

Kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering

Kari Flo - Akershus Universitetssykehus kari.flo@ahus.no

Sølvi Taraldsen - Oslo Universitetssykehus

Siri Vangen^[1] - Oslo Universitetssykehus

Risa Hoffmann^[1] - St. Olavs Hospital. NTNU

Cecilie Hagemann - St.Olavs Hospital. NTNU

Linda Bjørk Helgadottir - Oslo Universitetssykehus

Heidi Frances Thornhill - Haukeland Universitetssjukehus

Henriette Skaug - Oslo Universitetssykehus

Anbefalinger

- Vi anbefaler at gravide kvinner fra land som praktiserer omskjæring spørres om de er omskåret, og status noteres på helsekort (IV)
- Vi anbefaler at kvinner, både gravide og ikke-gravide som er omskåret undersøkes og/eller henvises for å avklare om det er behov for kirurgisk behandling (III)
- Vi foreslår at omskårne kvinner, spesielt hvis de er infibulert, henvises til sykehus/senter med spesiell kompetanse innenfor vurdering og behandling av omskårne kvinner (IV)
- Vi anbefaler at deinfibulering gjøres og at tidspunkt bestemmes i samråd med kvinnen. Deinfibulering kan gjøres før graviditet, i svangerskapet eller under fødsel (II)
- Vi anbefaler at episiotomi anlegges ved behov i tillegg til deinfibulering, men episiotomi skal ikke erstatte deinfibulering (III)
- Vi anbefaler at alle omskårne kvinner samtales med og informeres om norsk lov i løpet av svangerskap/ barseltid (IV)
- Vi foreslår at kvinnens egen holdning til omskjæring avklares (IV)

Søkestrategi

Pub-med, Royal College of Obstetricians & Gynecologists, Cochrane database, Up to Date, The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG), Svensk forening for obstetric og gynekologi (SFOG), Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi(DSOG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), McMaster pyramidesøk.

På grunn av fenomenets sensitive natur er det vanskelig å studere medisinske komplikasjoner etter omskjæring. De fleste studiene er deskriptive case-studier eller beskrivelser av utvalgte pasientgrupper. Informasjon om forekomst av ulike komplikasjoner er mangelfull og det er

sannsynligvis store mørketall. Det er også fare for seleksjonsbias og konfundering fra sosioøkonomiske og andre faktorer. Langt tidsintervall mellom inngrepet og utvikling av komplikasjoner gjør det også vanskelig å avgjøre årsak/virkningsforhold. Allikevel tyder dokumentasjon på en sammenheng mellom omskjæringens omfang og risiko for fødselskomplikasjoner.

Søkeord for app-versjon: kvinnelig omskjæring, kjønnslemlestelse, deinfibulering, infibulering

Definisjon¹

Kvinnelig omskjæring eller kjønnslemlestelse er en fellesbetegnelse på ulike typer og grader av inngrep hvor ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller påføres annen varig skade og som foretas av andre enn rent medisinske årsaker.

Type I: Delvis fjerning av klitoris

Type II: Delvis fjerning av klitoris og helt eller delvis fjerning av labiae minora, med eller uten excisjon av labiae majora

Type III: Innsnevring av vaginalåpningen med dannelse av et dekkende seil ved at labiae minora og/eller labiae majora excideres og gror sammen, med eller uten klitoridektomi (infibulering).

Type IV: Alle andre former, inklusive prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris og/eller labiae, kauterisering av klitoris og omgivende vev, og innføring av etsende stoffer i vagina for å minske lumen

Epidemiologi

Globalt

FN anslår at mer enn 200 millioner kvinner er omskåret¹. Prevalensen går ned i alle land man har tall fra, men antallet øker pga befolkningsvekst. Skikken praktiseres blant muslimer, kristne og andre trossamfunn. Skikken er ikke fundert i religion, men i tradisjon. Den er dokumentert i 30 land, først og fremst i Afrika, men også i Midt- Østen og Asia. Infibulering er mest utbredt i den nord-østlige delen av Afrika: Djibouti, Eritrea, Etiopia, Somalia og Sudan. På verdensbasis utgjør type III ca.10 %.

Nasjonalt

Det er beregnet at det i 2013 bodde 17300 omskårede kvinner i Norge. Av disse var 50 % fra Somalia². En gjennomgang fra 7 norske sentra viste at 75,5 % av de omskårede pasientene kom fra Somalia, mens 9,1 % kom fra Eritrea.³ Det er ikke rapportert at omskjæring har foregått i Norge, men det er kjent at det i enkelte tilfeller har vært utført på feriereise til hjemlandet.

Lovverk⁴

Forbud mot kjønnslemlestelse er tatt inn i straffelovens kapittel om voldslovbrudd og er ikke lenger en separat lov. Strafferammene er økt. Lovbestemmelsene er slik:

§ 284. Kjønnsslemlestelse

Med fengsel inntil 6 år straffes den som utfører et inngrep i en kvinnes kjønnsorgan som skader kjønnsorganet eller påfører det varige forandringer. Rekonstruksjon av kjønnsslemlestelse straffes på samme måte. Samtykke fritar ikke for straff.

Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes yrkesutøvere og ansatte i barnehager, barnevernet, sosialtjenesten, helse- og omsorgstjenesten, skoler, skolefritidsordninger og trossamfunn, som ved anmeldelse eller på annen måte unnlater å søke å avverge en kjønnsslemlestelse. Tilsvarende gjelder for forstandere og religiøse ledere i trossamfunn. Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt. Unnlattelsen er ikke straffbar hvis kjønnsslemlestelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk.

§ 285. Grov kjønnsslemlestelse

Grov kjønnsslemlestelse straffes med fengsel inntil 15 år. Ved avgjørelsen av om kjønnsslemlestelsen er grov skal det særlig legges vekt på om inngrepet har hatt til følge

- a) sykdom eller arbeidsudyktighet av noen varighet, jf. § 274
- b) en uhelbredelig lyte, feil eller skade, eller
- c) død eller betydelig skade på kropp eller helse

Når det gjelder anmeldelse av allerede utført kjønnsslemlestelse, kan helsepersonell bare anmelde eller gi opplysninger til politiet etter samtykke.

Diagnostikk

Omskjæring diagnostiseres anamnestisk (spør om kvinnen er lukket) og ved inspeksjon av genitalia eksterna.

Differensialdiagnoser

- Genitale utviklingsavvik
- Labia-adhesjoner/ labiale synekier (sammenvokste labiae minora (ikke uvanlig hos jentebarn))

Risikofaktorer for omskjæring

- Kvinnens opprinnelsesland
- Søstre er omskåret
- Feriereiser til hjemlandet

Behandling/oppfølging

Gynekologisk undersøkelse krever spesiell varsomhet. Vaginal undersøkelse bør kun gjøres på indikasjon, oftest er inspeksjon tilstrekkelig. Fortell kvinnen hva du gjør. Bruk tolk ved behov. Bruk ord kvinnen forstår, og ikke stigmatiser. Speil eller fotokolposkop med ekstra skjerm er nyttige hjelpemidler når anatomien skal forklares. Mange er ukjent med naturlig anatomi i vulva og forandringer etter omskjæringen. Bruk gjerne skisser eller tegninger når du forklarer (se vedlagte figurer). Informer om mulig sammenheng mellom aktuelle plager og omskjæringen. Henvisning til psykoterapeutisk behandling kan vurderes.

Kirurgisk behandling

Det er i hovedsak tre typer kirurgisk behandling:

- Deinfibulering (åpning av infibulering ved type III)
- Cystekirurgi (aktuelt ved alle typer omskjæring)
- Rekonstruktiv kirurgi (klitorisrekonstruksjon, tilbys foreløpig ikke i Norge).

Deinfibulering

Indikasjoner

- Kvinnens eget ønske
- Sår dannelse under infibuleringsseilet
- Urinretensjon/forlenget vannlatningstid/residiverende urinveisinfeksjoner
- Retinert menstruasjon
- Vanskelig/umulig samleie
- Smerter
- Fødsel

Tidspunkt for deinfibulering

- Kvinnens preferanser tillegges vekt.
- Det er ikke holdepunkter for at deinfibulering før graviditet eller i svangerskapet reduserer fødselskomplikasjoner.
- Åpning før graviditet anbefales av mange grunner, men bør ikke anbefales for å forebygge fødselskomplikasjoner.
- Gravide bør anbefales åpning under fødsel. Både kvalitative og kvantitative data indikerer at mange kvinner ønsker inngrepet utført under fødsel.
- Ved ønske om åpning i svangerskapet bør 1. trimester unngås på grunn av generelt økt abortrisiko.

Svangerskap og fødsel

- Det anbefales at gravide som er omskåret undersøkes og/eller henvises for å avklare om det er

behov for kirurgisk behandling.

- Omskjæringsstatus og behov for åpning under fødsel noteres på helsekortet. Planlegg fødselen med tanke på åpnende inngrep og adekvat smertelindring.
- Informer vakthavende lege. Avtal hvem som utfører deinfibulering hvis det ikke er gjort tidligere. Deinfibulering bør utføres senest i utdrivingsfasen når barnets hode står på bekkenbunnen, dvs. før hodet buker eller umiddelbart ved behov for kateterisering, fosterovervåking med skalpelektrode eller at undersøkelse av cervix ikke er mulig.
- Ved keisersnitt: Avklar om kvinnen ønsker deinfibulering og tilby en avtale om dette.
- I Norge er det forbudt å sy igjen etter fødsel.
- Husk at infibulering ikke er indikasjon for keisersnitt.

Smertelindring

Tilstrekkelig smertelindring. Åpning kan gjøres i lokal, spinal eller generell anestesi. Dette gjelder også hos gravide. Ofte er lokalanestesi nok. Behovet for smertelindring må vurderes, utilstrekkelig smertelindring kan gi økt risiko for traumatisk "flashback".

Postoperativ smertelindring

Forslag: *Naproxen* i kombinasjon med *paracetamol* etter fødsel eller relativt tidlig i svangerskapet, men *paracetamol* eller *kodein* og *paracetamol* i 2-3 dager ved åpning i svangerskapet etter uke 28. *Lidocain* gel/krem kan smøres på flere ganger daglig.

Teknikk for åpnende inngrep

Før, hvis mulig, en eller to fingre inn under hudbroen. Velg kanyle etter hudbroens tykkelse og injiser lokalanestesi rikelig og godt fordelt (kan være umulig og unødvendig hvis hudbroen er flortynn). Lokalanestesi er hensiktsmessig også ved epidural. Legg et snitt fremover i midtlinjen til uretra er blottlagt. Det kan være nyttig å ha en spatula under hudseilet når snittet legges for å unngå skade på underliggende strukturer. Hvis kvinnen ikke er i fødsel anbefales det å forsøke å åpne i klitorisområdet også, dersom man mener klitoris ligger i dypet. Unngå å tøyve vet. Avslutningsvis sys sårkantene på hver side med avbrutt eller kontinuerlig absorberbar sutur. Ved rift fortil kan det være nødvendig å sy et par sting. Vær liberal med mediolateral episiotomi i tillegg, men den skal ikke erstatte åpningen i midtlinjen. Perinealrifter og episiotomi sutureres på vanlig måte. Rektaleksplorasjon etter reparasjon for å avdekke evt. fistel.

Annen kirurgisk behandling

Eksisjon av cyster

Cyster hos omskårede kvinner er ofte rapportert, men prevalensen er ukjent. Det vanligste er epidermale inklusjonscyster i klitorisområdet. Disse kan øke i størrelse, men små cyster trenger ikke å gi plager. Det er rapportert dårligere seksuell tilfredshet etter cystekirurgi og det kan være grunn til forsiktighet ved kirurgi i klitorisområdet.

Klitorisrekonstruksjon 6

Prinsippet for rekonstruktiv kirurgi er at klitorisroten fridissekeres, løftes ventralt, fikseres og dekkes. Inngrepet har blitt etterspurt av enkelte pasienter, men har ikke blitt utført i Norge. En systematisk gjennomgang har konkludert med at det er svært usikker effekt av klitorisrekonstruksjon. Selv om de fleste kvinner rapporterte at de fikk et bedre seksualliv etter klitorisrekonstruksjon, rapporterte opptil 22 % forverring. Vi vurderer behandlingen som utilstrekkelig dokumentert og anbefaler at kvinner som vurderer å la seg operere i utlandet informeres om usikker effekt.

Komplikasjoner etter omskjæring

Akutte komplikasjoner

Det er ikke dokumentert tilfeller i Norge. Akutte komplikasjoner inkluderer sterke smerter, lokal infeksjon og abscessdannelse, sepsis, tetanus, blødning, urinretensjon og død.

Komplikasjoner på lang sikt

Risikoen for kroniske plager øker jo mer omfattende det primære inngrepet har vært, og er hyppigere ved type III enn ved type I.

Gynekologiske komplikasjoner⁷

Det er rapportert en rekke gynekologiske følger av omskjæring, men kunnskapsgrunnlaget er sparsomt.

Et systematisk review har konkludert med at økt kvinner som er omskåret har økt risiko for urinveisinfeksjoner, smertefull vannlating, bakteriell vaginose og dyspareuni. To studier rapporterte økt risiko for kronisk genitalinfeksjon. Blant andre rapporterte tilstander der data var inkonklusive var dysmenorre, retensjon av menstruasjonsblod, bekkeninfeksjoner, vaginitt, abcesser, perinealskader, arrdannelse, og cyster.

Det er en klinisk erfaring at vi i praksis ser flere av disse tilstandene, bl.a. retensjon av menstruasjonsblod og cyster i klitorisområdet, bare hos omskårede kvinner.

Obstetriske komplikasjoner

Betydningen av omskjæring for fødselsutfall er uavklart og forskningsresultater peker i forskjellig retning. Metaanalyser har funnet økt risiko for langvarig fødsel og, avhengig av inklusjonskriteriene, for keisersnitt, instrumentell forløsning, episiotomi, perineale rifter og postpartumblødning ⁸. Størrelsen på effekten er usikker og det er uavklart i hvilken grad funn i afrikanske studier kan overføres til en vestlig helsetjenesteesetting. Flere studier i vestlige land har rapportert fødselsutfall hos omskårede som ikke skiller seg fra den generelle befolkningen ⁹. Type

III omskjæring er antatt å medføre størst risiko, men studier i afrikanske land har funnet økt risiko også ved mindre omfattende omskjæring¹⁰. I Norge har registerstudier funnet økt risiko for akutte keisersnitt hos kvinner fra Afrikas horn og kvalitative data har foreslått at manglende deinfibulering kan være årsak til unødvendige keisersnitt^{8,11}. En ny studie av somaliske kvinner i Norge har funnet høy keisersnitsrate ikke var assosiert med omskjæring¹². God fødselshjelp reduserer risikoen for komplikasjoner. Selv om kvinnen er deinfibulert før fødsel kan det fortsatt være økt risiko for protraisert forløp og perinealskade, mulig på bakgrunn av fibrøst arrvev.

Pasientinformasjon

Det anbefales å skylle med lunkent vann ved toalettbesøk både som smertelindring og for å holde området rent. Evt. sittebad med mild, flytende såpe daglig i en uke for å forebygge infeksjon. Det anbefales å avstå fra samleie i fire til seks uker etterpå. Forbered kvinnen på at vannlatningen kan føles veldig rask og kraftig etter inngrepet, og at det er vanlig å føle seg mer åpen nedentil. Rutinemessig kontroll er ikke nødvendig, men kvinnen kan ta kontakt ved behov.^[1] Tilby en attest som beskriver at det var medisinsk nødvendig å åpne kvinnen. I mange kulturer er det viktig at hymen er intakt. Dersom det ikke er tilfelle etter deinfibulering, informer kvinnen/paret/foresatte om hvorfor denne har blitt sprengt som følge av retrograd vannlatning og/eller retinert menstruasjonsblod. Åpnende inngrep bedrer drenasje av blod og urin, men kvinnen kan ikke få tilbake det som er fjernet. For infibulerte er et åpnende inngrep ikke bare et lite snitt, men en stor og vanskelig avgjørelse. Selv kvinner som trodde de var godt mentalt forberedt, kan få sterke reaksjoner etter inngrepet. Informer helsestasjonen ved åpning i svangerskap eller under fødsel. Alle kvinner som er omskåret bør snakkes med om holdning til omskjæring av egne døtre og få informasjon om norsk lov, dette gjelder også de som ikke har hatt behov for åpning under svangerskap eller fødsel. Dersom barnet er en jente, vurder spesielt om det er risiko for omskjæring.

Bruk gjerne vedlagte figurer 1-9 i samtale med pasienten.

Hos NKVTS kan det bestilles, kostnadsfritt, brosjyrer om kjønnslemlestelse på en rekke språk (norsk, engelsk, amharisk, arabisk, fransk, somali, sorani og tigrinja)¹³.

Kapittel om kvinnelig omskjæring finnes også i veileder i gynekologi.

(<https://www.legeforeningen.no/contentassets/a5d7370e547a4198900ada248f77a6cb/omskjaring-kjonnslemlestelse.pdf>)

Referanser

1. WHO. WHO guidelines on the management of complications from female genital mutilation. 2016. Accessed 15 December 2016

2. Utbredelse av kjønnslemlestelse i Norge, DAMVAD.com /NKVTS 2014
3. Upubliserte data, personlig meddelelse fra Sølvi Taraldsen.
4. Lov om straff (straffeloven) Kapittel 25 § 284 og §285
5. Berg RC, Taraldsen S, Said MA, Sørbye IK, Vangen S. Reasons for and Experiences With Surgical Interventions for Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review. *J Sex Med.* 2017 Aug;14(8):977-990. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.05.016. Epub 2017 Jun 27
6. Berg, R C ; Taraldsen, S ; Said, M A ; Sørbye, I K ; Vangen, S. The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, February 2018, Vol.125(3), pp.278-287
7. Berg RC, Underland V. Gynecological Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. Oslo, Norway: Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH); 2014 May. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) No. 11-2014
8. Berg, R.C. ; Odgaard-Jensen, J. ; Fretheim, A. ; Underland, V. ; Vist, G. An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting *Obstetrics and Gynecology International*, 2014
9. Balachandran, A.A., Duvalla, S., Sultan, A.H. *et al.* Are obstetric outcomes affected by female genital mutilation?. *Int Urogynecol J* **29**, 339–344 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3466-5>
10. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, et al. 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 Jun 3;367(9525):1835-41.
11. Berg R. C., Underland V. no. 6. Kunnskapssenteret; 2013. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C)
12. Upubliserte data. (Taraldsen S, Vangen S, Øian P, Sørbye IK)
13. <https://kjonnslemlestelse.nkvts.no/innhold/ressurser-og-infomateriell/brosjyrer-om-kjonnslemlestelse/>

