

## Kronikk

# Omskjæring av kvinner – komplikasjoner og behandling

De fleste radikalt omskårne kvinner utvikler kroniske plager. Radikal omskjæring har også betydning for fødselsforløpet. Kvinneklippene ved regionsykehusene har utpekt ressurspersoner som tar hånd om omskårne. Siktemålet er å utvikle et godt behandlingstilbud til de berørte. I løpet av 2004 ble til sammen 60 kvinner behandlet. Majoriteten ønsket rekonstruksjon av kjønnsåpningen pga. langvarig og smertefull vannlating eller problemer under menstruasjon og samleie. Flere og flere henvender seg for å få åpnende inngrep. Som behandlere har vi mulighet til å påvirke de berørte, slik at de etter hvert innser at omskjæring er et overgrep mot en liten jente.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Siri Vangen

[siri.vangen@fhi.no](mailto:siri.vangen@fhi.no)  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
0403 Oslo

### Risa Hoffmann

Kvinneklippen  
St. Olavs Hospital

### Kari Flo

Kvinneklippen  
Universitetssykehuset Nord-Norge

### Björg Lorentzen

Kvinneklippen  
Rikshospitalet

### Sverre Sand

Mor-barn-senteret  
Ullevål universitetssykehus

Kvinnelig omskjæring oppstod før kristendom og islam var etablerte religioner. Man antar at ca. 130 millioner kvinner i 37 land (hovedsakelig i Afrika) er omskåret, og at omtrent to millioner jentebarn hvert år risikerer kjønnslemlestelse. I Djibouti, Eritrea, Etiopia, Mali, Sierra Leone, Somalia og Sudan er over 80 % av den kvinnelige befolkning omskåret (1). Inngrepet er nær knyttet til kvinnelig identitet og anses som nødvendig for at man skal bli en voksen, anstendig kvinne (2). Man kan teoretisk skille mellom tre typer omskjæring, etter inngrepets omfang. I virkeligheten kan man ikke klart skille mellom disse, det er mange mellomtyper. Den mest omfattende formen kalles infibulasjon. Inngrepet består i at ulike mengder av klitorishodet og indre kjønnslepper fjernes, innsiden av de ytre kjønnsleppene skrapes og sys sammen slik at hele kjønnsorganet dekkes av et hudsegl. Det er noen ganger bare en snau centimeter åpning igjen, slik at urin og menstruasjonsblod kan slippe ut. Det er denne typen som gir kvinner/jenter mest plager og som har betydning for fødselsforløpet.

På grunn av vanskelige politiske forhold har folkegrupper der man praktiserer kvinnelig omskjæring, flyttet til andre deler av verden. Det medfører at helsepersonell i økende grad møter omskårne. Det bor ca. 10 000 omskårne kvinner i Norge i dag, de fleste med grad 3-omskjæring. I forbindelse med regjeringens handlingsplan mot kjønnslemlestelse fra år 2000 ble det satt i gang

flere tiltak for å bedre helsetilbudet til omskårne. Hensikten med denne artikkelen er å beskrive medisinske komplikasjoner etter kvinnelig omskjæring og rette oppmerksomheten mot de behandlingstilbudene som finnes.

### Komplikasjoner

Fordi dette er et sensitivt tema, er det vanskelig å studere medisinske komplikasjoner etter omskjæring. Vi søkte i Medline og Science Citation Index fra 1966 til september 2004 for å finne relevant litteratur. I tillegg har vi brukt rapporter fra WHO og Statens helsetilsyn samt erfaringer fra klinisk praksis. Det var flest deskriptive pasientstudier, og studiene som inkluderte større materialer, var alle basert på pasientdata (3). Ut fra enkelte gode studier kan man slutte at det er en relativt sterk sammenheng mellom omskjæring og risikoen for å utvikle gynekologiske eller obstetriske komplikasjoner senere i livet. Risikoen øker med omskjæringens omfang (4, 5). I de fleste studiene er gynekologiske og obstetriske komplikasjoner brukt som samlebegreper. Dette gjør informasjonen om forekomsten av forskjellige komplikasjoner usikker. Kunnskapene om medisinske skadevirkninger av omskjæring begrenses derfor av få studier, mangel på populasjonsbaserte undersøkelser og lite spesifikk informasjon om de enkelte komplikasjonene. Langt tidsintervall mellom inngrepet og utvikling av komplikasjoner samt seleksjonsskjevhet og konfundering ut fra sosioøkonomiske forhold gjør det også vanskelig å avgjøre årsak-virkningsforhold.

### Akutte komplikasjoner

En studie fra Somalia viste at 39 % av infibulerte kvinner utviklet alvorlige, akutte komplikasjoner (6). Anslagsvis blir kun 20 % tilsett av kvalifisert medisinsk personale pga. utilgjengelighet, manglende kunnskap eller fordi prosedyren er illegal og gjøres i det skjulte. Selve omskjæringen og behandling av ev. komplikasjoner gjøres som regel av legfolk, og resultatet kan ofte bli svært dårlig (7).

Den vanligste akutte komplikasjonen er fryktelige smerter pga. manglende bedøvelse. Det kan også oppstå livstruende komplikasjoner. Massiv blødning fra a. dorsalis clitoridis eller pudendalis interna oppstod hos 15 % av 116 infibulerte kvinner som oppsøkte en spesialklinikk for omskårne

kvinner i London. Hos 12 % var det urinretensjon pga. hevelse i sårfeltet. Videre rapporterte 8 % at de utviklet sårinfeksjon med symptomer på septisk sjokk (8). Det finnes ingen tall for dødelighet i forbindelse med det primære inngrepet, men blødning med sjokkutvikling ble rapportert hos ca. 3 % av de radikalt omskårne i en eldre undersøkelse fra Khartoum i Sudan. Denne undersøkelsen inkluderte en sykehuspopulasjon av 4 034 kvinner, hovedsakelig med type 3-omskjæring (9). Det kan også oppstå skader på urinrør, blære, skjede, endetarm og Bartholinis kjertel. Brudd i kravebein, overarm eller lårbein kan inntreffe fordi jenta må holdes med makt mens inngrepet pågår (7). Det er hittil ikke rapportert akutte komplikasjoner etter omskjæring i Norge, men man antar at enkelte tilfeller av omskjæring er utført på feriereiser til opprinnelig hjemland eller annet land der dette kan gjøres.

### Senkomplikasjoner

En stor andel omskårne kvinner utvikler kroniske plager (tab 1). 86 % av de 116 infibulerte kvinnene som oppsøkte spesialklinikken for omskårne i London hadde kroniske fysiske plager, som menstruasjonsmerter (67 %), langvarig smertefull vannlating (58 %), seksuelle problemer eller vanskelig samleie (42 %) og gjentatte urinveisinfeksjoner (38 %) (8). I undersøkelsen fra Khartoum i Sudan var det et liknende komplikasjonsmønster (9). Manglende orgasme (80 %) var det hyppigste langtidspromblemet her. Tallene for anorgasme var noe lavere (61 %) i en studie fra

Ismailiyah, Egypt, der type 1- og type 2-omskjæring er mest utbredt (10).

### Fødselskomplikasjoner

Fødselskomplikasjoner er signifikant hyppigere hos omskårne enn hos ikke-omskårne og øker med inngrepets alvorlighetsgrad (4). Leger Uten Grenser rapporterte om alarmerende høye tall for møredødelighet ved et sykehus nordøst i Somalia (4 223 per 100 000 fødsler) (5). I en annen studie, der man analyserte mødres helsestatus i en provins i Sudan, fant man en møredødelighetsrate på 407 per 100 000 fødsler. Omskjæring var en betydelig risikofaktor, i tillegg til andre kjente risikofaktorer (11). Studier av kvinner fra Afrikas Horn som har reist til andre deler av verden (inkludert Skandinavia), viser signifikant økt risiko for fødselskomplikasjoner hos disse sammenliknet med bakgrunnspopulasjonen (12–14). For etniske somaliere i Norge var det økt risiko for keisersnitt, post partum-blødning, lav apgarskåre hos barnet og perinatale dødsfall (tab 2). Videre har somaliere i Sverige og Norge rundt tre ganger høyere perinatal dødelighet enn befolkningen ellers. Imidlertid er kausal sammenheng mellom genital status og uheldig fødselsutfall ikke sikkert påvist. Generelle helseforhold og suboptimal perinatal omsorg hos immigranter kan være av betydning her. Det er påvist at risikoen for perinatale dødsfall pga. mangelfull behandling er 6–18 ganger så stor hos immigranter fra Afrikas Horn bosatt i Sverige som hos svenske (15).

### Psykisk stress

Dokumentasjonen om psykologiske senfølger av kvinnelig omskjæring er sparsom. Det er imidlertid sterke indikasjoner for at omskjæring gir et psykisk traume som de berørte bærer med seg resten av livet. De ekstreme smertene og opplevelsene fra inngrepet kan reaktiveres senere i livet i situasjoner som minner om selve omskjæringen, f.eks. initiering av seksuell aktivitet, fødsel eller gynekologisk undersøkelse. I en intervjuundersøkelse uttrykte en somalisk informant, gravid med sitt første barn, følgende: «In my dreams my circumcision and my delivery are sort of mixed up. I am lying there pregnant, but only six years old as I was at my circumcision, and there are people around me with knives cutting me up everywhere. It is just awful» (14). Dette sitatet illustrer hvordan svangerskap kan trigge flashback fra selve omskjæringen.

### Behandling

På initiativ fra Sosial- og helsedirektoratet er det opprettet et behandlingstilbud til omskårne kvinner i Norge. For å ta hånd om henviste og gi råd om omskjæring og medisinske komplikasjoner er det utpekt en person ved kvinneklinikkene ved hvert regionsykehus. Disse danner et nettverk der siktemålet er å samle erfaring og bygge kompetanse slik at det finnes en base av ressurspersoner i hver helseregion. For å bedre tilgjengeligheten for behandling og sikre anonymiteten til de omskårne kvinnene er det åpnet for en liberal henvisningspraksis – de trenger ikke henvisning fra lege. Selv om terskelen for å kontakte helsevesenet kan være høy, øker andelen unge kvinner som ønsker åpnende operasjon i alle helseregioner. I løpet av 2004 ble totalt 60 pasienter behandlet ved disse poliklinikkene (fødende er ikke inkludert i dette estimatet). Alle kom fra Somalia, bortsett fra en fra Eritrea og en fra Tanzania. Aldersspredningen var 15–41 år. Alle kvinnene var grad 3-omskåret. Komplikasjonsmønsteret liknet det som er beskrevet fra spesialistpoliklinikken i London. Noen henvendte seg pga. forestående giftermål, andre før en fødsel fordi de fryktet at oppmerksomheten skulle rettes mot omskjæringen og ikke fødselen. Majoriteten kom pga. smertefull og langvarig vannlating eller problemer ved menstruasjon og samleie. Et åpnende inngrep kan lindre slike plager.

Inngrepet består i at det infibulerende seilet som dekker vaginalåpningen og urinrøret spaltes, hvorpå sårflatene sys sammen langs siden. Dersom det er mulig, åpnes også klistorisområdet. Dette kan være vanskelig pga. sammenvoksninger. De fleste fikk lokalbedøvelse. I et par tilfeller hvor kvinnene hadde tydelig angst for inngrepet, ble en lett narkose anvendt.

De fleste hadde bestemt seg på forhånd for et åpnende inngrep. Et mindretall ønsket

**Tabell 1** Senkomplikasjoner hos kvinner med type 3-omskjæring

Komplikasjoner	Prosent
Manglende orgasme (9)	83
Menstruasjonsmerter (8)	67
Langsom/smertefull vannlating (8)	58
Smerter ved samleie > 3 md. (8)	42
Residiverende urinveisinfeksjoner (8)	38
Bindevevsvulster i arret (8)	21
Kronisk bekkeninfeksjon (9)	13
Cyster pga. ødelagte kjertelutførsels ganger (8)	12
Barnløshet pga. infeksjon eller samleieproblemer (5, 8)	9
Ansamling av gammelt menstruasjonsblod i skjeden (8)	7

**Tabell 2** Fødselskomplikasjoner hos kvinner med type 3-omskjæring

Komplikasjon	Prosent
Vanskelig fosterovervåking pga. trang vaginalåpning (14)	100
Urinretensjon pga. problemer med kateterisering <sup>1</sup>	
Høy andel keisersnitt, totalt/hastekeisersnitt (13)	19/15 [12/8] <sup>2</sup>
Rifter/fisteldanninger som kan omfatte urinrør og endetarm <sup>1</sup>	
Apgarskåre < 7 ved 5 min (13)	3,7 [1,3] <sup>2</sup>
Dødfødsel (13)	1,4 [0,6] <sup>2</sup>
Møredød <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> Informasjon om forekomst mangler

<sup>2</sup> Etniske somaliere i Norge 1986–98, informasjon om bakgrunnspopulasjon i hakeparenteser

informasjon om fordeler og ulemper og ville tenke seg om først. Alle gravide ble åpnet i 2. trimester. Alle som ble operert, fikk anbefaling om grønnåpebad og resept på smertestillende midler. Ingen ønsket å komme tilbake til kontroll, men de fikk et telefonnummer de kunne ringe ved eventuelle problemer. Et sterkt ønske om å være «normal» var gjennomgående hos kvinnene som oppsøkte poliklinikkene.

### Perinatal omsorg

Graviditet kan inntreffe selv om kvinnen er tett infibulert. Dersom hun kommer fra et land der man praktiserer omskjæring, bør omskjæringsstatus kartlegges og noteres på helsekortet ved svangerskapskontroll. Anamnestic kan dette gjøres ved direkte spørsmål om hun er igjensydd eller lukket. Dette er ord de fleste forstår. Noen ganger er det nødvendig med tolk. Vaginal undersøkelse skal ikke gjennomføres rutinemessig hos tett infibulerte. Fra et medisinsk synspunkt er det best at kvinnen er åpnet for hun blir gravid, det nest beste at hun åpnes i svangerskapet. Åpning gjør seksuallivet enklere, dessuten blir det lettere å overvåke fødselen på en god måte. Åpne forhold kan også forebygge keisersnitt. Infibulerte kvinner bør tilbys henvisning til nærmeste fødeavdeling som kan gjøre dette. Det er viktig å legge en plan for fødselen om hvordan det åpnende inngrepet skal gjennomføres og for relevant smertelindring. Kvinnen skal også informeres om norsk lov, som forbyr igjensyding etter fødselen. De aller fleste vil se på dette som en fordel. En fødsel er også et relevant tidspunkt å ta opp spørsmålet om omskjæring av egne døtre. Her kan helsepersonell være en viktig støtte for kvinner under krysspress mellom egne og andre familiemedlemmers holdninger.

### Å lære av andres erfaring

I februar 2004 reiste sentrale personer i oppbyggingen av behandlingstilbudet for omskårne kvinner på studietur til London. Turen omfattet deltakelse på et kurs arrangert av Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Foredragsholderne hadde bred erfaring og forskjellig bakgrunn og belyste problemene kvinnelig omskjæring medisinsk, kulturelt og juridisk. En sentral del av turen var besøk på Guy's and St. Thomas's Hospital, et av sykehusene i London med egen klinikk for omskårne kvinner. Det var også lagt inn besøk i primærhelsetjenesten – en African Well Women's Clinic. Her ble deltakerne møtt av en somalisk gynekolog. Hun imponerte stort med sin fremstilling og hadde betydelig kunnskap om alle sider ved dette kompliserte emnet som deltakerne drog nytte av både medisinsk og sosiokulturelt.

Vi hadde alle engasjert oss i problemstillingen på forhånd og hadde fått en del erfa-

ring i samtale med og kirurgisk behandling av omskårne kvinner. På nytt fikk vi innblikk i hvor vanskelig kulturelt og hvor sårbart dette problemet er. Gjennomgang av de forskjellige typer av kvinnelig omskjæring aktualiserte problematikken rundt medikaliseringen av kvinnelig omskjæring (16). I den senere tid har man observert at flere har søkt lege eller jordmor for omskjæring, antakelig i et forsøk på å unngå komplikasjoner og redusere smerten. Man ser også en overgang fra mer alvorlige former til mildere. Det er en utvikling vi ikke skal støtte – det dreier seg fortsatt om genital mutilering, og også de «mildere former» kan medføre alvorlige komplikasjoner eller bli mer omfattende enn planlagt i utgangspunktet. Rent praktisk lærte vi at tidspunktet for åpning av omskårne kvinner varierer. Noen søker hjelp og ønsker å bli åpnet før de blir gravide, andre vil at det skal skje i forbindelse med fødselen. Fordi et åpnende inngrep kan reaktivere følelsene og smertene fra selve omskjæringen (2), vil mange vegre seg og vente til fødselen, slik tradisjonen er i hjemlandet.

Det kreves erfaring for å avgjøre hvor langt fortil man skal åpne. I forbindelse med fødsel bør man åpne til urinrørsåpningen er synlig. Hos en ikke-gravid kvinne kan man åpne mer, og i ca. 50 % av tilfellene ligger intakt klitoris gjemt under arvevet. En åpnende operasjon kan som regel gjøres i lokalbedøvelse. Dersom kvinnen viser tydelig tegn til angst for inngrepet, anvendes en lett narkose for å forebygge reaktivering av smertene og gjenopplevelse av det primære inngrepet.

Det er viktig at kvinner/unge jenter vet hvor de kan få hjelp hvis de ønsker det, og at det finnes helsepersonell som tar dem på alvor og oppfører seg profesjonelt. Behandlingstilbudet til denne pasientgruppen bør være på få hender, slik at man får erfaring. Teknisk er det åpnende inngrepet ikke vanskelig, men samtale før operasjonen og oppfølgingen etterpå er viktig og krever kulturell innsikt og kompetanse. I London har man opprettet egne klinikker, der man utfører det kirurgiske inngrepet og står for oppfølgingen etterpå. Mange møter ikke opp til etterkontroll, men kvinnene/jentene vet hvor de kan henvende seg hvis det oppstår komplikasjoner.

Erfaringene fra turen bekreftet at vi er på riktig vei når det gjelder å bygge opp et godt behandlingstilbud. Turen gav oss også viktige innspill i den videre utviklingen av behandlingsspekket for denne pasientgruppen i Norge. For på sikt å få slutt på omskjæring av kvinner må endringsviljen oppstå i de berørtes eget miljø. Vi har fortsatt mye å lære om hvordan omskårne kvinner skal møtes for at vi skal komme i en dialog som fører frem.

Manuskriptet ble godkjent 29.9. 2005.

### Litteratur

1. Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring. Oslo: 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. World Health Organisation. A systematic review of the health complications of female genital mutilation including sequelae in childbirth. Genève: WHO, 2000.
4. Jones H, Diop N, Askew I et al. Female genital cutting practices in Burkina Faso and Mali and their negative health outcomes. *Stud Fam Plan* 1999; 30: 219–30.
5. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi N et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 2005; 366: 385–91.
6. Ford N. Tackling female genital cutting in Somalia. *Lancet* 2001; 358: 1179.
7. Elchalal U, Ben-Ami B, Gillis R et al. Ritualistic female genital mutilation: current status and future outlook. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52: 643–51.
8. Momoh C, Ladhani S, Lochrie D et al. Female genital mutilation: analysis of the first twelve months of a Southeast London specialist clinic. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108: 186–91.
9. Shandall AA. Circumcision and infibulation of females. *Sudan Med J* 1967; 5: 178–212.
10. El-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF et al. Female genital mutilation and its psychosexual impact. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 465–73.
11. Campbell M, Abu-Sham Z. Sudan: situational analysis of maternal health in Bara district, North Kodofan. *World Health Stat Q* 1995; 48: 60–6.
12. De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 32: 233–40.
13. Vangen S, Stoltenberg C, Johansen E et al. Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 317–22.
14. Vangen S, Johansen REB, Sundby J et al. 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.
15. Essen B, Bodker B, Sjøberg NO et al. Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG* 2002; 109: 677–82.
16. Shell-Duncan B. The medicalisation of female «circumcision»: harm reduction or promotion of a dangerous practice? *Soc Sci Med* 2001; 52: 1013–28.