

# Snygga till könsorganet med kniven – är det en bra idé?

Vi läkare är inte förmyndare, men inte heller några neutrala utbjudare av de tjänster som för tillfället efterfrågas på marknaden. Om det dyker upp en samhälls sjukdom, som skulle kunna liknas vid en dysmorfofobi avseende normala kvinnliga genitalier, då måste vi ta ställning till om vi skall »följa med vågen« eller ej. Varför inte informera kvinnorna om att de ser normala ut, och att de löper mycket stor risk att uppleva sämre »erotisk känsel« efter ingreppet? Varför inte helt avstå från estetisk kirurgi i underlivet?

## CATARINA CANIVET

med dr, distriktsläkare, Vårdcentralen Södervärn, Malmö

Catarina.canivet@smi.mas.lu.se

I en enkätundersökning har två plastikkirurger efterforskat sina patienters åsikter om operationsresultatet efter vulvovaginalkirurgi [1]. Ett antal frågor infann sig när jag läste rapporten:

- De opererade patienterna kan »dygnet runt komma i kontakt med sin kirurg« [1, sidan 2902], vilket sannolikt gynnar patienttillfredsställelsen. Patienterna har betalat mycket pengar (10 000–17 000 kr för blygdläppsplastik, 25 000–35 000 kr för vaginalförsvävning) [2], vilket också torde kunna leda till en tendens till att vilja se sig som nöjd efteråt. Ändå är det så många som sex kvinnor av de 71 tillfrågade som, när de åter kontaktas av sin läkare, vägrar att svara på enkäten. Vad kan ligga bakom? Varför problematiseras inte detta av författarna?

- Av kvinnorna som genomgått blygdläppsplastik, och som svarat på enkäten, upplever 57 procent efter operationen att den »erotiska känseln« är oförändrad; 29 procent att den är bättre. Författarna rapporterar inte vad de kvarvarande 14 procenten (sju kvinnor) tycker, men det får antas att de upplever den som »sämre«. Varför diskuteras inte detta i artikeln?

- Det anges att 94 procent (av 50, dvs 47) hade »inga besvär alls eller lindriga besvär relaterade till ärrbildning efter operationen«. Varför har man valt att föra samman dessa två grupper i redovisningen?

- De tre kvarvarande kvinnorna har då alltså sannolikt »svåra« besvär. Detta är kanske också värt att diskutera när det gäller kirurgi på friska människor, liksom det faktum att sex kvinnor (12 procent av 50) efter operationen har sämre sensibilitet i blygdläpparna.

- Av de 15 kvinnor som genomgått slidförsnävande operation har två försämrad »erotisk känsel«. Ändå vill samtliga 15 kvinnor gärna rekommendera operationen till andra kvinnor eller skulle hypotetiskt göra om den igen. Det vore intressant att höra författarnas tolkning av detta förbryllande fenomen.

- I artikeln anges att 93 procent av patienterna i en annan studie med 163 patienter var nöjda med det funktionella resultatet [3]. Varför nämner man inte att det i denna patientpopulation fanns ett ännu större bortfall vid uppföljningen? Endast 98 av de 163 patienterna besvarade enkäten. Mörkertalet är betydande. Av de 98 som svarade skulle fyra kvinnor inte gå igenom samma ingrepp igen.

## En epidemi hos oss

Jag satt länge och studerade Figuren 2 och 3 i artikeln – bilder som skulle illustrera de stora inre blygdläppar vilka sedermera förminskades operativt. Just på min vårdcentral finns en ansamling av kvinnor med sådana förstörade inre blygdläppar. Dessa fall förekommer dagligen, tydligen en sorts epidemi! Något liknande den typ av åtgärdade, små, smäckra blygdläppar som blev resultatet av kirurgin har jag bara sett hos unga kvinnor som inte fött barn.

## Vulvovaginal funktion inte statisk

Det finns ovanliga vulvor, t ex den i Figur 1, som ser extra övergiven och naken ut utan sitt köns hår. Personligen tycker jag att läkaren, med de etiska krav vi ställer på en sådan, i ett dylikt fall bör ägna sin auktoritet och sin energi åt att på olika sätt försöka förmedla ett besked som lugnar patienten. Om detta är svårare än att

operera, så är det i sig inte ett godtagbart skäl för att avstå. När det gäller kirurgi som utförs på grund av skavningsbekymmer vid ridning, cykling osv, blir diskussionen förstås en annan – även om man också där bör redogöra för potentiell nytta kontra risker.

Vidare är vulvovaginal funktion inte ett statiskt begrepp, vilket beskrivs på ett mycket pedagogiskt och klargörande sätt i Helströms artikel i Läkartidningen nyligen. Exempelvis kan upplevelsen av att blygdläpparna är för stora under samlaget bero på att kvinnan inte är tillräckligt sexuellt upphetsad [4].

## Risk för sämre »erotisk känsel«

Jag är övertygad om att Jernbeck och Hober har en stor kännedom om sitt patientmaterial och att de utför ett seriöst och välmenande arbete. Ändå vill jag ifrågasätta om de inte blivit hemmablinda för sin egen verksamhets unika karaktär. Varför inte informera kvinnorna om att de ser normala ut, och att de löper mycket stor risk (här 14 procent, sannolikt betydligt mer om man tar hänsyn till det i sammanhanget stora bortfallet) att uppleva sämre »erotisk känsel« efter ingreppet? Varför inte helt avstå från estetisk kirurgi i underlivet? Författarna skryter »förmyndarattityd« [1, sid 2904], och



Foto: Pressens Bild

Ska vi alla se ut som Ken och Barbie?

visst dyker ett liknande dilemma upp vid t ex näs- och bröstplastiker av estetiska skäl. Men i underlivet är en intakt sensibilitet av en annan dignitet.

### Samhällelig dysmorfofobi

Vi läkare är inte förmyndare, men inte heller några neutrala utbudare av de tjänster som för tillfället efterfrågas på marknaden. Om det dyker upp en samhällelig kultursjukdom, som skulle kunna liknas vid en dysmorfofobi avseende normala kvinnliga genitalier, då måste vi ta ställning till om vi skall »följa med vågen« eller ej. Om man som läkare ger efter för kravet på att ta till kniven av estetiska skäl innebär det oundvikligen att man legitimerar patientens upplevelse av att ha ett könsorgan som är avvikande och fult: »Du hade rätt, det visar jag genom att skära i dig.«

### Ful penis kan också åtgärdas

Det finns för övrigt ytterligare presumtiva patientgrupper. På Akademikliniken erbjuder man förtjockning och förlängning av penis (kombination av båda kostar 47 000 kr). På hemsidan informerar författarna sina kommande patienter/kunder: »Erektionsförmågan påverkas inte av ingreppet, inte heller känseln i huden eller på ollonet – om ingreppet utförs utan att komplikationer tillstöter« [2].

### Framtidens dom

Ska vi alla se ut som Barbie och Ken? Kanske man om 50 år kommer att förundras över vår västerländska kultur, och över att den biologiska variationsrikedomen i hur människor ser ut – som skulle kunna fascinera och glädja oss – hos oss ibland verkade väcka en sådan fasa, och därigenom ett sådant lidande hos många människor. Jag önskar att vi

läkare i framtiden ska kunna vara stolta över vad vi gjorde åt detta problem, och inte behöva skämmas över att vi indirekt bidrog till att underhålla det.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Jernbeck J, Hober M. Vulvovaginal kirurgi vid estetiska och funktionella frågeställningar. Läkartidningen 2004;101:2901-4.
2. www.akademikliniken.se
3. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, Haddad B. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. Am J Obstet Gynecol 2000;182:35-40.
4. Helström L. Vulvakirurgi – riskfyllt ingrepp där psykosexuella aspekter måste beaktas. Läkartidningen 2004;101:2815-7.

## När kan vi avsluta försök med hjärt-lungräddning?

Ambulansorganisationernas möjligheter att behandla hjärtstopp på hämtplatsen har utvecklats starkt sedan slutet av 1980-talet. Men en fråga saknar ännu svar: när kan vi avsluta hjärt-lungräddningsförsök? Att ta fram kriterier för rätten att inte påbörja eller att avbryta avancerad hjärt-lungräddning är en uppgift för dagens ansvariga.

BROR GÅRDELÖF  
överläkare, Linköping  
[Bror.Gardelof@lio.se](mailto:Bror.Gardelof@lio.se)

|| Thomas Kellerths inlägg, »HLR-etik måste utvecklas även prehospitalt«, i Läkartidningen 36/2004 (sidan 2750) värmde i själen.

Min period som ambulansöverläkare i Östergötland 1987-2001 råkade sammanfalla med en enorm utveckling av ambulansorganisationernas möjligheter att behandla hjärtstopp ute på hämtplats. 1987 presenterades de första halvautomatiska defibrillatorerna på den svenska marknaden. Dessförinnan begränsades – med några undantag – ambulansperso-

nalens behandlingsarsenal till basal hjärt-lungräddning (HLR) – om än med mask och oxygentillägg. Nu fick man möjlighet att defibrillera på hämtplats. Under det följande decenniet blev det allt vanligare att ambulansbesättningar också lärde sig att intubera och hantera läkemedel enligt rådande koncept för avancerad hjärt-lungräddning (A-HLR).

### Personalens dilemma

Hela tiden levde jag med besättningarnas tvådelade dilemma:

1. När avstå från att påbörja HLR?
2. När kan vi avsluta?

Svaret på Fråga 1 utkristalliserades så

# ANNONS