

Kvinnlig könsstympning - kirurgiska åtgärder - KKHS

Hitta i dokumentet

[Inledning och remissvägar](#)

[Definition](#)

[Öppningsoperation \(defibulering\)](#)

[Planering inför operation](#)

[Tidpunkt](#)

[Kirurgisk teknik](#)

[Uppföljning](#)

[Konsultation efter ingrepp](#)

[Information](#)

[ICD-10](#)

[Referenser](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Inledning och remissvägar

Kirurgiska åtgärder på grund av problem efter kvinnlig könsstympning utgörs framför allt av öppningsoperation eller borttagande av talgcystor kring klitoris.

Remisser eller egenremisser, om dessa problem, kan ställas till vulvamottagning på Kvinnokliniken Hallands sjukhus Varberg eller Halmstad, som både har läkare med erfarenhet av dessa ingrepp och team för bedömning och vid behov stöd för den sexuella funktionen.

Vid graviditet är det viktigt att i remissen ange graviditetens längd.

För mer information om olika faktorer att beakta hänvisas till Socialstyrelsens kunskapsstöd om kvinnlig könsstympning.

[Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete \(socialstyrelsen.se\)](#)

[Hälso- och sjukvård - Könsstympning.se \(hedersförtryck.se\)](#)

Definition

WHOs klassificering av kvinnlig könsstympning:

Typ 1. Borttagande av klitoris förhud och/eller del av eller hela klitoris.

Typ 2. Partiellt eller totalt borttagande av klitoris samt labia minora, med eller utan borttagande av labia majora.

Typ 3. Tillslutning/försnävning av vaginalöppningen genom borttagande och hopfästande av labia minora och/eller labia majora, med eller utan borttagande av klitoris (infibulation).

Typ 4. Oklassificerad stympning. Andra skadliga ingrepp, innefattar alla andra ingrepp på de kvinnliga könsdelarna, exempelvis prickning, snittning, skrapning, brännande med flera.

Öppningsoperation (defibulering)

Rekommenderas kvinnor som har genomgått könsstympling typ III.

- När medicinsk indicerad gynekologisk undersökning är ej möjligt
- Kvinnans önskan
- Önskat penetrationssamlag ej möjligt
- Svårigheter för urinen eller mensblodet att passera öppningen
- Under graviditet för att möjliggöra adekvat obstetrisk vård
- Under förlossningen där vaginalundersökning och fosterövervakning försvåras
- För att ta cellprov (dysplasi möjligt även utan har haft penetrationssamlag)

Planering inför operation

- Ta reda på kvinnans egna önskemål och förväntningar
- Informera om hur ingreppet går till. En vanlig missuppfattning är att kvinnan tror att hon kommer bli ”alldeles” för vid i slidöppningen eller få ett exponerat underliv. Om patienten accepterar ta hjälp av spegel eller ritningar i samband med undersökningen
- Begreppet ”öppning” kan uppfattas negativt av en del kvinnor eftersom det skapar en bild av exponerat underliv
- Informerar att menstruations- och urinflöde kommer att förändras
- Informerar vad flytningar är. Infibulerade är vana vid ett ”torrt” underliv

Tidpunkt

Öppningsoperation kan ske som icke-gravid, under graviditet och förlossning.

Redan tidigt under graviditeten är det viktigt att kunna ge kvinnan adekvat information. Under andra trimestern är risken för blödning vid ingreppet liten och det finns gott om tid för hud och slemhinnor att läka före förlossningen. Det är bra om operationen genomförs först när den största missfallsrisken är över, det vill säga från graviditetsvecka 14. Inte på grund av att risken för missfall ökar, men för att undanröja att en misstanke om ett samband uppstår. När indikationen för en öppningsoperation är att säkerställa en säker förlossning kan den med fördel genomföras i vecka 20-24, vilket överensstämmer med riktlinjer i andra länder. Med tanke på sårsläkning på 4-6 veckor är det en fördel att inte lägga operationen för nära förlossningen.

Kirurgisk teknik

Bedövning: Planerade ingrepp utförs hos *icke-gravida* under narkos. Lokalbedövning bör inte vara förstahandsmetoden då det både kan förstärka traumat från könsstymplingstillfället samt försvårar utförandet av själva ingreppet. Däremot kan lokalbedövning med t.ex. Marcain® adrenalin 5 mg/ml tilläggas för att minska perioperativ blödning och postoperativ smärta. *Under graviditeten* vid planerade ingrepp används med fördel spinalanestesi. Defibulering *under förlossningen* sker under lokalbedövning.

Ingrepp: Öppningen kan göras med kniv, diatermi eller sax och utförs i medellinjen. Man ska öppna förbi uretramynningen så att den blir synlig men inte högre upp än så utifrån risk att komma nära och skada klitoris. En peang eller fingrar bör föras in under ärret vid incisionen för att skydda underliggande vävnader (klitoris och uretra). Suturering sker med tunt resorberbart

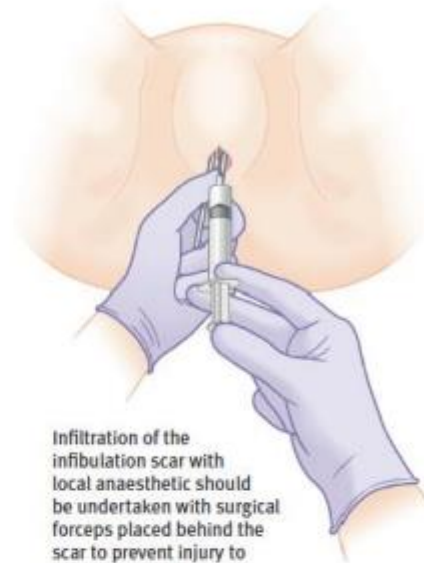
material. En enstaka sutur kan behöva sättas i översta delen av incisionen. Uretra ska inte täckas av hårt åtsittande vävnad utan vara fri. Därefter sutureras sårkanterna, lateralt åt sidorna, var för sig med enstaka eller fortlöpande suturer, lämpligen med Monocryl 4-0. Viktigt att våga sy tillräckligt annars finns risk för obehag eller skavning. Defibulering i samband med förlossningen kan behöva göras tidigt under förlossningen för att säkerställa en adekvat obstetrisk övervakning, med samtidig suturering. Oro för blödning i samband med klipp är oftast obefogad. Vid normalt förlopp kan defibulering utföras när huvudet har trängt ner. Suturering av sårkanter görs då med fördel efter barnets framfödande. Överväg kateterisering för att underlätta anatomiska förhållanden. Reinfibulering är ett lagbrott, vilket kvinnan/paret ska informeras om.

Sårläkningen tar 4-6 veckor och kvinnan bör informeras om att undvika penetrerande samlag under den tiden.

1) Type 3 FGM (infibulation)



2) Infiltration of midline scar with local anaesthetic



Infiltration of the infibulation scar with local anaesthetic should be undertaken with surgical forceps placed behind the scar to prevent injury to underlying tissues.

3) Incision of midline scar



The incision should be made either with scissors or a knife and extended anteriorly until the external urethral meatus is visible.

4) Suturing of cut edges with absorbable suture



The cut edges may be oversewn with a fine absorbable suture and a paraffin gauze dressing applied.

Uppföljning

- Funktioner kring blåstömning, urinstrålen och kontinens
- Funktioner relaterat till sex och samliv
- Fråga om smärta, skav- och obehagskänsla

Oftast bra med ett planerat återbesök till operatören.

Konsultation efter ingrepp

Vid behov erbjuds kontakt med sexolog och kurator för att träna den funktion som finns. Vid komplicerade fall skickas remiss till Vulvamottagningen i Göteborg/Angered eller till Amelmottagningen/Södersjukhuset Stockholm.

Information

Alla som arbetar inom sjukvården har en skyldighet att göra en anmälan till Socialtjänsten vid misstanke om att en flicka under 18 år riskerar att utsättas för könsstympning eller om vårdgivaren upptäcker att en flicka som är bosatt i Sverige könsstympas i eller utanför Sveriges gränser.

ICD-10

- Vård av blivande moder för abnormitet i vulva och perineum i form av tidigare könsstympning O34.7A
- Kvinnlig könsstympning i den egna sjukhistorien Z91.7
- Defibulering TLF00

Referenser

[Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete \(socialstyrelsen.se\)](#)

WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation, 2016

[9789241549646_eng.pdf;jsessionid=3865AED38747224DEA3B69532080D8EA \(who.int\)](#)

[Behandling efter könsstympning - Kunskapsguiden](#)

[Könsstympning, öppningsoperation \(defibulering\) efter kvinnlig könsstympning typ III \(vgregion.se\)](#)

[Kvinnlig könsstympning \(nll.se\)](#)

Uppdaterat från föregående version

2023-09-18: Lagt till länken Hälso- och sjukvård - Könsstympning.se (hedersförtryck.se).

2022-10-25: Ny vårdriktlinje.