

Kadın Sünneti

Female Genital Mutilation; Female Genital Cutting; Female Circumcision

Dr. A. Filiz AVŞAR,^a
Dr. Serdal KANUNCU,^a
Dr. H. Levent KESKİN^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 06.07.2008
Kabul Tarihi/Accepted: 03.09.2008

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. H. Levent KESKİN
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
ANKARA
hkeskin@hotmail.com

ÖZET Kadın sünneti, medikal sebepler dışında, eksternal kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması veya kadın genital organlarına başka şekillerde zarar verilmesini içeren tüm işlemlerdir. Dünyada 114-130 milyon arasında kız ve kadında bu işlemin uygulanmış olduğu tahmin edilmektedir. Dünyanın belirli bölgelerinde sık olmakla birlikte Türkiye'de son yıllara kadar çok nadir rastlanan bir durum olan kadın sünneti ile küreselleşme sürecinde ulaşım şartlarının kolaylaşması ve ayrıca öğrenim, iş, ticaret, göç ve mülteci olmak amacıyla ülkemize gelmiş olan çok sayıda Afrika kökenli kadın nedeniyle daha sık karşılaşılmaya başlanmıştır. Kadın sünnetinin bilinen herhangi bir yararı yoktur. Aksine, her şeyden önce ağırlı ve travmatik olmasının yanında birçok yönden zararları bilinmektedir. Bu işlem insanın sağlık, mahremiyet ve fiziksel bütünlüğü haklarını ihlal etmektedir. Temel ve spesifik tıp eğitimi sürecinde bu konu ile ilgili uygun ve yeterli bilgilendirme yapılmamaktadır. Bizim sünnetli kadınlar ile ilgili ilk tecrübelerimizde yaşadığımız tecrübesizliğimiz ve işlemin kısa dönem, uzun dönem etkileri ve komplikasyonları konularındaki bilgi eksikliğimiz nedeniyle karşılaştığımız sorunların, meslektaşlarımızın pratik hayatlarında böyle bir durumla ve problemlerle karşılaştıklarında kendileri için de geçerli olacağı düşüncesi ile bu konunun hatırlatılmasının ve konu ile ilgili kısa bilgilerin sunulmasının yararlı olacağını düşündük. Diğer yandan konunun tıbbi boyutu yanında etik, dini ve hukuksal boyutunun da bütünüyle ele alınması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Kadın sünneti, Dünya Sağlık Örgütü

ABSTRACT Female genital mutilation (FGM) comprises all procedures involving partial or total removal of the external female genitalia or other injury to the female genital organs for non-medical reasons. Between 114-130 million girls and women in the world are estimated to have undergone such procedures. This procedure is common in some certain countries but was a rare situation until last years in Turkey. However, it has been begun to meet recently via the African women had come to our country, because of the globalization effects, like improved travel condition, hope to get education, business, migration and displacement. FGM has no known health benefits. On the contrary, it is known to be harmful in many ways, in addition to foremost painful and traumatic. The practice also violates the rights to health, security and physical integrity of the human. It also appeared that this subject was not properly and quietly addressed in the basic and specialized medical training. For this reason, we decided to remind this subject and to give information about it, to prevent our colleagues from encountering the same problems, that we had faced in our first experiences due to our inexperience and lack of knowledge about the short-, long-term effects and complications of this procedure. Otherwise, there is a need for a entire consideration among all those concerned of the ethical, religious and legal aspects.

Key Words: Circumcision, Female, World Health Organization

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18(5):321-6

Kadın sünneti (female circumcision, female genital mutilation, female genital cutting), eksternal genital organların kısmen veya tamamının alınması işlemidir. Kadın sünneti Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ) tarafından “medikal sebepler dışında, eksternal kadın genital organlarının kısmen veya tamamen çıkarılması veya kadın genital organlarına başka şekillerde zarar verilmesini içeren tüm işlemler” olarak tanımlanır.¹ En çok 0-15 yaş arası kız çocuklara uygulanmakla birlikte, nadiren erişkin ve evli kadınlara da uygulandığı görülmektedir. İnsidansının net olarak bilinmemesine rağmen dünya genelinde yaklaşık 114 ile 130 milyon arasında kız ve kadına uygulanmış olduğu ve Afrika’da her yıl 3 milyon kız çocuğunun bu işleme maruz kalacağı tahmin edilmektedir.^{1,2} Özellikle Afrika başta olmak üzere (Afrika’da 28 ülke) Asya ve Ortadoğu’da birkaç ülkede uygulandığı bildirilmektedir. Resmi rakamlar göre yedi Afrika ülkesinde (Sudan’ın kuzeyi, Mısır, Somali, Eritre, Sierra Leone, Gine, Cibuti) genel olarak (%85’den daha fazla), dördünde yüksek prevalansda (%60-85) (Etiyopya, Burkina Faso, Gambia, Moritanya), 7 ülkede ise orta prevalansda (%30-40) uygulandığı bildirilmektedir. Ayrıca Orta ve Güney Amerika’daki belirli etnik gruplarda da kadın genital mutilasyonunun bazı şekilleri rapor edilmiştir. Benin, Orta Afrika Cumhuriyeti, Çad, Tanzanya, Kenya, Liberya, Kamerun, Nijerya ve Togo’da ise düşük prevalansda uygulanmaktadır.¹ Ortadoğu ve Arap Yarımadası’nda ise Hindistan, Endonezya, Irak, İsrail, Malezya, Birleşik Arap Emirlikleri ve Yemen’de uygulanmakta, ancak bu işlem kontrol altında olmadan uygulandığı için net oranlara ulaşılamamaktadır.²

Bu işlemin kaynağı ya da başlangıcının tarihi net bilinmemektedir. Ancak Afrika’dan köken aldığı ve M.Ö. 5. yüzyıla ulaştığı tahmin edilmektedir. Bu dönemlerde Mısır, Roma, Arabistan ve Rusya’da yapıldığı, kadın Mısır mumyalarında tespit edildiği, Viktorya dönemi İngiltere’sinde psikolojik hastalıkların tedavisi için veya masturbasyonu önlemek amacı ile yapıldığı bildirilmektedir.^{3,4} Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1930’lu yıllarda klitoris hipertrofisi, histeri, lezbiyenlik, erotomania ve genital küçültme amacıyla yapıldığı da bildirilmektedir.³ Avrupa’da Freud psikanalizin popüler olduğu dönemde ise psikiyatrik hastalıkların tedavisi için kliterektomi yaygın bir işlemdi.²

İŞLEM VE YÖNTEM

Bu işlem genellikle ebeler, yaşlı kadınlar, tecrübeli kişiler ya da o toplumun saygın kadınları tarafından yapılmaktadır. Afrika ülkelerinde genellikle gruplar halinde, tören hazırlanarak ya da Mısır’daki gibi özel olarak aile arasında yapılmaktadır. Bir günlük bebektikten 16 yaşına kadar olan dönemde uygulanan bu işlem kızlar evlenmeden ve çocuk doğurmadan yapılmaktadır. İşlemi DSÖ dört gruba ayırmıştır:^{1,2}

Tip 1 (Klitoridektomi): Basit geleneksel sünnet şeklidir. Klitoris ve/veya prepusiyumun kısmen veya tamamen çıkarılmasıdır. Kanama olursa klitoris çevresine sütür koyulmaktadır (Resim 1).

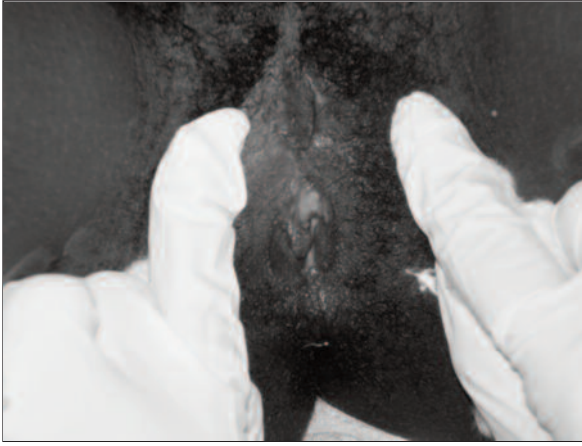
Tip 2 (Eksizyon): Klitoris ve labia minoranın, labia majör ile birlikte olarak veya olmadan, kısmen veya tamamen çıkarılmasıdır (Resim 2). Bu işlem üretra ve/veya vajen girişini içine alabilir ve yara yerleri kendiliğinden -füzyon- kapanır ve pseudo-infibulasyon adı verilen duruma benzer.

Bu 2 tip, sünnetlerin yaklaşık %85-90’nını oluşturmaktadır.

Tip 3 (İnfibulasyon): Labia minör ve/veya labia majörün, klitoris eksizyonu yapılarak veya yapılmadan, kesilip karşılıklı sütüre edilerek yeniden oluşturulması ile vajinal orifisin daraltılması işlemidir. Bu tip olguların yaklaşık %10’nunu oluşturmaktadır. Sadece idrarın ve menstruasyon kanının akışını sağlayacak bir açıklık bırakır. Bu eksternal



RESİM 1: Tip 1 uygulama. Klitoridektomi sonrası görünüm. Vajinal orifis normal görünümde.



RESİM 2: Tip 2 uygulama. Kısmi labia minora eksizyonu yapılmış olan tip

genital dokudan önemli bir kısmının çıkarılmasıdır ve labia majörlerin iç kısmı da dikişe dahil edilir. Dikiş sonrası bacaklar iki-üç hafta boyunca kapalı tutularak iyileşmesi sağlanır. Bu işlem evlilikte cinsel ilişkide ciddi problem yaratır ve yıllar içinde zamanla dilatasyon sağlanabilirse de bu bazen gerçekleşmez ve kocanın ya da kadının isteği ile defibulasyon yapılabilir. Ancak defibulasyon genellikle çocuğun doğumu sırasında gerçekleştirilir ama fetal başın çıkımı geciktiği-uzadığı için maternal ve fetal komplikasyonlar meydana gelir. Ancak çiftler ya da kadın, doğumu takiben yeniden infibulasyon ya da süturu yaptırır. Doğumda yapılacak işlem eylem başladığı sırada deinfibulasyon yapmaktır.²

Tip 4: DSÖ tarafından tam tanımlanamamakla beraber medikal amaçlar dışında, kadın genital organlarına diğer hasar verici diğer işlemler (örneğin; çizilmesi, kesilmesi, soyulması, delinmesi, koterizasyonu) uygulanarak yapılan tiptir. Bazen de koroziv maddenin vajen içine konulması ile vajenin daraltılması ve sıkıştırılması şeklinde yapılır.⁵

KOMPLİKASYONLAR

Kadın sünneti ciddi sağlık riskleri ve sonuçları nedeniyle zararlı bir işlem olarak kabul edilir. Kadın sünnetine ait fiziksel komplikasyonlar daha iyi tanımlanmıştır; hemoraji, enfeksiyon, idrar retansiyonu, sepsis, şok, tetanos hatta ölüm. Ancak

psikolojik etkilerini tanımlamak mümkün olamamıştır. Bu konuda düşünceler, incelemeler, araştırmalar yapılsa da işlemin aile içinde gizli kalması ve gelenekler, gerçekte kişilerin psikolojik olarak ne kadar etkilendiklerini tam olarak gösterememekte ve çelişkili sonuçlar ortaya koyabilmektedir.^{6,7}

Kadın mutilasyonunun fiziksel komplikasyonları erken ve geç dönem komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır. Erken dönem komplikasyonlar; şiddetli ağrı (sinir uçlarının ve çok duyarlı genital dokuların kesilmesine bağlı), şiddetli kanama, bunlara bağlı hipovolemik, nörojenik hatta septik şok, miksiyon zorluğu (ağrı ve ödeme bağlı olarak), enfeksiyon, kan yolu bulaşıcı hastalıklar (özellikle HIV) ve hatta ölümdür.

Ayrıca tip 2 yapılması planlanan işlemde istenmeyen tarzda labial füzyon oluşması ile tip 3 meydana gelebilir veya özellikle tip 3'te iyi olmayan iyileşme sonucunda tekrarlayan mutilasyon işlemi yapılmasının gerekliliği de komplikasyonlar arasındadır (Resim 3).

Kanama, vakaların %25'inde görülür, çünkü eksternal genital organlar, özellikle klitoris çok kanlanan organlardan olup erektil organdır ve bazen kanama kontrol altına alınamayabilir. Klitoral arterde kan akımı yüksek basınçlıdır ve sonuç tehlikeli olabilir. Bu kanama dikiş ile gazlı tampon ile baskılanarak kontrol altına alınsa da bazen enfeksiyon ile günler sonrasında da ortaya çıkmaktadır.



RESİM 3: Tip 2, tip 3 ayırımı net olarak yapılamayan uygulama. Vajen orifisi derecede daralmış, labia minoralar karşılıklı birleşmiş (Psödoinfibulasyon?, İnfibulasyon?). Sağ mediolateral epizyotomi skarı görülmekte.

Enfeksiyon temiz olmayan malzeme kullanımı ile ya da gaita, idrar ve kanın kontamine olması ile başlar ve yüzeysel enfeksiyondan septisemiye hatta vulvar doku gangrenine kadar uzayabilir. Apse yara kenarlarında görülmekle beraber yeni bir revizyon ile tedavisi mümkün olmaktadır. Ancak şok tablosu ağır bir komplikasyondur ve kanamaya, ağrıya, psikolojik travmaya ve sepsise bağlı olarak ortaya çıkabilir. İdrar retansiyonu başlangıçta enflamasyon, ödem, ağrıya bağlı olsa da çoğu kez üretral meatusun da işleme dahil olması sonucu meydana gelir.

Uzun dönem komplikasyonlar ise; ağrı, enfeksiyonlar, üriner ve menstruel problemler, keloid oluşumu, tekrarlayan reproduktif yol enfeksiyonları ve seksüel yolla geçen hastalıklar, HIV geçişi, seksüel yaşam kalitesinde bozukluk (disparoni ve zor koit), infertilite, doğum ve yenidoğan komplikasyonları, kötü psikolojik sonuçlarıdır.

Genital enfeksiyonlar, drenajın bozulması sonucu vajende biriken sekresyonlar ve adet kanının besiyeri oluşturması sonucu meydana gelir. Sünnetli kadınların, vajinal bakteriyoz (BV) ve HSV tip 2 enfeksiyonuna sünnetsiz kadınlardan daha çok maruz kaldıkları, sifilizin ise daha az görüldüğü, Kandida, klamidy ve trikomoniyazisin ise benzer oranlarda görüldüğü tespit edilmiştir.⁸ Benzer bir çalışmada BV'un istatistiki anlamlı olmasına rağmen daha yüksek olduğu, kandida, klamidy, trikomonas ve HIV'in ise benzer oranlarda oldukları bildirilmiştir.⁹ Bundan dolayı enfeksiyon riski veya enfeksiyona yatkınlık durumu uzun vadeli komplikasyon olarak net bir problem olarak ortaya konamamıştır.^{10,11} İdrar kaçırma, yeterince boşalamayan mesanenin damlama tarzında boşalımı sonucu ortaya çıkar. Ancak bu durum da istatistiksel olarak ispat edilememiştir.⁸

Hayatı tehdit etmeyen diğer komplikasyonlar ağrı, keloid oluşumu, dermoid kistler, apseler ve genital ülserler, vajinal-meatal stenozlar, nörinoma oluşumu, disparoni ve zor koit, artmış infertilite oranıdır (%25-30).³ Genital organlar, sinir innervasyonu yoğun organlardır ve sünnet işlemi çoğu kez anestezi uygulanmadan yapıldığı için kadın hastada unutulmaz bir ağrı tecrübesine yol açar. Bu işlem sonrası nörinomların ve introitusda meydana

gelen daralmanın getirdiği artmış hassasiyet ve acı tecrübe, hayatı boyunca ağrılı, hassas genital işleme (banyo, koit) sebep olur ve lokal anestezik kullanımı ile dahi ağrı azaltılamayabilir.¹ Dermoid kist derideki sebace kistlerin skar dokusu içine dönmesi sonucu oluşur ve apseleşebilir.

Bu işlemin cinsellikle ilgisi de incelenmiş yetersiz penetrasyon, darlığın getirdiği ağrı, klitoris amputasyonu, cinsel problemlerin olabileceğini düşündürmüştür. Ancak cinsellik tespitinde kullanılan testlerin çerçevesi net çizilememekte ve objektif bir sonuca ulaşılamamaktadır.¹⁰ Nijerya'da yapılan çalışmada sünnetin cinsel fonksiyon ve mutluluğu etkilemediği belirtilirken bir başka çalışmada cinsel davranış ve haz probleminin daha fazla olduğu bildirilmiştir.^{8,11,12} Sistematik bir çalışmada ise cinsel ilişkideki hazzın %51, yeterli penetrasyonun %73, doğru tanımlanan orgazmın ise %86 olduğu tespit edilmiştir.¹⁰ Ancak bu sonuçların değerlendirilmesinde, cevap verilirken göçmenlerin göç ettikleri ülkelerin değerleri ile kendi değerlerini kıyaslayarak cevapladıkları veya verilen cevapların bu konunun aynı zamanda dini boyutunun da dikkate alınarak verilmiş ve hatta yanlı olarak ters cevap verilmiş olabileceği göz önünde tutulması gerekir.

Gebelik sırasında introitus darlığı ya da vajinal stenoz sonucu uzamış eylem, fistülleşme, fetal distres, perine yırtıkları, perine yaralanmaları, enfeksiyonları, postpartum kanamalar ve sepsisler meydana gelir.^{1,3,13-15} Ancak perinatal ölümlerin kadın sünneti ile bağlantısı ispat edilememiştir.¹⁶

Servikal kanserli sünnetli kadınların radyoterapisi (brakiterapi) sırasında zorluk yaşanabilmekte ve vulvo-vajinal dilatasyona veya deinfibulasyona ihtiyaç duyulabilmektedir.¹⁷

■ KÜLTÜREL DEĞERLENDİRME

Bu işlem literatürde "erkek egemen toplumlarda kadın üzerindeki kontrolü sağlayarak kadını koruma altına almak ve cinselliğini bastırmak amacıyla yapılmaktadır" tarzında tanımlanmaktadır. Ancak cinsiyet eşitsizliğinin de sosyal ve kişisel hayata ne kadar derin bir etkiyle girdiğinin önemli bir göstergesi olan bu işlemde erkeklerin rolü beklenenden azdır ve işlem kadınlar tarafından yapılır ve sürdürülür. Kız çocuğunun daha iyi ve uygun

büyüyebilmesi, erişkinliğe ve evliliğe daha iyi hazırlanabilmesi için gerekli bir işlem olarak kabul edilir. Ayrıca bu işlemin, maskülen bir yapı olarak kabul edilen klitoris ortadan kaldırılarak kızı veya kadını daha güzel, daha feminen, daha onurlu ve daha temiz yaptığına da inanılmaktadır.¹

Kadın sünneti, birçok toplumda dini inançla ilişkilendirilmektedir. Hıristiyanlar, Yahudiler ve Müslüman toplumlar arasında uygulanıyor olsa da bu üç dinin hiçbirinin kutsal kitaplarında kadın sünnetinden bahsedilmemektedir.

Dünyada bu işlemin 18 yaşın altındaki kızlarda, bazı ülkelerde ise (tıbbi gereklilik olmadıkça) her yaşta yapılması yasaklanmış ve cezai yaptırımlar getirilmiştir ama engellenmesi veya çoğunun önlenmesi kültürel sebeplerle (gizli, aile içinde, kabile arasında) yapıldığı ve herkes yaptırdığı halde dillendirilemediği için mümkün olmuştur.

Kadın üzerinde yaptığı fiziksel bütünlüğü bozduğu, psikolojik ve mental travma yarattığı ve sosyal zararlı etkilerinden dolayı kadın genital mutilasyonu DSÖ tarafından "insan haklarına aykırı" kabul edilmiştir ve bu işlemin tamamen ortadan kaldırılması ve hiçbir sağlık profesyonelinin de bu işlemi yapmaması istenmiştir.¹

TÜRKİYE'DE DURUM

Türk Milletinin 5000 yıllık, Şamanizm'den İslamiyet'e ve bugüne kadar olan döneminde böyle bir uygulama ve inanış olmamıştır. Bununla ilgili tari-

hi belge ve kayda rastlanmamıştır. Bu konu biz Türk Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimlerinin öncelikli problemi ya da konusu da değildir. Ancak dünya üzerinde seyahatlerin, ülkeler arası ilişkilerin özellikle de Afrika-Asya ve Ortadoğu ülkelerinden göçmenlik-mültecilik ya da yeni tabiiyet kazanma yaygınlaşmış ve dünyanın gelişmiş birçok ülkesinde tek bir milletin yaşaması imkansız hale gelmiştir. Türkiye'ye öğrenim, iş, uluslararası ticari firmalar aracılığı ile çok sayıda Afrika kökenli kadın gelmiş ve hastamıza olmaya başlamıştır. Tecrübelerimizdeki problemler, pre-, postoperatif dönemdeki sünnetli hastada üretra meatusunun görülebilmesi dolayısı ile mesane kateterizasyonu işleminin zor olması, yoğun bakım hastalarının diürez takibinin yapılamaması, doğumda fetus başının inişinin takip zorluğu, ilk görüşteki tanımadaki ve karar vermedeki zorluk (genital travma, konjenital malformasyon ya da sünnet olup olmadığı ile ilgili kararsızlık), doğum sonrası kadının yeniden infibulasyonu isteğinin olup olmaması ve etik yaklaşımların nasıl olması gerektiği idi.

Ülkemizde temel ve spesifik tıp eğitimi sürecinde bu konu ile ilgili uygun ve yeterli bilgilendirme yapılmadığı açıktır ve bir eksiklik. Ayrıca konunun tıbbi boyutu yanında etik, dini ve hukuksal boyutunun da bütünüyle ele alınması gerekir. Bizim tecrübelerimiz de yaşadığımız ilk tecrübesizliğin getirdiği sorunlar, meslektaşlarımız için de geçerli olacağı düşüncesi ile bu kısa bilgilerin sunulmasının faydalı olacağı inancı ile konunun hatırlatılmasını uygun gördük.

KAYNAKLAR

1. Eliminating female genital mutilation: the imperative. An interagency statement OHCHR, UNAIDS, UNDP; UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2008;1-40.
2. Little CM. Female genital circumcision: medical and cultural considerations. J Cult Divers 2003;10:30-4.
3. Nour NM. Female circumcision and Genital Mutilation: a practical and sensitive approach. Contemporary OB/GYN 2000;45:50-5.
4. Hopkins S. A discussion of the legal aspects of female genital mutilation. J Adv Nurs 1999;30: 926-33.
5. Matteson PS. Assisting women with health problems. In: Matteson PS ed. Women's health during the childbearing years: A community-based approach. St.Louis, MO: Mosby, 2001;227-280.
6. Horowitz CR, Jackson JC. Female "circumcision": African women confront American medicine. J Gen Intern Med 1997;12:491-9.
7. Aksu MF, Oral E. Kadın dış genital organına uygulanan kısıtlayıcı tahripkar, sünnet şekilleri (bir üreme sağlığı sorunu): olgu sunumu. Cerrahpaşa J Med 1998;29:107-10.
8. Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R, et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. Trop Med Int Health 2001;6: 643-53.
9. Klouman E, Manongi R, Klepp KI. Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. Trop Med Int Health 2005;10:105-15.

10. Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Cult Health Sex* 2005;7: 443-61.
11. Okonofu FE, Larsen U, Oronsaye F, Snow RC, Slanger TE. The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *BJOG* 2002;109:1089-96.
12. el-Defrawi MH, Lotfy G, Dandash KF, Refaat AH, Eyada M. Female genital mutilation and its psychosexual impact. *J Sex Marital Ther* 2001;27:465-73.
13. De Silva S. Obstetric sequelae of female circumcision. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989;32:233-40.
14. Press F, Katz M, Leiberman JR, Shoham I, Glezerman M. Obstetric performance in Ethiopian immigrants compared with Israeli parturients. *Isr J Med Sci* 1993;29:403-7.
15. Berardi JC, Teillet JF, Godard J, Laloux V, Allane P, Franjou MH. [Obstetrical consequences of female circumcision. Study in 71 circumcised African women] *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1985;14:743-6.
16. Essen B, Bodker B, Sjoberg NO, Gudmundsson S, Ostergren PO, Langhoff-Roos J. Is there an association between female circumcision and perinatal death? *Bull World Health Organ* 2002;80:629-32.
17. Manji MF, Al Badawi I, El Enbaby A, Al Bareedy N. Female circumcision (female genital mutilation): a problem for brachytherapy in cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16:675-80.