



STANDPUNT HYMENRECONSTRUCTIE

Versie 2.0. augustus 2020

Initiatief

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

In samenwerking met

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)

Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS)

Artsenfederatie KNMG (KNMG)

Datum: 27 augustus 2020 (vervangt NVOG standpunt Hymenreconstructie 1.0, 1-5-2004)

Methodiek: Consensus Based

Discipline: Multidisciplinair

Verantwoording: NVOG

INHOUDSOPGAVE

Samenstelling werkgroep.....	pag. 3
Inleiding.....	pag. 4
Achtergronden en definitie.....	pag. 5
Recht en ethiek.....	pag. 6
Anatomie.....	pag. 7
Anamnese.....	pag. 8
Lichamelijk onderzoek.....	pag. 9
Counseling bij een hymenreconstructie.....	pag. 10
Counseling bij voornemen tot daadwerkelijke hymenreconstructie	pag. 10
Chirurgische technieken.....	pag. 11
Organisatie van zorg.....	pag. 12
Aanbevelingen.....	pag. 13
Colofon.....	pag. 14
Referenties.....	pag. 15
Bijlage 1 Voorbeeld anamnesegebesprek.....	pag. 16
Bijlage 2 Voorbeeldtekst van een informed consent bij een geplande hymenreconstructie.....	pag. 18

Samenstelling werkgroep

Dr. J.J. Duvekot, gynaecoloog-perinatoloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (voorzitter)

Drs. M. Özer, plastisch chirurg en arts-seksuoloog FECSM, Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie

Drs. B.R. van Moorst, klinisch psycholoog, psychotherapeut, seksuoloog, Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie

Dr. M.C. Vos FECSM, gynaecoloog en epidemioloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Drs. J.R. Dijkstra FECSM, gynaecoloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Met ondersteuning van:

Drs. C.A.L. van Rijn, gynaecoloog, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Dr. mr. A. de Jong, adviseur gezondheidsrecht en medische ethiek, Artsenfederatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Inleiding

In 2004 verscheen het NVOG (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie) standpunt 'Hymenreconstructie'. Aanleiding was destijds de toenemende vraag naar deze ingreep, die in algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelklinieken wordt verricht.

Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd begin 2020 actualisatie van dit standpunt door de NVOG ter hand genomen. Hiertoe werd een multidisciplinaire werkgroep in het leven geroepen met vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG), Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) en Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS). De Artsenfederatie KNMG gaf juridisch en medisch-ethisch advies.

Dit standpunt geeft beroepsbeoefenaars handvatten hoe om te gaan met een verzoek tot hymenreconstructie.

Achtergronden en definitie

In veel culturen wordt maagdelijkheid bij vrouwen van oudsher geassocieerd met een vermeend onaangetast hymen (de zogenaamde maagdelijkheidsnorm). Maagdelijkheid wordt van belang geacht omwille van het behoud van de status en eer van de familie. Soms dient de maagdelijkheid van een vrouw bewezen te worden aan de hand van een bebloed laken na de huwelijksnacht. Vrouwen met een verzoek tot hymenreconstructie zijn uit allerlei landen afkomstig en hebben verschillende culturele en religieuze achtergronden.^{1,2} Wanneer een vrouw haar maagdelijkheid niet kan bewijzen, loopt ze in sommige (sub)culturen het risico niet te worden geaccepteerd als huwelijkspartner, te worden verstoten of zelfs te worden vermoord.

Uit onderzoek blijkt dat bloedverlies slechts voor een deel van de vrouwen het voornaamste motief is voor een verzoek tot hymenreconstructie. Een groot deel van de vrouwen denkt dat een man tijdens penetratie kan voelen of iemand maagd is en vrouwen verkeren soms in de veronderstelling dat de ingreep de vagina "strakker" zal maken.²

Sommige vrouwen hopen door de ingreep een gevoel van eigenwaarde, zelfvertrouwen, eer en reinheid te herstellen en voor anderen heeft de operatie een symbolische betekenis omdat zij hiermee een voorgeschiedenis van seksueel misbruik kunnen afsluiten.²

Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die komen met een verzoek tot hymenreconstructie vaak misconcepties hebben over het hymen en weinig kennis hebben over hun (eigen) genitale anatomie. Daarnaast blijkt een deel van de vrouwen ontmaagd te zijn door niet-vrijwillige coïtus, een abortus in de voorgeschiedenis te hebben gehad en 5% uit angst voor ontdekking van een eerdere coïtus een tentamen suïcide heeft ondernomen.^{2,3}

In lekentaal wordt meestal gesproken over maagdenvliesherstel. In dit standpunt worden alle ingrepen aan het hymen bedoeld.

Recht en ethiek

Leidraad voor het medisch handelen in Nederland zijn de juridische en ethische kaders zoals die in wet- en regelgeving en in ethische normen zijn vastgelegd. De belangrijkste uitgangspunten zijn de grondwettelijke bescherming van de lichamelijke integriteit en het respect voor het (daarmee verband houdende) recht op zelfbeschikking. Deze zijn ook leidend in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De patiënt wordt hier gezien als een autonoom persoon, die zelf kan en mag beslissen welke behandeling zij al dan niet ondergaat. Voorwaarde daarvoor is dat de patiënt ter zake wilsbekwaam is, de leeftijd van 16 jaar heeft bereikt en vrijwillig en goed geïnformeerd tot diens beslissing komt. Nederland heeft wettelijk als hoofdregel een leeftijdsgrens van 18 jaar om een huwelijk aan te mogen gaan. Volgens de medische beroepsnorm wordt voor genitale en overige plastische chirurgie om niet-medische redenen, eveneens de minimumleeftijd van 18 jaar gehanteerd en niet de leeftijdsgrens van 16 jaar volgens de WGBO. Deze beroepsnorm is opgesteld door de navolgende wetenschappelijke verenigingen: NVOG, NVPC en NVEPC (Nederlandse Vereniging voor Esthetische Plastische Chirurgie).

Als overwogen wordt om een chirurgische behandeling aan het hymen uit te (laten) voeren, dan dient de patiënt uitgebreid en afgestemd op diens bevattingsvermogen te worden geïnformeerd over de aard en het doel van de ingreep, de voor- en nadelen, de risico's, de (minder ingrijpende) alternatieven - waaronder de risico's van het achterwege laten van de ingreep -, de perspectieven voor de gezondheid van de patiënt en de duur van en termijn waarop de ingreep kan plaatsvinden (informed consent).⁴ De hulpverlener moet zich daarbij actief op de hoogte stellen van de situatie en behoeften van de patiënt, haar uitnodigen om vragen te stellen en haar desgevraagd ook schriftelijk of elektronisch informatie verstrekken. Ook moet de hulpverlener verifiëren of de patiënt de informatie heeft begrepen.

Bij een medisch niet-noodzakelijke ingreep, zoals een hymenreconstructie, geldt een verzwaarde informatieplicht. Dit houdt in dat de arts de patiënt uitgebreider dan gebruikelijk moet informeren over de mogelijke voor- en vooral nadelen van de ingreep en over (minder ingrijpende) alternatieven voor die ingreep.⁵

Anatomie

De embryonale aanleg van de genitalia externa vindt plaats tussen de 7^e en de 12^e zwangerschapsweek. Achter de genitale knop liggen de genitale plooien en wallen, die bij de vrouw respectievelijk de labia minora en majora vormen. De slijmvliesplooi met de opening die in het midden overblijft, is het hymen. Het gaat om een slijmvliesplooi op circa 1,5 cm afstand van de schede-ingang. Proximaal van het hymen ligt de vagina, distaal het vestibulum. 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.

De integriteit van het hymen is niet te beoordelen, omdat "intacte" hymens een zeer grote fysiologische variatie vertonen. Een uitzondering hierop vormt het zelden voorkomende volledig afgesloten hymen, waarbij een hematocolpos kan ontstaan. Congenitale afwezigheid van het hymen is nooit gemeld.⁶

De termen genezen scheur of laceratie worden alleen gebruikt als een verse scheur of laceratie werd gevonden tijdens een eerder onderzoek.⁷ Oppervlakkige inkepingen (minder dan 50% van de breedte van de hymenale rand) zijn normale bevindingen bij prepuberale meisjes; inkepingen hebben ook bij oudere vrouwen geen betekenis. In verschillende studies werd gevonden dat de aan- of afwezigheid van scheurtjes of inkepingen in het hymen geen relatie heeft met het hebben van coïtuservaring.⁶

Vooraf bij kinderen en adolescenten is het hymen erg elastisch. Bij onderzoek naar seksueel geweld bij vrouwen van 14-19 jaar,⁸ welke voor het seksuele geweld nog maagd waren, zag men slechts in 19% van de gevallen een verse scheur. In een ander onderzoek met vrouwen van 15-64 jaar was dit slechts bij 9% het geval.⁹ *Virginity testing* door onderzoek met of zonder een vinger is niet bewezen zinvol⁷ en kan (re)traumatiserend zijn voor een jonge vrouw.

Tampongebruik heeft geen invloed op het ontstaan van rupturen in het hymen.⁹ Bij 44% van de vrouwen treedt tijdens de defloratie of ontmaagding geen bloedverlies op.¹⁰

Anamnese

De anamnese bij vrouwen met het verzoek tot een hymenreconstructie dient cultureel-sensitief te worden aangepakt.¹¹ Neem de tijd en probeer het vertrouwen van de vrouw te winnen. Begin met te vermelden dat artsen geheimhoudingsplicht hebben en overleg expliciet wat u van het consult in het medisch dossier vastlegt en wat u eventueel terugkoppelt aan de verwijzer/huisarts. Als u principiële bezwaren heeft tegen een (verzoek tot) hymenreconstructie, verwijst de patiënt dan naar een ter zake kundige collega.

De anamnese kan worden uitgevoerd volgens het PLISSIT-model.¹² Hoewel dit gespreksmodel gebruikt wordt om seksuele problemen te bespreken kan het goed in de gynaecologische praktijk worden toegepast.

Het PLISSIT-model is bedoeld om seksualiteit bespreekbaar te maken, het is geen anamnese- of diagnostisch model. Het PLISSIT-model beschrijft vier stappen. Niet alle stappen van het model hoeven doorlopen te worden. De eerste stap wordt aangeduid met de P van PLISSIT, die staat voor Permission. In deze stap is er een luisterend oor en wordt de vraag of klacht van de patiënt serieus genomen. Indien geen seksuele klacht wordt gepresenteerd, zal de zorgverlener proactief toestemming vragen om het over seksualiteit te hebben door daarnaar te informeren. De tweede stap, LI voor Limited Information, biedt psycho-educatie, goede aanvullende seksuele voorlichting, eventueel uitleg over anatomie of seksuele fysiologie. In de derde stap, SS voor Specific Suggestions, passen gerichte adviezen. De vierde stap, IT voor Intensive Therapy, biedt ruimte voor uitgebreidere psychologische behandelingen.

Als een vrouw zich met haar hulpvraag om hymenreconstructie tot de arts wendt, mag verondersteld worden dat zij daarmee toestemming geeft voor een gesprek over persoonlijke zaken. Wel is het goed om de vrouw expliciet te zeggen dat in het consult persoonlijke en intieme vragen kunnen worden gesteld om haar hulpvraag te beoordelen. Vertel haar ook dat zij kan aangeven als ze die vragen niet wil beantwoorden. Leid verdiepende vragen opnieuw in. In geval van een taalbarrière dient bij voorkeur gebruikgemaakt te worden van een professionele onafhankelijke tolk.¹³

Inventariseer waarom het verzoek tot hymenreconstructie wordt gedaan, wat het beoogde doel is (bijvoorbeeld bloedverlies, strakheid van de vagina, traumaverwerking) en wat de kennis van de vrouw over de genitale anatomie en het maagdenvlies is. Vraag naar de betekenis en de (mogelijke) consequenties van het vermoeden bij de vrouw en haar omgeving dat zij geen maagd meer is. Betrek, zo mogelijk, haar partner hierbij en vraag expliciet naar de visie van (de rest van) de omgeving en de familie. Inventariseer bij de vrouw en zo mogelijk bij haar partner de behoefte aan uitgebreidere seksuele voorlichting en geef zo nodig advies over anticonceptie, zwangerschap en seksueel overdraagbare aandoeningen en verricht zo nodig diagnostiek hiernaar. Vraag tevens naar een voorgeschiedenis van (negatieve) seksuele ervaringen. Een voorbeeld van een anamnese-opbouw is weergegeven in bijlage 1.

Bij de inventarisatie dient ook een inschatting gemaakt te worden van de kans op eerwraak bij de betrokken vrouw. Als er een vermoeden ontstaat dat er sprake zou kunnen zijn van (dreigend) huiselijk geweld dient het stappenplan van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld te worden gevolgd.¹⁴

Lichamelijk onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet nodig omdat het geen informatie geeft over maagdelijkheid.

Met expliciete toestemming van de vrouw kan, bijvoorbeeld aan het einde van de anamnese, een educatief gynaecologisch onderzoek uitgevoerd worden, dat voor deze indicatie beperkt is tot onderzoek van de genitalia externa. Dit onderzoek kan bijdragen aan het vergroten van inzicht in de eigen genitale anatomie.

Lichamelijk onderzoek is evenwel verplicht als het voornemen is daadwerkelijk een hymenreconstructie uit te voeren.

Counseling bij een verzoek tot hymenreconstructie

De informatie die, naast het afnemen van de anamnese, in het consult minimaal aan de orde moet komen, is uitleg over de anatomie van de vrouwelijke genitalia, het feit dat het hymen als vlies niet bestaat en dat niemand door lichamelijk onderzoek of anders, kan vaststellen of een vrouw nog maagd is. Leg uit dat ongeveer de helft van de vrouwen niet bloedt bij de eerste penetratie.

Vertel dat de 'strakheid' van de vagina niet te maken heeft met maagd zijn, maar met het aanspannen van de bekkenbodemspieren en dat de vrouw ook kan leren dit bewust te doen. Leg uit dat seksuele opwindings/lubricatie en bekkenbodemonstopping voorwaarden zijn voor pijnloze coïtus en dat een man niet kan voelen of een vrouw nog maagd is.

Als het doel bloedverlies tijdens de penetratie is, kunnen alternatieve methoden besproken worden waardoor op het gewenste moment een bloeding kan optreden. Een optie is het timen van een onttrekkingsbloeding na gebruik van orale anticonceptiva of progestativa. Een tweede optie is het gebruik van zetpillen met rode kleurstof, die zo nodig door een apotheek kunnen worden vervaardigd. Een vingerprik of een buisje (ontstold) bloed is ook een alternatief.

Als het doel is om de vagina 'nauw' te laten voelen, kunnen bekkenbodem oefeningen worden geadviseerd.

Bij de counseling ten aanzien van de hymenreconstructie dient aangegeven te worden dat vanuit medisch standpunt de niet-operatieve alternatieven de voorkeur hebben op grond van het minder ingrijpende karakter en het ontbreken van risico's en complicaties en dat derhalve een operatieve hymenreconstructie in de regel niet wordt uitgevoerd. Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat in een zeer groot percentage van de gevallen door een goede counseling de wens tot hymenreconstructie met 70-80% afneemt.²

Alleen als de vrouw van oordeel is dat de ernstige problematiek die ten grondslag ligt aan haar verzoek tot hymenreconstructie niet op andere wijze kan worden opgelost, kan zo nodig aan haar wens gehoor worden gegeven.

In die gevallen waarbij er sprake kan zijn van levensgevaar of geweld jegens de vrouw dient het stappenplan van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld gevolgd te worden.¹⁴

Counseling bij voornemen tot daadwerkelijke hymenreconstructie

Aansluitend aan de counseling door arts/gynaecoloog/plastisch chirurg of seksuoloog/psycholoog dient een multidisciplinair overleg plaats te vinden indien overwogen wordt een hymenreconstructie te gaan verrichten. Dit multidisciplinaire overleg dient minimaal te bestaan uit een gynaecoloog, medisch psycholoog/seksuoloog (NVVS-lidmaatschap) en een plastisch chirurg. Niet eerder dan dat men in dit multidisciplinaire overleg van mening is dat de ernstige problematiek van de vrouw niet anders dan door een hymenreconstructie kan worden opgelost, kan de ingreep worden gepland.

Conform de normen, wordt de counseling voorafgaand aan chirurgie wel altijd vastgelegd in het dossier. Er geldt bij een medisch niet-noodzakelijke ingreep aan het hymen een verzwaarde informatieplicht op grond van (tucht)rechtspraak.

In de counseling bij een hymenreconstructie komen de volgende punten aan de orde:

- verslag van het educatief gynaecologisch onderzoek;
- uitkomst: hymenreconstructie biedt geen garantie op bloedverlies;
- de techniek en de anesthesie die wordt toegepast bij het plaatsen van een tijdelijke hymenhechting;
- de nadelen van hymenreconstructie zijn, behalve de gebruikelijke anesthesie- en operatierisico's, kleine kans op bloedingen, infecties en littekenvorming met als gevolg mogelijk verstoord seksueel functioneren op korte en langere termijn.

Nadat tijdens het consult uitgebreid is gesproken over bovenstaande risico's en complicaties van een hymenreconstructie, kan een informed consent-formulier worden doorgenomen en getekend. Bijlage 2 betreft een voorbeeld van een dergelijk informed consent-formulier.

Chirurgische technieken

Er zijn twee typen chirurgische technieken te onderscheiden voor een hymenreconstructie:

1. Tijdelijke hymenhechting
2. Continuering hymenrestanten

Ad 1. Bij een tijdelijke hymenhechting worden de hymenrestanten geapproximeerd door op twee plaatsen van links naar rechts of met een circulaire tabakszaknaad¹⁵ een hechting te plaatsen waardoor er een kleine opening ontstaat. In de literatuur wordt hierbij vicryl rapide of een andere snel oplosbare hechting geadviseerd. Deze dient maximaal een week voor de huwelijksnacht geplaatst te worden.¹ Doel is daarbij dat de hechting bij de coïtus uitscheurt, waardoor er een bloeding plaatsvindt.

Ad 2. Bij een continuering van hymenrestanten worden de hymenrestanten aan elkaar gehecht. Hierbij kunnen de randen van de hymenrestanten worden ingesneden en kunnen deze nieuwe wondranden weer gehecht worden aan tegenoverliggende wondranden.^{16,17} Ernstige klachten op korte en lange termijn, zoals strakke littekens, mictieproblematiek en dyspareunie zijn aannemelijk, waardoor deze techniek wordt afgeraden.

Als er gekozen wordt voor chirurgie, is het plaatsen van een tijdelijke hymenhechting de enige techniek die gezien het doel ervan professioneel verantwoord wordt geacht.

Organisatie van zorg

De counseling bij een verzoek tot hymenreconstructie kan door ieder ter zake kundige hulpverlener verricht worden. Dit wil zeggen dat de hulpverlener daartoe bevoegd en bekwaam is. Na de counseling dient, zeker als er een voornemen is tot een hymenreconstructie, er een multidisciplinair overleg te volgen om tot een definitief besluit te komen.

De arts die eventueel de ingreep uitvoert, dient zich er altijd van te vergewissen dat alle relevante informatie is gegeven en begrepen en dat de patiënt op basis daarvan toestemming heeft gegeven.

Het behandelend team dient minimaal te bestaan uit een gynaecoloog, medisch psycholoog/seksuoloog (NVVS-lidmaatschap) en een plastisch chirurg, waarmee regelmatig en laagdrempelig wordt overlegd. De counseling van de vrouw en indien mogelijk haar partner, vormt pre-operatief de basis van de begeleiding. De counseling bestaat uit educatie, samen beslissen en nazorg enkele weken na de chirurgie en dit wordt vastgelegd in het medisch dossier. De uitkomsten van de chirurgische ingrepen aan het hymen worden op kliniekniveau geanonimiseerd verzameld.

De werkgroep is van mening dat met name de behandeling van vrouwen met de wens tot een hymenreconstructie in Nederland in enkele ziekenhuizen dient te worden gecentraliseerd.

Naar de mening van de werkgroep zal een algeheel verbod op de ingreep leiden tot illegale praktijkvorming met alle daar bijbehorende risico's.

Aanbevelingen

- Een hymenreconstructie wordt in de regel in ons land niet uitgevoerd.
- De anamnese kan volgens het PLISSIT-model afgenomen en moet minimaal elementen van dit model bevatten.
- Alleen als de vrouw van oordeel is dat de ernstige problematiek die ten grondslag ligt aan haar verzoek tot hymenreconstructie niet op andere wijze kan worden opgelost, kan aan haar wens gehoor worden gegeven.
- Als er een vermoeden ontstaat dat er sprake zou kunnen zijn van (dreigend) huiselijk geweld dient het stappenplan van de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld gevolgd te worden.
- Bij een voornemen tot daadwerkelijke hymenreconstructie dient na counseling door een ter zake kundige zorgverlener een multidisciplinair overleg plaats te vinden om tot een definitief besluit te komen. Dit multidisciplinaire overleg dient minimaal te bestaan uit een gynaecoloog, medisch psycholoog/seksuoloog (NVVS-lidmaatschap) en een plastisch chirurg.
- Overleg expliciet wat u van het consult in het medisch dossier vastlegt en wat u eventueel terugkoppelt aan de verwijzer/huisarts.
- Bij besluit tot uitvoering van een chirurgische ingreep aan het hymen, dient dit conform de huidige regelgeving in het medisch dossier gedocumenteerd te worden: voorafgaand aan de ingreep: de counseling, het preoperatief onderzoek en het informed consent, na de ingreep: het verslag van de ingreep en de nazorg.
- Het plaatsen van een tijdelijke hymenhechting is de enige techniek die professioneel verantwoord wordt geacht.

Colofon

© 2020 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG)

Postbus 20075

3502 LB Utrecht <http://www.nvog.nl>

e-mail: kwaliteit@nvog.nl

Het standpunt Hymenreconstructie 2.0 is vastgesteld door het NVOG-bestuur.

Dagtekening, Utrecht, 27 augustus 2020

Disclaimer

De NVOG heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de inhoud van dit Standpunt. Desondanks sluit zij iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijn(modules), modelprotocollen, leidraden etc., 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: kwaliteit@nvog.nl).

De inhoud van de het Standpunt is bestemd voor intern gebruik, dat wil zeggen niet voor commercieel gebruik. Voor elk ander gebruik is vooraf schriftelijke toestemming van de NVOG vereist.

Referenties

1. Loeber O. Wrestling with the hymen: consultations and practical solutions. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2015;20:128-35.
2. Van Moorst BR, van Lunsen HW, van Dijken DKE, Salvatore CM. Backgrounds of women applying for hymen reconstruction, the effects of counselling on myths and misunderstanding about virginity, and the results of hymen reconstruction. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2012;17:93-105.
3. Mouthaan I, De Neef M, Rademakers J et al. Twee levens. Dilemma's van islamitische meisjes rondom maagdelijkheid. Nisso-studies nummer 20. Eburon. Delft, 1997.
4. Artikel 7:448 jo. 7:450, lid 1, Burgerlijk Wetboek.
5. de Jong A, van Dijk G. Geen verbod op 'herstel maagdevlies'. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2020;164:D4971.
6. Emans SJ, Wood ER, Allred EN, Grace E. Hymenal findings in adolescent women: the impact of tampon use and consensual sexual activity. *J Pediatr* 1994;125:153-60.
7. Rogers D. The genital examination. In Dalton M, ed., *Forensic gynaecology – Towards better care for the victim of sexual assault*. London: RCOG Press, 2004, pp. 140-1.
8. Adams J, Girardin B, Faugno D. Adolescent sexual assault: Documentation of acute injuries using photo colposcopy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001;14:175-80.
9. Biggs M, Stermac L, Divinsky M. Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. *Can Med Assoc J* 1998;159:33-7.
10. Loeber O. About the sword and the sheet; blood loss and pain at first coitus. A study of women with different cultural backgrounds. *Tijdschr Seksuol* 2008;32:129-37.
11. Cultureel sensitief interview Pharos: <https://www.pharos.nl/infosheets/het-culturele-interview/>
12. Annon JS. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy* 1976;2:1-15.
13. KNMG kwaliteitsnorm: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/kwaliteitsnorm-tolkgebruik-hulp-bij-keus-voor-professionele-tolk.htm>
14. Meldcode KNMG <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-1.htm>
15. Ou MC, Lin CC, Ou D. A cerclage method for hymenoplasty. *Taiwan J Obstetric Gynecol* 2008;47:355-6.
16. Prakash V. Hymenoplasty – how to do. *Indian J Surg* 2009;71:221 – 3.
17. Vojvodic M, Lista F, Vastis PG, Ahmad J. Luminal Reduction Hymenoplasty: A Canadian Experience With Hymen Restoration. *Aesthetic Surgery Journal* 2018;38:802-806.

Aanvullende referenties

18. <https://www.rutgers.nl/producten/feiten-en-fabels-over-het-maagdevlies/>
19. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/seksuele-disfuncties/zorg-rondom-seksuele-disfuncties/>

BIJLAGEN

Bijlage 1

Voorbeeld anamnesegeprek

Gebruik bij voorkeur ‘motivational interviewing’ als techniek, afgewisseld met voorlichting over de vele mythes rond het maagdevlies om de vrouw de mogelijkheid te geven zich ervan bewust te worden welke (disfunctionele) cognities ten grondslag liggen aan haar verzoek en om zelf zo mogelijk tot de conclusie te komen dat er wellicht ook andere oplossingen zijn voor haar probleem

Vraag (net als in iedere andere anamnese) de somatische, psychiatrische / psychologische voorgeschiedenis uit. Ga er niet vanuit dat patiënt coïtus heeft gehad; sommigen vrouwen denken dat ze door tampon / masturbatie / vallen etc. hun maagdelijkheid zijn ‘verloren’.

Wees je er bewust van dat veel vrouwen niet op alle onderstaande vragen een antwoord hebben.

Het gesprek:

1. Neem de tijd; oordeel niet; wees nieuwsgierig;
2. Benadruk beroepsgeheim; vertel wat je documenteert en aan wie je bericht zendt;
3. Hulpvraag formuleren en leg uit waarom je persoonlijke / intieme vragen stelt:
“Ik zal je een aantal persoonlijke en misschien intieme vragen stellen; dat doe ik om een goed beeld te krijgen van wat je weet en wat je zou willen, zodat ik je goed kan informeren en jij een keuze kunt maken die goed voor jou is. Is dat goed?”
4. Waarom doet ze het verzoek tot maagdevliesherstel? (bloedverlies/ strak voelen / trauma-verwerking / herstel van reinheid / herstel van eer)
“Wat maakt het dat je met deze vraag komt?” Is er een huwelijk gepland? Zo ja, wanneer?
- 5a. Wat zijn de consequenties van het verlies van de maagdelijkheid? (verstoting; eerwraak; geweld)
“Wat denk je dat er zal gebeuren wanneer blijkt dat je geen maagd meer bent?”
- 5b. Waar is ze bang voor?
*“Waar ben je bang voor?”
“Heb je het in je omgeving al eens meegemaakt dat gebeurde?”*
6. Hoe moet ze ‘bewijzen’ dat ze nog maagd is? (bloedverlies/ vagina ‘strak’/‘nauw’/ onderzoek)
*“Hoe moet je bewijzen dat je nog maagd bent?”
“Moet je dan bloedverlies hebben?”
“Denk je dat een man bij penetratie (penis in vagina seks) kan voelen of je nog maagd bent?”
“Word je van tevoren onderzocht door iemand om te beoordelen of je nog maagd bent?”
Zo ja: “Door wie? Weet je hoe dat gedaan zal worden?”*
7. Wat zijn de verhalen / boodschappen die ze gehoord heeft over dit onderwerp?
*“Heb je het wel eens meegemaakt bij een vrouwelijk familielid of vriendin? Of heb je verhalen gehoord uit je omgeving?
“Wat heb je gehoord?”*
8. Kennis inventariseren. (genitale anatomie; anticonceptie; SOA (seksueel overdraagbare aandoening))
*“Je zegt dat je denkt dat je geen maagd meer bent.... Hoe denk je dat jij die maagdelijkheid bent kwijtgeraakt / verloren?”
Hoe oud was je toen? “Hoe was dat voor je? Hoe heb je daarop gereageerd? Heb je het aan iemand verteld?”
“Hoe denk je dat het maagdevlies eruit ziet?”
“Van wie heb je informatie over het maagdevlies gekregen?”
“Wat is daarover verteld?”
“Heb je zelf wel eens naar je vagina gekeken?”
“Heb je wel eens een tampon / vinger ingebracht?”
“Heb je seksueel contact gehad ? Penis in vagina seks?”
“Heb je toen bloed verloren?”
“Heb je wel eens gemasturbeerd?”
“Heb je seksuele voorlichting gehad?”
“Heb je anticonceptie gebruikt toen je seksueel actief was?”
Bij Ja: blijf je dat gebruiken?
Bij nee: zou je het willen gebruiken? Weet je wat er kan gebeuren als je het niet gebruikt?”*

"Ben je al eens zwanger geweest?"
Bij ja: "wat is er toen gebeurd?" "Hoe was dat voor je?"
"Ben je wel eens getest op een SOA?"
"Heb je vragen over seksualiteit? Anticonceptie / SOA?"

9a. Seksuele ervaringen tot nu toe.

"Ik wil je graag nog een paar vragen over seksualiteit stellen, is dat goed? Ik hoef geen 'details' te weten, maar zou graag nog wat informatie willen geven.
"Ben je al eens seksueel actief geweest?"
"Was/ waren dat (een) plezierige ervaring(en)?"

9b. Bij plezierige ervaringen: check of er behoefte / noodzaak is aan enige seksuele voorlichting over plezier in seks.

"Ken je het gevoel van seksuele opwinding?"
"Was penis-in-vagina seks prettig / niet pijnlijk?"
"Kon je klaarkomen?"
"Heb je nog vragen over seksualiteit?"

Bij negatieve misbruikervaringen: let op: PTSS-klachten.

NB: leg iets uit over PTSS-klachten; herbelevingen.

"Hoe oud was je toen?"
"Heb je er ooit met iemand over gesproken?"
"Denk je er nog wel eens aan? Heb je er nog wel eens last van? Droom je er nog wel eens over?"
"Weet je aanstaande man van het misbruik? Zou je het kunnen vertellen? Wat zijn voor- en nadelen?"
"Wat verwacht je van seksueel contact met aanstaande partner?"
"Zou je er professionele hulp bij willen?"

9c. Bij seksuele pijnervaringen.

"Was penis in vagina toen pijnlijk?"
"Hoe denk je dat dat kwam?"

10. Toekomstige situatie

Je hebt me verteld over je situatie, en (in het geval van naderend huwelijk)
"Heb je wel eens met je aanstaande man gesproken over het maagdenvlies?"
"Ken je zijn ideeën over maagdelijkheid?"
"Hoe zou hij reageren?"
"Is het een idee om dit eerst eens met hem te bespreken zodat jullie misschien samen een oplossing kunnen bedenken?"

11. Verwachting(en) met betrekking tot maagdenvliesherstel: (bloedverlies na penetratie; strakheid) (narcose / verdoving) (vlies voor vagina)

"Wat denk je dat een operatie inhoudt?"
"Wat verwacht je ervan?"
"Hoe zou het er dan daarna moeten uitzien?"

Bijlage 2

Voorbeeldtekst van een informed consent-formulier bij een geplande hymenreconstructie.

Ik ben ervan op de hoogte dat:

- er minder ingrijpende alternatieven zijn, zoals met mij besproken, maar ik acht die niet afdoende.
- het een ingreep onder lokale of algehele anesthesie betreft.
- Ik, met de anesthesioloog, indien deze is betrokken, de risico's en complicaties bespreek van de gekozen vorm van anesthesie.
- Ik gedurende de ingreep op mijn rug lig met mijn beide benen in de beensteunen. De risico's van deze positie zijn mogelijk een (tijdelijk) beurse en rode plek op mijn stuitbot en een eventuele (langdurige) uitval van de beenspieren door de druk van de beensteunen op mijn zenuwen in het been.
- ik de kosten van de ingreep mogelijk zelf moet betalen

Optioneel:

- Er wordt er een tijdelijke hymenhechting geplaatst, waarbij het de verwachting is dat deze uit zal scheuren tijdens de huwelijksnacht.
- Ondanks deze ingreep is het mogelijk is dat er geen bloedverlies optreedt.
- Deze ingreep zorgt er niet voor dat een nauwer gevoel ontstaat tijdens penetratie.
- Deze ingreep geeft geen garantie op het overtuigen van de partner of familie van maagdelijkheid.
- Deze ingreep moet kort voor de huwelijksnacht uitgevoerd worden om eventueel effectief te kunnen zijn.
- Ik kan op de dag van de ingreep weer naar huis, tenzij sprake is van onvoorziene, ernstige complicaties.
- Tijdens de ingreep kan er worden gewerkt met een diathermisch mes. Dit mes wordt heet waarbij er in het operatiegebied een niet noodzakelijke wond kan ontstaan ten gevolge van contact tussen het mes en de huid.
- Bij deze ingreep is, zoals bij alle andere chirurgische ingrepen, een kans op het krijgen van een nabloeding, wondgenezingsproblemen en (wond)ontstekingen en/of infecties. De kans daarop is vergroot als ik rook.
- Theoretisch kan er tijdens deze ingreep letsel aan het rectum ontstaan. Dit wordt overhecht, maar het kan alsnog een "blijvende" fistel veroorzaken. Om dit te herstellen is een tweede chirurgische ingreep nodig.
- Na de ingreep ben ik zelf verantwoordelijk voor de verzorging van het wondgebied.
- Na deze ingreep kan het voorkomen dat er "blijvende" pijn ontstaat aan de ingang van de vagina door littekenweefsel of zenuweindjes die zijn beschadigd. Hiervoor zal verdere behandeling nodig zijn, door een gynaecoloog, seksuoloog (NVVS-lidmaatschap), bekkenfysiotherapeut of een combinatie van specialisten.