

# HYMENRECONSTRUCTIE

Versie 1.0

Verantwoording

NVOG

# Hymenreconstructie

Door toename van het aantal allochtone vrouwen in de fertile levensfase in onze Nederlandse multiculturele samenleving stijgt het aantal verzoeken om een hymenhersteloperatie. De tweede en derde generatie allochtonen komen in aanraking met westerse opvattingen, maar willen ook graag de identiteit van de eigen cultuur bewaren. Maagdelijkheid is daarbij een voorwaarde voor het huwelijk. Tijdens de huwelijksnacht moet het bewijs van de ontmaagding geleverd worden door het tonen van een bebloed laken. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat veel Turkse en Marokkaanse jongens waarde hechten aan de maagdelijkheid van hun (toekomstige) vrouw in de huwelijksnacht. 40% van de meisjes vindt het oneerlijk dat dit enkel voor het vrouwelijk geslacht geldt. 25% keurt seks voor het huwelijk in een vaste relatie goed. 89% wil tijdens de huwelijksnacht 'bloeden' uit eerbetoon voor de ouders of uit angst voor straf en verstoting. 50% van de geïnterviewde meisjes zou verlangen dat een eigen dochter zich in de toekomst aan de norm houdt [1].

## Ritueel

Het herstellen van de hymenale ring na defloratie is zelf geen ritueel, zoals bij de vrouwenbesnijdenis, maar slechts een voorwaarde. De symbolische betekenis bestaat uit het verkrijgen van een plaats in een sociale categorie van de samenleving: een meisje wordt van sekseneutraal een geslachtelijk wezen. Niet deelnemen kan verregerende represailles hebben voor het meisje en de familie.

## Embryologie

De embryonale aanleg van de genitalia externa vindt plaats tussen de 7<sup>e</sup> en de 12<sup>e</sup> zwangerschapsweek. Achter de genitale knop liggen de genitale wallen, die bij de man fuseren en het scrotum vormen. Bij de vrouw vormen ze de labia minora en majora. De slijmvliesplooi met de opening die in het midden overblijft is het hymen. Het gaat om een slijmvliesplooi op 1,5 cm afstand van de schede-ingang met een ruime opening. Anders dan de term 'maagdenvlies' doet vermoeden, bestaat er geen 'vlies'. Er is een zeer grote fysiologische variatie in de vorm en opening in het hymen. Daarnaast is er ook nog variatie die gerelateerd is aan de leeftijd, seksualiteit en pariteit.

Bij inspectie in steensnedeliggings wordt een geplooid rand waargenomen. Bij persen ontstaat een soepele gladde rand. De dwarse diameter is op 2-jarige leeftijd gemiddeld 4 mm en bij de menarche 15-20 mm breed [1]. Bij seksueel actieve vrouwen worden de resten van het hymen beschreven als carunculae myrtiformis. Na een vaginale partus zijn deze carunculae minder duidelijk zichtbaar. Bij 99,9% is het hymen embryonaal aangelegd [2]. Bij seksueel actieve vrouwen zijn er in 81% rupturen in het onderste kwadrant. Bij virgo's is in 10% ook een complete ruptuur in het hymen aantoonbaar, maar nooit in het onderste kwadrant. Tampongebruik heeft geen invloed op het ontstaan van rupturen in het hymen [3]. Bij 44% van de vrouwen treedt tijdens de defloratie geen bloedverlies op [4].

## Techniek van de chirurgische reconstructie

Er zijn twee technieken om de hymenale ring te herstellen. Bij de 'kleine ingreep' worden de hymenrestanten op twee plaatsen van links naar rechts of met een circulaire tabakszaknaad atraumatisch (vicryl 4/0) zo kort mogelijk voor de coïtus gehecht. De 'grote ingreep' is een vaginoplastiek waarbij in het vagina-epitheel rondom een incisie wordt gemaakt en beide zijden aan elkaar worden gehecht. Dit moet ruim voor de coïtus gebeuren, zodat de wond eerst kan herstellen. Een dwarse incisie in de commissura posterior enkele dagen voor het huwelijk is een alternatieve ingreep om bloedverlies tijdens de coïtus te veroorzaken. Overige niet-chirurgische alternatieven zijn een vingerprik met een stitchcutter of een kuur met een progestativum.

## Voorgestelde gedragslijn

De begeleiding van patiënten met het verzoek om een hymenreconstructie dient gericht te zijn op het waarborgen van hun recht op autonomie en het respect voor niet-westerse culturen. Anderzijds is het van belang rekening te houden met het principe van gelijkwaardigheid van beide geslachten en met het voorkomen van lichamelijke en psychosociale schade. Er moet goede voorlichting gegeven worden. Op grond van lichamelijk onderzoek is niet met zekerheid te bepalen of iemand maagd is. Het maagdenvlies is slechts een soepel randje met grote fysiologische variatie, dat bij de eerste geslachtsgemeenschap bij 44% van de

vrouwen geen bloeding geeft. Individueel kan met een spiegel informatie gegeven worden over het maagdenvlies van patiënte.

Het moet duidelijk zijn wat de maagdelijkheidsnorm voor de individuele patiënt, haar partner, haar familie en zijn familie betekent. Ga de mogelijkheid na om haar partner erbij te betrekken.

Stel vast of er naast het probleem rond maagdelijkheid ook risicovol seksueel gedrag met kans op SOA of ongewenste zwangerschap bestaat. Bespreek incest of andere negatieve seksuele ervaringen uit het verleden die door de ingreep toegedekt kunnen worden of herhaling van het trauma kunnen veroorzaken.

Een hymenhersteloperatie moet niet uitgevoerd worden, tenzij na counseling geen andere mogelijkheid oplossing biedt.

Indien uw opvattingen niet rijmen met de hulpvraag, is het uw taak patiënte te verwijzen.

Vermeld dat artsen geheimhoudingsplicht hebben.

## Literatuur

1. Haagenbeek S. Ontmaagding. Alkmaar: Totaal Leven Producties, 1993.
2. Mouthaan I, De Neef M, Rademakers J, et al. Twee levens. Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid. NISSO-studies nr. 20. Delft: Eburon, 1997.
3. Aletta Jacobshuis. Maagdelijkheid in onze multiculturele samenleving. Amsterdam, 1994.
4. Berenson AB, Heger AH, Hayes JM, et al. Appearance of the hymen in prepuberal girls. *Pediatr* 1992; 89: 387-94.
5. Berenson Ab, Heger AH, Andrews A. Appearance of the hymen in newborn. *Pediatr* 1991; 87: 458-65.
6. Emans SJ, Woods ER, Allred EN, Grace E. Hymenal findings in adolescent women: impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediatr* 1994; 125: 153-60.
7. Whitley N. The first coital experience of hundred women. *JOGN Nurs* Jul-Aug; 7: 41-5.

## Colofon

*© 2004 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie*

*nvog-standpunten behandelen actuele onderwerpen waarover in het algemeen (nog) geen consensus bestaat door het ontbreken van adequate wetenschappelijke onderbouwing. De gegeven informatie heeft derhalve geen dwingend karakter, maar beoogt slechts een advies te geven gebaseerd op de beschikbare kennis op het moment van publicatie.*

*Dit standpunt is opgesteld door mw. A.H. Feitsma en mw. dr. M.J. Kagie.*

*Dagtekening mei 2004*

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Lomanlaan 103

Postbus 20061, 3502 LB Utrecht

[www.nvog.nl](http://www.nvog.nl)

## Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail:

[info@nvog.nl](mailto:info@nvog.nl)).