

# Een besneden vrouw met buikpijn

Toine Lagro-Janssen, Lex van Son, Doreth Teunissen

**Vrouwenbesnijdenis komt in Nederland voor bij specifieke groepen migrantenvrouwen. De huisarts moet zich bewust zijn van de mogelijke langetermijncomplicaties, vooral op urogenitaal terrein. Belangrijk is een respectvolle benadering met aandacht voor de biopsychosociale componenten van de klachten. De huisarts heeft een belangrijke rol in het signaleren en bespreekbaar maken van het probleem. Dat vereist een cultuursensitieve, niet-veroordelende houding.**

In Nederland wonen naar schatting 41.000 vrouwen die besneden zijn; de meesten zijn afkomstig uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Noord-Irak. Vrouwen kunnen nog jaren later fysieke of psychische klachten ondervinden van de besnijdenis.<sup>1</sup> Aangezien velen van hen ontevreden zijn over de in Nederland aangeboden hulp, is er een multidisciplinaire leidraad opgesteld voor de medische zorg bij vrouwelijke genitale verminking (VGV).<sup>2</sup> Voor de huisarts is het een uitdaging om het probleem te signaleren, bespreekbaar te maken en zo nodig de vrouw te verwijzen naar de juiste hulpverlening. Deze casuïstiek biedt daarbij achtergrondinformatie en praktische handvatten.

## MEVROUW S

Mevrouw S, 32 jaar, gehuwd, is afkomstig uit Somalië en heeft 4 kinderen die in Somalië geboren zijn. Ze kan zich in het Nederlands goed verstaanbaar maken. U ziet haar vaak bij problemen van de kinderen, weinig voor zichzelf. Nu bezoekt ze uw spreekuur met buikpijnklachten, vooral in de onderbuik. Op sommige dagen is er ook een hinderlijke mictiedrang en frequente mictie. Ze voelt zich zwak, moe en slaapt slecht. Ze heeft ook vaginale klachten van irritatie en afscheiding. De buikpijn bestond al voor de bevallingen. Ze heeft een implantatiestaafje als anticonceptie. U vermoedt dat haar klachten verband houden met een besnijdenis. U polst voorzichtig of ze besneden is en of u daar enkele vragen over mag stellen. Zij antwoordt op beide vragen positief. Ze weet niet precies hoe oud ze destijds was, ze denkt 5 of 6 jaar. Het deed veel pijn. Vanwege pijnlijke ervaringen met gynaecologisch onderzoek vermijdt ze doktersbezoek.

## ACHTERGRONDEN VAN VROUWELIJKE GENITALE VERMINKING

De WHO definieert VGV als gedeeltelijke of volledige verwijdering, of enige andere beschadiging, van de uitwendige vrouwelijke geslachtsorganen zonder medische noodzaak.<sup>1</sup> VGV wordt meestal uitgevoerd tussen het 4e en 12e jaar. De WHO onderscheidt 4 vormen op basis van uitbreidheid (zie [tabel 1] en [figuur]). De ernstigste vorm, type III, is infibulatie.



Huisartsen hebben een belangrijke signalerende rol als het gaat om langetermijncomplicaties door vrouwenbesnijdenis.

Foto: iStock

## DE KERN

- In Nederland wonen naar schatting 41.000 vrouwen die besneden zijn; de meesten zijn afkomstig uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea, Soedan en Noord-Irak.
- De WHO onderscheidt 4 vormen van vrouwelijke genitale verminking (VGV); de ernstigste vorm is infibulatie.
- De meest voorkomende lichamelijke klachten op de lange termijn zijn urineweginfecties, menstruatieklachten, buikpijn, subfertiliteit en dyspareunie.
- De belangrijkste psychische gevolgen van VGV zijn angststoornis, depressie, SOLK en PTSS.
- Cruciaal is een respectvolle, integrale en cultuursensitieve benadering met aandacht voor biopsychosociale factoren.

Vrouwenbesnijdenis berust op een traditionele sociale norm die ervan uitgaat dat VGV de maagdelijkheid beschermt en de huwelijkskansen vergroot. Besnijdenis staat symbool voor 'een goede vrouw zijn' en is een teken van vrouwelijke schoonheid. In Somalië, Soedan en Egypte bedraagt de prevalentie meer dan 90%.

### Gevolgen van vrouwelijke genitale verminking

Kortetermijngevolgen van VGV zijn pijn, bloedingen, urineretentie, genitale zwelling en infecties. In Nederland zijn daar geen acute gevallen van bekend. De meest voorkomende langetermijnklachten zijn urineweginfecties, menstruatieklachten, buikpijn, subfertiliteit en dyspareunie [tabel 2].<sup>3</sup> Deze treden vooral op bij infibulatie (type III). Van de onge-

veer 16.000 in Nederland verblijvende vrouwen die deze meest ingrijpende vorm van VGV hebben ondergaan is circa 14% tussen de 15 en 49 jaar. VGV kan ook leiden tot obstetrische complicaties, zoals een verlengde partus en frequente kunstverlossingen.<sup>4</sup>

De belangrijkste psychische gevolgen van VGV zijn angststoornis, depressie, somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en posttraumatische stressstoornis (PTSS).<sup>5,6</sup> Angst voor een gynaecologisch onderzoek kan ertoe leiden dat de vrouw niet reageert op de oproep voor een uitstrijkje; dit kan voor de huisarts een signaal zijn van VGV.<sup>7</sup>

### Signaleren en bespreekbaar maken

Een veelvoorkomend misverstand is dat de vrouw niet met haar huisarts over de klachten zou willen praten.<sup>2</sup> Wel is het zo dat ze klachten soms moeilijk kan verwoorden of niet in verband brengt met de besnijdenis. Het kan zijn dat ze de klachten als normaal beschouwt omdat alle vrouwen in haar omgeving problemen ervaren bij het plassen. Daarbij schamen de meeste vrouwen zich om intieme problemen te bespreken. Ze missen kennis over genitalia en VGV, of ze hebben van vrouwen in hun omgeving negatieve verhalen gehoord over hulpverleners.<sup>1,5</sup>

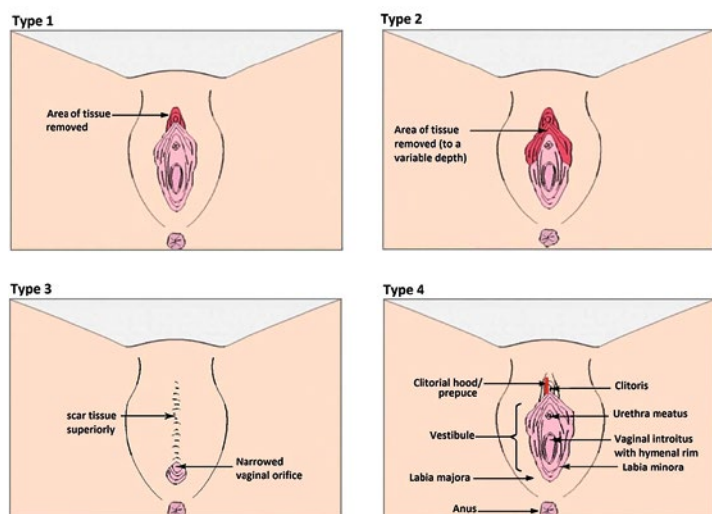
Wil men als huisarts VGV respectvol bespreken, dan is een integrale en cultuursensitieve benadering geboden.<sup>1,2</sup> Spreek bijvoorbeeld niet over 'vrouwelijke genitale verminking', want dit houdt een negatief waardeoordeel in. Meestal is meer dan 1 consult nodig om een vertrouwensrelatie met de patiënte op te bouwen. Dat vraagt geduld, compassie en een niet-veroordeelende houding. Vertrouwelijkheid en vriendelijke communicatie zijn essentieel. Als een vrouw uit een gebied komt met een hoge prevalentie van VGV kunt u dat benoemen en vragen of dat bij haar ook het geval is. Geef aan dat u die vraag stelt omdat de gepresenteerde klachten daar mogelijk verband mee houden. Bij een positief antwoord kunt u toestemming vragen om meer over de besnijdenis te vragen. Exploreer daarbij naast de somatische aspecten ook de cognities, emoties, gevolgen en sociale aspecten van de klacht; zie [tabel 3] voor de belangrijkste aandachtspunten. Psychische gevolgen zijn doorgaans moeilijker te bespreken, omdat vrouwen met VGV aandacht voor de psychische aspecten vaak opvatten als ontkenning van de klacht en als suggestie dat ze gek zijn.

### Lichamelijk onderzoek

Ook bij het lichamelijk onderzoek staat respect voor de vrouw

## Figuur

Typen vrouwelijke genitale verminking volgens de WHO-classificatie<sup>2</sup>



Gedownload van <http://adc.bmj.com/> op January 16, 2017. Published by group.bmj.com ADC Online First, published on January 12, 2017 as 10.1136/archdischild-

### MEVROUW S, VERVOLG

Bij het lichamelijk onderzoek constateert u dat er bij mevrouw S sprake is van infibulatie: de labia majora zijn verwijderd, aan elkaar gehecht en met elkaar vergroeid. Ook de clitoris lijkt deels verwijderd. In het vulvare gebied zijn geen infecties of littekens zichtbaar. De opening naar de achtergelegen urethra en vagina schat u op ruim een duimbreed. U ziet geen abnormale roodheid of fluor.

Mevrouw S stemt toe in een vaginaal toucher. Het toucher, met 1 vinger uitgevoerd, toont een gespannen bekkenbodemp die gevoelig is bij aanraking, zonder andere afwijkende inwendige bevindingen. Ook het onderzoek van de urine is normaal.

**Tabel 1**WHO-classificatie van vrouwelijke genitale verminking<sup>1</sup>

I	clitoridectomie: gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en/of preputium clitoridis
a	verwijdering van alleen het preputium clitoridis
b	verwijdering van de clitoris met het preputium clitoridis
II	excisie: verwijdering van clitoris met gedeeltelijke of totale verwijdering van de labia minora, met of zonder verwijdering van de labia majora
a	verwijdering van alleen labia minora
b	gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris en labia minora
c	gedeeltelijke of totale verwijdering van clitoris, labia minora en labia majora
III	infibulatie: vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van labia minora en/of labia majora, met of zonder verwijdering van de clitoris
a	verwijdering en aaneenhechting van de labia minora
b	verwijdering en aaneenhechting van de labia majora
IV	niet geclassificeerd: alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen (prikken, piercing, kerven, schrapen, wegbranden)

**Tabel 2**Mogelijke klachten als gevolg van vrouwelijke genitale verminking<sup>1,4</sup>

Lichamelijk	menstruatieklachten moeilijke en/of pijnlijke urinelozing urineweginfectie chronische pijn in de onderbuik chronische infecties subfertiliteit littekenvorming met keloïd en huidcysten verhoogde kans op soa en hiv vanwege kwetsbaar weefsel problemen bij inwendig onderzoek en bij uitstrijkje moeizame bevallingen pijnlijke en/of moeizame penetratie tijdens de seks
Psychosociaal en seksueel	angst en depressie somaatich onverklaarde lichamelijke klachten posttraumatische stressstoornis angst voor seksualiteit negatieve invloed op seksualiteit en seksualiteitsbeleving

**Tabel 3**Anamnese bij vrouwelijke genitale verminking<sup>1,2</sup>

- Type VGV [weten de meeste vrouwen niet]
- Leeftijd waarop de vrouw besneden is
- Omstandigheden bij de VGV [door wie uitgevoerd, locatie, al dan niet onder verdoving, infectie, herhaling van de besnijdenis omdat die de eerste keer mislukte]
- Klachten over seksualiteit
- Hoe vindt de vrouw het om hierover te praten?
- Gebruikt de vrouw medicatie?
- Is er een voorgeschiedenis van [seksueel] geweld?
- Hoe is de vluchtgeschiedenis geweest?
- Wat zijn de opvattingen van de vrouw en haar partner rondom VGV?
- Hoe denken de vrouw en haar partner over besnijdenis bij eventuele dochters in de toekomst?

in kwestie centraal. Neem de tijd om uit te leggen wat u gaat doen en benader de vrouw niet als een medische rareit. Vrouwen vinden een verbaasde of afwijzende mimiek zeer vervelend en beschamend.<sup>5</sup>

Let bij de inspectie op het type VGV en op de clitoris, de toegankelijkheid van de introïtus en eventueel littekenweefsel. Voer inwendig gynaecologisch onderzoek alleen uit als de introïtus dat toelaat, op indicatie en met instemming van de vrouw.

**BELEID**

De aangewezen benadering is biopsychosociaal en gaat uit van de bevindingen uit anamnese en onderzoek. Als de klachten samenhangen met een overactieve blaas, is bekkenfysiotherapie aangewezen.<sup>4</sup> Als er een uitstrijkje gemaakt moet worden, is een thuïstest op HPV met behulp van een HPV-zelfafname-test een alternatieve mogelijkheid.<sup>7</sup> Als de vrouw zwanger is of wil worden, verwijs dan bij voorkeur naar een ervaren verloskundige of gynaecoloog. Als subfertiliteit het probleem is, is verwijzing naar een gynaecoloog geïndiceerd. Als er sprake is van een PTSS, verwijs de vrouw dan naar een traumapsycholoog; bij SOLK kan men de daarbij behorende aanpak volgen.<sup>6</sup> Er zijn in iedere provincie speciale VGV-sprekuren voor vrouwen die problemen ervaren als gevolg van een besnijdenis. Deze spreken zijn te vinden op [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) onder 'Spreken meisjesbesnijdenis/vgv'.

Sommige vrouwen willen graag reconstructieve chirurgie. De aard van de ingreep varieert van een eenvoudige de-infibulatie waarbij een vernauwde introïtus verwijd wordt, tot meer verregaande genitale reconstructie door een gespecialiseerd multidisciplinair team.<sup>2,8</sup> Doel van de genitale reconstructie is de klachten te verhelpen en de functie van de genitalia te herstellen. Terughoudendheid is echter geboden, want er is zeer weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze ingreep.<sup>8</sup>

Vraag advies aan Veilig Thuis bij vermoedens van een (dreigende) VGV.<sup>9</sup>

**MEVROUW S, VERVOLG**

Bij mevrouw S wijzen anamnese en onderzoek het meest in de richting van een overactieve blaas. Er zijn geen signalen voor een angststoornis, depressie of PTSS. Er is wel pijn bij de coïtus en op uw vraag of er kans is op een soa schudt ze overtuigend van nee. U verwijst haar naar een bekkenfysiotherapeut met affiniteit voor de problematiek van VGV.

**CONCLUSIE**

Vrouwenbesnijdenis komt in Nederland voor bij specifieke groepen migrantenvrouwen. De huisarts moet zich bewust zijn van de mogelijke langetermijncomplicaties van een besnijdenis, zoals urogenitale problemen en SOLK. Naast de behandeling van klachten heeft de huisarts een belangrijke signalerende rol, waarvoor een integrale en niet-veroordelende houding noodzakelijk is. ■

## LITERATUUR

1. Meisjesbesnijdenis – algemene informatie en terminologie. [Internet] Utrecht: Pharos, [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl), geraadpleegd mei 2020.
2. Leidraad Medische zorg voor vrouwen en meisjes met vrouwelijke genitale verminking (VGV). [Internet] Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2019. [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl).
3. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4: e006316.
4. Lagro-Janssen T. Vrouwenbesnijdenis en de gevolgen voor de bekkenbodem. *Bijblijven* 2015;31:799-806.
5. Vloeberghs E, Van der Kwaak A, Knipscheer J, Van den Muijsenbergh M. Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in The Netherlands. *Ethn Health* 2012;17:677-95.
6. Lagro-Janssen AL, Teunissen D. Chronische bekkenpijn. In: Van der Horst HE, De Wit NJ. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
7. Giessen AM, Lagro-Janssen T, Dielissen P. Geen uitstrijkje? In gesprek over seks. *Huisarts Wet* 2014;57:490-3.
8. De Kwant L. Beetje meer vrouw na genitale reconstructie. [Internet] *Medisch Contact* 2014, 19 februari, geraadpleegd mei 2020. <https://medischcontact.nl>.
9. Inspectie voor de gezondheidszorg. *Bulletin vrouwelijke genitale verminking*. Den Haag, 2010.

Lagro-Janssen AL, Van Son L, Teunissen TA. Een besneden vrouw met buikpijn. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0789-0. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, kaderhuisarts urogynaecologie np, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen: [toine.lagro@radboudumc.nl](mailto:toine.lagro@radboudumc.nl); L. van Son, medisch student; dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, docent, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.