

Replik till kommentarer om vulvovaginal plastik:

Patientens behov och önskemål avgör vår behandlingsstrategi

»Framtidens dom« handlar i våra ögon närmast om risken att vi som läkare sätter oss över våra patienters behov och önskemål. Målet i vår yrkesutövning bör vara att i största möjliga mån bemöta patienter på ett förstående och respektfullt sätt, framhåller Magnus Hober och Jan Jernbeck som här svarar på kritiska inlägg om vulvovaginal plastik.

MAGNUS HOBER
magnus.hober@ak.se

JAN JERNBECK
plastikkirurg vid Akademikliniken,
Stockholm

II Vi börjar med att kommentera Catarina Canivets debattinlägg »Snygga till könsorganet med kniven – är det en bra idé?« (LT 40/2004, sidorna 3092-3).

Författaren är av den uppfattningen att om man betalar för sin operation så är man också nöjd med den oavsett resultatet. Denna uppfattning är märklig, då snarast det omvända förhållandet råder. Om man har betalat är man oftast mer kritisk när man bedömer resultatet av behandlingen. Våra patienter ställer höga krav på oss när det gäller slutresultatet. I de fall patienterna vid 6-månaderskontrollen är missnöjda erbjuds de oftast kostnadsfritt en korrektion.

Svarsfrekvensen vid vår enkät var 92 procent! Vilket vi var mycket glada för och uppfattar som en hög svarsfrekvens. Vad är Catarina Canivets uppfattning om hög svarsfrekvens?

Angående sensibiliteitsnedsättning

När man skär i huden delas kutana nervgrenar, vilka efter 6–12 månader ofta har regenererat och hittat sina nervändslut. I vissa fall får man områden med bestående sensibiliteitsnedsättning. I vårt material, som belyser blygdläppsplastiker, fann vi att 12 procent hade en sensibiliteitsnedsättning, vilket inte är förvånande. Det är dock mycket intressant att 29 procent upplever den »erotiska känslan« som förbättrad, vilket belyser att sexuell njutning förutsätter en cerebral komponent. Detta trots att orsakerna till önskemål om blygdläppsplastik var estetiska och funktionella, inte att patienterna ville förbättra sensibiliteiten.

92 procent av de blygdläppsopererade rekommenderade operationen till

kvinnor med liknande besvär. Av de 8 procent (fyra patienter) som inte rekommenderade operationen var skälet att resultatet inte hade givit någon märkbar skillnad. Det var alltså inte så, som Canivet antar, att de som ej rekommenderade operationen hade »svåra besvär«.

Samtliga rekommenderade operationen

Catarina Canivet är förvånad över att 100 procent av patienterna i gruppen som genomgått vaginal plastik rekommenderar andra kvinnor med liknande problem att genomgå denna typ av operation, när två kvinnor upplever den erotiska känslan som försämrad. Vi kan hålla med om att dessa patienters synpunkter borde kontrolleras ytterligare eftersom de tydligen ändå är nöjda.

Den operationsmetod vi använder består av en bindvävsplastik samt en muskelplastik ad modum Ingelman-Sundberg. Vi har i vår artikel inte redovisat att vissa patienter med stressinkontinens blev förbättrade. Det är möjligt att de två patienterna tillhör denna grupp. Vi har inte heller redovisat positiva synpunkter från sexualpartner, eftersom vi ville placera kvinnorna och deras behov i centrum för undersökningen. Det är möjligt att positiva synpunkter från partner har påverkat dessa två patienter i deras bedömning.

Alla informeras om riskerna

Dysmorfofobi är viktigt att utesluta vid alla former av kirurgi. Vi har inte upplevt att de kvinnor som önskar genomgå intimkirurgi skulle vara överrepresenterade avseende denna typ av störning. För övrigt vill vi bara förtydliga att alla patienter som skall genomgå ett kirurgiskt ingrepp på kliniken får tydlig information om vilka risker ingreppet innebär.

»Framtidens dom« handlar i våra ögon närmast om risken att vi som läkare sätter oss över våra patienters behov

och önskemål. Målet i vår yrkesutövning bör vara att i största möjliga mån bemöta patienter på ett förstående och respektfullt sätt.

Vem avgör när operation är befogad?

Vad var skälet till att Anita Hagstad, i lokalbedövning, utförde labioplastik på just de tio patienter hon anger (se sidan 3266 i detta nummer)? Hur mycket ska de inre blygdläpparna få hänga ut för att det ska vara motiverat att operera dem? Vem avgör det? Kom dessa patienter på återbesök? Var de nöjda med operationen? Problemet är inte att ta bort vävnad, utan att se till att det som blir kvar blir estetiskt och funktionellt anpassat.

Skälet till att utföra labialplastiker i narkos framgår tydligt i vår artikel. Det är inte för att våra narkosläkare ska få sin försörjning, utan för att patienten ska få en adekvat smärtlindring samt inte minst för att vi vill undvika överresektion eller ojämnheter vid kirurgin.

Klitoridektomi uteslutet

Slutligen vill vi hålla med Joy Ellis (LT 41/2004, sidorna 3193-4) att det vore önskvärt att lagstiftningen rörande genital stympling borde bli mer specifik och ändamålsenlig. På frågan om det skulle vara tänkbart att utföra en klitoridektomi på begäran av en vuxen kvinna, så är svaret självklart nej.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Alla patienter som skall genomgå ett kirurgiskt ingrepp på kliniken får tydlig information om vilka risker ingreppet innebär.

II Slutreplik från Catarina Canivet på nästa sida.

Slutreplik:

Dålig vetenskaplig redovisning och klandervärd verksamhet

Hober och Jernbeck väljer att förbigå den viktigaste frågan, och dess följdfrågor, med tystnad: Varför inte informera kvinnorna om att de ser normala ut? Varför inte avstå från estetisk kirurgi, som även i de skickligaste händer leder till försämring av sexuell funktion hos några? Tänk också på de tusentals flickor och kvinnor som oroar sig över sina »stora« blygdläppar: Vilken signal skickar ni ut till dem?

CATARINA CANIVET
med dr, distriktsläkare, Vårdcentralen
Södervärn, Malmö
Catarina.canivet@smi.mas.lu.se

II Hober och Jernbeck väljer att inte svara på fyra av de sju mycket tydliga frågor jag ställt angående den vetenskapliga resultatredovisningen, vilket är anmärkningsvärt. Angående deras svar har jag följande kommentarer.

Alla patienter är inte redovisade

Författarna anger att det inte är förvånande att 12 procent drabbas av sämre sensibilitet i blygdläpparna. Det är det säkert inte, men är det acceptabelt? Sedan återkommer de med sin uppgift om att 29 procent av de 50 blygdläppsplastikerade (hur många är detta – 14,5 personer?) upplever en bättre erotisk känslighet efter ingreppet, vilket sägs belysa »hur sexuell njutning förutsätter en cerebral komponent«. Detta djärva nytänkande imponerar, men 29 plus 57 blir ändå bara 86. Det blir alltså oundvikligen sju kvinnor kvar – varför rapporteras inte vilken erotisk känslighet dessa kvinnor har efter kirurgin? Likaledes försvinner spårlost de tre kvinnor (sex procent) som inte passar in i kategorin »inga eller lindriga besvär av ärrbildning«, där vi finner 94 procent av gruppen – inte 92 procent!

Det är uppenbart att Hober och Jernbeck i sitt svar har blandat ihop de två variablerna »besvär av ärrbildning« och »skulle rekommendera operationen till andra«.

Hur mår de sex som inte ville svara?

En svarsfrekvens på 92 procent är exceptionellt bra om man som epidemiolog kontaktar en befolkning med en enkät. Men om jag hade opererat 71 friska personer, och sex av dem inte ville svara på hur de mår efteråt, då skulle jag inte känna mig så »glad« som Hober och

Jernbeck gör. Jag skulle undra vad som hade hänt med dessa kvinnor.

Varför inte tala om att de ser normala ut?

Den viktigaste frågan, och dess följdfrågor, har man också valt att förbigå med tystnad: Varför inte informera kvinnorna om att de ser normala ut? Varför inte avstå från estetisk kirurgi, som även i de skickligaste händer leder till försämring av sexuell funktion hos några? Tänk också på de tusentals flickor och kvinnor som oroar sig över sina »stora« blygdläppar: Vilken signal skickar ni ut till dem? Svara på detta – ni är faktiskt representanter för läkarvetenskapen också, och inte bara »förstående« och »respektfulla« handelsmän på en marknadsplats! •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Dokumenterade fördelar med Lantus i förhållande till NPH

II Vi har under de senaste veckorna fått många frågor från läkare, sjuksköterskor och patienter som uttrycker stor förvåning efter att ha tagit del av den översiktsartikel om insulinklargin (Lantus) som var införd i Läkartidningen [1]. De upplever en diskrepans mellan vad som framförs i artikeln och vad de erfår från Lantus i klinisk praktisk vardag.

Hans Liedholm och Agneta Björck Linné har i sin översikt av dokumentation kring Lantus mycket tydligt ifrågasatt internationellt välkända diabetologers tolkning av sina resultat. Samtliga publicerade artiklar är före publicering, i välkända tidskrifter, faktagranskade av kollegor väl förtrodda med ämnet. Jag vill därför lyfta fram några av de viktigaste resultaten ur dessa artiklar.

Randomiserade studier

Dokumentation i form av randomiserade studier kommer alltid att spegla en för patienten speciell situation, med hög beredskap och uppbackning från provare och sjuksköterskor. En trygghet som patienter av idag aldrig uppnår i klinisk vardag. I registreringsstudier som gjorts med Lantus kunde man visa att Lantus vid samma grad av metabol kontroll (mätt med HbA_{1c}) gav färre hypoglykemier [2-5]. Detta har konfirmerats i en senare studie där Lantus skapat förutsättningar för patienterna att komma till målet med färre hypoglykemier jämfört med NPH [6].

Definition av hypoglykemier kan alltid diskuteras. För patienter i samma studie är dock villkoren lika för de jämförda grupperna, och man kan därför inte bortse från signifikanta skillnader. Att bias skulle ligga bakom uppretrade studieresultat pekande i samma riktning är inte sannolikt. Metabol kontroll kan också beskrivas i andra termer, fasteblodglukos och fasteplasmaglukos. I majoriteten av registreringsstudierna på typ 1-diabetespatienter fanns en klart signifikant skillnad till Lantus favör [2, 3, 7, 8]. I några av de senare studierna har man kunnat visa att patienterna som behandlats med Lantus, jämfört med NPH, haft större sänkning av HbA_{1c} och samtidigt färre hypoglykemier [9-11].

Svenska erfarenheter

Erfarenhetsåterföring från svenska patienter och läkare styrker det som observerats i studier. Många patienter går ner i sina HbA_{1c}-värden samtidigt som de