

Female Genital Mutilation/-Cutting

Uwe von Fritschen, Cornelia Strunz und Roland Scherer

- 10.1 Hintergrund und Epidemiologie – 118
- 10.2 Indikation zur Behandlung nach FGM – 119
- 10.3 Anatomie – 121
- 10.4 Operative Therapie – 121
- 10.5 Postoperative Maßnahmen – 125
- 10.6 Zusammenfassung – 125
- Literatur – 125

10.1 Hintergrund und Epidemiologie

Die genitale Beschneidung von Mädchen und Frauen ist ein komplexes kulturelles Thema, das auch medizinischem Personal in Deutschland noch vor kurzer Zeit weitgehend unbekannt war. Das für unseren Kulturkreis verstörende Ritual ist in der jeweiligen Gesellschaft fest verwurzelt und betrifft nach Angaben der WHO weltweit etwa 250 Mio. Frauen. In Deutschland leben etwa 50.000 Betroffene. Die Praxis ist besonders in Ost- und West-Afrika verbreitet, wird aber auch von anderen ethnischen Gruppen praktiziert, unter anderem in Ägypten, Syrien, Irak, Iran, Türkei, Indonesien, Malaysia und am Persischen Golf. Hierbei spielt die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe eine größere Bedeutung als das Land oder die Religion.

In diesem Zusammenhang ist es interessant zu bedenken, dass die genitale Beschneidung und Klitorektomie auch in Europa und den USA bis in die 1970er Jahre durchgeführt wurde, um Hysterie, Nervosität, Masturbation, Homosexualität und andere sogenannte weibliche Leiden zu behandeln, die als abnorm wahrgenommen wurden oder den Moralvorstellungen dieser Zeit widersprachen.

Die WHO definiert FGM/C als die partielle oder vollständige Entfernung der externen weiblichen Genitale ohne therapeutischen Hintergrund. Das Ausmaß der Beschneidung wird in vier verschiedene Grade unterteilt.

WHO-Definition der FGM/C

- Typ Ia – Partielle oder vollständige Resektion der Vorhaut (Sunna)
- Typ Ib – zusätzlich Resektion der Klitoris (Abb. 10.1)
- Typ IIa – Resektion der Labia minora
- Typ IIb – zusätzlich Resektion der Klitoris
- Typ IIc – zusätzlich teilweise oder vollständig Resektion der Labia majora (Abb. 10.2)
- Typ III – Einengung des Introitus vaginae (Infibulation) mit oder ohne Resektion der Klitoris (Pharaonische Beschneidung)
- Typ IIIa – Resektion und Verschluss der Labia minora
- Typ IIIb – Resektion und Verschluss der Labia majora (Abb. 10.3)
- Typ IV – alle anderen nicht medizinischen Prozeduren

Die Prozedur wird meist von traditionellen Beschneiderinnen mit Hilfe verschiedener scharfer Instrumente durchgeführt. Rasierklingen, Scherben, Scheren oder Messer, unsterile Kautelen ohne Anästhesie und antiseptische Behandlung. Zur Blutstillung werden u. a. Kräuter, Tierdung oder Asche verwendet. Häufig werden über Tage die Beine fixiert, um zusätzliche Kompression zu erzeugen. Die psychischen und medizinischen Folgen sind für die betroffenen Frauen gravierend. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 10 % an den direkten Folgen versterben und weitere 20 % an den sekundären Komplikationen.

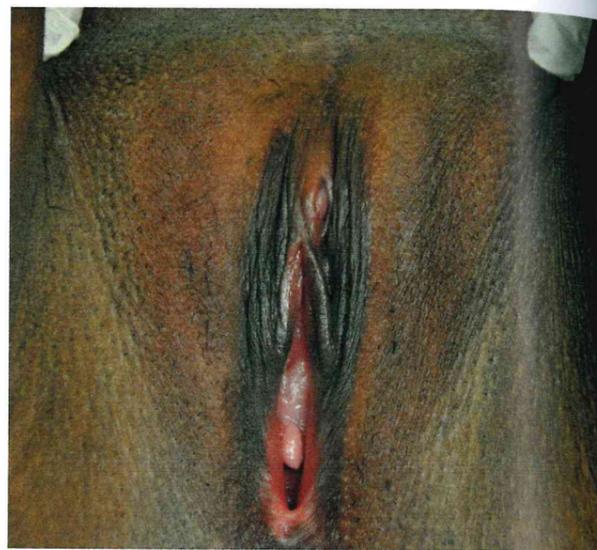


Abb. 10.1 Typ I – Resektion des Präputiums und partielle Resektion der Labia minora, aber Erhalt der Klitoris.

Das Alter der Kinder variiert geografisch und ethnisch von kurz nach der Geburt über Kinder- und Jugendalter bis zur Adoleszenz. Nicht selten wird nach einer Schwangerschaft eine erneute Infibulation durchgeführt.

Dass die Praxis weiterhin aufrechterhalten wird, obwohl inzwischen in vielen Ländern mit Aufklärungskampagnen und Gesetzen dagegen vorgegangen wird, zeigt wie elementar der Ritus verwurzelt ist. Er bedeutet nicht nur die meist feierliche Aufnahme der Mädchen in die Gemeinschaft, sondern ist auch Voraussetzung für Heirat und sozialen Status. Sich gegen ihn zu stellen oder durch eine Operation rückgängig zu machen, bedeutet sich offen gegen Anstand und Sitte zu stellen. Eine Isolation, die in Europa sozial problematisch wäre, ist in den Ursprungsländern existenziell.

Dieser sozio-kulturelle Hintergrund muss beachtet werden, wenn betroffene Frauen betreut werden sollen. Einwanderung oder Flucht in ein anderes Land bringt viele Schwierigkeiten mit sich, z. B. eine neue Sprache, Sitten, Sozialstruktur, Bürokratie und eben auch ein vollkommen unterschiedliches Wertesystem. Für viele Frauen ist die Beschneidung bisher unreflektierte Normalität und nicht negativ konnotiert gewesen. Im Gegenteil. Es gibt Berichte, dass sich Frauen als schöner, weiblicher, reiner empfinden. Nicht alle Frauen sehen die Beschneidung daher als Verstümmelung an und sehen sich erst durch die Reaktionen von medizinischem Personal in Deutschland ungerechtfertigt stigmatisiert.

Die Betreuung und Behandlung von Komplikationen nach FGM/C, egal ob psychisch, physisch oder sexuell, erfordert daher speziell ausgebildetes und sensibles Personal. Hierfür ist die Hilfe von entsprechend geschulten, kulturkompetenten Dolmetschern und Begleitern erforderlich, die nicht nur die sprachlichen Aspekte der Kommunikation vermitteln. Viele Frauen berichten uns, dass sie sich in Deutschland nur ungern in Behandlung begeben, da sie sich durch



Abb. 10.2 Typ II mit und ohne Resektion der Labia minora. Keine Infibulation, sondern Sekundärheilung der Exzisionswunde bis zum Meatus urethrae

unbedachte Äußerungen, Zurschaustellung von Befunden und Vorwürfe stigmatisiert fühlen. In ihrer Kultur handelt es sich um ein Tabu-Thema, das auch im engsten Familienkreis nicht thematisiert wird. Ebenso ist bereits die mit der Anamneseerhebung verbundene Erinnerung an die Prozedur für viele Frauen emotional schwer belastend. Eine geschützte Atmosphäre möglichst mit einer Beratung zunächst nur durch Frauen, ausreichend Zeit und einer sensiblen, kulturadaptierten Ansprache sind unerlässlich.

Hierbei ist ein besonderes Augenmerk auf den Schutz von noch nicht betroffenen Kindern und Jugendlichen zu richten. Viele Familien wissen nicht, dass diese Praxis in Deutschland einen Straftatbestand darstellt. Daher sollte man die Möglichkeit nutzen, hierauf und die möglichen Folgen hinzuweisen.

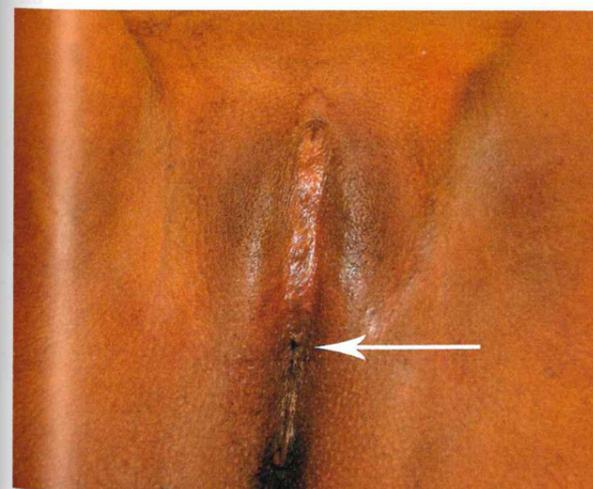


Abb. 10.3 Typ III – Einengung des Introitus vaginae (Infibulation) mit verbleibender minimaler Öffnung, der Pfeil markiert die verbliebene minimale Öffnung

Dies sollte möglichst nicht in dem ersten Gespräch erfolgen, sondern der Frau zunächst Gelegenheit gegeben werden, Vertrauen in die Betreuung zu entwickeln. Bei uns erfolgt dies im Rahmen der regelmäßigen Treffen der Selbsthilfegruppe. Zielführender als die Drohung mit möglichen strafrechtlichen Konsequenzen ist es, durch Aufklärung und Wertschätzung für das Wohl der Kinder zu überzeugen. Sowohl Frauen als auch begleitende Männer fühlen sich durch die Gespräche, die ihre bisherigen sozialen Grundsätze in Frage stellen, erheblich verstört. Ihre Landsleute und Eltern üben zum Teil erheblichen Druck aus, die heimischen Werte auch in Europa zu verfolgen. Hinzu kommt, dass Patientinnen, die sich in Behandlung begeben oder ihre Kinder schützen wollen, damit indirekt den Eltern einen Vorwurf machen. Das ist nach unserer Erfahrung ein ganz erhebliches innerfamiliäres Problem.

» Für mich und andere Mädchen, die Opfer von FGM sind, ist ein Arztbesuch eine Qual. Die erste Reaktion von Ärzten ist Schock und Fassungslosigkeit. Sie fragen, was geschehen ist, glauben, es handle sich um eine Verletzung oder einen Unfall. Jedes Mal, wenn ich einen neuen Arzt aufsuche, muss ich ihn über FGM informieren. Von anderen Mädchen weiß ich, dass sie Arztbesuche vermeiden, weil sie es als beschämend empfinden, die Sache jedes Mal wieder von neuem zu erklären.

Ifrah Ahmed, Ifrah Foundation, National FGM/C Eradication Program Somalia

10.2 Indikation zur Behandlung nach FGM

Nicht überall liegt ausreichendes Wissen und eine entsprechende Struktur zur Behandlung dieser komplexen Situation vor. Zumindest aber muss die Beschneidung und mögli-

cherweise bestehende Komplikationen erkannt werden. Die Patienten können dann informiert und an Stellen mit der entsprechenden fachlichen Kompetenz vermittelt werden.

Häufigste Problemen, die zur Vorstellung führen

- Angststörungen, psychische Probleme, Depression
- Rezidivierende/chronische Harnwegsinfekte, Miktionstörungen, Harnsteine
- Hämatokolpos, Menstruationsstörungen
- Dyspareunie, Infertilität
- Fisteln, Dermoidzysten, Keloide
- Sexuelle Probleme

Bei der Beratung ist es wichtig, zu beachten, warum sich die jeweilige Frau in Behandlung begeben hat (von Fritschen et al. 2018). Handelt es sich um eine Routineuntersuchung, bei der zufällig die Beschneidung diagnostiziert wird, erfolgt die Vorstellung im Rahmen einer geburtshilflichen Diagnostik, oder leidet die Patientin unter den Folgen des Eingriffs? Recht häufig sehen wir auch Frauen, die durch sexuelle Übergriffe, Zwangsverheiratung oder schwere Traumata im Zusammenhang mit ihrer Flucht eine alleinige Betrachtung der geschilderten Probleme nicht möglich machen.

Entsprechend unterschiedlich muss die Ansprache und Begleitung sein. Im ersten Fall erfolgt in respektvoller Weise die Erhebung des klinischen Befundes und Eruiierung möglicher Probleme. Eine Aufklärung über mögliche Folgen und falls erwünscht das Angebot für Hilfestellung bei hierfür spezialisierten Anlaufstellen genügen dann zunächst. Wichtig ist es an dieser Stelle, eine Gefahr für Kinder zu identifizieren.

Im zweiten Fall muss nicht nur zusätzlich über mögliche geburtshilfliche Probleme informiert, sondern auch besprochen werden, welche Optionen zur Verfügung stehen. Fragen der Geburtsbegleitung und Diagnostik, der möglichen Eröffnung einer Infibulation und ihr Zeitpunkt. Die Möglichkeit einer normalen Geburt bzw. der Wunsch oder die Notwendigkeit eines Kaiserschnittes sowie die Erwartung einer er-

neuten Vernähung nach der Geburt werden zu erklären sein. Der Partner hat bei diesen Fragen einen wesentlichen Einfluss und sollte einbezogen werden. Im letzten Fall sind wir mit einer komplexeren Situation konfrontiert. Fast alle Frauen, die sich bei uns vorstellen, äußern den Wunsch nach Wiederherstellung ihrer körperlichen Integrität und Würde.

An zweiter Stelle werden entweder eine Behebung von Problemen, meist durch eine Infibulation, oder eine Verbesserung des sexuellen Empfindens und des Aussehens genannt. Entsprechend hoch ist die Erwartung an den Eingriff. Um eine spätere Unzufriedenheit mit dem Operationserfolg zu vermeiden, ist es entscheidend, im Vorfeld diese Punkte sehr explizit zu klären. Zwar ist eine Funktionsverbesserung in der Regel zuverlässig zu erreichen, die Frauen projizieren jedoch zum Teil normale Probleme oder gänzlich andere Aspekte ihres Lebens auf die Beschneidung. Kommt es später zu keiner Besserung, sind sie enttäuscht. Auch der Wunsch nach einem „normalen“ Aussehen oder dem sexuellen Empfinden einer nicht beschnittenen Frau ist schwer zu fassen, zumal die Betroffenen in der überwiegenden Zahl keinerlei Vorstellung von der tatsächlichen Normalität und ihrer Variationsbreite haben. Die begleitende Beratung durch eine Sexualtherapeutin ist hier eine große Hilfe bei der Selektion geeigneter Kandidaten für eine operative Korrektur.

Nur etwa die Hälfte der Patientinnen, die sich in unserer Sprechstunde vorstellen, entscheidet sich nach der Beratung für eine Operation. Die übrigen sind mit der sexualtherapeutischen Begleitung und dem Austausch in der Selbsthilfegruppe besser betreut.

Am dankbarsten zu behandeln sind Patientinnen mit einer Infibulation, da sie praktisch immer einen Vorteil von dem Eingriff haben. Für die Defibulation gibt es in vielen Ländern einen Zugang im öffentlichen Gesundheitswesen. Das Prinzip besteht aus einer einfachen Längseröffnung der Narbe und Naht der Wundränder. Die physischen Beschwerden können hierdurch in aller Regel behandelt werden, wenn keine ausgedehnte Resektion der Labia majora erfolgt ist, die einen Gewebeersatz erforderlich macht. Natürlich werden durch diese Maßnahme lediglich die funktionellen Proble-

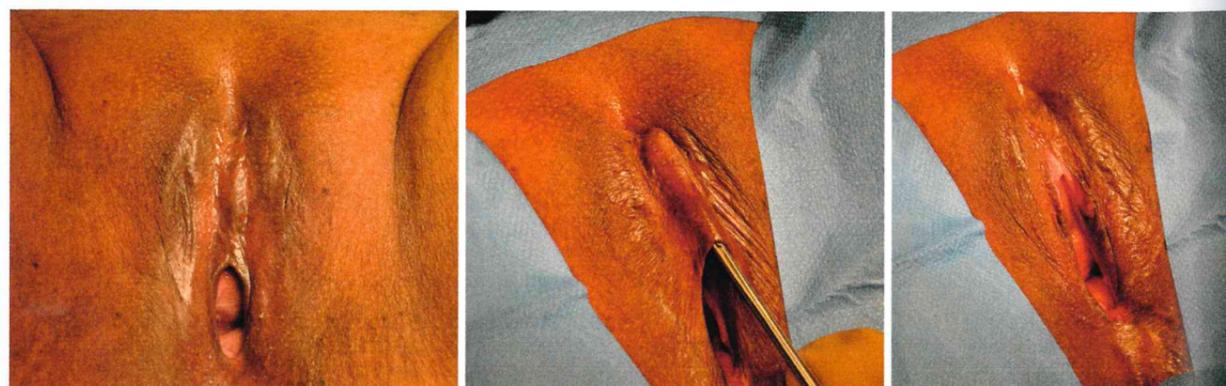


Abb. 10.4 Defibulation ohne weitere Rekonstruktion

me im Urogenitaltrakt behoben. Weder das Erscheinungsbild noch die Sensibilität werden beeinflusst (Abb. 10.4).

Eine spezielle Notwendigkeit besteht während der Schwangerschaft. Hierbei sind neben der Beseitigung von Geburtshindernissen auch die problemlose Durchführung schwangerschafts begleitender Untersuchungen zu beachten. Ist eine vaginale Untersuchung nicht möglich, kann die Defibulation in Lokalanästhesie im 2. Trimenon durchgeführt werden. Andernfalls ist dies auch im Rahmen der Geburt möglich, wenn eine natürliche Geburt angestrebt wird (Abdulcadir et al. 2016).

10.3 Anatomie

Die Verbesserung des sexuellen Empfindens wird in vielen Fällen gewünscht. Vor dem Hintergrund des oben Beschriebenen ist es wichtig, die Erwartungshaltung im Vorfeld detailliert zu eruieren und über die komplexen Zusammenhänge zu informieren. Letztlich kann immer nur ein verbliebenes Potenzial rekonstruiert werden. Es liegen Untersuchungen vor, die nahelegen, dass durch die Re-Elevation der Klitoris auch eine verbesserte Sensibilität in diesem Bereich erzielt werden kann (Abb. 10.5, 10.6).

10.4 Operative Therapie

10.4.1 Klitoridale Rekonstruktion

Im Rahmen der Beschneidung wird die Glans clitoridis reseziert. Bei der Verheilung führt dies zu einer Retraktion des verbliebenen Anteils nach dorsal und anschließender Ausbildung einer überdeckenden, teilweise zentimeterdicken Narbe. Beide Aspekte verschlechtern die Stimulierbarkeit (Abb. 10.7).

Ziel der Re-Elevation ist es, den Klitorisstumpf von seiner narbigen Ummantelung zu befreien und wieder zu exponieren. In einer Technik, die im Wesentlichen auf P. Foldès (2012) zurückgeht, wird der Narbenanteil oberhalb der Klitoris reseziert und der Stumpf dargestellt. Die Identifikation des proximalen Anteils der Klitoris ist besonders bei ausgedehnten Narben oder chronischen Infekten nicht immer einfach. Eine zu weit nach proximal geführte Resektion muss dennoch vermieden werden, um eine Einsenkung in diesem Bereich zu vermeiden. Ist die Spitze identifiziert, werden die Haltebänder durchtrennt und der Corpus clitoridis schrittweise mobilisiert, bis die gewünschte Projektion erreicht ist. Da im Verlauf immer eine gewisse Retraktion zu

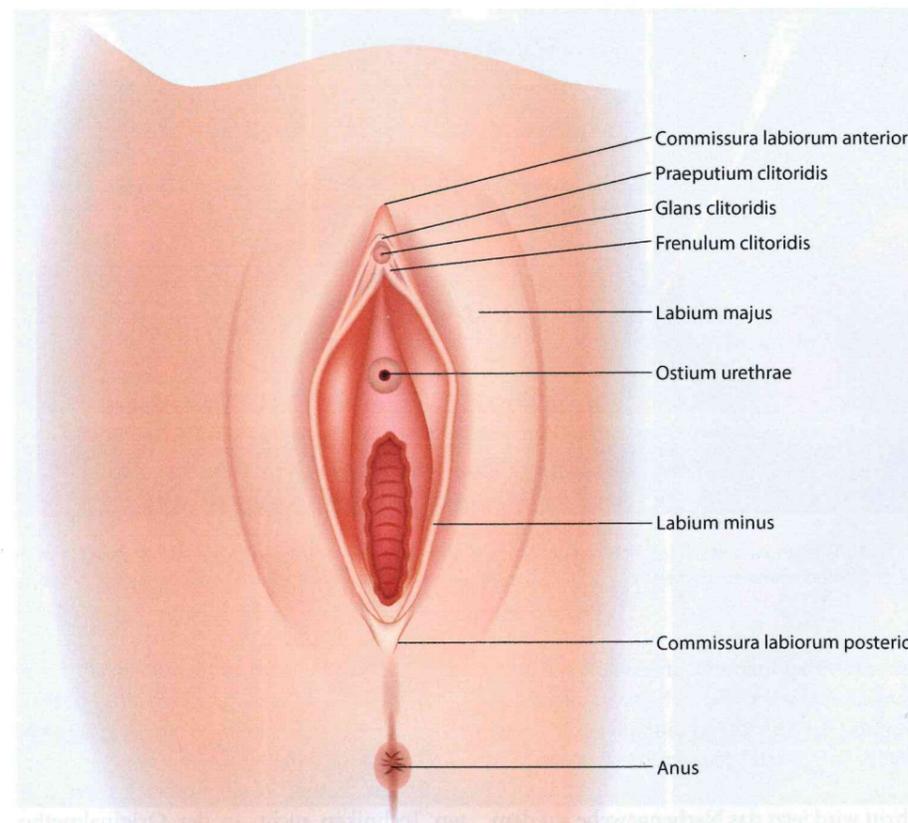


Abb. 10.5 Äußeres Genitale der Frau

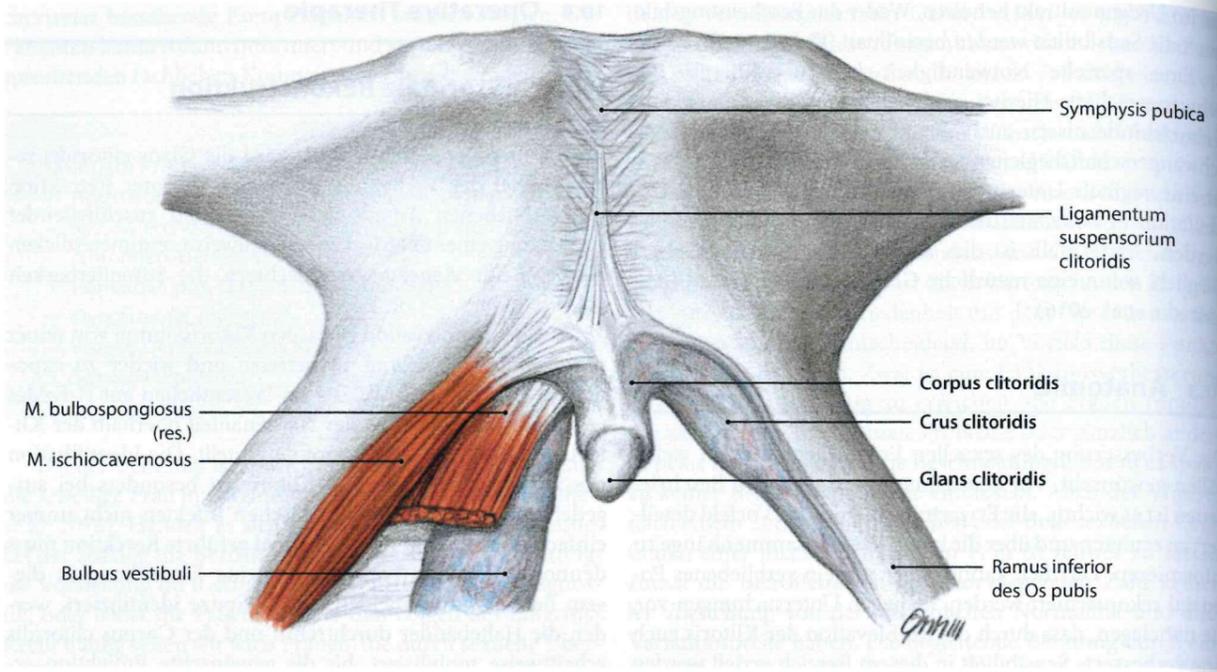


Abb. 10.6 Normale Anatomie und Aufhängung der Klitoris

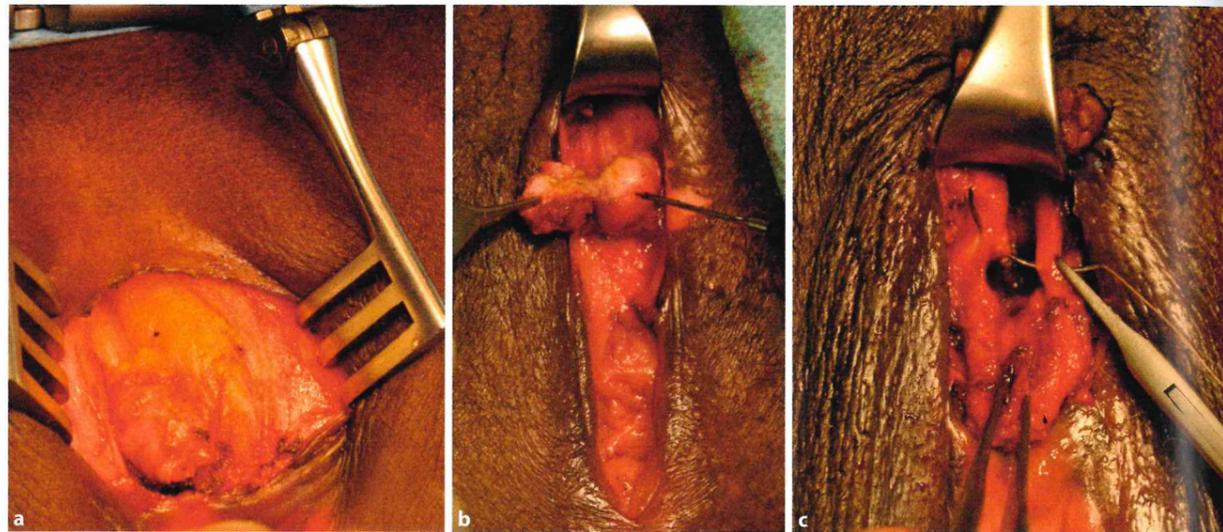


Abb. 10.7 Die narbige Auflagerung auf der Klitoris kann sehr zart, aber auch ausgedehnt sein (a). In jedem Fall muss sie vollständig reseziert werden (b). Es empfiehlt sich einen schmalen distalen Saum zu belassen, der später für die Fixierung an den readaptierten Haltebändern (c) verwendet wird

beobachten ist, muss eine völlig spannungsfreie, leichte Überkorrektur erzielt werden. Auf der anderen Seite ist allerdings streng auf eine Schonung der von lateral einlaufenden sensiblen Nerven zu achten. Im Zweifel müssen diese dargestellt werden.

Im nächsten Schritt wird jetzt das Narbengewebe auf dem Klitorisstumpf reseziert, bis die eigentliche Spitze zum Vorschein kommt. Sie ist an der etwas glänzenden und glatten Oberfläche gut zu erkennen. Im Anschluss erfolgt jetzt die Readaptation der Haltebänder nach medial durch resorbier-

bare Nähte. Mit dem letzten Stich wird die Projektion der Klitoris an den Haltebändern fixiert. Hierbei muss zur Schonung der Nerven auf eine streng sagittale Fixierung geachtet werden (Abb. 10.7).

Bis zu diesem Punkt unterscheiden sich die verwendeten Techniken nicht. In der Originalmethode erfolgt jetzt eine einstülpende Naht der proximal der Klitoris gelegenen Narbenanteile. Die ggf. vorhandenen lateralen Überschüsse werden nach VY verschlossen und zur Ausbildung von rudimentären Labia minora verwendet. Der Klitorisstumpf wird



Abb. 10.8 2 Wochen postoperativ. Die Epithelisation steht noch aus, gute Abdeckung durch die Labia majora bereits vor der regelhaft zu beobachtenden Reduzierung der erzielten Klitorisprojektion im Verlauf der Wundheilung

der Epithelisation überlassen, ein Prozess der ca. 6–8 Wochen dauert. Bei voluminösen Labia majora oder ausgedehnten Narben kann mit diesem Vorgehen ein zum Teil sehr unauffälliges Erscheinungsbild erzielt werden (Abb. 10.8).

Bei schlanken Patientinnen oder nur gering verbliebener seitlicher Abdeckung der exponierten Klitoris mutet die isolierte Projektion jedoch unnatürlich an. Ein Aspekt, den die Frauen unbedingt vermeiden wollen. Die Lösung dieses Pro-

blems ist nicht einfach und leider auch nicht vollständig zu standardisieren, da das Narbenbild individuell unterschiedlich ist. Bei einer starken Mitbeteiligung der Labia majora muss zusätzliches Gewebe eingebracht werden, um den Substanzdefekt zu kompensieren. In diesen, eher seltenen Fällen erbringt eine Insellappenplastik aus dem Leistenbereich gute Resultate (O'Dey et al. 2010). In aller Regel ist es aber ausreichend, das Präputium aus dem verbliebenen Hautanteilen zu rekonstruieren.

Bei der Eröffnung der Narbe muss zunächst darauf geachtet werden, dass eine spannungsfreie Deckung des Areals zwischen dem Meatus urethrae und der Basis der Klitoris ermöglicht wird. Eine zu starke Spannung kann Probleme beim Urinieren verursachen oder die Klitoris verlagern. In manchen Fällen ist unterhalb der Narbe ausreichend Gewebe bis zur späteren Position der Klitoris vorhanden. In den anderen Fällen kann das dorsale Blatt der Narbe erhalten bleiben, um es später als Umkipplappenplastik zu verwenden.

Bei der Planung der Rekonstruktion muss beachtet werden, dass der Klitorisstumpf verkürzt ist und durch die Elevation zusätzlich nach distal verlagert wird – die spätere Position daher etwa 2 cm unterhalb der anatomischen Lage ist. Etwa 1,5–2 cm dorsal der zu erwartenden Position wird ein zur Basis verbreitertes Läppchen markiert und erhalten. Die Präparation erfolgt streng subdermal, bis die Klitoris erreicht ist. Falls erforderlich wird das untere Blatt wie dargestellt erhalten, ansonsten verworfen (Abb. 10.9).

Dann schließt sich das Manöver zur Exposition des Klitorisstumpfes nach Foldès an. Um der nun verlängerten Strecke zwischen Symphyse und Klitoris ein natürliches Aussehen zu verleihen, muss das Präputium proximal flach mit einer nach distal zunehmenden Projektion geformt werden. Durch

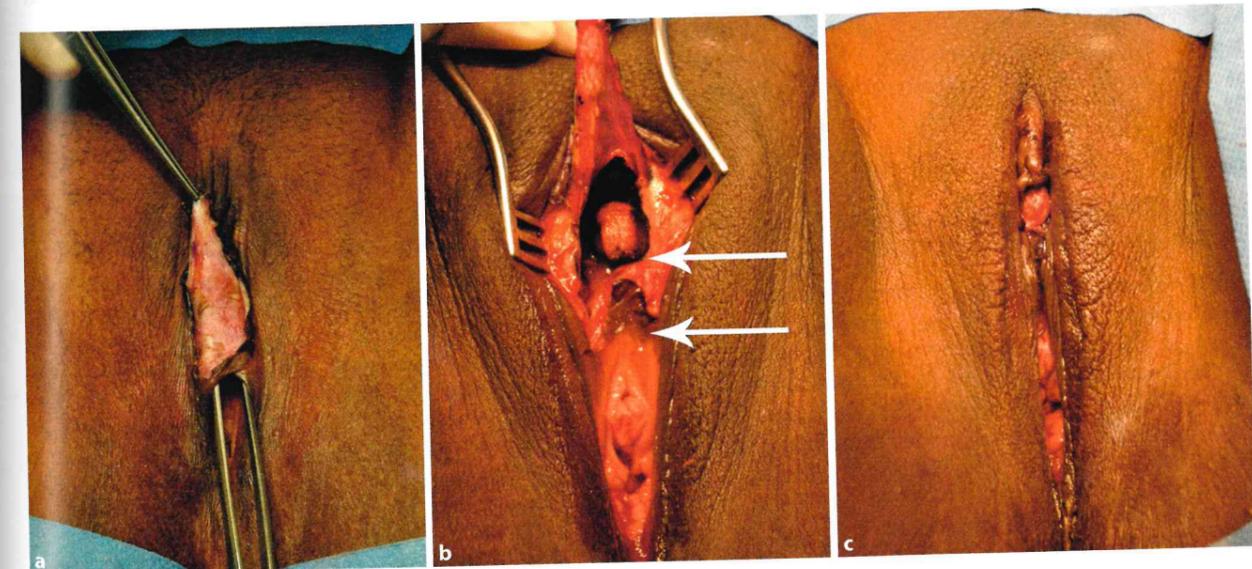


Abb. 10.9 Im Gegensatz zur Defibulation wird die Narbe zur Rekonstruktion verwendet. Das innere und äußere Blatt werden getrennt (a). Nach Präparation der Klitoris wird das innere Blatt nach proximal rotiert um die Distanz zwischen ehemaligem Umschlagpunkt und Klitoris spannungsfrei zu überbrücken (b). Schließlich wird das äußere Blatt nach

innen eingeschlagen und falls erforderlich mit einigen Nähten geformt (c). Die Pfeile markieren die Strecke, die jetzt zwischen Meatus urethrae und Unterrand der Klitoris durch das innere Blatt der Narbe überbrückt wird

die Adaptation der Haltebänder ist in aller Regel ein gewisser Hautüberschuss entstanden, der hierfür genutzt werden kann. Von proximal beginnend, wird der Hautmantel mit Durchstichnähten geformt. Eine längerstreckige Umkipplappenplastik mit dem Ziel, eine vollständige Übermantelung zu erzielen, ist in unseren Händen nur selten erfolgreich gewesen. Zielführender ist es, sich auf eine partielle Deckung, dafür mit deutlicher Projektion, zu entscheiden. Langfristig ergibt dies meist die besseren Resultate.

Der gebildete Lappenanteil wird mit resorbierbaren Nähten an der proximalen Basis der Klitoris fixiert. Durch die verbreiterte Basis des Lappendesigns kann eine ausreichende Breite der präputialen Öffnung sichergestellt werden.

Die Projektion und Breite der Klitoris entspricht nicht dem natürlichen Aussehen. Dies muss mit der Patientin im Vorfeld besprochen werden. Zum einen wird statt der kleinen Glans nun der wesentlich breitere Corpus exponiert, zum anderen muss anfänglich eine deutliche Überprojektion fixiert werden, um nach der Epithelisation noch eine sichtbare Erhöhung zu erzielen. Obwohl dies für die funktionelle Verbesserung offenbar keinen Unterschied bedeutet, reagieren die Frauen sehr unterschiedlich auf die neue Situation. Manchen erscheint anfänglich die neue Anatomie als wesentlich zu auffällig, andere sind enttäuscht, wenn nach der Schrumpfungphase die Projektion teilweise verloren geht. Eine engmaschige Nachbetreuung und entsprechende Aufklärung ist daher unerlässlich.

Sonderformen der Infibulation finden sich bei den Typ-IIIa-Beschneidungen, häufig bei Patientinnen aus Somalia. Hier wird das Präputium und Teile der kleinen Schamlippen entfernt und der Defekt verschlossen, imponiert also wie eine Typ-III-Beschneidung mit Infibulation. In der Tiefe ist die Klitoris jedoch vollständig erhalten. Häufig ist dies entweder mit einer Zystenbildung oder Fisteln verbunden. In diesen Fällen muss besonders sorgfältig präpariert werden, um die Strukturen zu erhalten. Das Vorgehen erfolgt nach Re-Exposition analog zu den geschilderten Schritten (Abb. 10.10).

10.4.2 OP-Technik bei Typ-II-Beschneidungen

Typ-II-Beschneidungen unterscheiden sich durch die fehlende Infibulation. Das Ausmaß der Verletzung ist ansonsten identisch. Da häufig eine verminderte Sensibilität geschildert wird, jedoch keine funktionelle Beschwerdesymptomatik vorliegt, muss die Aufklärung über das zu erzielende Resultat umfangreicher und die Indikationsstellung kritischer als bei Typ-III-Beschneidungen sein. Die Erwartungshaltung ist in aller Regel groß.



Abb. 10.10 Typ III – Nach Resektion von ausgedehnten Fisteln und einer überdeckenden Narbe findet sich die unverletzte Klitoris in einer zystischen Formation

Zudem ist problematisch, dass die überdachende Narbe bei der Ausformung eines Präputiums in geringerem Umfang, wenn überhaupt, zur Verfügung steht. Hier muss entschieden werden, ob eine Rekonstruktion des Präputiums sinnvoll ist. Eine Alternative stellt das Vorgehen nach Foldès dar, wenn die Patientin damit zufrieden ist, oder eine umfangreichere Rekonstruktion mit einer Obturatorlappenplastik oder einem Singapore Flap. Das operative Vorgehen ist ansonsten identisch.

10.4.3 OP-Technik bei Typ-I-Beschneidungen

Bei den Typ-I-Beschneidungen ist es häufig nicht einfach zu entscheiden, ob die Patientinnen von einem Eingriff profitieren und ob sie letztlich mit dem Resultat zufrieden sind. Ist die Klitoris reseziert entspricht das Vorgehen zur Elevation dem bisher geschilderten Verfahren. Bei den Typ-Ia-Resektionen stehen jedoch in aller Regel kosmetische und sehr hohe Erwartungen an die hierdurch zu erzielende Verbesserung des Sexuallebens und der Partnerschaft im Vordergrund. Diese Patientinnen profitieren besonders von einer sexualmedizinischen Beratung, mit der auch die Indikation für einen Eingriff abgestimmt wird. Die Gefahr für eine Unzufriedenheit ist hier am größten.

10.5 Postoperative Maßnahmen

Die Patientinnen werden angehalten, den Genitalbereich mehrfach täglich auszuduschen. Hierbei ist darauf zu achten, dass beim Abtrocknen keinerlei Zug auf die feinen Nähte gebracht wird – daher lediglich trocken tupfen. Wir beginnen mit diesem Procedere bereits am OP-Tag. Falls eine Schwellung vorliegt, kann gekühlt werden. Eine antiphlogistische Schmerzmedikation erfolgt je nach Bedarf.

Die Patientinnen werden nach dem Verbandswechsel am ersten postoperativen Tag entlassen und stellen sich nach einer Woche erneut vor, falls dies umzusetzen ist. Alkoholfreie Desinfektionsmittel für die ersten Tage sollten zur Verfügung gestellt oder rezeptiert werden. Nach vier Wochen kann eine Pflegecreme auf die meist noch etwas übersensible Klitoris gegeben werden. Geschlechtsverkehr sollte für 8 Wochen vermieden werden.

10.6 Zusammenfassung

Auch wenn es viele Frauen geben mag, die sich mit ihrer Beschneidung offenbar gut arrangiert haben, sind die Patientinnen, die sich bei uns vorstellen, zutiefst getroffen. Im Vordergrund steht neben funktionellen Problemen das Gefühl, unvollständig und unzulänglich zu sein – ein Verlust an Selbstwertgefühl und Sicherheit, der das gesamte Leben dominiert. Sie sind enorm dankbar für die Möglichkeit, aktiv

ihr Schicksal zu gestalten und selbstbestimmt zu korrigieren, was ihnen gewaltsam genommen wurde. Die Erwartungen an den Eingriff sind sehr hoch. Zudem müssen fast alle einen schwierigen Ausgleich zwischen sozialen Erwartungen ihres Umfeldes und den eigenen Ansprüchen finden. Eine gewissenhafte Selektion von Patientinnen mit einer umfassenden Aufklärung über das zu erzielende Resultat ist daher unabdingbar, um das in uns gesetzte Vertrauen nicht zu enttäuschen. Zur Therapie dieser komplexen Zusammenhänge ist ein multidisziplinäres Team mit niedrigschwelligem Angebot erforderlich. Eine zusätzliche Ausbildung von allen an der Behandlung Beteiligten und eine kulturadaptierte Übersetzerin sind ebenso unerlässlich wie ein empathisches professionelles Umfeld. Bei richtiger Indikation ist der Eingriff jedoch mit einer hohen Zufriedenheit verbunden.

Literatur

- Abdulcadir J, Dugerdil A, Yaron M, Irion O, Boulvain M (2016) Obstetric care of women with female genital mutilation attending a specialized clinic in a tertiary center. *Int J Gynaecol Obstet* 132:174–178
- Foldès P, Cuzin B, Andro A (2012) Reconstructive Surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet* 380:134–141
- von Fritschen U, Strunz C, Scherer R (Hrsg) (2018) *Female Genital Mutilation – Medizinische Beratung und Therapie genitalverstümmelter Mädchen und Frauen*. DeGruyter
- O'Dey DM, Bozkurt A, Pallua N (2010) The anterior Obturator Artery Perforator (aOPP) flap: Surgical anatomy and application of a method for vulvar reconstruction. *Gynecol Oncol* 119:526–530