

Omskjæring (kjønnslemlestelse)

Linda Björk Helgadóttir

Sverre Sand

Cecilie Hagemann

Siri Kløkstad

Anbefalinger

- Det er straffbart å utføre eller medvirke til kjønnslemlestelse. Dette gjelder også rekonstruksjon av infibulasjon etter fødsel.
- Ved mistanke om forestående kjønnslemlestelse inntreir avvergeplikten.
- Vi foreslår at kvinner fra land som praktiserer omskjæring spørres om de er omskåret.
- Vi foreslår at kvinnens egen holdning til omskjæring avklares.
- Vi foreslår at kvinner som er omskåret undersøkes og/eller henvises for å avklare om det er behov for kirurgisk korrigerende.
- Vi foreslår at alle omskårne kvinner samtales med og informeres om norsk lov om omskjæring.
- Vi anbefaler at kirurgisk korrigerende foregår fortrinnsvis før svangerskap inntreir, eventuelt før foranstående fødsel
- Vi foreslår at kvinnen henvises til sykehus/senter med spesiell kompetanse innen for vurdering og behandling av omskårne kvinner.

ICD-10

- Z90.7 Kontakt med helsetjenesten på grunn av ervervet tap av kjønnsorgan. Kan brukes som tilleggskode til øvrige koder
- S38.2 Traumatisk amputasjon av ytre kjønnsorganer
- X8n Voldsskade, overfall
- Y87.1 Følgetilstand etter overfall eller vold
- O34.7 Omsorg for og behandling av mor med patologisk tilstand i ytre kvinnelige kjønnsorganer og perineum
- O66.8 Annen spesifisert mekanisk hindret fødsel
- N94.5 Sekundær dysmenoré
- R30.0 Dysuri, smertefull og langsom vannlating
- N94.1 Dyspareuni

Søkestrategi

- Royal College of Obstetricians & Gynecologists (RCOG),
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) Svensk förening för obstetrik 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
- Up to Date
- Cochrane database.

Vurdering av dokumentasjon

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/virkningsforhold⁹(IV);¹⁰(III);¹¹(III)].

Lowerk¹

I loven brukes begrepet kjønnslemlestelse (engelsk: female genital mutilation (FGM)) i stedet for omskjæring for å tydeliggjøre at inngrepet er ødeleggende. Alle former for kjønnslemlestelse er straffbart. Straffen er fengsel i inntil fire år, men inntil 10 år dersom inngrepet fører til død eller betydelig skade. Straffebestemmelsen gjelder alle som utfører eller medvirker til kjønnslemlestelse. Forbudet gjelder også rekonstruksjon av tidligere kjønnslemlestelse (for eksempel gjensynging av infibulasjon etter fødsel), som straffes på samme måte.

Ansatte i helsetjenesten har plikt til å søke å avverge at en kjønnslemlestelse skjer. Avvergesplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikten. Det er straffbart å unnlate å søke å avverge inngrepet ved anmeldelse eller på annen måte. Strafferammen er bøter eller fengsel i inntil ett år. Når det gjelder anmeldelse av allerede utført kjønnslemlestelse, kan helsepersonell bare anmelde eller gi opplysninger til politiet etter samtykke.

Definisjon^{2,3}

Kvinnelig kjønnslemlestelse (omskjæring) er en fellesbetegnelse på alle 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 eller fullstendig fjerning av klitoris og/eller forhuden (prepuce).

- **Type II:** Delvis eller fullstendig fjerning av klitoris og labiae minora med eller uten eksisjon av labiae majora.
- **Type III:** Delvis eller fullstendig fjerning av ytre genitalia og forsnevring av vaginalåpningen (til ca. 1 cm i diameter) med gjensynging av labiae minora og/eller labiae majora slik at vaginalåpningen dekkes av et infibulerende seil (infibulasjon).
- **Type IV:** Alle andre former, inklusive prikking og stikking i klitoris, strekking av klitoris og/eller labiae, kauterisering av klitoris og omkringliggende vev, og innføring av etsende stoffer i vagina for å minske lumen.

Differensialdiagnoser

Genitale utviklingsavvik.

Labia adhesjon (sammenvokste labia minor (ikke uvanlig hos jentebarn)).

Forekomst

Globalt

Det anslås at opp til 140 millioner kvinner er omskåret⁴. Skikken praktiseres blant alle trossamfunn og er ikke fundert i religion, men i tradisjon. Praktiseres først og fremst i 27 land i Afrika med tyngdepunktet på Afrikas horn (Egypt, Eritrea, Etiopia, Somalia og Sudan), men også i mindre omfang i enkelte land i Asia og Midt Østen⁵. På verdensbasis utgjør type III ca. 10 %⁶.

Nasjonalt

Det bor anslagsvis 10.000 omskårede kvinner i Norge. 98-100 % av somaliske kvinner er omskåret, omtrent 80 % med type III⁶. Det er ikke rapportert at omskjæring har foregått i Norge, men det er mulig at det i enkelte tilfeller har vært utført på feriereise til hjemlandet.

Risikofaktorer

- *Kvinnens opprinnelsesland.
- *Søstre er omskåret.
- *Feriereiser til hjemlandet.

Konsekvenser og komplikasjoner etter omskjæring

Akutte komplikasjoner

Ikke dokumentert tilfeller i Norge. Inkluderer sterke smerter, lokal infeksjon og abscess dannelse, sepsis, tetanus, blødning, urinretensjon og død.

Komplikasjoner på lang sikt⁷⁻⁹

Risikoen for kroniske plager øker jo mer omfattende det primære inngrepet har vært. Dermed er gynekologiske komplikasjoner hyppigere ved type III enn ved type I omskjæring (II). Omtrent 80 % med type III omskjæring har kroniske plager (III).

De vanligste plagene ved type III omskjæring:

- *Smertefulle menstruasjoner (III)
- *Retensjon av blod i skjeden(III)
- *Langvarig og smertefull vannlating (III)
- *Residiverende urinveisinfeksjoner(III)
- *Urinlekkasje (III)
- *Urinretensjon
- *Manglende orgasme (III)
- *Vanskelig/umulig samleie over mer enn 3 mnd (III)
- *Barnløshet (III)
- *Arrdannelse i vulva av varierende grad (III)
- *Cyster eller infeksjoner (III)
- *Kroniske smerter
- *Bekkeninfeksjoner
- *HIV og hepatitt
- *Post traumatisk stress disorder
- *Komplikasjoner i forbindelse med fødsel.

Komplikasjoner i forbindelse med fødsel

Det er først og fremst infibulasjon (type III), som har betydning for fødsel. Imidlertid har studier i afrikanske land funnet økt risiko for fødselskomplikasjoner også ved mindre omfattende omskjæring^{10(IV);11(III);12(III)}. Kvinner med type III omskjæring har økt risiko for rifter og fisteldannelser som kan omfatte urethra eller rectum, postpartum blødning og langvarig fødsel^{11(III)}. Selv om kausalitet ikke er påvist er det videre funnet en sammenheng mellom perinatale/maternelle dødsfall og infibulasjon^{12(III);13(II);14(IV)}. Generelle helseforhold og suboptimal omsorg kan spille en rolle her. Infibulasjon hindrer også fosterovervåking, vanskeliggjør kateterisering under fødsel og kan forårsake unødvendige keisersnitt^{12(III);15(III)}. God fødselshjelp reduserer risikoen for komplikasjoner. Selv om kvinnen er deinfibulert før fødsel er hun en risikopasient i forhold til protraisert forløp og perinealskade på grunn av mulig fibrøst arvev.

Behandling²(IV)

Henvisning til sykehus/senter med spesiell kompetanse innenfor området foreslås. Gynekologisk undersøkelse krever spesiell varsomhet. Vaginal undersøkelse bør kun gjøres på indikasjon. Det er oftest tilstrekkelig med bare inspeksjon. Fortell kvinnen hva du gjør. Bruk tolk ved behov. Bruk ord som 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 (IV). Bruk gjerne bilder, skisser eller tegninger når du forklarer. Informer om mulig sammenheng mellom aktuelle plager og omskjæringen. Henvisning til psykoterapeutisk behandling kan også vurderes.

Medisinsk indikasjon for åpnende kirurgisk behandling

- *Sårddannelser under infibulasjonsseilet
- *Urineretensjon/ forlenget vannlatingstid/ residiverende UVI
- *Retinert menstruasjon
- *Vanskelig/umulig samleie
- *Retensjonscyster i vulva/ klitorisområdet
- *Fødsel¹⁶
- *Forebygging av infertilitet
- *Smerter

Åpnende kirurgisk behandling (deinfibulering)

Kvinner bør anbefales et åpnende inngrep utført helst før et svangerskap inntre¹⁷ (IV). Alle kvinner med type III-omskjæring anbefales åpning før fødsel. Det optimale tidspunktet er i andre trimester, men åpning kan utføres senere i svangerskapet. Åpning anbefales ikke utført i 1. trimester på grunn av generelt økt abortrisiko. Ved deinfibulering med påfølgende spontan abort kan kvinnen tro at det er en årsakssammenheng. Før eventuell deinfibulering bør det avklares om man kun skal åpne infibulasjonen frem til og med urethraostiet eller om det skal gjøres en "total reversal" med åpning i klitorisområdet dersom dette viser seg mulig. Ved inngrep i svangerskapet, vurder å vente med åpning fortil da dette kan trenge noe lenger tid på å tilhele.

Åpning kan gjøres poliklinisk eller som dagkirurgi i lokal, spinal eller generell anestesi. Ofte er lokalanestesi nok, men utilstrekkelig smertelindring kan gi økt risiko for traumatisk "flashback".

Få kvinnene til å se selv før inngrepet og så etterpå for å se hva som er gjort og hvordan det ser ut. Eventuelt at hun instrueres i å gjøre dette selv hjemme.

Teknikk for åpnende inngrep (deinfibulasjon)^{18,19}

- *Injiser lokalanestesi rikelig og godt fordelt (kan være umulig og nødvendig hvis hudbroen er flortynn). Vurder lokalanestesi også når inngrepet utføres i spinalbedøvelse eller narkose.
- *Legg et snitt fremover i midtlinjen til uretra er blottlagt med skalpell eller saks. Ha gjerne en spatula, Hegar stift eller fingrene under hudbroen for å unngå skade på uretra.
- *Dersom kvinnen ikke er gravid anbefales det å forsøke å åpne i klitorisområdet også. I ca.
- *50 % av tilfellene er klitoris delvis eller helt intakt under sammenvokst klitorisforhud^{20,21}.
- *Sårkantene sys på hver side med avbrutt eller kontinuerlig resorberbar sutur 3/0 eller 4/0. Avbrutte suturer kan være en fordel i klitorisområdet.
- *Se figur 1-4 i referanse.

Oppfølging/pasientinformasjon

- ***Smertelindring** NSAIDs i kombinasjon med *paracetamol* i 2 - 3 dager etter åpning. Kan også brukes etter fødsel eller relativt tidlig i svangerskapet. *Paracetamol* med eller uten *kodein* i svangerskapet etter uke 28. Lidokain gel/krem kan smøres på flere ganger daglig.
- ***Unggåinfeksjon** Det anbefales å skylle med lunkent vann ved toalettbesøk både som smertelindring og for å holde området rent. Eventuelt sittebad med medisinsk grønnsåpe eller Lactacyd såpe, 5 minutter daglig i en uke for å forebygge infeksjon.
- ***Samliv** Det anbefales å avstå fra samleie i fire til seks uker etter åpning.
- ***Vannlating** Forbered kvinnen på at vannlatingen kan føles veldig rask og kraftig etter inngrepet.
- ***Kontroll** Rutinemessig kontroll er ikke nødvendig, men kvinnen bør ha lett tilgang til behandlingssted ved behov.
- ***Attest** Tilby en attest til potensiell ektefelle som beskriver at det var medisinsk nødvendig å åpne kvinnen.
- ***Virgo** I mange kulturer er det viktig at hymen er inntakt. Dersom det ikke er tilfellet etter deinfibulering informer kvinnen/paret/foresatte om hvorfor denne er blitt sprengt som følge av retrograd vannlating og/eller retinert menstruasjonsblod.

Åpnende inngrep bedrer drenasje av blod og urin, men kvinnene 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 (IV). Selv kvinner som trodde de var godt mentalt forberedt, kan få sterke reaksjoner etter inngrepet.

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.

Referanser

1. Lov om forbud om kjønnslemlestelse., LOV-1995-12-15-74.
2. Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. [IK-2723]. 2000. Sosial- og helsedirektoratet.
3. World Health Organization. Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement. Geneva: WHO; 2008.
4. Feldman-Jacobs C., Clifton D. Female Genital Mutilation/ Cutting: Data and Trends Update 2010. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2010.
5. United Nations children's Fund, Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. UNICEF, New York, 2013.
6. Yoder PS, Khan S. Numbers of women circumscised in Africa. Calverton, Mictro International Inc.; 2008.
7. Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. [Review] [59 refs]. *Culture, Health & Sexuality* 2005 Sep;7(5):443-61.
8. Shandall AA. Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese women. *Sudan Medical Journal* 1967;5(4):178-212.
9. Vangen S, Hoffmann R, Flo K, Lorentzen B, Sand S. Omskjæring av kvinner--komplikasjoner og behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006 Feb 9;126(4):475-7.
10. World Health Organisation. A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. Geneva: WHO; 2000.
11. Jones H, Diop N, Askew I, Kabore I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Fam Plann* 1999 Sep;30(3):219-30.
12. 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.
13. Essen B, Bodker B, Sjoberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S, et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002 Jun;109(6):677-82.
14. Campell M, Abu-sham Z. Situational analysis of maternal health in Bara district, North Kodofan. Sudan: World Health Stat Q; 1995. Report No.: 48.
15. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen RE, Sundby J, Stray-Pedersen B. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Apr;81(4):317-22.
16. Veileder i fødselshjelp 2014. Norsk gynekologisk forening; 2014.
17. Female Genital Mutilation and its Management. RCOG; 2009. Green-top Guideline No. 53.
18. Johnson C, Nour NM. Surgical techniques: defibulation of Type III female genital cutting. *Journal of Sexual Medicine* 2007 Nov;4(6):1544-7.
19. World Health Organization. Management of Pregnancy, Childbirth and Postpartum Period in the Presence of Female Genital Mutilation. Geneva: WHO; 2001.
20. Khasay S. (unpublished). NAKMI; 2014.
21. Gordon H, Comerasamy H, Morris NH. Female genital mutilation: Experience in a West London clinic. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007 May;27(4):416-9.