



Operative Versorgung von Frauen mit Zustand nach FGM -

Gemeinsamkeiten und Unterschiede des Vorgehens von

PD Dr. Dan mon O'Dey, Zentrum für Rekonstruktive Chirurgie
weiblicher Geschlechtsmerkmale, Luisenhospital, Aachen
und

Dr. Pierre Foldès, Urologe, Institut en santé génésique, Saint Germain en Laye bei Paris

1. Mögliche Indikationen

Gegenstand dieser Betrachtung sind Frauen mit Zustand nach FGM Typ I, II und III. Typ IV kann hier weitgehend unberücksichtigt bleiben. Zunächst soll Bedarf und Angebot in Deutschland evaluiert werden, ohne die europäischen Nachbarn und die Prävalenzländer ganz außer Acht zu lassen. Vor allem gibt es zwei Gruppen potenzieller Patientinnen: Betroffene Frauen, die z.T. bereits viele Jahre in Deutschland leben und im Allgemeinen hier gesetzlich oder privat krankenversichert sind. Ferner Frauen, die als Flüchtlinge kürzlich nach Deutschland gekommen sind und manchmal noch keinen Asylstatus oder Aufenthalt besitzen oder diesen vor einiger Zeit erhalten haben. Diese Frauen haben meist nur einen Notfall-Krankenschutz.

Die gewollt zunehmende Information über therapeutische Versorgungsmöglichkeiten wird künftig zu einer steigenden Anzahl von Patientinnen führen. Dabei ist eine sachkundige, transkulturell kompetente, vorherige Beratung und Indikationsfeststellung von erheblicher Wichtigkeit. Infolge der zu beobachtenden großen Variationsbreite führt nicht jeder Zustand nach FGM zu einer Operationsindikation. In einigen Fällen würde eine solche Operation womöglich zu einer Verschlechterung führen, wobei die grundsätzliche, körperliche und psychische Belastung eines Eingriffes mit berücksichtigt werden muss.

Die häufigste Indikation für eine operative Wiederherstellung ist die Clitoridektomie, die in einem sehr hohen Prozentsatz bei den Typen I und II vorliegt. Die Indikation zu einer Labienrekonstruktion stellt sich wesentlich seltener, da sie per Definition „nur“ bei Typ II (und häufig auch bei Typ III) in Frage kommt, und in diesen Fällen außerdem nur in einem begrenzten Prozentsatz (von deutlich unter 50%). Grund dafür ist das Erfordernis, die große mehrstündige Operation als Belastung einerseits abzuwägen gegen den tatsächlichen Vorteil, der sich durch das Operationsresultat ergeben könnte. In einigen Fällen liegt jedoch eine derart ausgedehnte Beschneidung vor, ggfs. noch mit komplizierenden Folgedformationen, dass die Kombination einer Clitoris-Remobilisierung mit einer Labienrekonstruktion erforderlich ist. Weitere, in Deutschland nur selten zu sehende Komplikationen sind Vaginalfisteln und/oder andere Defekte bzw. Vernarbungen im Umkreis von Vulva und Anus. (Die von solchen Weiterungen betroffenen Frauen haben kaum je eine Chance, bis nach Deutschland zu kommen.) Solche komplizierten Befunde bedürften selbstverständlich einer baldmöglichen, umfassenden und spezialisierten operativen Versorgung.

2. Fazit: Operationsbedarf möglich bezüglich
a Clitoris

- b Labien
- c beide Organe
- d andere Folge-Komplikationen (z.B. Vaginalfisteln, perineale Defekte etc.)
- e Kombinationen von a, b, d

3. Vorbemerkung zur Clitoris-Operation

Die Clitoris ist ein Schwellkörperorgan wie der Penis beim Mann, beide entwickeln sich aus derselben, zunächst indifferenten embryonalen Geschlechtsanlage heraus. Die Länge der Clitoris kann individuell variieren, durchschnittlich mißt sie 4-6 cm (insgesamt ist sie über 10 cm lang, wenn die cranial abbiegenden Schenkel mitgerechnet werden). Davon wölbt sich der vordere/untere Teil 1-2 cm sichtbar vor, der übrige Anteil setzt sich als tastbarer Wulst in Mittellinie unter der Haut des Schamhügels nach oben (cranial) hin fort. Der untere Pol endet als rundlicher, jeweils verschieden großer, glatter Wulst („glans clitoridis“) und wird von einer Vorhaut („praeputium“) weitgehend überdeckt. Bei Ausübung der FGM wird unterschiedlich radikal der sichtbare Teil der Clitoris (oder Teile davon, wie z.B. „nur“ die Clitorisspitze und/oder die Vorhaut oder Teile davon) abgeschnitten. In manchen Fällen geschieht dies derart radikal, dass ca. 2-3 cm der Clitoris völlig verschwunden sind, nur eine glatte Narbe übrig bleibt und erst weiter cranial die Rest-Clitoris mehr oder weniger tastbar, jedoch nicht sichtbar, vorhanden ist. Die Clitoris ist sehr reich von sensiblen Nerven durchzogen, am ehesten vergleichbar mit der Empfindungsfähigkeit der Zeigefingerkuppe. Sie ist ferner mit bindegewebigen Zügen am darunterliegenden Schambein befestigt und insgesamt von einem reichlichen Blutgefäß- und Nervengeflecht sowie von Lymphbahnen umgeben. Dies alles zusammen verleiht der Clitoris ihre besondere Funktion. Der abgeschnittene Teil der Clitoris kann selbstverständlich nicht „wieder hergestellt“ werden, auch darin vergleichbar mit dem Verlust der Zeigefingerkuppe. Aber die Rest-Clitoris kann von manchmal vorhandenen, z.T. derben, wulstigen Narbenschichten über dem Clitorisstumpf befreit und in jedem Fall soweit freigelegt und an die Hautoberfläche gebracht werden, dass die Schnittfläche offen zu liegen kommt und damit eine manchmal nahezu vollständige Sensibilität wieder hergestellt wird. Dies gelingt dadurch, dass bei der Operation der Clitorisstumpf nicht erneut mit Haut überdeckt wird, sondern offen bleibt, sodass in den folgenden Tagen und Wochen sich nur eine feine, einlagige Zellschicht von den Rändern her über dieser ganzen Fläche ausbreitet.

4. Operation nach Foldès

Seit der Urologe Dr. Foldès vor ca. 30 Jahren in Burkina Faso mit von FGM betroffenen Frauen konfrontiert wurde, hat er sich der Versorgung dieser Frauen durch Clitoris-Operation gewidmet. Er führt diese von ihm entwickelte Methode seitdem in seiner Klinik in Saint Germain en Laye, ein westlicher Vorort von Paris, durch.

Dr. Foldès operiert ausschließlich die Clitoris. Er nimmt für sich in Anspruch, die „Clitoris-Rekonstruktion“ in durchschnittlich 20 Minuten vollenden zu können. Soweit aus seinen wenigen Publikationen ersichtlich, entfernt er zunächst die Narbenhaut über dem Stumpf und trennt dann die Rest-Clitoris soweit aus ihrer Verankerung heraus, dass der Stumpf in das Hautniveau angehoben werden kann. Dort wird er dann eingenäht, um ihn in dieser Position zu fixieren. Bei einer Video-Vorführung anlässlich eines Symposium-Vortrages über seine Methode in Düsseldorf konnte man sehen, dass Dr. Foldès bei der Operation ein elektrisches Messer (Elektrokauter) zur Freilegung der Clitoris verwendet, was er auf Anfrage bestätigte. Eine Mikroskopbrille verwendet er nicht.

Dieser sogenannte Elektrokauter ist ein probates Instrument, um beim Durchschneiden von Gewebe rascher voranzukommen, da es auch sogleich die meisten Blutungen mit verschließt durch Hitzeeinwirkung. Diese zerstört aber notwendigerweise einige Millimeter des angrenzenden Gewebes, sodass es hier zu Gewebeerfall und Narbenbildung kommt. Das ist für viele Körperstellen tolerabel und praktisch. Wo es aber um Feinheiten von feinsten Blutgefäß- und Nervenendigungen geht (wie z.B. im Falle der Klitoris), ist der Kauter ein sehr grobes Instrument, welches eine subtile Freilegung des Organs unter weitestgehender Schonung der Blut- und Nervenversorgung (was bei der Klitoris ja sehr wichtig wäre) praktisch unmöglich macht.

5. Operation(en) nach O´Dey

a) Clitoris-Rekonstruktion: Der Plastische Chirurg PD Dr. O´Dey hat eine spezielle Schnitfführung der Haut über dem Clitorisstumpf entwickelt (OD-flap), die so angelegt ist, dass hierdurch am Ende der OP eine den normalen Verhältnissen nahekommende Hautüberdachung des freigelegten Clitorisstumpfes geformt werden kann, sozusagen eine Präputium-Rekonstruktion. Sodann können ggfs. vorhandene Narbenwülste oder Knoten entfernt werden. Nun wird, ähnlich wie bei Foldès, die Clitoris soweit wie nötig freigelegt, allerdings nicht mit Elektrokauter, sondern scharf mit Hilfe einer Mikroskopbrille und feinem Instrumentarium. Dabei werden die feinen Blutgefäße und Nervenäste weitestgehend geschont. Nach Lösen der bindegewebigen Verankerungen der Clitoris wird auch bei O´Dey der Clitorisstumpf an die Hautoberfläche gehoben, geformt, neu verankert und dann der anfangs gelegte Schnitt so vernäht, dass eine Präputium-ähnliche Überdachung der freigelegten Clitoris resultiert. Dieses Vorgehen erfordert meistens eine OP-Dauer von etwa ein bis eineinhalb Stunden.

b) Labien-Rekonstruktion: Die Technik zu dieser Operation (aOAP-flap) ist von PD Dr. O´Dey in jahrelanger Forschung eigenständig neu entwickelt worden, zunächst, um Patientinnen nach radikaler Vulvektomie (Vulva-Entfernung wegen Vulva-Carcinom, VIN oder Lichen) helfen zu können. Diese Technik war Gegenstand seiner Habilitationsarbeit. Er fand die für eine Neuformung der Vulva (große und kleine Schamlippen) und des Scheideneingangs (Introitus vaginae) am besten geeignete Haut-Spenderstelle in der Falte zwischen den großen Schamlippen und der Oberschenkelinnenseite. Er identifizierte die Grenzen des zu entnehmenden Hautareals, welches von jeweils einem Blutgefäß- und Nervenstrang versorgt wird (ähnlich dem Bild einer Schirmakazie, wobei die Baumkrone der netzartigen Verästelung unter der Haut entspräche). Dieser vollständig von Blut und Nerven versorgte Hautlappen wird inselartig freigelegt und, nach entsprechender Vorbereitung der Empfängerstelle, durch Untertunnelung an den neuen Ort verlagert und so eingenäht, dass ein weitgehend den natürlichen Verhältnissen entsprechendes Vulvabild resultiert. Zugleich sind diese rekonstruierten Labien vollständig empfindungsfähig. Das Entnahmegebiet wird derart mit feinen Nähten verschlossen, dass die natürlich bestehende Einziehung wiederhergestellt wird. Da es sich in einer bereits bestehenden Hautfalte befindet, fällt die Narbe kaum auf und es entstehen keine Hautspannungen. Die verpflanzte Haut hat zudem ein großes und damit natürliches Dehnungspotential. Diese Labien-/Vulvarekonstruktion ist eine aufwendige, mehrstündige Operation (dreieinhalb bis fünf Stunden).

Werden beide Operationen (Clitoris- und Labien-/Vulvarekonstruktion) in selber Sitzung durchgeführt, addieren sich die jeweiligen OP-Zeiten entsprechend.

6. Angebot des Desert Flower Centers (DFC) im Krhs. Waldfriede, Berlin-Zehlendorf

Im September 2013 wurde im Krankenhaus Waldfriede in Berlin mit großem medialen Echo und mit Unterstützung der Desert-Flower-Foundation („Kooperationskrankenhaus“) des bekannten Models und Anti-FGM-Aktivistin Waris Dirie ein Zentrum zur Behandlung von Frauen mit FGM eröffnet. Ihnen soll dort medizinische und psychosoziale Hilfe und Unterstützung angeboten werden.

In einem als „ganzheitliches Konzept“ beschriebenen Leistungsspektrum werden Komplikationen nach FGM wie Vernarbungen, Vaginalfisteln, Sphincter(=Schließmuskel)defekte, Harn- und Stuhlinkontinenz durch spezialisierte Chirurgen der Darm- und Beckenbodenchirurgie versorgt. Ergänzend stehen Seelsorger und ein Sozialdienst bereit, Psychologen und Selbsthilfegruppen wurden angekündigt. Unter dem Stichwort Plastische Wiederherstellungschirurgie wird auch die Rekonstruktion der Klitoris und des äußeren Genitales angeboten. Das DFC wird geleitet vom Chefarzt des "Zentrums für Darm- und Beckenbodenchirurgie", dem Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Professor für Koloproktologie Dr. Roland Scherer. Er hatte sich bis dato nach eigener Aussage nur wenig mit FGM beschäftigt. In die Aufgaben des DFC einarbeiten soll sich die Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie, Oberärztin Dr. Cornelia Strunz als Koordinatorin, sowie weitere Kollegen der Abteilung von Prof. Scherer.

Das Angebot der Clitoris-„Rekonstruktion“ stützt sich im Wesentlichen auf die initiale Zusammenarbeit mit Dr. Foldès aus Paris. Er flog in den ersten Monaten einmal monatlich nach Berlin, um dann ggfs. Patientinnen zu operieren. Hierdurch sollte schrittweise seine Operationstechnik von

den Berliner Kollegen übernommen werden. Bis Januar 2014 waren 7 Patientinnen von Foldès in Berlin operiert worden, bis Mai 2014 ist die Anzahl auf 15 gestiegen. Für den Fall einer plastischen Rekonstruktionsnotwendigkeit der Labien stünde die Zusammenarbeit mit dem (benachbarten) Plastischen Chirurgen Dr. Uwe von Fritschen, Behring-Krankenhaus, zur Verfügung (mündliche Auskunft). Es war nicht genauer ermittelbar, inwieweit sich Dr. von Fritschen bisher mit FGM allgemein und mit der Labienrekonstruktion im Speziellen beschäftigt hat, ob bei ihm gar eine ähnliche Expertise vorliegt wie bei dem Aachener Zentrum. Die für eine Behandlung im DFC entstehenden Kosten werden wie in Aachen von den gesetzlichen wie auch privaten Krankenversicherungen getragen. Nichtversicherte, z.B. Frauen aus Afrika, „können auf finanzielle Unterstützung bei der Behandlung bauen“ (Selbstdarstellung).

7. Bedarfsevaluation kurz- und langfristig

Für die breite Versorgung von Betroffenen ist, wie das Beispiel von Foldès' jahrelanger Tätigkeit zeigt, die OP der Klitoris zunächst die vordringlichste Aufgabe. Diese sollte so qualitativ hochwertig wie möglich angeboten werden. Die Versorgung der Labien tritt demgegenüber *zunächst* etwas zurück, da sie zum einen in vielen Fällen nicht indiziert oder zumindest nicht vordringlich ist (die Klitoris-Remobilisation ist für die Verbesserung der sexuellen Sensibilität und Stimulierbarkeit bei Betroffenen unstreitig wichtiger als die Vollständigkeit der Labien, auch wenn diese selbstverständlich ebenfalls eine wichtige Rolle spielen), und da sie zum anderen gut **abgewogen** werden sollte (wie bereits oben erwähnt):

- Nutzen durch Rekonstruktion versus körperliche und psychische Belastung durch eine durchaus aufwendige Operation.

In erster Linie besteht der Bedarf einer Labienrekonstruktion bei einem großen Anteil der von Infibulation Betroffenen (die weltweit ca. 15% aller FGM-Überlebenden ausmachen), ferner bei einem schwer einschätzbaren Anteil der von Typ II Betroffenen. Sollte priorisiert werden müssen bei der Implementierung operativer Versorgungsmöglichkeiten, hätte die Clitoris-Remobilisierung Vorrang vor der Labienrekonstruktion.

Bis heute ist den von FGM betroffenen Frauen in ihrer großen Mehrzahl unbekannt, dass es operative Versorgungsmöglichkeiten gibt. Sie leiden im Stillen. Daher sind die Zahlen der bereits durchgeführten Operationen bisher noch relativ klein. Durch kontinuierliche Aufklärung und Bekanntmachung bei Veranstaltungen, in den Communities und auch in den Medien wird die Zahl derjenigen betroffenen Frauen, die eine operative Korrektur wünschen, in Zukunft deutlich ansteigen. Dieser Effekt ist vergleichbar mit einem in Deutschland vor Jahren ebenfalls lange tabuisierten Problem: Die Inkontinenz. Die Betroffenen, Frauen wie Männer, litten im Stillen, ohne Hoffnung auf Besserung. Erst breit angelegte Informationskampagnen, intensiviertere ärztliche Fort- und Weiterbildung und die bessere Ausstattung der ärztlichen Zentren haben zu einem enormen Anstieg an operativer Versorgung geführt. Zugleich hat sich das Bewußtsein in der Bevölkerung zu diesen sensiblen Themen gewandelt. Der Bedarf nach Versorgung ist immer vorhanden gewesen, er wurde nicht künstlich geschaffen oder ausgeweitet. Aber die bessere Information und die allgemeine Sensibilisierung haben zu einem angemesseneren Versorgungsgrad geführt. Nichts anderes ist in Bezug auf die Versorgung von Frauen nach FGM zu erwarten.

8. Makroökonomische Diskussion

Sinnvoll wäre es, mittelfristig möglichst viele Zentren in den Südländern zu befähigen, die Klitoris-OP nach O'Dey durchführen zu können (und dies auch zu tun), zugleich in einem zweiten Schritt die Technik der Labien-Rekonstruktion zu verbreiten, aber mit der gebotenen Zurückhaltung wegen des hierbei weitaus höheren finanziellen Ressourcenverbrauchs.

In Bezug auf die Klitoris-Versorgung könnte man zugunsten der OP nach Foldès das Argument vorbringen, dass eine kürzere, weniger aufwendige Operationsmethode in Ländern mit geringen Ressourcen vorteilhafter sei, da hierdurch zeitlich und finanziell gesehen deutlich mehr Patientinnen versorgt werden könnten. Vordergründig besticht diese Argumentation.

Allerdings erinnert dieser Gedanke an ähnliche Diskussionen, die vor Jahren in Kreisen der medizinischen Entwicklungszusammenarbeit geführt worden sind über Sinn und Unsinn des Transfers der Technik der laparoskopischen Operationen ("Bauchspiegelung") in die Länder des Südens. Damals wurde ebenfalls von einer Seite argumentiert, die Kollegen in den Südländern

sollten lieber in "konventioneller" Technik gut ausgebildet werden, das wäre billiger und effektiver (ersteres stimmt, das zweite nicht), denn wie sollte die ganze neue Technik dort implementiert werden? Das Gegenargument war überzeugender: Warum soll irgendeinem Teil der Welt der Vorteil der medizinisch-technischen Weiterentwicklung vorenthalten werden, nur weil dort zunächst geringere finanzielle Ressourcen vermutet werden? Hat nicht jeder Mensch auf diesem Globus vom Grundsatz her das gleiche Recht auf gute und zeitgemäße Versorgung?

Heute hat die Entwicklung längst ihr Urteil gesprochen: In den großen Städten der Länder des Südens wird selbstverständlich auch laparoskopisch operiert. Über Details und dabei auftretende Ungerechtigkeiten braucht nicht diskutiert zu werden, zumal auch in Deutschland manch subtile Unterschiede vorhanden sind. Warum also soll diese Diskussion anhand der Versorgung von FGM-Überlebenden wieder von vorne beginnen?

Besser dürfte es sein, gleich von Anfang an die Kollegen in den Südländern mit der besten Technik vertraut zu machen und sie ggfs. mit Anschub-Finanzierungen zu unterstützen, statt eine weniger optimierte OP-Technik zu verbreiten, die sich dann erst einmal breit machen würde und das Durchsetzen der überlegeneren Technik selbst dann noch erschweren dürfte (nach aller Lebenserfahrung), wenn die materielle Situation nicht mehr im Wege stünde. Diese Überlegungen gelten für alle Formen der operativen Versorgung nach FGM.

9. Wichtigkeit und Problematik von follow-up- (Ergebnis-)Studien

Um den Wert einer Methode umfassend beurteilen zu können, sind genaue Vorstellungen und Daten zu den langfristigen Ergebnissen unverzichtbar. Dabei ist erforderlich, vergleichbare, der Fragestellung angemessene Kriterien zu etablieren, mit denen der Erfolg bewertet werden soll. Eine solche Evaluation sollte ferner leicht und alltagstauglich-praktisch umsetzbar sein, um die Erfolgskontrolle auf ein zahlenmäßig möglichst breites Fundament stellen zu können. Erst wenn solche Daten verfügbar sind, kann einer Methode der ihr zustehende Stellenwert beigemessen werden. Die Rahmenbedingungen für solche Ergebnisstudien lassen sich sinnvollerweise im Dialog der beteiligten Akteure am besten definieren.

Die Quantifizierung einer gesteigerten sexuellen Sensibilität, Erregbarkeit oder gar Zufriedenheit ist naturgemäß direkt nicht möglich. Auch die Orgasmusfähigkeit ist nicht allein physisch-physiologisch bedingt. Fragen der Erziehung, der aktuellen Lebenssituation, der Qualität der Partnerbeziehung und vieles mehr spielen hier eine bedeutsame Rolle, die nicht außer Acht gelassen werden kann. Außerdem sind diese sexualbezogenen Aspekte nicht die einzigen Erfolgskriterien. Zuwachs an Selbstakzeptanz vor allem bezüglich des Körperbildes, Selbstbewußtsein, allgemeine Lebenszufriedenheit und damit indirekt auch gestärkte Gesundheit und Resilienz sind weitere, im Prinzip noch weniger faßbare und dennoch sehr wichtige Kriterien. Der Rückgriff auf skalierte Befragungsmethoden (üblich in der Psychologie) ist ein, wenn auch lückenhafter, Ausweg. Zugunsten einer Optimierung des Vorgehens wäre eine realitätsnahe, kritische und dennoch engagierte, transprofessionelle Experten-Diskussion sehr hilfreich.

Daher möchte der Unterzeichner einen Wunsch erneuern, den er bereits als Organisator der Internationalen Jahreskonferenz der AG FIDE e.V. 2002 in Herdecke vergeblich (bezüglich mehrfacher Einladungen an Dr. Foldès) zu realisieren versuchte: Durchführung eines europäischen Expertenkolloquiums aller operativ tätigen Akteure, um Standards für die wissenschaftliche Dokumentation der OP-Methoden und ihrer Ergebnisse zu erarbeiten und zu implementieren, sodass in einigen Jahren valide Daten aus allen Zentren vorgelegt werden könnten.

Es geht hierbei um das von Empathie für die Betroffenen motivierte Engagement, unbefangen und präzise auf Wege und Ergebnisse schauen zu wollen. Wenn wir in diesem Sinne zusammenarbeiten, werden die vielen Frauen, die auf unsere Hilfe warten, davon profitieren können.

Herdecke, im Oktober 2014.



Dr. med. Chr. Zerm
FGM-Beauftragter im Vorstand der AG FIDE e.V.