggen (cf. bijgaande kaart 1).

De gezondheidswerkers in België worden geconfronteerd met geëxciseerde vrouwen en jonge meisjes die (in orde van belangrijkheid) voor seksualiteitsstoornissen, urineweginfecties, chronische pijn, problemen bij zwangerschap en bevalling (Leye et al., 2008) op raadpleging komen. Enkele artsen in België beoefenen reeds de heelkunde bij vrouwen lijdend aan de gevolgen van de excisie, met name de-ïnfibulatie, resectie van een dermoïde cyste of de behandeling van een neurooom. In België zijn er maar enkele gevallen van clitorisreconstructie bekend. In Frankrijk heeft Dr. Foldes een clitorisreconstructietechniek uitgewerkt, een techniek waarmee hij 26 jaar geleden begonnen is en die sedert 11 jaar reproduceerbaar is (Foldes, 2004; Foldes, 2006). De techniek berust op het feit dat de clitoris een zeer lang orgaan is (een tiental centimeters) en dat het mogelijk is om de stomp onder het excisielitteken te gaan zoeken (bij de excisie wordt enkel het buitenste gedeelte afgesneden) om die uit te rekken en weer aan de oppervlakte te brengen. De operatie wordt nu in Frankrijk door de sociale zekerheid terugbetaald.

Sommige geëxciseerde vrouwen die lid zijn van verenigingen ter bestrijding van excisie vragen die reconstructieve operatie; anderen hebben zich op eigen kosten in Frankrijk laten opereren. Het Kabinet van de federale minister van Volksgezondheid heeft op 16 juni 2008 het advies gevraagd van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) over **de noodzaak en de relevantie om in België de reconstructie van de clitoris na excisie van de uitwendige geslachtsorganen terug te betalen.**

Om op de vraag te kunnen antwoorden werd er een *ad hoc* werkgroep opgericht, bestaande uit deskundigen in de volgende disciplines: gynaecologie, verloskunde, plastische heelkunde, psychiatrie, seksuologie en volksgezondheid. Het advies berust op de Evidence-Based Medicine methodologie.

2. ADVIES

De Hoge Gezondheidsraad is van mening dat:

- de vrouwelijke genitale verminkingen een probleem zijn dat nog maar bitter weinig bekend is bij de gezondheidswerkers in België en dat de vrouwen die er het slachtoffer van zijn in ons land niet altijd een medische en/of chirurgische behandeling aangeboden krijgen;
- de opvang van een geëxciseerde vrouw zich niet mag beperken tot de heelkundige reconstructie en een pluridisciplinair team (seksuoloog, psycholoog en gynaecoloog) noodzakelijk is om de vrouw vóór en na de operatie te begeleiden. Sommige vrouwen kunnen ervoor opteren om zich niet te laten opereren als andere methoden hun probleem kunnen oplossen (gespreksgroepen, behandelingen bij een seksuoloog, ...);
- de reconstructie van de clitoris voor elke geëxciseerde vrouw die er uit eigen wil en na geïnformeerde toestemming om vraagt toegankelijk moet zijn. Ook al is een van de doelstellingen van de ingreep het herwinnen van de gevoeligheid van de clitoris, toch is het feit om de vrouw haar seksuele integriteit terug te geven als ze erom vraagt om zich "volledig" te voelen en haar lichaamsbeeld te herstellen, voldoende om de ingreep te rechtvaardigen op voorwaarde dat die zonder gevaar voor de vrouw kan worden uitgevoerd.

Op die basis beveelt de Hoge Gezondheidsraad aan:

- om begeleidende maatregelen (raadplegingen voor en na de ingreep door het pluridisciplinaire team) en de eventuele reconstructie van de clitoris door het RIZIV te laten terugbetalen, onder voorbehoud dat de vrouw met de verschillende leden van het team gepraat heeft om haar verwachtingen inzake de ingreep te verduidelijken en haar keuze te bevestigen;
- om pluridisciplinaire teams op te richten om de patiënten op te vangen die een vrouwelijke genitale verminking ondergaan hebben (vroedvrouw, gynaecoloog, uroloog, seksuoloog, psycholoog, anesthesist);
- om een landelijk register van de opvang en de organisatie van een periodieke evaluatie in te voeren. De terugbetaling geschiedt onder voorwaarde van opvang door een pluridisciplinair team en de inschrijving in een landelijk register;
- om de problematiek van de vrouwelijke genitale verminkingen in de opleiding van de betrokken gezondheidswerkers, bijvoorbeeld vroedvrouwen, plastisch chirurgen, gynaecologen, pediaters, urologen, huisartsen, seksuologen, ... op te nemen;
- om een klinische gids over de opvang van vrouwen die een genitale verminking hebben ondergaan, uit te werken en te verspreiden.

3. UITWERKING EN ARGUMENTATIE

Afkortingen

3 D Drie dimensies

VGV Vrouwelijke genitale verminkingen

WGO Wereldgezondheidsorganisatie

Sommige delen van de volgende tekst komen uit twee bestaande teksten, van de hand van leden van de werkgroep¹.

3.1 Methodologie

Om op de vraag te antwoorden werd er een *ad hoc* werkgroep opgericht met daarin deskundigen in de volgende disciplines: gynaecologie, verloskunde, urologie, plastische heelkunde, psychiatrie, seksuologie en volksgezondheid. Het advies berust op de Evidence-based medicine-methodologie.

PIVO-Vraagstelling:

Patiënten	Ingreep	Vergelijking	Outcomes
Vrouwen die een vrouwelijke genitale verminking ondergaan hebben	Reconstructie van de clitoris	Geen operatie en seksuologische en psychologische opvang Of Operatie omwille van verwikkeling (kysten, keloïden) zonder reconstructie van de clitoris	Extern aspect "normaal" (clitorismassief) Afwezigheid van pijn buiten en tijdens geslachtsbetrekkingen Gevoeligheid van de clitoris (plezier of orgasme tijdens de betrekkingen)

De literatuur werd onderzocht in Medline d.m.v. de zoekmotor Pubmed met Mesh termen "besnijdenis, female/rehabilitation" evenals met een combinatie van de volgende sleutelwoorden: "clitoris", "anatomy", "surgery", "female genitale mutilation" "female genitale cutting", "female genitale circumcision", "genital reconstruction", "clitoroplasty". Er was geen beperking qua periode, doch enkel artikels in het Frans en het Engels werden in aanmerking genomen.

De volgende specifieke websites betreffende VGV werden geraadpleegd:

WGO:

http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/en/index.html

Culture Med:

<https://culturedmed.sunyit.edu/index.php/bibliographies-by-cultural-aspect/female-circumcision>

Gynécologie sans frontières

<http://www.gynsf.org/msf.php>

De volgende deskundigen hebben literatuur aangeleverd: Dr. Pierre Foldes, Isabelle Faye (GAMS Frankrijk), Dominique Louboutin (vroedvrouw werkzaam in een eenheid voor reconstructie te Parijs).

Er bestaan maar twee studies waarin de resultaten van de ingreep ter reconstructie van de clitoris gemeten worden:

¹ AMY J.-J. & RICHARD F., 2009 en FOLDES P., 2007.

- De in Egypte uitgevoerde en in 2003 verschenen studie van Thabet (30 gevallen van eenvoudige clitorisreconstructie en 30 gevallen van excisie van een secundaire clitoriskyste ingevolge seksuele verminking gepaard gaand met een reconstructie van de clitoris).
- De in 2006 verschenen studie van Foldes (453 gevallen van clitorisreconstructie bij geëxciseerde vrouwen die een reconstructie van de clitoris hebben ondergaan).

Verschillende teams in Frankrijk en ook enkele in Afrika voeren voor het ogenblik dergelijke ingreep uit. Er werd contact opgenomen met het team van Nantes (Prof Henri-Jean Philippe), het team van Angers (Dr Sébastien Madzou) en dat van Ouagadougou (Dr Charlemagne Ouédraogo) maar buiten de techniek van ingreep zelf heeft geen van die teams resultaten gepubliceerd.

3.2 Uitwerking

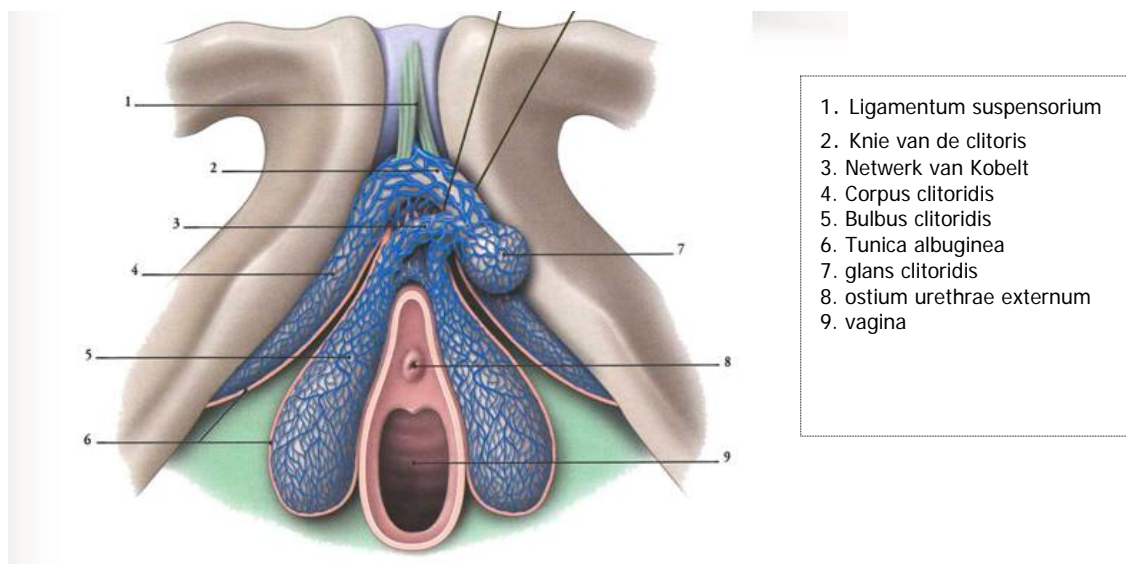
3.2.1. Vrouwelijke genitale verminkingen

3.2.1.1 Anatomie van de clitoris

Tot voor kort hebben zich maar weinig mensen voor de anatomie van de clitoris geïnteresseerd. De anatomische kennis van de menselijke clitoris werd in 1999 in een artikel van het *Journal of Urology* samengevat (Baskin et al.1999). Sindsdien was de enige opmerkelijke bijdrage het werk van Prof. Helen O'Connell waarmee het bestaan van een functionele eenheid tussen urethra, vagina en clitoris aangetoond kon worden en er dankzij een studie via magnetische nucleaire beeldvorming een betere ruimtelijke definitie van de clitoris mogelijk werd (O'Connel et al., 2005).

De clitoris bevat een geheel van erectiele structuren bestaande uit een glans, knieën, zwellichaampjes en bulbi die de vaginaopening omringen.

Figuur 1: Anatomie van de clitoris.



Bron: Kamina, anatomie clinique, tome 4.

De sensitieve innervatie van de clitoris wordt verzorgd door de terminale tak van de nervus pudendus die dorsaal loopt en langs de bovenkant in het orgaan dringt.

De autonome sympathische en parasymphatische innervatie van de clitoris maakt eveneens gebruik van de nervus pudendus alsook van de nervus splanchnicus van het bekken (bekkenzenuwen) en de hypogastrische zenuwen.

Tabel 1: Innervatie van het genitale stelsel.

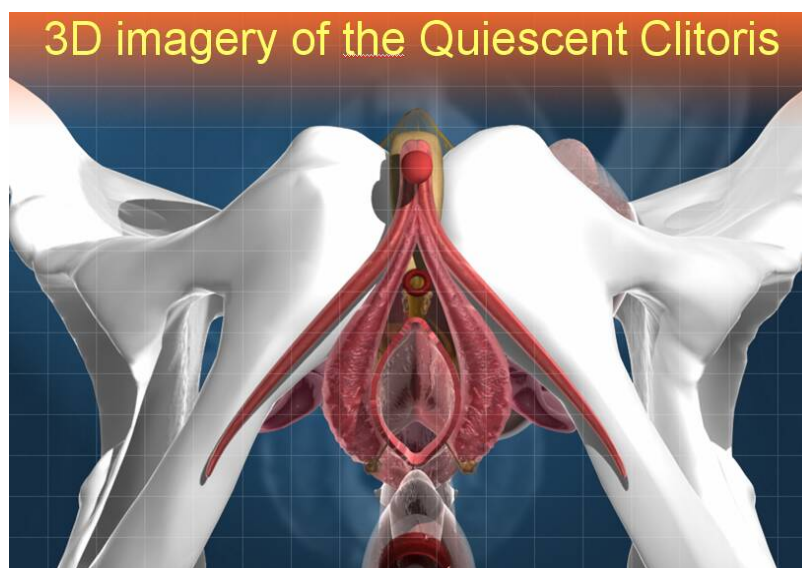
Centra	Wegen	Acties
Sacrale parasymphaticus S2-S3-S4	Pelvische splanchnische zenuwen (erectiezenuwen)	Zenuw van de clitoriserectie Zenuw van de <u>reflexmatige</u> vaginale vochtsafscheiding
Dorsolumbale sympathicus D10<-->L1	Hypogastrische zenuwen <u>OF</u> Prespinale kettingvormige zenuwketens	Zenuw van de <u>psychogene</u> vaginale vochtsafscheiding
Somatisch → Sacraal motorisch S2-S3-S4 → Sacraal sensitief	Nervus pudendus (S2-S3-S4) Nervus pudendus (S2-S3-S4)	Zenuwen die de clonische contracties van de spieren van de perineum mogelijk maken Zenuwen van de gevoeligheid van de clitoris, van de uitwendige geslachtsorganen

Bron: Dr. Brigitte Letombe – Rijsel (2002).

Dr. Foldes in Frankrijk is betrokken bij een anatomisch onderzoekswerk, waarbij van een nieuwe techniek van contactechografie gebruik gemaakt wordt. Met die techniek kan de werkelijke lengte van de zwellichaampjes, hun verhoudingen met de bulbi en hun nabijheid t.o.v. de bovenste vaginawand gemeten worden (Buisson & Foldes, 2007).

Een nieuwe tridimensionele modelvorming van het orgaan, afkomstig van doorsnedeplannen via contactechografie, is uitgewerkt (Buisson et al., 2008).

Figuur 2: Beeld van de clitoris in 3 dimensies.



Bron: Dr. Foldes, originele tekening (2004).

3.2.1.2 Types vrouwelijke seksuele verminkingen

Definitie van de WGO 2007

Type I: "Clitoridectomie": *partial or total removal of the clitoris and/or the prepuce*. Dit type VGV wordt door bepaalde groepen "Sunna" genoemd.

Type II: "Excisie": *partial or total removal of the clitoris and the labia minora, with or without excision of the labia majora*.

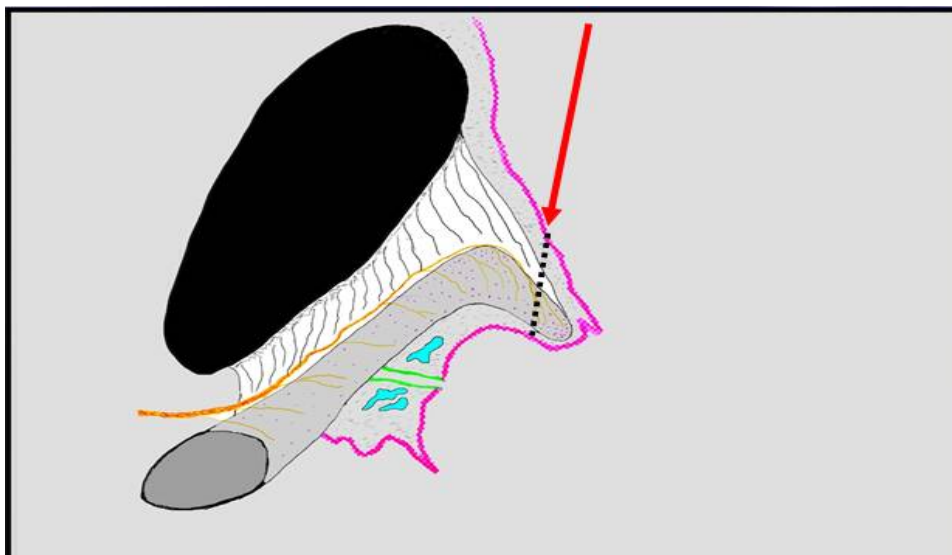
Type III: "Infibulatie": *Narrowing of the vaginal orifice with creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora and/or the labia majora, with or without excision of the clitoris*.

Type IV: Niet gerangschikt: *all other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example: pricking, piercing, incising, scraping and cauterization*.

We onthouden twee types VGV: excisie en infibulatie. De eerste bestaat uit de partiële of totale en, af en toe, asymmetrische amputatie van bepaalde uitwendige geslachtsorganen. De tweede combineert een gelijkaardige ablatie en de occlusie van de vagina-ingang. De infibulatie leidt tot alle complicaties bij geëxciseerde meisjes en vrouwen alsmede een reeks andere problemen terzake, onder andere van obstetrische aard.

In de praktijk zijn vrijwel alle excisies van type II, aangezien daarbij een min of meer groot deel van de glans weggenomen wordt en die als volgt schematisch kunnen worden voorgesteld:

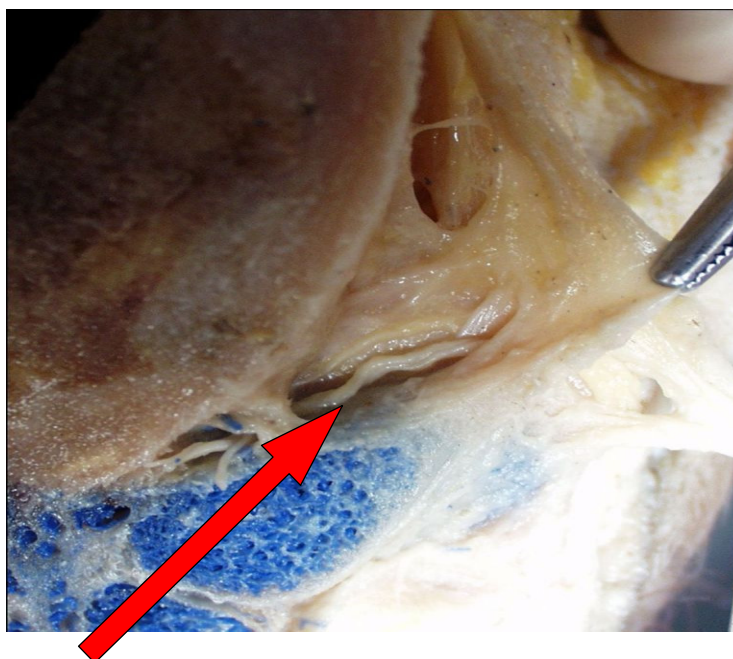
Figuur 3: Excisie van type II.



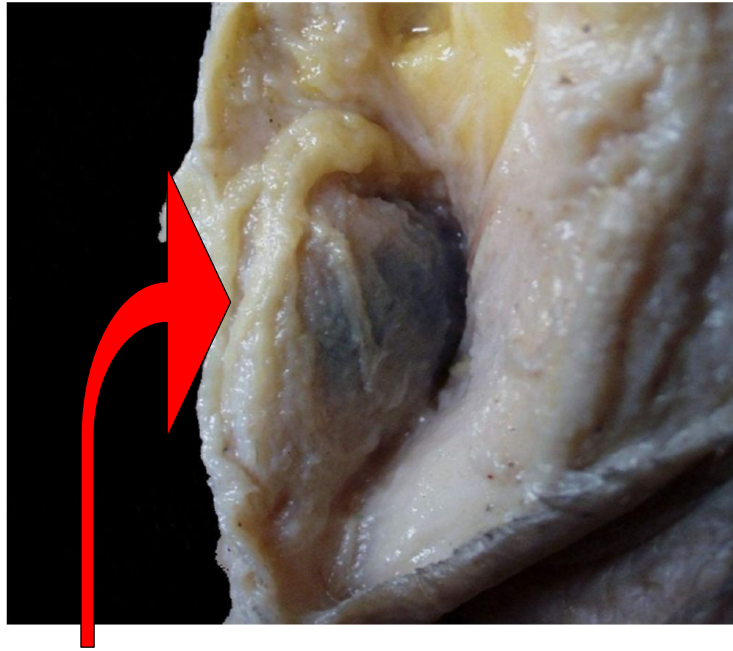
Bron: Dr. Foldes, originele tekening (2007).

Doorgedreven anatomische dissecties hebben een omstandige beschrijving van de exclusieve dorsale penetratie van de terminale takken van de nervus pudendus mogelijk gemaakt.

Figuren 4 en 5: Dorsale zenuw van de clitoris.



Dorsale zenuw van de clitoris gelegen in de basis van het ligamentum suspensorium.



Terminale takken van de dorsale zenuw die uitwaaiierend in de glans dringt.

Bron: Dr. Foldes, origineel (2006).

Dankzij het tangentiële karakter van de clitoriskwetsuur begrijpt men waarom een belangrijk deel van de sensitieve innervatie (van dorsale oorsprong) wordt behouden en een sensorieel herstel na reconstructieve heelkunde van de excisie mogelijk wordt.

3.2.1.3 Prevalentie, distributie

Excisie wordt hoofdzakelijk beoefend in West-Afrika (Benin, Burkina Faso, Kameroen, Centraal-Afrikaanse Republiek, Ivoorkust, Gambia, Ghana, Guinee-Bissau, Guinee Conakry, Liberia, Mali, Mauretania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Togo en Tsjaad), maar ook in Kenia, Oeganda en Tanzania.

Infibulatie wordt in de Hoorn van Afrika beoefend (Djibouti, Eritrea, Ethiopië en Somalië), Egypte, Soedan en het zuiden van het Arabische schiereiland.

In bepaalde landen (Egypte, Mali, Nigeria en Senegal) worden beide praktijken vastgesteld.

De frequentie van de verminkingen varieert sterk volgens het land in kwestie: die bereikt 99% in Somalië, maar ligt in Oeganda lager dan 5%. Hun distributie varieert in functie van de regio en de ethnieën, waarvan sommige die niet beoefenen (Zie kaart in bijlage 1).

Als ze naar het westen geïmmigreerd zijn, kunnen de burgers van de betrokken landen de traditie behouden door op een plaatselijke besnijdster een beroep te doen of door hun dochters naar hun land van herkomst te sturen om daar de ingreep te ondergaan. Het is dus belangrijk dat de gezondheidswerkers en de personen werkzaam in de sector van de prille kindertijd voor dit probleem gesensibiliseerd worden en tot preventieactoren kunnen uitgroeien.

3.2.1.4 Omstandigheden waarin de VGV geschiedt

Op welke leeftijd?

De leeftijd waarop de seksuele verminkingen uitgevoerd worden, varieert volgens de ethnies. Ze worden op pasgeborenen, meisjes, tieners en soms op volwassen vrouwen net vóór het huwelijk uitgevoerd. Ze gebeuren meestal tussen 4 en 12 jaar.

Wie voert de seksuele verminkingen bij vrouwen uit?

In de maatschappijen die de seksuele verminkingen bij vrouwen als een aanvaarde norm beschouwen, worden die gewoonlijk door oude vrouwen, traditionele vroedvrouwen en soms mannen zoals de barbiers in Egypte, uitgevoerd.

In Europa kunnen de vrouwelijke genitale verminkingen in de clandestiniteit door besnijdsters van het land van oorsprong uitgevoerd worden (in Frankrijk werden er een veertigtal processen gevoerd wegens excisies uitgevoerd op het Franse grondgebied) of tijdens een verblijf in het land van het meisje tijdens de schoolvakantie.

Hoe wordt de ingreep uitgevoerd?

De meeste besnijdsters handelen zonder verdoving. Het meisje wordt door verwanten vastgehouden. Men bedient zich van grof materiaal: een mes, een scheermesje, een glasscherf, ... wat voor een infibulatie 15 à 20 minuten kan duren. Men naait de wonden dan levend weer toe met een dik niet-steriel garen of met acaciadoornen (Somalië). Er worden smeerseltjes op de wonde aangebracht om hemorragie te vermijden (as, aarde, eieren, kruiden, ...).

3.2.1.5 Redenen waarom de genitale verminkingen uitgevoerd worden

De gemeenschappen vernoemen verschillende redenen ter rechtvaardiging van de excisiepraktijk; ze verschillen volgens de ethnies:

- psychologisch-seksuele redenen: exereze van de gevoeligste gedeelten van de uitwendige geslachtsorganen, met name de clitoris, om de seksuele verlangens bij de vrouw te verminderen, om kuisheid en maagdelijkheid tot vóór het huwelijk te behouden en als echtgenote trouw te blijven en het seksuele plezier bij de man te verhogen;
- sociale redenen: identificatie met de culturele erfenis, initiatie van meisjes in het vrouwzijn sociale inpassing en behoud van de sociale samenhang;
- hygiëne en esthetische redenen: de ablatie van de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen, die als vuil en lelijk beschouwd worden, wordt verondersteld de hygiëne te bevorderen en de vrouw aantrekkelijker te maken;
- mythen: die praktijken worden verondersteld de vruchtbaarheid en het overleven van het kind te verhogen: "*als de clitoris bij de bevalling het hoofdje van het kind raakt, kan het kind sterven*";
- religieuze redenen: sommige mohammedaanse gemeenschappen beoefenen de VGV omdat hun leden te goeder trouw menen dat die praktijk door de islam vereist wordt. De praktijk van de verminkingen is echter al veel ouder dan de islamitische godsdienst. De koran maakt er geen melding van. De VGV wordt trouwens niet enkel door mohammedanen maar ook door verschillende christelijke (katholieken, protestanten, kopten), animistische en ongelovige gemeenschappen toegepast.

Men zou hieraan kunnen toevoegen dat de verminkingen een niet te verwaarlozen bron van inkomsten alsmede van erkenning door de maatschappij voor de besnijdsters vormen en dat deze laatsten helemaal niet bereid zijn om ermee op te houden.

Men stelt voor het ogenblik een verlaging van de excisieleeftijd vast, een teken dat de VGV steeds minder een initiatieritus vormt bij de overgang naar de volwassen leeftijd maar in werkelijkheid een identiteitsritus is. Men onderwerpt zich eraan om bij de groep te horen, "*omdat*

moeder, omdat grootmoeder, ... geëxciseerd werd; dat is traditie". De sociale druk is enorm. Het jonge meisje of vrouw die niet geëxciseerd is, wordt door haar omgeving als onzuiver beschouwd. Ze worden gemarginaliseerd, mogen niet huwen en zelfs de maaltijden voor hun familie niet bereiden. Aan vrouwen die hun dochters laten verminken, worden de beste bedoelingen toegedicht. Door de traditie te handhaven wensen ze hen tegen schande, sociale uitsluiting en isolement te beschermen.

Wat de aangevoerde redenen ter verdediging van die praktijken ook mogen zijn, toch kan men niet anders dan vaststellen dat ze één van de instrumenten zijn van de onderwerping van de vrouw en haar ondergeschikte sociale positie. De verminking bezegelt de krachtverhoudingen onherroepelijk ten voordele van de man. Die vormt niet alleen een ernstige inbreuk op de lichamelijke en psychologische integriteit van de persoon, maar ook een niet te rechtvaardigen inbreuk op het volkenrecht.

3.2.1.6 Medische en psychologische gevolgen

De onmiddellijke en de lange termijngevolgen van de vrouwelijke seksuele verminkingen voor de gezondheid variëren volgens het type en de ernst van de uitgevoerde ingreep (WGO, 1998; WGO, 2000).

Onmiddellijke verwickelingen

De onmiddellijke verwickelingen zijn de volgende: intense pijn, shock, hemorragie, tetanos of septicemie, urineretentie, verzwering van de geslachtsdelen en letsel van de aanliggende weefsels. De hemorragieën en de infecties kunnen dodelijk zijn.

Onlangs nog heeft men zich zorgen gemaakt over het overdrachtsrisico van het HIV-virus omdat voor vele operaties bij groepexcisies steeds hetzelfde instrument gebruikt wordt, maar die vraag werd nog niet grondig onderzocht.

Lange termijngevolgen

Onder de lange termijngevolgen moet men de cysten en abcessen, de vorming van keloïden, letsels van de ureter die de vorm aannemen van urine-incontinentie, dyspareunie (pijnlijke seksuele betrekkingen) en seksueel disfunctioneren vernoemen.

Infibulatie kan grote littekens veroorzaken, moeilijk urineren en dismenorree, terugkerende infecties van de urinewegen en genitaliën en onvruchtbaarheid.

Doordat infibulatie betrekkingen vaak moeilijk om niet te zeggen onmogelijk maakt, is het soms nodig om het litteken gevormd door de grote schaamlippen te inciseren om de eerste betrekking mogelijk te maken. Een incisie kan ook nodig zijn op het ogenblik van de bevalling. Als die niet tijdig wordt uitgevoerd, is er een toegenomen risico van geblokkeerde arbeid en vesicovaginale of rectovaginale scheurtjes en zelfs fistels. De in 6 Afrikaanse landen uitgevoerde WGO-studie in 2006 wijst op een toegenomen risico bij de bevalling van verwickelingen en mortinataliteit bij vrouwen die een genitale verminking ondergaan hadden (WHO, 2006).

Hoewel hiervoor meer studies nodig zijn, vormt het hoge percentage anale betrekkingen bij geïnfibuleerde vrouwen (omdat vaginale betrekkingen onmogelijk zijn) en de letsels veroorzaakt aan de weefsels wanneer de vulvaire opening te nauw is, eveneens een mogelijk infectiegevaar door HIV.

Psychologische gevolgen

De seksuele verminkingen kunnen levenslang in de herinnering van de vrouwen die ze hebben ondergaan blijven. De psychologische verwickelingen kunnen diep in het onderbewustzijn van het kind verborgen zijn en gedragsstoornissen veroorzaken. Een ander ernstig gevolg dat vermeld werd, is het verlies van vertrouwen t.o.v. zorgverleners. Op lange termijn kunnen vrouwen zich lichamelijk onvolledig voelen, angstig, gedepimeerd en prikkelbaar. Veel jonge meisjes en vrouwen die door de ervaring getraumatiseerd zijn maar hun vrees niet kunnen uiten, lijden in stilte. Een in Senegal bij 23 geëxciseerde en 24 niet-geëxciseerde vrouwen

uitgevoerde studie toonde aan dat 30,4% van de geëxciseerde vrouwen (7/23) aan het Post-Traumatische syndroom met geheugenverlies en 80% aan flashbacks van hun excisie leden (Berendht et Moritz, 2005).

3.2.2. Reconstructieve heelkunde van de clitoris

3.2.2.1 Bestaande heelkundige behandelingen voor de verwikkelingen van excisie en infibulatie

In België beoefenen enkele artsen heelkundige behandelingen om de geëxciseerde en geïnfibuleerde vrouwen te helpen: de-infibulatie van de grote schaamlippen in het geval van type 3 of van de kleine schaamlippen in geval van pseudo-infibulatie, ablatie van dermoïde cysten, heelkundige behandeling van neurinomen. Er werd in 2000 een technische gids uitgewerkt en verspreid in alle Belgische kraamklinieken (Richard et al., 2000) om de opvang bij de bevalling van een geïnfibuleerde vrouw en de de-infibulatietechniek uit te leggen. De de-infibulatie kan worden voorgesteld buiten de zwangerschap (vóór een eerste geslachtsbetrekking, vóór het huwelijk, omwille van mictiestoornissen, enz), in de loop van het tweede trimester van de zwangerschap of bij de uitdrijvingsfase in een bevallingszaal. De heelkundige verzorging van de verwikkelingen wordt in de literatuur vrij goed beschreven en in andere landen bestaan er gidsen voor de gezondheidszorgbeoefenaars (Toubia, 1999; Danish National Board of Health, 2000; Royal College of Nursing, 2006).

3.2.2.2 Reconstructie van de clitoris

Betreffende de heelkunde van de clitoris werden er enkel behoudende technieken van clitorisreductie bij seksuele ambivalentie, de behandeling van hypertrofieën van de clitoris en het transseksualisme voorgesteld (Mussinelli, 2004; Sagehashi, 1993).

Bij een recente studie kon de evolutie van de gevoeligheid van de clitoris na heelkunde van de reductie van de clitoris bij hypertrofie omschreven worden. De gevoeligheid voor vibraties en fijne betastingen werd onderzocht (Frost Amer, 2003).

De door Dr. Foldes ontwikkelde techniek streeft ernaar “een *normale anatomie en een zo mogelijk functioneel normaal bezenuwd orgaan te herstellen*” (Foldes, 2004). De techniek van de dubbele huidlap werd nu 25 jaar geleden voor het eerst op het terrein uitgetest voor de behandeling van de nociceptieve vergroeiingen van de clitorisstomp na excisie. Tijdens missies in Afrika betreffende de problematiek van de vesicovaginale fistels, zijn er vrouwen opgedaagd om een oplossing te vragen voor blijvende en invaliderende pijn in de schaamstreek. Het is de eerste maal dat Dr. Foldes die vastgegroeide stompen onderzocht, die de vulva aan de schaamperiost vastmaakte, waardoor er blijvende pijn bij het stappen veroorzaakt werd en het dragen van nauw ondergoed onmogelijk was. De eerste vooreerst heelkundige pogingen hebben de ontdekking van een clitorisstomp mogelijk gemaakt die men dan vrijmaakte en vervolgens in een normalere positie trachtte te brengen. Daarna kwam men op het idee om naar de pudendale steel te zoeken en bloot te leggen. Na anatomische onderzoeken (anatomisch laboratorium van Saints Pères, Professeur Vincent Delmas) werd de techniek gecodificeerd (Foldes, 2004). De techniek werd sedertdien vereenvoudigd om de reproduceerbaarheid en de verwezenlijking ervan in een precare omgeving met beperkte verdovingsmiddelen en het streven naar kostenverlaging mogelijk te maken (Foldes, 2006). Er werd een eerste reeks van 453 gevallen gepubliceerd (Foldes & Louis Sylvestre, 2006).

Tot op heden werden er in Frankrijk meer dan 3000 vrouwen geopereerd, doen 14 ziekenhuizen aan clitorisreconstructie en wordt de operatie sedert 2004 door de sociale zekerheid terugbetaald.

De opvolging wordt op de volgende manier georganiseerd:

- een voorbereidende raadpleging met een anesthesist en een seksuoloog om de aanvraag te valideren,

- een dag ziekenhuisopname voor de eigenlijke operatie,
- een postoperatieve opvolging na 2 weken, 6 weken en 2 maanden,
- 4 seksuologische raadplegingen,
- een begeleiding gedurende twee jaar.

Figuren 6, 7, 8 en 9: De verschillende fasen van de reconstructieve heelkunde van de clitoris.



Het betreft veeleer de afzondering van het littekenweefsel (vrijmaken van de gezonde en levende lagen van de neo-glans).



Bron: Dr Foldes (2006).

Andere experimenten van clitorisreconstructie na vrouwelijke genitale verminkingen werden in Egypte in de literatuur (Thabet & Thabet, 2003) en in Spanje en Burkina Faso via de media (persartikels) vermeld. In Burkina Faso heeft dr. Madzou, een gynaecoloog-obstetricus van het CHU van Angers (Frankrijk) ter plaatse een team van Burkineze artsen opgeleid, die sedert 2006 opereren. De techniek (nog geen resultaten gepubliceerd) werd op het 10^e congres van de “Société Africaine de Gynécologie Obstétrique” van 14 tot 18 september 2008 in Bamako in Mali voorgesteld (Madzou et al., 2008).

3.2.2.3 Beoordeling van de techniek van clitorisreconstructie

Het beste beoordelingsmiddel in de organische geneeskunde is de gecontroleerde gerandomiseerde proef waarbij een groep de nieuwe behandeling krijgt en de andere groep, de controlegroep, de vroegere behandeling of een placebo krijgt. Bij de beoordeling van de efficiëntie van de clitorisreconstructie waarbij men de psychologische toestand van de vrouw en haar seksuele functie moet evalueren, kan die methodologie moeilijk toegepast worden aangezien het psychisme veel invloed uitoefent op het zelfbeeld en de seksualiteit. In de geestelijke gezondheid kan men de subjectiviteit maar bij eenzelfde individu objectiveren, de vrouwen kunnen hun eigen controle zijn (voor en na de ingreep) (I. Pelc persoonlijke communicatie).

Een overzicht van de literatuur heeft slechts twee studies opgeleverd waarin de resultaten van reconstructie beoordeeld worden, nl. die van Thabet & Thabet (2003) en die van Foldes & Louis-Sylvestre (2006). De resultaten van beide studies worden hieronder beschreven.

Resultaten van de studie van Thabet (Egypte) betreffende 60 gevallen van reconstructie vergeleken met controlegroepen.

Dertig niet-geëxciseerde vrouwen vormen de controlegroep (groep 1), 30 geëxciseerde vrouwen van type I (groep 2), 30 geëxciseerde vrouwen van type II en III (groep 3) en 57 geëxciseerde vrouwen van type I, II of III met kysten te wijten aan de excisie (groep 4) werden in de klinieken voor gezinsplanning en gynaecologie van de school voor geneeskunde Kaasr El Aini ad random geselecteerd. Alle vrouwen waren getrouwd en hadden al kinderen gehad. De socio-economische kenmerken van de groepen waren identiek. Alle vrouwen hebben erin toegestemd om aan de studie deel te nemen en hebben uitleg over de heelkundige ingreep ontvangen.

Bij alle vrouwen van groep 3 werd er een reconstructie van de clitoris en zondig van de kleine schaamlippen uitgevoerd. De vrouwen van groep 4 (met een kyste) werden in twee groepen onderverdeeld: 27 gevallen hebben enkel een excisie van de kyste zonder reconstructie en de 30 anderen een excisie van de kyste mét reconstructie van de clitoris en de kleine schaamlippen ondergaan. De seksualiteit voor en na de ingreep werd beoordeeld via een vragenlijst opgesteld door de auteurs aan de Universiteit van Cairo, school voor geneeskunde Kaasr El Aini (score 100). De resultaten zitten in tabel 2.

Tabel 2: Beoordeling van de seksualiteit voor en na de ingreep in de 4 groepen.

Beoordeling op 100	Controles (30 gevallen)	VGV van type I (30 gevallen)	VGV van type II en III (30 gevallen)	VGV van alle types met een kyste (57 gevallen)	
	Groep 1	Groep 2	Groep 3	Groep 4	
Type ingreep	Geen	geen	Reconstructie van de clitoris en de kleine schaamlippen	Excisie van de kyste (27 gevallen)	Excisie van de kyste + reconstructie van de clitoris en de kleine schaamlippen (30 gevallen)

Vóór de ingreep	82,2±1,5	78,9±1,7	65,6±1,7	76,7±2,1	76,9±2,0
Na de ingreep	Niet van toepassing	Niet van toepassing	80,5±1,7*	63,0±1,1*	79,0±1,1**

* significant

** niet significant

Er komen twee interessante resultaten tot uiting:

- over de beoordeling van de seksualiteit vóór de ingreep: de vrouwen met een kleine kyste te wijten aan de excisie vertonen in hun test over de beoordeling van hun seksualiteit geen verschil met de controlegroep. Volgens de auteurs kan het kystemassief een prikkel bij geslachtsbetrekkingen uitleggen;
- over de invloed van de reconstructieve heelkunde op de seksualiteit: de vrouwen van groep 3 beoordelen hun seksualiteit na de ingreep als beter (de gebruikte vragenlijst bevindt zich op het einde van het artikel van Thabet). Voor de vrouwen met een kyste: bij excisie van de kyste zonder reconstructie van de clitoris is de seksualiteit minder goed dan ervoor omdat ze het (door de kyste veroorzaakte) massief niet meer hebben; bij excisie van de kyste mét reconstructie van een neo-clitoris, is de seksualiteit identiek als ervoor.

Resultaten van de studie van Foldès (Frankrijk) betreffende 453 gevallen van clitorisreconstructie.

Er is één enkele studie over de resultaten van het Franse experiment beschikbaar. Alle patiënten die van 1992 tot 2005 voor een heelkundig herstel van de clitoris op raadpleging gekomen zijn, werden in een prospectieve studie opgenomen. De preoperatieve pijn en de gevolgen voor het seksuele leven van de verminking werden in vijf categorieën beoordeeld. De ingreep bestond er na resectie van de littekenhuid in om de clitorisstomp te identificeren en vervolgens om het ligamentum suspensorium open te snijden en de stomp te bereiken. De sclereuze weefsels van het uiteinde van de stomp werden vervolgens gereseceerd en de nieuwe glans in fysiologische toestand vastgehecht. Het esthetische aspect en de functie van de clitoris in de zesde postoperatieve maand werden in vijf categorieën beoordeeld.

Vierhonderddrieënvijftig patiënten werden volledig beoordeeld met een afstand van minstens zes maanden (de studie vermeldt niet degenen die uit het zicht verloren werden, we weten niet hoeveel patiënten er in totaal tussen 1992 en 2005 geopereerd werden). De hospitalisatie duurt 24 uur en de ingreep minder dan 30 minuten. Onder de vroegtijdige operatieve gevolgen (binnen de 10 dagen na de operatie), werd er opgemerkt: 21 gevallen van hematoom, 32 losgekomen hechtingen en 5 gevallen van blijvende pijn. Sommige patiënten hebben vuil verlies gemeld (49 gevallen) waarvoor lokale verzorging nodig was. Antibiotherapie werd enkel in geval van lichte koorts (31 gevallen) voorgeschreven. Die verwickelingen hebben aanleiding gegeven tot 24 heropnamen in het ziekenhuis en 17 nieuwe heelkundige ingrepen. Er werd geen enkele laattijdige verwikkeling meegedeeld behoudens vier gevallen van gevoelige littekens na 4 maanden. Dit symptoom was na een jaar in alle gevallen verdwenen. De auteurs vermelden dat ze zes maanden na de ingreep de aanwezigheid van een in 87% van de gevallen zichtbaar clitoris massief vastgesteld hebben en dat 75% van die patiënten melding gemaakt zou hebben van een verbetering van de seksuele functie van de clitoris. De beoordeling van de clitorisfunctie op dat ogenblik is gebaseerd op een ondervraging van de patiënte en niet op een meting van het orgasme met huidige technieken zoals verder in de tweede thans lopende studie wordt voorgesteld.

De evaluatie van de impact van de reconstructieve heelkunde op de seksuele functie van de clitoris wordt bemoeilijkt door het gebrek aan gegevens over wat er normaal is; dat is nog erger door het feit dat de meerderheid van de vrouwen zeer jong geëxciseerd werden alvorens ze geslachtsbetrekkingen hadden en ze dus geen besef hebben wat er met een intacte clitoris gevoeld kan worden. De andere moeilijkheid is de terughoudendheid van de patiënten t.o.v. een

complexe en langdurige opvolging. Zo kan het gebruik van huidige technieken (NMR, thermische en vibratoire sondes) maar op patiënten-vrijwilligers geschieden.

In Frankrijk loopt er sedert 2007 een **tweede** prospectieve **studie** (minimale inclusie van 200 vrouwen)

Doelstellingen van de studie:

Prospectieve beoordeling van de klinische voordelen van de enige bestaande techniek van de herstelheekunde na rituele excisie, i.e. de techniek van de dubbele huidlap op:

- de plaatselijke chronische pijn, te wijten aan de clitorisexcisie;
- de perifere en centrale neurofysiologie van de clitoris;
- de seksuele functie.

Studieplan:

Het gaat om een prospectieve observationele niet vergelijkende studie. Alle patiënten worden door dezelfde chirurg (PF) volgens de techniek van de dubbele huidlap geopereerd. De patiënten worden pre-operatief en vervolgens na 6 en 12 maanden na de ingreep beoordeeld. De voorziene duur van de studie bedraagt 30 maanden.

Beoordelingscriteria:

- Hoofdcriterium: evolutie van de lokale pijn.
- Secundaire criteria: verandering van de perifere en centrale neurofysiologie van de clitoris;
wijziging van de seksuele functie.

Selectie van de patiënten:

Inclusiecriteria:

- Meerderjarige vrouwen met een clitorisletsel volgend op een excisie ongeacht of die met of zonder infibulatie geschied is en die vragen om heelkundig herstel.
- Meerderjarige vrouwen met een matige of hogere pijnintensiteit (aangegeven met hoger of gelijk aan 40 mm op een visuele analoge schaal van 100 mm¹), chronische pijn (van een duur van meer dan 3 maanden) en toegeschreven aan het clitorisletsel.
- Vrouwen die instemmen om een geïnformeerde toestemming te ondertekenen die goedgekeurd zal worden alsmede het studieprotokol van het "Comité de Protection des Personnes Paris Ile de France VII" (Hôpital Ambroise Paré, te Boulogne).

Exclusiecriteria:

- Vrouwen die een pijnlijk geassocieerd syndroom vertonen (bv. fibromyalgie) of pijn van andere oorsprong (bv. lombalgie).
- Vrouwen die lijden aan ernstige depressie of toxicomanie.
- Vrouwen waarvan de medische, lichamelijke, psychologische of sociale conditie het begrijpen van de vragenlijsten bemoeilijkt en/of een opvolging na 12 maanden onwaarschijnlijk maakt.
- Zwangerschap.

¹ Deze methode wordt het meest gebruikt en is het meest betrouwbaar. Die verschijnt in de vorm van een rechte lijn van 100 mm. Op een van de uiteinden wordt opgegeven: afwezigheid van pijn en op de andere: pijn ondraaglijk. De patiënt plaatst een merkteken tussen die beide uiteinden in functie van de intensiteit van de pijn op een bepaald ogenblik. In de praktijk gaat het om een plastieken liniaaltje met op een zijde een schuifknop die de patiënt kan bewegen en op de andere zijde graadaanwijzingen in millimeters die door de zorgverlener gelezen kunnen worden. Het werd in 1974 door Huskisson ter quotering van de pijn uitgewerkt.

Beoordeling

1. Lokale pijn

De pijn zal vóór de ingreep, na 6 en na 12 maanden beoordeeld worden.

De pijn zal worden bepaald en beoordeeld met de hulp van schalen (bv. visuele analoge schaal van 100mm) en eenvoudige vragenlijsten (bv. diagnostische vragenlijst neuropathische pijn 4 vragen, NP4 (26), bijlage 2) door de intensiteit, duur, frequentie, kenmerken, geassocieerde symptomen, de omstandigheden van uitbreken ervan en de vorige behandelingen (bv. analgetica) na te gaan.

2. Neurofysiologisch onderzoek van de clitoris

Het neurofysiologisch onderzoek wordt vóór de ingreep, na 6 en na 12 maanden uitgevoerd.

Details van het onderzoek:

- De biothesiometrie van de clitoris omvat het meten van de thermische en vibratoire gevoeligheid met behulp van Thermal/Vibratory Sensory Analyzer System® (Vardi et al., 2000; Gruenwald et al., 2001; Gruenwald et al., 2007). Hier worden dus de drempels van thermische en vibratoire gevoeligheid gemeten.
- somatosensoriële geëvoceerde corticale potentialen van de dorsale zenuw van de clitoris worden gemeten met behulp van huidstimulatie-elektroden geplaatst aan de ene en andere zijde van de clitoris of clitorisstomp en de verzameling van corticale responsen met elektroden geplaatst op de scalp. De latenties van de geëvoceerde corticale potentialen worden gemeten.

Stimulatieparameters: 0,1 ms, frequentie 4,1 Hz, filters 5-5.000 Hz, waarbij de amplitude met driemaal de sensibiliteitsdrempel overeenstemt. De corticale responsen worden met op de scalp geplaatste elektroden (Cpz en Fpz¹) gemeten (Yang, 2004).

3. Psychologische toestand en seksuele functie

De algemene psychologische toestand en de seksuele functie worden beoordeeld vóór de ingreep, na 6 maanden en na 12 maanden.

De iCGI-vragenlijst (improved Clinical Global Impression scale) wordt voorgelegd om de algemene psychologische toestand van de patiënten te beoordelen (Guy, 1976; Kadouri et al., 2007).

De seksuele functie wordt beoordeeld met behulp van gevalideerde vragenlijsten, de FSFI (Female Sexual Function Index) (Rosen et al., 2000) en de ASEX (Arizona sexual experience scale), die de ernst van het seksueel disfunctioneren beoordelen (McGahuey et al., 2000; Lukacs, 2005)). Er werden gevalideerde Franse vertalingen van beide vragenlijsten tot stand gebracht (bijlage 3). Er moet opgemerkt worden dat een onderzoek van de Medline database in juni 2007 toegelaten heeft 76 studies terug te vinden waarbij de FSFI-vragenlijst gebruikt werd.

In de initiële vragenlijst en onderzoek worden demografische gegevens verzameld, zoals de burgerlijke staat, hoe lang de verminking al geleden is, hoe lang de pijn voortduurt, het type verminking, vroegere zwangerschappen en de kenmerken van de menstruatiecyclus.

Statistische methodologie

Benevens de beoordelingscriteria worden er demografische gegevens (leeftijd, ethnische oorsprong), gegevens betreffende de verminking (type, hoe lang geleden), gynaeco-obstetrische (kenmerken van de menstruatiecyclus, vroegere zwangerschappen) en heelkundige gegevens (techniek, eventuele verwickelingen) verkregen. De spontane ongewenste gebeurtenissen die

¹ Positie van maximale captatie op de hoofdhuid

tijdens de studie vermeld worden, worden geregistreerd en bij deze gelegenheid wordt de tolerantie t.o.v. de ingreep gedocumenteerd (bv. goed, middelmatig, slecht). Alle verzamelde gegevens worden onderzocht en beschreven. Een univariate en vervolgens multivariate analyse van de predictieve factoren van de verbetering van de pijn en de seksuele functie zal worden uitgevoerd.

Tijdschema van de studie

	Selectie	Ingreep	1ste opvolgvisite	2de opvolgvisite
VISITE	V1	V2	V3	V4
WEEK	- 4	0	26	52
Ondertekening van de geïnformeerde toestemming	X			
Demografische gegevens en geneeskundige voorgeschiedenis	X			
Klinisch onderzoek	X		X	X
Indusie-/exdusiecriteria	X			
Neurofysiologisch onderzoek	X		X	X
Beoordeling van de pijn	X		X	X
Beoordeling van de levenskwaliteit en de seksualiteit	X		X	X
De volgende visite /de volgende telefonische oproep programmeren	X	X	X	

3.2.2.4 Voorwaarden voor terugbetaling van de clitorisreconstructie

Voor het ogenblik worden de heelkundige behandelingen voor verwickelingen van excisie en infibulatie (de-infibulatie, resectie van een dermoïde cyste) door het RIZIV terugbetaald met de nomenclatuur voor plastische operaties van de vulva.

Er bestaat voor het ogenblik in België geen nomenclatuur voor clitorisreconstructie. In Frankrijk werd de terugbetaling ten bedrage van 600€ buiten ziekenhuisopnamekosten goedgekeurd. De raadplegingen van het pluridisciplinaire team vóór en na de ingreep moeten ook terugbetaald worden.

Voorwaarden voor clitorisreconstructie en terugbetaling door het RIZIV:

- de verschillende raadplegingen voorgesteld door het pluridisciplinaire team gevolgd hebben;
- een geïnformeerde toestemming gegeven hebben;
- 18 jaar of ouder zijn.

In afwachting van de terugbetaling door het RIZIV moeten de vrouwen die zich in Frankrijk wensen te laten opereren een aanvraag indienen bij de raadgevende arts van het ziekenfonds waarbij ze aangesloten zijn. Die aanvraag wordt bij de "Technische Geneeskundige Raad" ingediend.

3.2.2.5 Begeleidende maatregelen

De opvang van een geëxciseerde vrouw kan niet tot clitorisreconstructie beperkt blijven. Het is belangrijk dat de vrouw die de stap doet om op raadpleging te gaan, haar verwachtingen kan uitdrukken en dat de geraadpleegde arts haar op objectieve wijze de resultaten die ze van de operatie mag verwachten kan meedelen. Een bespreking met de verschillende leden van het pluridisciplinaire team maakt het mogelijk om de vraag beter te omschrijven. In het “Trousseau”-ziekenhuis te Parijs geraken maar 30% van de vrouwen tot het einde van het traject (die zich dus laten opereren) (Conseil de l’Ordre National des Sages-Femmes, 2008). Het is belangrijk dat die pluridisciplinaire opvolging eveneens terugbetaald wordt.

Kadertekst 1: Voorbeeld van de pluridisciplinaire opvolging van het “Rothschild”-ziekenhuis te Parijs.

De eenheid voor heelkundige opvang is sedert september 2005 geopend.

Het pluridisciplinaire team omvat:

- Vroedvrouw (informatie uitleg)
- Psycholoog, ethnisch psychotherapeut (beoordeling van het traumatisme)
- Seksuoloog (beoordeling van de seksuele verwachtingen)
- Verpleegkundige van de antipijncl (postoperatieve pijnzorg)
- Chirurg, anesthesist (heelkundige verzorging)

Het eerste contact wordt gelegd door de vroedvrouw die informeert en algemene uitleg over de ingreep geeft. Vervolgens zal de vrouw met de andere teamleden systematisch overleg plegen. Er wordt een maandelijks stafvergadering georganiseerd om inlichtingen over de patiënten uit te wisselen, om de begeleiding zonodig bij te sturen en de datum van de ingreep vast te leggen. Het is de plaats om na te denken over deze praktijken en die te beoordelen.

Ingreep:

- ▶ Ziekenhuisopname: 24 uur
- ▶ Ondersteuning door het team
- ▶ Ingreep onder algemene anesthesie
- ▶ Lokale zorg, analgetica

Postoperatieve opvolging door:

- ▶ Heelkundig: J15, M1, M3, M6...
- ▶ Psycholoog, ethnische psychotherapeut: onmiddellijk na de operatie en op verzoek
- ▶ Seksuoloog: M6 en op verzoek

Bronnen: Gynécologie sans Frontières et GAMS France.

4. AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK

De problematiek is weinig bekend en er moet nog veel onderzoek uitgevoerd worden in België inzake de VGV om eerst de betrokken bevolkingsgroep beter te leren kennen (aantal geëxciseerde vrouwen op het grondgebied, impact van de VGV op hun lichamelijke en geestelijke gezondheid) en om de resultaten van de reconstructieve heelkunde te beoordelen.

De HGR beveelt aan dat:

- er onderzoeken uitgevoerd worden om de prevalentie van geëxciseerde vrouwen op het Belgisch grondgebied te beoordelen zoals dat in Frankrijk (Andro & Lesclingand 2007), of in Groot-Brittannië gebeurd is (Dorkenoo et al. 2008);
- er onderzoeken uitgevoerd worden over de invloed van de VGV op de seksualiteit, de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de in België verblijvende geëxciseerde vrouwen om hun behoeften beter te beoordelen en de nodige structuren voor hun opvang op te zetten;
- er prospectieve studies uitgevoerd worden samen met het begin van de klinische activiteiten om over verschillende jaren het resultaat van de reconstructieve ingrepen te beoordelen (anatomisch aspect, pijn, functie van de clitoris, seksualiteit, psychologische toestand);
- een wetenschappelijk symposium zou worden georganiseerd om deze problematiek in multidisciplinair verband verder te behandelen.

5. REFERENTIES

- Amy JJ, Richard F. Les mutilations génitales féminines. Guide des Consultations Périnatales ONE-GGOLFB 2009:Chap. 48, sous presse.
- Andro A, Lesclingand M. Les mutilations sexuelles féminines: le point sur la situation en Afrique et en France. *Popul Soc* 2007; 438.
- Baskin LS, Erol A, Li YW, Liu WH, Kurzrock E, Cunha GR. Anatomical studies of the human clitoris. *J Urol* 1999; 162(3 Pt 2):1015-20.
- Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry* 2005; 162(5):1000-2.
- Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schlupe H, Lanteri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain*. 2005;114(1-2):29-36
- CNOSF - 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.
- Danisch National Board of Health. Prevention of female circumcision. *Albertslund Sundhedsstyrelsen*, 2000.
- Dorkenoo E, Morisson L, Macfarlane A. A statistical study to estimate the prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales. *Forward UK* 2007.
- Foldes P. (Reconstructive plastic surgery of the clitoris after sexual mutilation). *Prog Urol* 2004; 14(1):47-50.
- Foldes P. Surgical techniques: reconstructive surgery of the clitoris after ritual excision. *J Sex Med* 2006; 3(6):1091-4.
- Foldes P, Buisson O. (Clitoris and G spot: an intimate affair). *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35(1):3-5.
- Foldes P, Louis-Sylvestre C. (Results of surgical clitoral repair after ritual excision: 453 cases). *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(12):1137-41.
- Foldes P (2007) Evaluation prospective d'une technique de chirurgie réparatrice de l'excision rituelle. Dossier de demande de subvention du fonds de recherche de l'AFU.
- Frost-Arner L, Aberg M, Jacobsson S. Clitoral sensitivity after surgical correction in women with adrenogenital syndrome: a long term follow-up. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2003; 37(6):356-9.
- Gruenwald I, Lowenstein L, Gartman I, Vardi Y. Physiological changes in female genital sensation during sexual stimulation. *J Sex Med* 2007; 4(2):390-4.

- Gruenwald I, Miller A, Gertman I, Vardi Y. Evaluation of genital sensation and associated sexual dysfunction in females with multiple sclerosis and spinal cord involvement. *Int J Impot Res* 2001; 13(S30).
- Guy W. Clinical global Impression. Rockville, MD.: ECDEU - Assessment Manual for Psychopharmacology, revised National Institute of Mental Health - Rockville, MD; 1976.
- Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry* 2007; 7:7.
- ICRH - International Centre for Reproductive Health,. Belgian legislation regarding female genital mutilation and the implementation of law in Belgium, Ghent 2004.
- Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(2):182-90.
- Lukacs B. Proposition d'un modèle de représentation de la sexualité de l'homme. Comparaisons des questionnaires de sexualité. *Prog Urol* 2005; 15(1):185-91.
- Mager F, Noriega Tontor C. Les mutilations 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 Sainte-Julienne; 2003.
- McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(1):25-40.
- Mussinelli F, Caru A, Cipollini TL. Trends in conservative clitoroplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1986; 20(1):147-52.
- O'Connell HE, Sanjeevan KV, Hutson JM. Anatomy of the clitoris. *J Urol* 2005; 174(4 Pt 1):1189-95.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé. Eliminer les mutilations sexuelles féminines. Déclaration inter-institutions HCDR, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM. Genève 2008.
- OMS - Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF - Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, UNFPA - Fonds des Nations unies pour la Population, Les mutilations sexuelles féminines, déclaration commune. Genève: 1997.
- RCN - Royal College of Nursing. Female Genital Mutilation: an RCN educational resource for nursing and midwifery staff London: 2006.
- Richard F, Daniel D, Copaert E, Amy JJ. Mutilations génitales féminines: Conduite à tenir à l'accouchement. Ministère Fédérale de la Santé Publique 2000.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
- Sagehashi N. Clitoroplasty for clitoromegaly due to adrenogenital syndrome without loss of sensitivity. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91(5):950-5; discussion 6.

- Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. J Obstet Gynaecol Res 2003; 29(1):12-9.
- Toubia N. Caring for Women with Circumcision. Rainbo ed. New york, 1999.
- Vardi Y, Gruenwald I, Sprecher E, Gertman I, Yartnitsky D. Normative values for female genital sensation. Urology 2000; 56(6):1035-40.
- WHO - World Health Organization. Female genital mutilation: an overview. Geneva: 1998.
- WHO - World Health Organization. A systematic rev of the health complication of female genital mutilation including sequelae in childbirth World Health Organization. Geneva: 2000.
- WHO - World Health Organization. Female Genital Mutilation - New knowlegde spurs optimism. Progress in Sexual and Reproductive Health Research 2006; 72.
- 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(9525):1835-41.
- Yang CC, Kromm BG. New techniques in female pudental somatosensory evoked potential testing. Somatosens Mot Res 2004; 21(1):9-14.

6. BIJLAGE

Bijlage 1: Kaart met de distributie en de prevalentie van de landen die excisie toepassen.

7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

Al de deskundigen hebben **op persoonlijke titel** aan de werkgroep deelgenomen. De namen van de leden en de deskundigen van de HGR worden met een asterisk * aangeduid.

De volgende deskundigen hebben hun medewerking verleend bij het opstellen van het advies:

AMY Jean-Jacques	(Gynaecologie) AZ VUB
CAILLET Martin	(Gynaecologie) Sint-Pieter Hospitaal , ULB
DE MEY Albert	(Plastische Heelkunde) BrugmannHospitaal
DE SUTTER Petra*	(Gynaecologie), UGent
JACQUERYE Agnès	(Seksuologie) Openbare Gezondheisschool, ULB
KOLETSIS Catarina	(Seksuologie), Osiris Centrum, Eigenbrakel
PELC Isidore*	(Psychiatrie, verslaving) ULB
RICHARD Fabienne	(Volksgezondheid, verloskunde) IMT Antwerpen

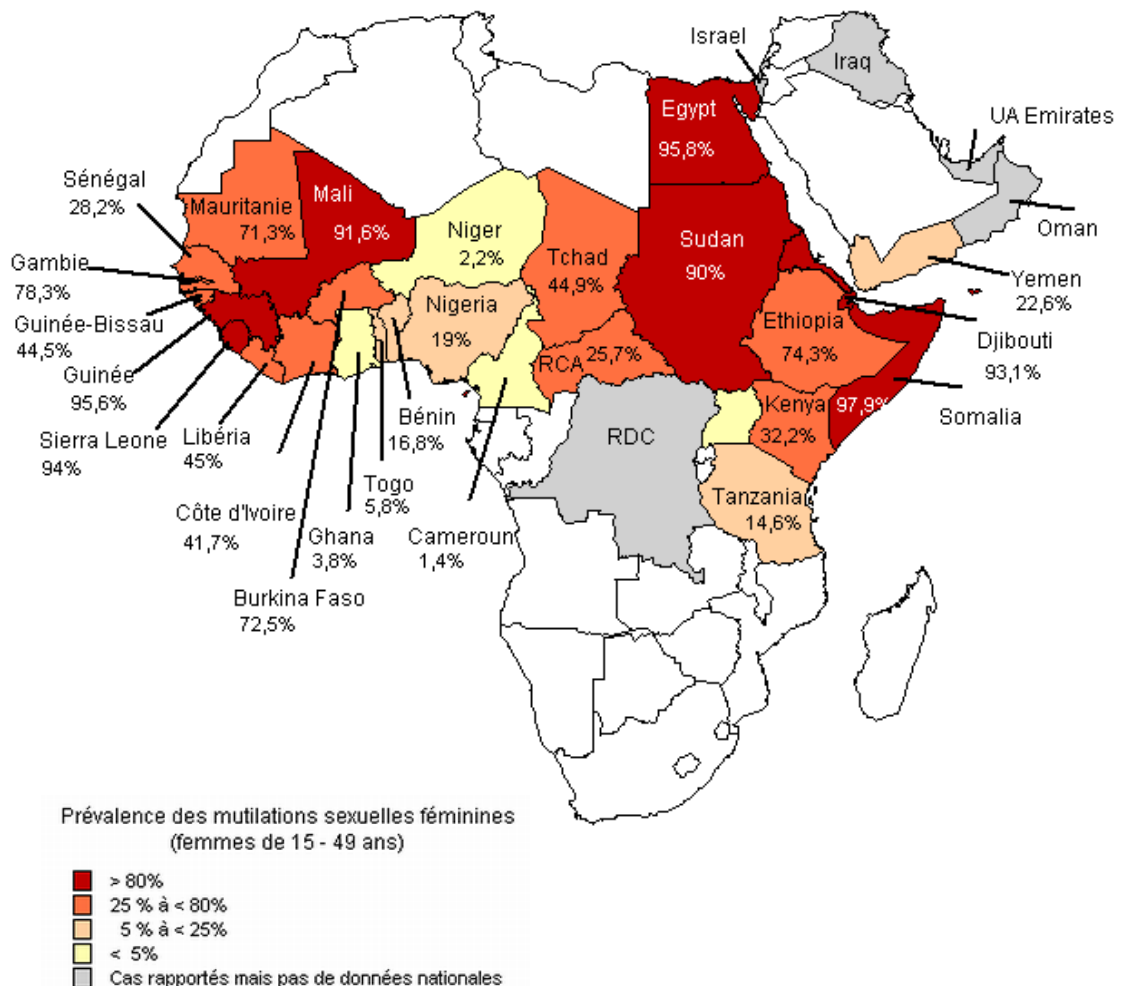
De volgende personen werden gehoord:

FOLDES Pierre	Urologie, Kliniek LouisXIV, St-Germain-en-Laye, uitgenodigde Franse expert
---------------	--

Het voorzitterschap werd verzekerd door Petra DE SUTTER en het wetenschappelijk secretariaat door Anne-Madeleine PIRONNET.

8. ANNEXE(S)

Bijlage 1: Kaart met de distributie en de prevalentie van de landen die excisie toepassen.



Source des données : Eliminating Female Genital Mutilation
An interagency statement
OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO,
UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO
WHO 2008

© GAMS - Belgique 2008