

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2 style="margin: 0;">Kvinnelig omskjæring</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:03.05.2016/03.05.2018
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklubben/Fødeavdelingen	Versjon: 2.06
Godkjenner: Per E. Børdahl	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Ingrid Borthen	Dok.id: D13780

Forfattere

Siri Vangen

Sølvi Taraldsen

Björg Lorentzen

Risa Hoffmann

Kari Flo

Arne Heggheim

Heidi Fances Thornhill

Cecilie Hagemann

Linda Bjørk Helgadottir

Sverre Sand

BAKGRUNN

Innvandringsmønsteret til Norge medfører at fødselshjelpere i økende grad møter kvinner som ble omskåret i hjemlandet som barn ¹ (IV), ² (IV). Kvinnelig omskjæring er en urgammel tradisjon som ansees nødvendig for å bli en voksen, moralsk kvinne ³ (IV). Skikken er en såkalt ”harmful traditional practise”. Den mest omfattende formen (infibulasjon) har også betydning for barnefødsler og medfører økt risiko for fødselkomplikasjoner ⁴ (III), ⁵ (IV).

ICD-10

Kvinnen er gravid og åpnende kirurgi utføres eller overveies:

O34.7 Omsorg for og behandling av mor med patologisk tilstand i ytre kvinnelige kjønnsorganer og perineum

Tilstanden krever åpnende inngrep under fødsel:

O66.8 Annen spesifisert mekanisk hindret fødsel

DEFINISJON

Kvinnelig omskjæring 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 samt delvis eller fullstendig fjerning av labia minora

Type III: Delvis eller fullstendig fjerning av ytre genitalia og igjensyning slik at urethralåpningen dekkes av et infibulerende seil og vaginalåpningen forsnevres til ca 1 cm i diameter (infibulasjon)

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

FOREKOMST

Globalt

Det anslås at totalt 130 millioner kvinner er omskåret. Skikken praktiseres blant muslimer, kristne og andre trossamfunn først og fremst i Afrika med tyngdepunktet på Afrikas horn, men også i mindre omfang i andre deler av verden.

Nasjonalt

Det bør anslagsvis 10.000 omskårede kvinner i Norge. 97 % av somaliere er omskåret og ca 80 % med type III. Det er ikke rapportert tilfeller av omskjæring i Norge, men sannsynligvis har enkelte tilfeller vært utført på feriereise.

Risikofaktorer

- Søstre er omskåret
- Feriereiser til hjemlandet

INDIKASJON/METODE/DIAGNOSTIKK

Alle kvinner med type III-omskjæring skal åpnes før fødsel. Det åpnende inngrepet utføres med fordel før svangerskap inntreffer. Det kan også gjøres i annet trimester, senere i svangerskapet eller under fødsel. I Norge er det forbudt å sy igjen etter fødsel. Drøft med kvinnen.

Omskjæring diagnostiseres anamnestisk (spør om kvinnen er lukket) og ved inspeksjon av genitalia eksterna. Ved type III noteres på helsekortet at kvinnen er omskåret og at hun skal åpnes i forbindelse med fødsel.

TILTAK/BEHANDLING/OPPFØLGING¹ (IV), ⁶ (IV)

Svangerskapskontroll

- Gynekologisk undersøkelse krever spesiell varsomhet. Fortell kvinnen hva du gjør
- Planlegg fødselen med tanke på åpnende inngrep og adekvat smertelindring. Drøft med kvinnen.
Avklar om det skal utføres defibulering ved keisersnitt

Fødselen

- Informer vakthavende lege. Avtal hvem som utfører defibulering
- Husk at infibulasjon ikke er indikasjon for keisersnitt
- Gi optimal smertelindring
- Det åpnende inngrepet bør utføres senest i utdrivingsfasen når barnets hode står på bekkenbunnen eller umiddelbart ved behov for kateterisering eller fosterovervåking ved skalpelektrode

Teknikk for åpnende inngrep

- Før 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 kan være nødvendig også ved epidural
- Legg et snitt fremover i midtlinjen til urethra er blottlagt. Unngå å tøyve vevet
- Etter fødsel syes sårkantene foran i midtlinjen sammen til siden. Ved rift fortil kan det være nødvendig å sy et par sting, men det er forbudt å sy kvinnen tilbake til infibulert status
- Vær liberal med lateral 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

Barseltiden

- Tilby smertestillende (evt. Napren-E 500 mg x 2)
- Xylocain gel eller Embla kan smøres på flere ganger daglig
- Sørg for at sårkantene ikke gror igjen, og forebygg infeksjon (vaselinkompress mellom labia, skiftes daglig)
- Kontroll 2–3 uker etter utskrivning, evt. før ved behov
- Informer helsestasjonen (spesielt ved mistanke om at omskjæring kommer til å skje)

KOMPLIKASJONER

Det er rapportert at kvinner med type III omskjæring har økt risiko for rifter og fisteldannelser som kan omfatte urethra eller rektum, postpartumblding og langvarig fødsel⁴ (III). Selv om kausalitet ikke er påvist er det videre funnet en sammenheng mellom perinatale/maternelle dødsfall og infibulasjon⁷ (IV),⁸ (II). Generelle helseforhold og suboptimal omsorg kan spille en rolle her. Infibulasjon hindrer også fosterovervåking, vanskeliggjør kateterisering under fødsel og kan forårsake unødvendige keisersnitt⁹ (III). Betydningen av mildere former for omskjæring er mer usikker. God fødselshjelp kan forebygge risikoen for komplikasjoner.

PASIENTINFORMASJON

Informert om at hun vil åpnes i forbindelse med fødselen og forklar hva det innebærer (følelse av å være åpen, rask vannlating). Forklar hvordan defibulering gjøres og informert om muligheter for smertelindring under fødsel. Mange trenger en forsikring om at forandringer etter fødselen som rask vannlating og følelse av å være ”åpen” er helt normalt. Diskusjon om hva kvinnen tenker i forhold til omskjæring av egne døtre kan trekkes inn i generell informasjon om spedbarnsstell. Informasjon om komplikasjoner etter omskjæring med tanke på å forebygge omskjæring av egen datter kan være relevant. Bruk tolk ved behov!

EMNEORD

- Kvinnelig omskjæring

- Infibulasjon
- Defibulasjon
- Fødselskomplikasjoner

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 insidensen av de forskjellige komplikasjonene 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 fødselskomplikasjoner⁴ (III),⁵ (IV).

KILDER

1. Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. *Statens helsetilsyn*, 2000
2. Johansen REB. Pain as a counterpoint to culture. Towards an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway. *Med Anthropol Q* 2002; 16: 312–40
3. Johansen REB, Barre A, Vangen S. Bare et lite snitt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2506–8
4. Jones H, Diop N, Askew I, Kaboré I. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Fam Plan* 1999; 30: 219–30
5. A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. *Geneva: World Health Organisation*, 2000
6. Toubia N. Caring for women with circumcision. New York: Rainbo, 1999. Vangen S, Johansen REB, Sundby J, Træen B, Stray-Pedersen B. Qualitative study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 112: 29–35
7. Campbell M, Abu-Sham Z. Sudan: Situational analysis of maternal health in Bara district, North Kodofan. *World Health Stat Q* 1995; 48: 60–66
8. Essen B, Bodker B, Sjøberg NO, Langhoff-Roos J, Greisen G, Gudmundsson S et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 2002; 109: 677–82
9. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen E et al. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 317–22