

de flesta undersökningar utfaller negativt kan det bli ett orimligt stort antal patienter som då måste återkallas [7].

Tromboser i muskelvenerna är djupa!

Torkzad och medarbetare har i ett mindre, retrospektivt flebografimaterial bedömt att 69 av 274 (cirka 25 procent) hade djup trombos vid eftergranskning [1]. Hur patientselektionen till flebografi skett framgår ej. Det är också något oklart om det gäller undersökningar, fall eller patienter eftersom dessa termer används omväxlande på samma siffra, 274. I resultatdelen läser man dessutom att elva av dessa 274 ej var diagnostiska beroende på tekniska problem. Då blir det istället 263 kvar, och det är detta tal som borde ha använts i den statistiska beräkningen.

I artikeln sägs att »i tre fall upptäcktes trombos i muskulära vener men inga tecken på djup ventrombos«. Detta är fel. Tromboser i muskelvenor är naturligtvis djupa ventromboser och skall självfallet räknas in i totalantalet, som då rimligen blir 72 (69+3). Av dessa 72 fall av djup trombos blir då 17 stycken (14+3) isolerade till underbenet, dvs cirka 24 procent (17/72). Således finns en isolerad underbenstrombos hos nära en fjärdedel i trombosgruppen i Torkzads material.

I diskussionsdelen skriver författarna att »de flesta isolerade DVT i underbenet visar fullständig regress«. Några vetenskapliga bevis för detta presenteras emellertid inte. I Sverige behandlas generellt tromboser i underbenet av precis motsatt orsak, nämligen för att minska risken för progress och dämpa smärtan. Det är dessutom mycket viktigt att identifiera alla patienter med trombos för att få en korrekt diagnos och eftersom risken för recidiv trots allt finns.

Torkzad och medarbetare påpekar också att med ultraljud kan andra orsaker än trombos påvisas. Vi som arbetar heltid med ultraljudsdiagnostik är väl bekanta med detta, och inte så sällan finner man annan patologi i underbenet i form av blödningar, rupturer, Bakercystor etc. Detta är ytterligare en anledning till att undersöka även underbenet. Med denna ambitionsnivå bör man även inkludera iliaca-kärlen och lilla bäckenet i de fall ingen patologi påträffas i ett generellt svullet ben. Att identifiera orsaken till patientens besvär är angeläget, och naturligtvis blir såväl inremitterande som patient nöjd med att få en diagnos ställd.

Flebografi – en enkel och snabb metod

Flebografi är i de flesta fall en enkel och snabb undersökning med mycket få komplikationer, som oftast ger ett klart

besked direkt. Torkzad och medarbetare antyder att flebografi binder läkaren till undersökningen, vilket skulle kunna hindra omhändertagandet av andra akuta sjuka patienter på röntgen, t ex vid inkommande olycksfall. I akuta situationer kan naturligtvis denna undersökning tillfälligt avbrytas, och detta är förstås inget skäl i sig för att avstå från flebografi. I Malmö har vi en av landets jourtyngsta röntgenavdelningar. Jag har under de senaste tio åren med ett otal jourpass aldrig behövt avbryta en undersökning med flebografi på grund av en annan urakut situation.

Konklusion

Använd gärna ultraljud men kom ihåg Socialstyrelsens riktlinjer med alla dess möjligheter och begränsningar. Tänk också på att många tromboser är isolerade till endast underbenet. Ofta krävs utvidgade undersökningar. På remissen måste det också tydligt framgå resultatet av D-dimertest och Wells scoring. I annat fall får det förutsättas att dessa hjälpmedel ej är utnyttjade, vilket också resulterar i mer omfattande undersökningar på röntgen eller kliniskt fysiologiska avdelningar.

Slutligen skall man ha stor respekt för den samlade kunskap som finns vid flertalet radiologiska avdelningar när det gäller att använda flebografi i diagnostiken. Det är inte en slump att flebografi fortfarande dominerar som förstahandsval på röntgenavdelningarna i Sverige. Det viktigaste är att patienten erbjuds den bästa diagnostik som går att uppbära på det egna sjukhuset. Friheten att kunna välja metod i ljuset av den diagnostiska algoritmen är en stor fördel.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Torkzad M, Bremmer S, Blomqvist L. Djup ventrombos i nedre extremiteten. Ultraljud bör ersätta flebografi som första bildgivande undersökning. Läkartidningen 2004;101:2716-8.
2. Björgell O. A new scoring system for grading deep vein thrombosis. Description and some clinical applications using phlebography and colour Doppler ultrasonography [dissertation]. Lund: Malmö University Hospital; 2000.
3. Lindblad B, Bergqvist D, Nordström M, Kjellström T, Björgell O, Nylander G, et al. Frekvensen venös tromboembolism har inte förändrats på 30 år. Läkartidningen 1992;89:2941-7.
4. Björgell O, Nilsson PE, Svensson PJ, Bergqvist D. A new scoring system for the detailed description of the distribution and thrombotic burden in deep leg vein thrombosis. Angiology 1999;50:179-87.
5. Nylander G, Olivecrona H. The phlebographic pattern of acute leg thrombosis within a defined urban population. Acta Chir Scand 1976;142:505-11.
6. Björgell O, Kieler H, Hedenmalm K, Rosfors S, Blomqvist P, Persson I. Riksomfattande kartläggning: Stora olikheter i trombosdiagnostiken. Läkartidningen 2002;99:4469-71.
7. Björgell O. Trombosdiagnostik – ge klart besked direkt! Läkartidningen 2002;99:4774.

Angående vulvoplastik: Sjukt behandla det som är friskt

En del intymkirurger verkar surfa bekvämt och lukrativt på en våg av osäkra människors kroppsfixering.

ANITA HAGSTAD

med dr, gynekolog, Läkarhuset, Göteborg
anita.hagstad@ptj.se

II Kommentar till artikeln »Vulvovaginal kirurgi vid estetiska och funktionella frågeställningar«, Läkartidningen 38/2004 (sidorna 2901-4).

Som objektiva kriterier för vulvoplastik anger artikelförfattarna asymmetri och att de inre blygdläpparna hänger nedanför de yttre. Vet de inte hur normala vuxna kvinnor ser ut? Det vanligaste hos kvinnor i fertil ålder är att de inre blygdläpparna är längre än de yttre. Och att de inre blygdläpparna är olikstora. (Hos barn är de inre blygdläpparna ännu inte utvecklade och är kortare än de yttre. Samma gäller hos äldre kvinnor, där de inre blygdläpparna så småningom atrofierar.)

De vulvor som i artikeln visas preoperativt före labialplastik (figurerna 2 och 3) ser för mina ögon helt normala ut.

Artikelförfattarna skriver vidare att ingreppen utförs i narkos för att det annars är svårt att bedöma resektionens storlek. Tacka för det, det finns ju inte mycket att ta av när man opererar normala kvinnor. (Och så skall ju narkosläkaren ha sin försörjning.)

Under mitt drygt 30-åriga liv som gynekolog har jag uppskattningsvis sett närmare 100 000 vulvor. Under årens lopp har jag opererat kanske tio kvinnor med långa sladdriga blygdläppar, som varit i vägen vid cykling och samlag. Detta har skett i lokalbedövning och det har varit så mycket att ta av att det inte varit något problem att ta för mycket. Patienter betalade vanlig patientavgift och landstinget en knapp tusenlapp.

En del intymkirurger verkar surfa bekvämt och lukrativt på en våg av osäkra människors kroppsfixering. En from förhoppning är att patienterna inte sjukskrevs och belastade det allmänna.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

II Replik på sidan 3269.

ANNONS

ANNONS

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 sensibilitetsnedsättning

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 sensibilitetsnedsättning. I vårt material, som belyser blygdläppsplastiker, fann vi att 12 procent hade en sensibilitetsnedsättning, 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 sensibiliteten.

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.