

## GENITÁLNÍ MUTILACE AFRICKÝCH ŽEN

*Prof. MUDr. Aleš Roztočil, DrSC, MUDr. Radek Peschout*  
Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Jihlava

Světové společenství se velkou rychlostí globalizuje. Neznamená to pouze import hamburgerů a počítačové techniky ze Spojených států, celosvětovou distribuci chilského vína a dalších, z českého hlediska víceméně pozitivních jevů, ale také importu často pro nás nepochopitelných zvyklostí společností takzvaného třetího světa do euroatlantického prostředí. Není to jen pozitivně vnímaný exotický folklór, nebo velmi negativně vnímaný import islámského terorismu, ale také zatím Evropou zatím jen okrajově vnímané rituální genitální mutilace afrických žen. V otevřených západních demokraciích s vstřícnou imigrační politikou je již zkušenost s těmito ženami větší a byly vypracovány léčebné a sociálně psychologické strategie v péči o tyto ženy (7). V naší společnosti, potažmo v gynekologicko-porodnické komunitě je zatím zkušeností s těmito ženami málo. Výjimku tvoří kolegové, kteří v rámci odborných pracovních pobytů v Africe získali s péčí o tyto ženy bohaté zkušenosti. Nicméně si z našeho gynekologického písemnictví nevzpomínám na publikaci těchto kolegů týkající se problematiky rituální obřízky afrických žen. Existují ale články v denním tisku (Milan Vodička, Etiopská nemocnice pro nešťastné ženy, MF Dnes, 2004) (15), které popisují následky pro nás barbarského a krutého zacházení s africkými ženami. I u nás se s těmito pacientkami stále častěji setkáváme. I naši zemi se nevyhne migrace afrických žen, které vyhledají péči gynekologa. Specifický medicínský i psychologický přístup k vyšetření a léčbě těchto pacientek utvrdilo autory článku, zeje pro české gynekology potřebná sumarizující informace v této oblasti gynekologické péče. Autoři mají několik zkušeností s těmito ženami, což dokládají v předkládaných pěti kasuistikách.

V mnoha starých a současných civilizacích mají určité chirurgické výkony na zdravých lidských orgánech významný kulturní a sociální význam. Nejedná se pouze o genitální orgány ať mužské, nebo ženské, ale o zejména viditelné části lidského těla. Jde o umělé vytváření keloidních jizev zejména u africké mužské a ženské populace, kovovými kruhy extrémně natažený ženský krk (Etiopie, Somálsko), propichování kůže u amerických indiánů, rituální tetováz (Maoři na Novém Zélandu). Některé extrémně mutilující zvyklosti jsou již našťastí minulostí, jak tomu bylo u vázání nožek čínských děvčat z „lepší společnosti“ za účelem dosažení minichodidla. Mutilace lidského těla není jen specialitou takzvaného třetího světa, ale celkem úspěšně se rozvíjí i v takzvané civilizované části naší planety. Pokud odhlédneme od tetovací módy určité části populace, která kromě vizuálního vjemu nijak zvlášť svého nositele zdravotně neomezuje, je piercing již problematičtější zvláště na některých lokalizacích. Na náušnice u žen jsme si již během staletí zvykli. Nyní již i na ty mužské. Ale miničinkami propíchnuté jazyky a malá labia s klitorisem již na běžnou gynekologickou komunitu působí zatím poněkud exotickým dojmem. Nemám nic proti kosmetické chirurgii prsou, ale monstrózní, melounům se podobající silikonová ňadra žen pracujících v zábavním průmyslu, mají spíš než k estetice blíž k somatické mutilaci. Rozdíl mezi mutilací v naší společnosti a té africké tkví v tom, že u nás jde o výkony, které dotyční podstupují dobrovolně, zatímco v Africe jde o násilí páchané většinou na dětech.

Ať ženský nebo mužský genitál hraje v mutilačních technikách významnou roli. Pravděpodobně jde o následek mýtizace sexuality toho kterého společenství. Jde často o techniky tisíce let staré. Je

velmi pravděpodobné, že rituální natahování malých stydkých pysků hotentotských děvčat má tisíciletou tradici. I mužská obřízka je mnohotisíciletá a snad vznikla jako náhrada obětování prvorozeného syna u Féničanů a jiných národů východního středomoří. Odstranění předkožky má kromě hygienického ochranného vlivu hluboký význam symbolu náboženské a etnické identity a hrálo výraznou roli v politické a sociální historii mnoha národů. Na rozdíl od ženské obřízky je mužská výjimečně mutilující, provedená v dětství je provázána minimální bolestivostí při výkonu, má hygienický ochranný vliv jak pro muže (prevence balanitis v oblastech s nedostatkem vody a teplým klimatem), tak pro ženy (prevence vzniku cervikálních lézí na podkladě infekce herpes simplex virus). Mužská obřízka má také málo časných a pozdních následků. Také psychologie mužů s obřízkou není alterována a dává mu příslušnost k určité etnické skupině. Glans penis nechráněný předkožkou je více vystaven kontaktním vlivům okolních tělesných struktur a ošacení a stává se k těmto podnětům rezistentnější. S tím souvisí i nižší dráždivost v průběhu pohlavního styku, jejímž následkem je delší interval imise–ejakulace. Toto bezesporu přispívá ke kvalitě sexuální aktivity.

## 1 Definice

Ženská obřízka zahrnuje různé stupně mutilačních zákroků na zevních rodidlech ženy, které jsou součástí významné části afrických kultur. Provádí se po tisíciletí a její provedení bylo prokázáno i na mumiích z ptolemaiovského Egypta. Velmi významně ovlivňuje sociální postavení ženy (v pozitivním smyslu) a její hygienické, sociální a reprodukční funkce (v negativním smyslu). Ženská obřízka (female genital mutilation) má významný kulturní význam protože je velice blízce spojena se ženskou sexualitou a její reprodukční roli ve společnosti. V současnosti je tento zákrok prováděn v 26 afrických zemích s prevalencí v ženské populaci mezi 5 až 99 %. Zcela výjimečně je tento zákrok prováděn v Asii a v ostatních částech světa je prakticky neznámý, kromě populace afrických imigrantů.

Předpokládá se, že takto mutilovaných žen žije v současnosti minimálně 100 miliónů. Tento výkon se provádí napříč socioekonomických vrstev, mezi různými etnickými a kulturními skupinami včetně křesťanů, muslimů, židů a stoupenců domorodých animistických náboženství (Toubia). Z obecného zdravotnického hlediska je ženská obřízka daleko závažnější výkon než obřízka mužská. Její nejmírnější forma klitoridektomie je anatomicky srovnatelná s amputací penisu. V podmínkách v jakých se většina těchto zákroků provádí představuje ženská obřízka obrovské zdravotně psychologické riziko s negativními sexuálními následky ať v krátkodobém, nebo dlouhodobém horizontu (11).

## 2 Vlastní výkon

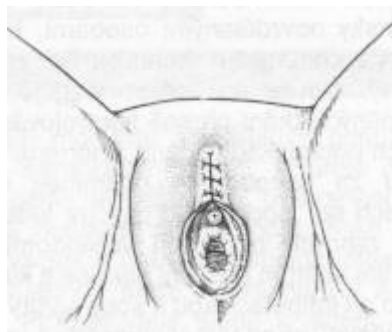
Obřízka je děvčatům většinou provedena mezi čtvrtým a desátým rokem. V některých společenstvích může být provedena ještě dříve, nebo může být odložena těsně před svatbou, nebo až po porodu prvního dítěte. Název obřízka není správný. Pokud by byl tento výkon srovnán s výkonem u muže, jednalo by se pouze o odstranění předkožky klitorisu, což se neprovádí ani při nejmírnější formě obřízky ženy. Nikdy není odstraněna pouze tkáň obklopující klitoris při jeho zachování. Z praktických důvodů je vhodná klasifikace stupňů ženské obřízky podle Toubia. Podle této klasifikace je možno tyto výkony rozdělit do dvou velkých skupin: klitoridektomie (typ výkonu I a II) a infibulace (typ výkonu I a II).

1. Klitoridektomie I. stupně zahrnuje odstranění části klitorisu, nebo orgánu jako celku. Tento výkon se běžně nazývá „Sunna circumscision“. (2)
2. Klitoridektomie II. stupně, neboli excise značí odstranění klitorisu a části labia minora. Krvácení z okrajů incizí a z klitoridální artérie bývá stavěno několika catgutovými stehy, trním, nebo obklady s domácích ingrediencí. Po zhojení je klitoris nepřítomen, ale zevní ústí močové trubice a poševní vchod nejsou překryty.
3. Typ III je někdy nazýván modifikovanou, nebo střední infibulací, která je shodná s typem IV. Nicméně jsou amputovány pouze dvě třetiny velkých stydkých pysků a tudíž je distální otvor pro vyústění pochvy prostornější.
4. Typ IV., totální infibulace. Tímto zákrokem je odstraněn klitoris, malé a velké stydké pysky. Jsou vytvořeny rané plochy, které sešity k sobě vytvoří souvislou plochu, která skryje jako za oponou zevní ústí močové trubice a poševní vchod tak, že je ponechán pouze malý dorzálně umístěný otvor pro odtok moči a menstruační krve.

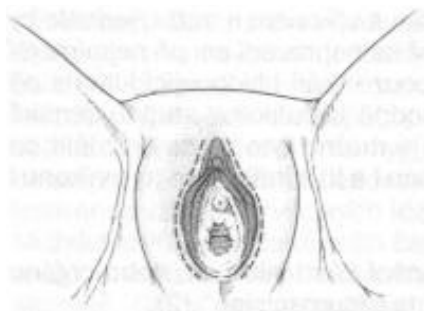
**Obr. 1 Klitoridektomie I. stupně**



**Obr. 2 Klitoridektomie II. stupně**



**Obr. 3 Totální infibulace**



**Obr. 4 Pacientka po totální infibulaci**



Tato anatomická klasifikace je pouze velmi zjednodušený systém, který napomáhá gynekologům k popisům změn na zevním genitálu ženy po genitální mutilaci. Ve skutečnosti jde o nesčetný počet rozličných operací a výkonů, které jsou velmi odlišné vzhledem k tomu, že jsou většinou prováděny medicínsky nevzdělanými osobami, které mají velmi omezené anatomické znalosti a chirurgické techniky. Bez nebo s lokální anestézií je výkon velmi bolestivý. Děvče na bolest reaguje pohybem a tím nemusí být rozsah odstraněných tkání přesně kontrolován. Pro Evropana je provedení výkonu v místních podmínkách scéna z hororu. Výkon může být proveden v lékařském zařízení za

aseptických podmínek erudovaným gynekologem. V těchto případech se podobá od excize klitorisů po prostou vulvektomii. Nicméně sutura ranných ploch při vulvektomii z lékařské indikace je provedena laterálním sešitím poševní sliznice a kůže mediální části genitofemorální rýhy, zatímco při infibulaci jsou k sobě sešity kontralaterální tkáně zbytku vulvy tak, že je poševní vchod téměř kompletně uzavřen. Vzhledem k tomu, že je v mnoha afrických státech rituální obřízka zákonem zakázána, dějí se tyto výkony nelegálně, tudíž potajmu. Nicméně i v Africe existuje dostatek lékařů, kteří se pro majetnější vrstvy obyvatelstva k těmto výkonům za úplatu propůjčí. Afrika je známa svojí chudobou a nedostatkem kvalifikované lékařské péče. Je tudíž nabíledni, že většina genitálních mutilací afrických děvčat je provedena za zcela nevyhovujících hygienických podmínkách porodními bábami nebo specialistkami – obřezávačkami o jejichž gynekologicko-porodnické erudici možno s úspěchem pochybovat. Lze si tedy představit techniku výkonu se všemi negativními časnými i pozdními následky. Jde o rituál, tudíž o iniciaci děvčete do stavu ženy nebo do konkrétního společenství. Obřízku provází rodinná slavnost s typickými hlasovými projevy afrických žen. Anestézie děvčete bývá minimální, nebo žádná. Abdukce dolních končetin a imobilizace děvčete je docílena držením asistujících žen. Vlastní obřízka je provedena různými nástroji. Někdy je k dispozici skalpel, nebo nůžky, většinou postačí žiletka nebo kus skleněného střepu. Vzhledem k četnosti prováděných mutilací obřezávačkou a tím dosažené jisté erudice, bývá většinou výkon krátký. Krvácení je stavěno nejen sešitím, ale často i domácími obklady s ingrediencemi jako hlína, trus zvířat, listí, traviny a dřeň stromů. Po výkonu jsou často děvčatům svázané dolní končetiny v addukci tak, aby se kompresí raných ploch docílilo mechanické hemostázy (1).

### Obr. 5

#### Geografické rozšíření rituální obřízky

Šedá plocha – klitoridektomie, černá plocha – infibulace.



## 3 Somatické komplikace

Tyto devastující výkony mají vysokou mortalitu a morbiditu postižených děvčat. Vzhledem k tomu, že je v senzoričské oblasti klitorisů vysoká koncentrace neurovaskulární tkáně na ploše několika mm, odstranění pouze jeho malé části je nebezpečné a má nenávratnou účinnost. Mezi časné komplikace všech typů obřízky patří krvácení a ostrá somatická bolest. Tyto mohou vést k šokovému stavu s následnou smrtí, která není v Africe v souvislosti s těmito výkony výjimkou. Protrahované slabé krvácení působí anemizaci, která má velmi negativní vliv na zdravotní stav již

tak často podvyživených děvčat. Běžná je lokální infekce a celkový septický stav. Nejčastěji jde o infekci rány, vznik abscesu nebo vředu, sekundární hojení, sepsi, tetanus nebo gangrénu.

Pozdní komplikace jsou častěji spojeny s infibulací než s klitoridektomií. Při infibulaci dochází ke komplikacím spojeným s odtokem moči a menstruační krve. Následkem může být chronická pánevní infekce s následnými pelvalgiemi, sakralgiemi, dysmenoreou, dyspareunií. Tyto ženy mají často problémy s fertilitou. Chronická infekce močového traktu vede k poruchám renálních funkcí a k urolitiáze. Nejčastější pozdní komplikací je tvorba inkluzních cyst v oblasti jizvy. Tyto vznikají následkem vytvoření dutiny v oblasti sutury, která je vystlaná keratinizujícími epitelialními buňkami a mazovými žlázami. Mohou být velikosti hrášku až grapefruitu (8, 14). Běžná je tvorba neurinomů (5). Typické je vytvoření koloidních jizev a jiných rezistencí, které deformují zevní genitál a působí ženě nesčetné somatické a psychické obtíže. Běžné jsou úzkostné stavy, zahanbení, obavy z růstu monstrózních tvarů genitálu. Někdy je přítomna výrazná kancerofobie. Vytvořené bolestivé neurinomy vedou k těžké dyspareunii a dalším problémům sexuálního života (9).

## 4 Psychické komplikace

Vzhledem k tomu, že v tradičních afrických společenstvích je často diskuse na téma sexu tabuizována, je jen málu informací o psychologických problémech žen s genitální mutilací. Z toho důvodu je jen minimum publikací, které jsou tvořeny náhodnými informacemi a spekulacemi. Jisté je, že vztah afrických děvčat k obřízce je ambivalentní. Na jedné straně je přítomný strach z bolesti a následků výkonu, na straně druhé je u děvčete touha stát se ženou v daném společenství, kde je vysoká společenská hodnota obřízky. Nicméně u žen s genitální mutilací je přítomen syndrom chronické úzkosti a deprese. Tyto stavy jsou často vázány na vzniklou dyspareunii a strach z budoucí sterility, která je v Africe stále chápána jako vina ženy. V případě vzniku keloidů nebo cyst má žena pocit studu za deformaci genitálu.

## 5 Sexuální komplikace

V této oblasti je přítomna interference se sociální inhibicí sexualita ženy v mnoha afrických společenstvích. Nicméně není možno paušálně konstatovat, že ženy s obřízkou nejsou schopny prožít kvalitního pohlavního života včetně dosažení orgasmu. Toto je samozřejmě odvislé od typu zákroku u ženy, její přirozené sexuální reaktivitě a psychosociálních aspektech. Insuficienci pohlavního styku mohou kompenzovat jinými sensorickými vjemy, emocemi, fantazií. Ztráta libida je často přímo závislá od rozsahu výkonu. Platí přímá úměra, čím radikálnější zákrok, tím větší dyspareunie s následnou ztrátou libida. Z psychologického hlediska jsme často svědky popření problému ženou a přijetí sociálních norem. Zajímavá je i mužská sexualita v závislosti na genitální mutilaci jejich manželek. Z čistě mechanického hlediska poskytuje zúžený poševní vchod (ne však velmi) díky pevnému kontaktu s penisem pro muže vyšší pocit sexuálního prožitku. Na druhé straně většinou snížená sexuální reaktivita ženy může negativně ovlivnit sexuální chování a prožitek muže (16).

Ženská obřízka vytváří mnoho gynekologicko urologických problémů, které jsou přímo závislé na stupni genitální mutilace ženy. Jejich řešení je odvislé od sociální situace postižené. Je nábledni, že nemajetné vesnické ženy nenavštíví gynekologa se svými i sebenejvětšími problémy. Jejich potíže často řeší ty, které je svým zákrokem vyvolaly: místní porodní báby, nebo obřezávačky. V Evropě se spíše setkáme se sociálně lépe situovanými ženami, i když ani to nebývá pravidlem (uprchlíci

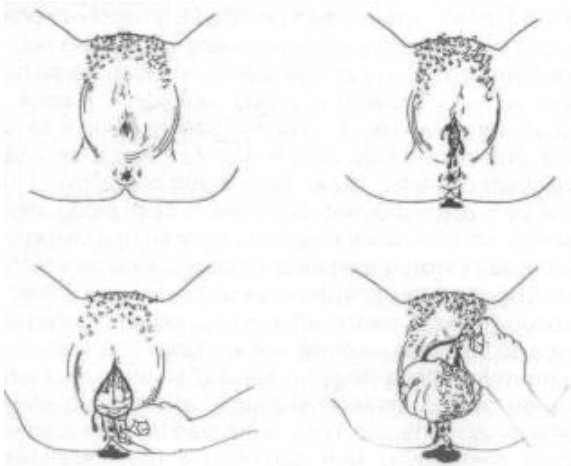
z vojenskými konflikty nebo hladem sužovaných oblastí, sociální imigrace). U těchto žen je gynekologické vyšetření poněkud odlišné než u běžné, pohlavním životem žijící Evropany. Vyšetření je většinou přítomen manžel pacientky, který bedlivě sleduje postup gynekologa a stále se vyptává na další postup a jeho důvody. Často jsou pro vyšetření žádány gynekoložky. Je profesionální nutností gynekologa nápadně se nedívat ani sebezbyznějším nálezu. Vždy další postup konzultovat nejen se ženou, ale zejména s jejím manželem. Vzhledem k tomu, že spousta obtíží je vzhledem k anatomické deformaci a funkčnímu postižení odsouzena k pravidelným recidivám (močové komplikace, kolpitidy) je povinností lékaře poučit ženu a jejího manžela o možnostech plastické úpravy genitálu do funkčnější podoby. Ne vždy se však setkáme s pochopením. Při zamítavém postoji je zbytečné naléhat. Mnoho obtíží však jde chirurgicky léčit i bez deinfibulace: resekce koloidních jizev, exstirpace inkluzních cyst, těžká dyspareunie při příliš úzkém poševním vchodu (malá deinfibulace u velkých problémů někdy „projde“).

## 7 Těhotenství a porod

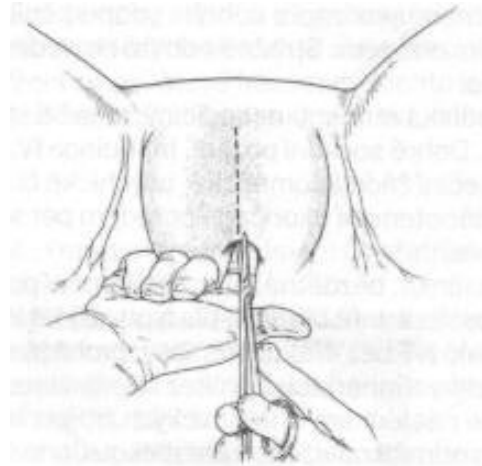
Pokud žena otěhotní, nečiní vlastní těhotenství větší obtíže. Klitoridektomie většinou nevytváří peripartální komplikace. Ty jsou naopak časté u žen s infibulací zevního genitálu. Hlavní riziko pro tyto ženy nastává v průběhu II. doby porodní. Zejména v oblastech s chybějící, nebo nedostatečnou porodnickou péčí dojde k zástavě porodu tím, že naléhající část plodu narazí na zadní stěnu sešitých zbytků vulvy (infibulace) a pokud nedojde k včasné discizi nebo spontánní ruptuře této přepážky v porodním kanále dojde k zástavě postupu naléhající části. Následně může dojít k ruptuře děložní se známým dalším scénářem tragických následků, nebo může porod pokračovat i několik dní. U zcela vyčerpané ženy dojde dlouhodobým tlakem části plodu, nejčastěji tvrdé, kostěné hlavičky k ischemii vesikovaginálního, nebo rektovaginálního septa s následnou tkáňovou nekrózou a vytvořením píštělí. Plod se v těchto případech většinou rodí mrtvý. Fistulou postižená žena s absolutní inkontinencí moči, stolice, nebo obou, je často manželem, rodinou, nebo společenstvím vyvržena a žije v bědných podmínkách na okraji své komunity (10). V současné době se tyto ženy v některých státech (Nigerie) sdružují ve skupiny, které společným úsilím bojují proti svému společenskému a zdravotnímu stavu. Společné schůzky za zpěvů písní: „Ó fistulo, proč jsi mě zradila“ a pocit sounáležitosti ke komunitě stejně postižených sice pomohou z psychologického hlediska, nicméně pro tyto ženy je adekvátní pomocí pouze chirurgický výkon, který odstraní fistulu a upraví zevní genitál do hygienicky a funkčně přijatelné formy (6). Tyto ženy vytváří porodnický problém v porodnicích vyspělého světa, kde poskytovatelé zdravotnické péče nemají dostatek zkušeností s porodem takto postižených těhotných. Jsou zbytečně prováděny císařské řezy, nebo rozsáhlé mediolaterální epiziotomie. Kauzální léčbou žen s infibulací je provedení deinfibulace v lokální anestezii. Suturu ranných ploch možno po porodu placenty provést jako u prosté vulvektomie. Často se ale stává, že jak rodička, tak manžel si přejí uvést tvar genitálu do původního stavu. Rolí zde hraje pocit ženy, která se po deinfibulaci cítí „nahá“. Úzký poševní vchod poskytuje manželovi více rozkoše. Zde se pak evropský, nebo americký porodník dostává do etického dilematu. Je možno na žádost ženy a její rodiny provést reinfibulaci s celou kaskádou negativních pozdních následků? Z pohledu euroatlantické lékařské etiky je totální reinfibulace nepřijatelná, nicméně částečná resutura je možná. Situaci je nutno řešit v souladu s platnou legislativou toho kterého státu. V některých zemích je reinfibulace zakázána (4). U nás zatím nemáme takto specifikovanou legislativu a platí obecné zásady a to, že léčba má probíhat „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Mezi ně jistě reinfibulace nepatří. V prenatální péči o tyto ženy by tudíž měla být zahrnuta i informace, že zařízení, ve kterém se

rozhodla родit ji po porodu tento zákrok neprovede. Pokud si jej vskutku přeje, měla by se obrátit na zařízení, ve kterém ji tento zákrok provedou. I u nás jsou z verbálního podání známy případy provedené reinfibulace v našich porodnicích. Jde ovšem v našich podmínkách o postup non lege artis a navíc protiprávní. Nicméně pokud není žalobce, není ani soudce. Prenatální vysvětlení manželům o právních možnostech a porodnické praxi v našem perinatálním systému zamezí často velmi konfliktnímu řešení situace po porodu.

**Obr. 6 Porod ženy s infibulací zevního genitálu**



**Obr. 7 Deinfibulace**



1. Dvacetiletá studující Súdánka. Údajně virgo s infibulací IV. stupně se dostavila na gynekologickou ambulanci se sekundární amenoreou. Po vyšetření ultrazvukem byla diagnostikována a ženě sdělena diagnóza osmitýdenní gravidity. Tato impulzivně reagovala škrcením lékaře. Po zvládnutí afektu vysvětlila lékaři, že pohlavní styk neměla a že nahého muže viděla pouze v časopisech. Nicméně požádala o provedení interrupce na vlastní žádost. Vzhledem k velmi malému otvoru poševního vchodu vznikly obavy o technické provedení výkonu. Byla zvažována částečná deinfibulace. Nicméně po uvedení pacientky do i.v. anestezie, byl poševní vchod zcela volně přístupný pro gynekologické instrumentárium nutné k provedení interrupce, která byla bez problémů provedena. Při kontrole po proběhlých následných menses uvedla pacientka, že na kolejkách ve společnosti kolegů a kolegyně používají psychotropní látky, po kterých občas ztratila vědomí. Původ těhotenství se tudíž zdá být nasnadě.

2. 24letá, svobodná Súdánka, vysokoškolačka ve Velké Británii s výborným sociálním postavením. Pohlavní život s orgasmem i přes infibulaci IV. typu. Psychické problémy pro genitál deformující koloidní jizvu v oblasti pravé části sutury infibulace a hrmy. V lokální anestezii provedena extirpace keloidu s plastickou úpravou hrmy s výborným kosmetickým efektem. Pacientka nebyla u nás pojištěna. Velký byl její údiv nad přímou platbou za provedení výkonu: 642 Kč. Údiv byl pouze mimický, ústně si zanedbatelnou částku (cca 10 liber) asi neodvažovala komentovat.

3. 32letá Súdánka, manžel vysokoškolský učitel, trvalé bydliště u nás. Infibulace IV. stupně, dvě vaginálně porozené děti. Vznik rezistence velikosti mandarinky vpravo podkožně v místě sutury infibulace. Byla diagnostikována retenční cysta a provedena resekce stěny cysty s následnou

marsupializací s dobrým pooperačním léčebným i kosmetickým efektem. Striktně odmítá provedení jakéhokoliv druhu deinfibulace.

4. 23letá somálská studentka medicíny, manžel studující – stejné národnosti. Dobré sociální pozadí. Infibulace IV. stupně. Stav jejího genitálu jí nečiní žádné somatické, psychické či sexuální obtíže. Plánované těhotenství ukončené porodem per sectionem z indikace ploché pánve.

5. 40letá Súdánka, bezdětná, manžel finanční poradce, velmi dobré sociální prostředí. Infibulace II.–IV. typu. 15 let léčená sterilita včetně několika cyklů IVF bez efektu. Klinicky prokázána porucha páteřní i pánevní statiky a laboratorní průkaz luteální insuficience. Výrazná dyspareunie následkem anatomických změn na zevním genitálu. Kategoricky odmítá navrženou plastickou úpravu.

## 9 Několik rad závěrem

1. Těchto pacientek bude v našich ambulancích přibývat. Proto je vhodné seznámit se s problematikou genitálních mutilací u těchto žen.
2. Připravit se na různé typy mutilací a jejich komplikace. Rozlišit mezi těmi, které je možno řešit ambulantně a těmi, které jsou vhodné k hospitalizaci.
3. Respektovat přání být vyšetřena v přítomnosti manžela. Toto přání má většinou i manžel.
4. Preference gynekoložky.
5. Neprojevovat údiv nad často velmi nezvyklým nálezem.
6. Nedívat se obtížím pacientky (způsob mikce, pohlavního styku a jiné) a projevit maximum empatie.
7. Použít alternativní způsoby vyšetření pochvy a cervixu než u české ženy (virginální spekula, vaginoskop).
8. Při vyšetření a eventuelní léčbě nevyvolat bolest.
9. Možno navrhnout úpravu genitálu, ale „netlačit na pilu“.
10. Za porodu je ve II. době většinou nutná deinfibulace, nikoliv epiziotomie nebo primární císařský řez z indikace infibulace.
11. Kompletní poporodní reinfibulace je z hlediska lékařské etiky a současné české legislativy nevhodná.

## 10 Závěr

Neexistuje etické zdůvodnění kulturní zvyklosti společenství, které poškozují zdravotní stav ženy a ničí její sexualitu (12). Proto by mělo být celé spektrum genitálních mutilací žen eticky celosvětově zavrženo a legislativně zakázáno. Tento trend je díky mnoha organizacím včetně WHO nastolen, nicméně praxe ve většině afrických zemích je stále zcela odlišná. Lze jen doufat v mírný pokrok ve snížení celosvětové frekvence těchto výkonů. Nicméně v naší odbornosti se v České republice budeme v budoucnosti setkávat s těmito případy spíše častěji.



## Literatura:

1. Baker, C.etal.: Femalecircumscision:Obstetricissue. Am. J.Obstet. Gynecol. 169:1616,1993.
2. Baasher, T.: Psychological aspects of female circumscision.. In WHO/EMRO technical publication no. 2. Traditional practices affectingthe health of women and children. Geneve: Worlh Health Organisation. 71:105,1979.
3. Baker, C.A.,etal.: Female circumscision: obstetric issues. Albuquerque, N. M.: MosbyYearBook, 1993.
4. Dorkenoo, E., Elworthy, S.: Female genital mutilation: propsalfor change. London, Minority Rights Group, 1992.
5. Fernander-Aguilar, S., Noel, J.E.: Neuroma of the clitoris after female genital cutting. Obstet. Gynecol. 101:1053, 2003.
6. Geraud, R.: L'exscision. Genesis. 43:25,1999.
7. Holst, R.M.: Female genital mutilation (circumcision) a newhealth problem in the Scandinavian health care for women. Department of Obstetrics and Gynekology, Ostra Sjukhuset, Goteborg, Sweden.
8. Lightfoot Klein, H.,Shaw, E.: Special needs of ritually circumscised women patiens. J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs. 20:102,1991.
9. Karim, M., Ammar. R.: Female circumscision and sexual desire. Cairo, Egypt: Ain Shama University Press, 1965.
10. Mwanamke, U.: Faces of dignity. Women's Dignity Project. 2003.
11. Sullivan, D.,Toubia, N.F.: Female genital mutilation and human rights. Presented at the World Conference on Human Rights, Vienna, Austria, June 1993.
12. Toubia , N.: Female circumscision as a public health issue. N. Engl. J. Med. 331:712,1994.
13. Toubia, N.: Female genital mutilation: a call for global action. NewYork Women, Ink, 1993.
14. Verzin, J.A.: Sequelae of female circuscision.Trop. Doct. 5:163,1975.
15. Vodička, M.: Etiopská nemocnice pro nešťastné ženy. MFDnes, 2004.
16. Walker, A., Palmar, P.:Warriormarks: female genital mutilation and the sexual blinding of women. NewYork.: Harcourt Brace, 1993.

*Aleš Roztočil  
Vrchlického 59  
586 53 Jihlava*