

Rekommendationer angående kosmetisk kirurgi i vulva och vagina

Vulv-ARG och Etik-ARG, april 2019

I Sverige finns en lag mot könsstympling, däremot inga förbud mot eller rekommendationer angående så kallad kosmetisk vulvakirurgi. Vilka ingrepp i kvinnliga genitalia som ska tillåtas har varit föremål för en omfattande debatt i media (1). Kosmetisk kirurgi efterfrågas i allt större utsträckning av främst av yngre personer som vill förändra utseendet av sina yttre genitalier. (2). Operationerna utförs oftast av plastikkirurger och de ingrepp som utförs är reduktion av labia minora, försnävning av vagina, lyftning av klitoris, utfyllnad/fettsugning av mons pubis och så kallad "G-spot amplification" (2). Korrigerande kirurgi i könsorganen för att återställa anatomin efter förlossning, missbildning eller trauma räknas inte som intimkirurgi.

Patientskadeförsäkringen (LÖF) har efterfrågat professionens rekommendationer eftersom det finns fall där kvinnor blivit skadade för livet efter kosmetisk intimkirurgi. Komplikationer som kan uppstå är bland annat blödning, infektion, defektläkning med ärrbildning, förändrad sensibilitet och smärtproblematik (3).

Orsaker till ingreppen varierar och både estetiska och funktionella, och psykosexuella anledningar anges. Den vanligaste operationen är reduktion av labia minora (2,4). Kvinnorna kan ange att de skäms över sitt utseende, känner sig hämmade sexuellt eller att blygdläpparna skaver. I litteraturen finns ingen anatomisk vägledning angående normalgränserna för de inre blygdläpparnas utseende och storlek (5). Labiahypertrofi är därför svårt att definiera och bedömningen blir subjektiv.

Vid ställningstagande till operation är det viktigt att ha labiernas funktion vid miktion, lubrikation och sexuell stimulering i åtanke. Vävnaden har en omfattande vaskularisering och känslig innervation, främst längs kanterna (6). Kirurgiskt finns främst två tekniker angivna. Antingen reduceras labierna genom att kanten excideras längsgående med kniv, laser eller diatermi. Ett annat alternativ är en kilformad excision av nedre mediala delen där kanten med dess innervation och pigmentering kan behållas (7). Det finns ingen konsensus om någon teknik är att föredra (2). Försnävning av vagina (vaginoplastik) efterfrågas för att få en förbättrad sexuell funktion. Detta är en mer omfattande kirurgi och kan tekniskt jämföras med en bakre kolpo- och perinorafii (4).

Evidensen för nytta av kosmetiska ingrepp är svag med brist på väl genomförda studier. Oftast är det små studier utan kontrollgrupper som retrospektivt mäter nöjdhet med operationen. Långtidsuppföljning av större material finns inte publicerat (7). Genomgående saknas noggrann preoperativ utvärdering av patienternas sexuella och psykiska hälsa, trots att indikationen i många fall uppges vara sexuella besvär. Det är viktigt att utesluta förekomst av Body Dysmorphic Disorder (BDD), som vanligtvis innefattar en vanföreställning om felaktigt eller avvikande utseende av flera delar av kroppen. Individer med BDD blir sällan nöjda med kirurgiska ingrepp och bör istället remitteras till psykiatriker/psykolog. BDD formulär finns på nätet om man tveksam om diagnosen (8). Det finns även en teoretisk risk för skador på de nerver som involveras vid sexuell funktion, vilket heller aldrig undersökts (7). En studie som uppger sig vara en stor multicenterstudie har samlat in retrospektiva data från ett antal kliniker. Studien genomfördes som en enkätundersökning till kvinnor som opererats under 3 år där 70 procent av kvinnorna besvarade enkäten (9). Nöjdhet med operationerna rapporterades som mycket hög, 83-97 procent beroende på typ av ingrepp.

Flertalet patienter beskriver också positiv effekt på sexuallivet, men det saknas uppgift om hur sexualiteten uppskattades före ingreppet. Andelen komplikationer beskrivs som väldigt liten. Få komplikationer rapporterades och sammantaget konstaterades en betydande minskning i funktionella och estetiska besvär efter genomgången operation (4).

Vaginal rejuvination eller vaginoplastik med laser har de senaste åren marknadsförts med indikation för vaginal atrofi, vaginal uppstramning, urininkontinens mm (10,11). Man hävdar att det sker en kollagenbyggnad i vävnaden som ska leda till förbättrad sexuell upplevelse och minskning av vaginala symtom (12) och att ingreppen anges vara säkra. Sammantaget är de studier som finns publicerade i ämnet av låg evidensgrad, ofta med få antal fall och avsaknad av kontrollgrupp. Ett ökat antal rapporter om allvarliga biverkningar har inkommit till FDA vilket lett till att FDA sommaren 2018 utfärdat en varning där man vill uppmärksamma såväl patienter som behandlare om risker med ingreppen. I varningen poängteras även att effektiviteten och säkerheten för laseringreppen inte är säkerställda (13). Olika professionella organisationer som bl. a. the International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases (ISSVD) och the International Continence Society (ICS) har också uppmärksammat problemet och tagit fram konsensus dokument kring vulvovaginal laserbehandling (14).

Några av de viktigaste etiska principerna är ”att göra gott/icke skada”. Kirurgi innebär alltid en risk för somatisk skada, och ansvarsbördan på den behandlande läkaren/enheten är därför stor vid ett ingrepp med oklar indikation och utfall. Ytterligare en risk för skada inom all kosmetisk kirurgi avser risken att förstärka patientens uppfattning att hennes kropp är avvikande och i behov av korrigerande. Denna risk torde vara särskilt påtagligt mot bakgrund av bristen på konsensus kring definition av normalitet vs avvikande anatomi avseende labia minora. Etik-ARG poängterar också vikten av att en noggrann psykiatrisk och sexologisk utredning bör ingå vid bedömning inför kosmetisk vulvakirurgi, där även information avseende vad som är normal variation bör ingå samt den osäkerhet som finns inom vetenskapen. Samtidigt bör patienten informeras om vilka möjligheter och strategier som finns för att hantera situationen så som den är och behandlande enhet bör kunna erbjuda alternativ behandling i form av sexolog/psykolog.

Vid de sällsynta fallen, då en kirurgisk korrektion erbjuds bör den opererande läkaren ha adekvat kunskap om vilka operativa metoder som finns och som är lämpliga. Med tanke på det begränsade vetenskapliga underlag som finns vore det önskvärt att dessa ingrepp enbart sker inom ramen av studier med långtidsuppföljning.

I dessa fall är väl utformad information viktig för att stärka patientens autonomi och delaktighet i vården. Det måste samtidigt också påpekas att den offentliga vården bygger på principen om negativa rättigheter, där patienten kan avböja en föreslagen behandling, men inte önska/kräva en behandling. Vi inser att förhållandena kan se annorlunda ut inom den privata vården, där patienten kan uppfatta att man genom betalning köper sig förbi en medicinsk bedömning. Men även för läkare inom den privata vårdsektorn gäller samma etiska överväganden och medicinska bedömningar.

I avvaktan på bättre evidens finns det för närvarande inte underlag för att rekommendera kosmetisk vulvakirurgi förutom på mycket begränsade indikationer och efter noggrann psykiatrisk och sexologisk utredning. Detsamma gäller för laseringrepp i vagina med indikationen att förbättra sexuell funktion, urininkontinens och atrofi där också evidens saknas för att ingreppen är effektiva och säkra.

När det gäller könsstympning och hymenrekonstruktioner hänvisas till rapport från Nationellt Centrum för Kvinnofrid (www.nck.uu/publikationer).

Referenser

1. Johnsdotter S, Essen B. [Analysis of the legislation concerning female genital surgery. Esthetic and sexual motifs are accepted--but not the traditional and religious ones]. *Läkartidningen*. 2004;101:2810-2.
2. Braun V. Female genital cosmetic surgery: a critical review of current knowledge and contemporary debates. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19:1393-407.
3. Ryde-Blomqvist E. [Medical program for intimate surgery and more information about the results are required!]. *Läkartidningen*. 2004;101:3714.
4. Jernbeck J, Hober M. [Vulvovaginal surgery for esthetic and functional problems. Satisfied patients according to a questionnaire from a private clinic]. *Läkartidningen*. 2004;101:2901-4.
5. Pardo J, Sola V, Ricci P, Guilloff E. Laser labioplasty of labia minora. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2006;93:38-43.
6. Schober J, Cooney T, Pfaff D, Mayoglou L, Martin-Alguacil N. Innervation of the labia minora of prepubertal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; 23:352-7.
7. Liao LM, Michala L, Creighton SM. Labial surgery for well women: a review of the literature. *BJOG*. 2010;117:20-5.
8. <https://bddfoundation.org/helping-you/questionnaires/>
9. Goodman MP, Placik OJ, Benson RH, 3rd, et al. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *J Sex Med*. 2010;7:1565-77.
10. Salvatore S, Nappi RE, Zerbinati N, et al. A 12-week treatment with fractional CO2 laser for vulvovaginal atrophy: a pilot study. *Climacteric*. 2014;17(4):363-9.
11. Ogrinc UB, Senčar S, Lenasi H². Novel minimally invasive laser treatment of urinary incontinence in women. *Lasers Surg Med*. 2015 Nov;47(9):689-97.
12. Drnovsek-Olup B¹, Beltram M, Pizem J. Repetitive Er:YAG laser irradiation of human skin: a histological evaluation. *Lasers Surg Med*. 2004;35(2):146-51.
13. FDA Warns Against Use of Energy-Based Devices to Perform Vaginal 'Rejuvenation' or Vaginal Cosmetic Procedures: FDA Safety Communication. <https://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm615013.htm>
14. Preti M, Viera-Baptista P, Digesu GA, et al. The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: An ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document. *J Low Genit Tract Dis*. 2019 Feb 15. doi: 10.1097/LGT.0000000000000462. [Epub ahead of print].