

Ny underlivsdiagnose til besvær...

Utposten har prøvd seg på en ny type klinisk artikkel. Allmennlege Jannike Reymert har skrevet en «vanlig» artikkel ut fra et tenkt kasus, omtrent slik hun tror vanlig tenking, handling og litteratursøking er blant allmennleger flest. Allmennlege Anne Luise Kirkengen har så fått teksten til gjennomlesing og hun har brutt inn med fet tekst hver gang hun stusser eller er mer (!) eller mindre uenig. Artikkelen kan bli litt vanskelig å lese fordi Anne Luise Kirkengen bryter inn midt i setninger og tankerekker, men leseren må altså prøve å ha to tanker i hodet på en gang: allmennlegens forsøk på å finne ut av floken og Kirkengens hyppige og tildels kraftige motforestillinger. Leseren vil ikke sitte igjen med fasitsvar på kasustikken, men sannsynligvis en rekke nye innfallsvinkler til en komplisert problematikk.

Som allmennlege i en større by oppsøkes du en dag av en slank, kvinnelig student på 24 år. Hun er tidligere frisk,

Hva omfatter dette utsagnet, hvilke informasjonen inngår i en slik karakteristik?

har ikke født barn, antyder at hun har hatt en periode med anorektiske symptomer for noen år siden og fra 15-årsalder litt diffuse kroppssmerter som kommer og går. Bruker ingen medisiner unntatt p-piller siste 6 år. Har hatt noen

antibiotikakurer siste årene pga sinusitter og cystitter. De siste årene residiverende vaginale soppinfeksjoner som hun har prøvd å behandle gjentatte ganger med lokalmidler og Diflucantabletter (engangsdosering) uten effekt. Dette har plaget henne mye siste året, men hennes egentlige problem idag er at hun siste sju måneder har hatt så store smerter ved forsøk på samleie at det har vært umulig å gjennomføre, hun har heller ikke klart å sette inn tamponger og kan også ha noen likende smerter når hun sykler. Hun har regelmessige, normale menstruasjoner, ingen utflod, men endel svie i skjedeåpningen. Afebril, stabil vekt siste tid.

Hvilke tanker gjør du deg før gynekologisk undersøkelse?

Hvorfor tenker du ikke at du må bruke tid til å forstå bakgrunnen for anoreksien? Hun tilbyr en informasjon som vanligvis er ganske vanskelig å få tak i. Det betyr at hun vil at du skal vite det. Det samme gjelder kroppssmertene fra 15-års alderen. Hva gikk forut? Hvilken smerte var det for farlig å utsi slik at hun måtte uttrykke den med sin kropp? Ikke å høre og utdype slike tildekkede men svært vesentlige informasjonen er etter min mening unnvikelse fra legens side, og det er defensivt og uetisk. Jeg ville ha forhørt meg om ufrivillig (i enhver, også i den videste forstand) seksualitet. Jeg ville ha spurt om hun hadde foretatt skjedeskylinger eller liknende før hun fikk det plagsomme sopp-problemet. Jeg ville også ha tenkt høyt omkring følgende emner: at hun kanskje ikke uten grunn hadde alle sine infeksjoner (distress-immun-«svikt»), (distress-aktiviserte, latente Epstein-Barr-utbrudd), (holde-pusten-sinusitter) (spent-bekkenbunn-cystitter). Jeg ville ha sagt at jeg kjente noen andre kvinner som hadde hatt liknende problemer på bakgrunn av enten voldserfaring, muligens men ikke nødvendigvis seksuell, eller andre traumer. Jeg ville ha tenkt høyt sammen med henne før jeg i det hele tatt hadde turt, villet, våget å utsette henne for en GU.

Du tenker kanskje på residiverende soppinfeksjoner i vulva, abscess, tumor, Bartholinit?...

Ved gynekologisk undersøkelse er slimhinnene i vulvaområdet noe rødere enn normalt, glinsende og virker atrofiske,

det er ingen sideforskjell, ingen tegn til tumores som prominerer i vaginalåpningen. Ved forsøk på innføring av spekelet får hun uttalte smerter og nekter å la deg gjennomføre undersøkelsen. Forsiktig prøver du å palper med finger, det gir også uttalte smerter, spesielt bakre kant av vaginalåpningen, men det kjennes normalt ut.

Hva tenker du nå?

STOPP. Hun kan ikke tåle dette. Da skal du ikke kreve at hun tåler det «for helsens skyld». Hvis «invasjon» er et skjult tema her, gjør du symbolsk «mer av det samme».

Hysteri?

Hysteri burde forlengst har avgått med døden som term-ler ord. Mennesker som får paniske reaksjoner i situasjoner som for alle andre ser «normalt» ut har som oftest sine svært vonde, om enn mangfoldig skjulte grunner.

Kan uttalt soppinfeksjon gi så store smerter? Hvordan skal jeg håndtere dette? Å ta noen blodprøver gir deg iallefall tid til å tenke (?) men dessverre intet svar på gåten, HB, CRP, SR, blodsukker er normale. Clamydiatest negativ, det er moderat oppvekst av candida albicans på cervixprøven.

Hvordan har du fått tak i de vaginale prøvene? Presset du deg gjennom hennes smerte? Hvis ikke – og de er tatt «blindt» fra introitus, er de lite verdt. Hvorfor vil du vinne tid til å tenke ved hjelp av prøvetakingen? Hvorfor kan ikke du heller bruke tiden til å be henne om tillit og si at du tenker på genitale traumer, hvis du gjør det?

Kanskje husker du nå et av de utallige Dagbladoppslagene der nye diagnoser med massive symptomer dukker opp som paddehatter, og leger gjerne henges ut som totalt uvitende individer som ikke kan noen ting om denne svært så «vanlige» diagnosen.

Jeg tror ikke på Dagblad-kunnskaps-produksjon innen et så komplekst område som menneskelig og spesielt kvinnelig smerte-presentasjon (også mennenes smerte er kompleks, men den presenteres ofte anderledes)

Og er du så heldig å komme på dette er du faktisk på rett spor. Kvinnen lider av vestibulitt. Vestibulum vagina er et ca 1 cm langt parti i vaginalåpningen før hymenalringen. At diagnosen er en ny «-itis»-diagnose bør ikke tolkes for langt, dette er ingen betennelsestilstand på linje med vaginit, salpingitt eller liknende. Den har faktisk mange likheter med det som engang het fibrositt, nå mer nøytralt kalt

fibromyalgi. (Med noen års fartstid i allmennpraksis husker vi jo hvordan den diagnosen feide inn over landet og i løpet av få år ble allemanns- (unnskyld kvinnes-)eie.)

Nettopp på bakgrunn av den «historiske» utviklingen vi alle har deltatt i og bidratt til i både uvitenhet, velmenthet og «vitenskapelig» blindhet for livserfaringenes virkning på menneskets kroppslighet, er denne nye –itis noe som burde få oss til å kjenne lusa på gangen og ikke kjøpe en lettvin, ny «term». Selv om vi kan fristes til å tenke at vi gjør det rette, så gjør vi u-rett, bokstavelig talt, tror jeg.

Gynekologene er tydeligvis ikke helt enige om nomenklaturen for denne lidelsen, vulvodyni defineres som en smertetilstand i vulva med brennende smerter, tørrhet og svie. Denne samlesekksdiagnosen inneles så av mange i undergruppen residiverende candidainfeksjoner og dermatoser, vestibulitt og essensiell vulvodyni. Tilstandene flyter over i hverandre.

Det er nok ikke slik at «tilstandene» flyter over i hverandre, men at det ikke er noen tilstand i den medisinske, per definisjon avgrensbare entitets-forstand, vi her har med å gjøre.

Utposten har valgt å prøve å gå nærmere inn på denne diagnosen

Igen, DIAGNOSE er etter min mening helt upassende å bruke på noe vi foreløpig bare famler for å forstå. Diagnose gir en illusjon om avklart årsak, entydig tilstand etc.

som hittil (oss bekjent) har fått bredest omtale i Dagbladet her i landet. Går man derimot over kjølen til søta bror/syster har diagnosen fått endel spalteplass i Läkartidningen siste året. Men de har da også 15–20 vulvaklinikker mot en «ensom ulv» av den sorten her i Norge, Olafiaklinikken.

Bare ordet VULVAKLINIKKER får meg til å reagere. Det gir bare mening hvis vi aksepterer at menneskekroppen kan fyldestgjørende forklares ut fra fragmenterende, i siste instans atomistiske, prinsipper. I en slik kropp bor det intet menneske for her finnes det ikke noe som heter erfaring. Her finnes bare fysiologi. Ingen av oss er en slik kropp. I alle fall er ikke kvinner med en til nå ubegripelig smertepresentasjon noen oppsamling av organer hvorav ett heter vulva – som om ikke det her omtalte området nettopp var et særdeles «ladet» og i enhver kultur «meningsbærende» sted, uttrykt i de utallige ritualer som enten gjelder grenser eller renhet, eiendom eller ære, moral eller opphøyethet etc. etc. Man behøver ikke å være kultur- og/eller sosialantropolog for å kunne se at smerter i den nedre delen av kvinnens kropp kan være implisitte fortellinger kodet i samsvar med den rådende kulturelle forståelse.

I Läkartidningen nr 43/2000 har Nina Bohm-Starke og Eva Rylander en oversiktsartikkel der vestibulitt defineres som en tilstand med:

- 1. Intense, brennende penetrasjonssmerter i skjedeåpningen som forhindrer normalt seksualliv med minst seks måneders varighet,
- 2. Rødhet (i varierende grad) i vestibulum vulvae (området rundt introitus vaginae) og
- 3. Intensiv trykkømhets uten samtidig infeksjon. (Q-tips-test positiv).
- Denne triaden beskrives som Friedrichs kriterier.
- Dette likner til forveksling på oppramsningen av **TRIGGERPUNKTENE** og vekten på trykket i tommelen av den som undersøker og antallet punkter som er tilstrekkelig for å kunne stille «diagnosen» fibromyalgi.
- Etiologien er usikker, sannsynligvis multifaktoriell og kraftig diskutert, men gjentatte antibiotikakurer, lokalbehandling mot soppinfeksjoner og HPVinfeksjoner i vaginalåpningen, p-pillebruk, redusert lubrikasjon av skjeden samt skjedekrampe er ansett som sannsynlige årsaker. Sannsynligvis er dette en livsstilssykdom, et symptom kroppen gir som reaksjon på stress og ubearbejdet følelser.
- Når har ubearbejdet følelser blitt en del av «livsstilssykdommer», altså den enkeltes valg eller ansvar? Og hvis det er noe ved en slik «etiologi», til hvilken teori om smerte eller levd erfaring skal dette knyttes?
- Tilstanden er vanskelig å behandle, kan leges spontant etter lang tids avhold fra seksuell aktivitet og utløsende agens. Muskelavslappende trening, adferdsterapi, tricycliske antidepressiva og i verste fall kirurgisk inngrep er alternative behandlingsformer.
- Igjen settes alle mine varslingsantennene i beredskap: har vi enda ikke hatt nok – og gjennomskuet dem i tur og orden alle – ulike legitimeringer av genital mutilasjon av kvinner i enten ærbarhetens, renhetens, helsen, beskyttelsens eller hva som helst slags navn? Bare det faktum at noen foreslår at man skjærer bort en del av den kvinnelige skjeden, den som er «problematisk» å forstå fordi den presenterer noe som er «problematisk» å behandle, burde minne oss om fortiden.

I Sverige har denne tilstanden blitt stadig vanligere på 1990-tallet, 15–30% av unge kvinner som oppsøkte ungdomsmottagninger i Stockholm og USA hadde svie eller smerte ved samleie, 30% av kvinnene som er henvist vulvamottagninger har vestibulitt. Tilstanden er beskrevet allerede på 1800-tal-

let, men diagnosen har ikke blitt beskrevet i moderne tid før på 1980-tallet. Den er ikke omtalt i min danske «Gynækologi»-bok fra 1998, mens «Gynekologi i allmennpraksis» av Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam utgitt i 1999 har med denne lidelsen. SLK-publikasjon 2000-10: Terapi anbefaling av vulvovaginitt har en artikkel om vulvodyni.

Tallene kan speile helt andre forhold og fenomener enn «vestibulitt». Smertepresentasjonen hos 15–30% unge kvinner kan ha sammenheng med et stadig økende seksualitetspress på jenter og unge kvinner i vår tid hvor seksuell aktivitet allerede før 14–15 års alderen fremstilles som «normen» og hvor unge kvinner som ikke ønsker å være seksuelt aktivt før avsluttet skolealder derved er definert som avvikende. Det vil trolig si at mange unge kvinner deltar i samleier de dypst sett egentlig ikke vil – med de fysiologiske «effekter» og derav følgende problemer det medfører. Kanskje er «en smerte som gjør samleie umulig» blitt en, muligens den eneste, aksepterte grunn for ikke å måtte ha samleier når jentene ikke ønsker.

Dernest: nyeste studier blant seksuelt aktivt ungdom (inntil 18 år) har vist en skremmende høy forekomst av det forskerne har kalt «forced or pressured sex» (Shrier et al., Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152: 57–63) hvor 30.3% av jentene og 9.9% av guttene angir å ha vært tvunget eller presset til seksuell aktivitet. Hos ungdommene med slik erfaring er flere høyst «problematisk tilstander» signifikant overrepresentert: alvorlige suicidale tanker, manglende bruk av prevensjon, flere tenåringsgraviditeter, flere seksualpartnere siste månedene etc. Den her nevnte studien har ikke utforsket «somatiske» problemer eller smertepresentasjoner eller seksuelt overført sykdommer. Men vi vet at misbrukte mennesker (enten overgriperne er eldre eller jevnangale) har en overhyppighet av SOS (Hillis et al. Pediatrics 2000; 106) og alle de problemer som følger med det. Blant personer som behandles for SOS er personer med voldserfaring (domestic violence) sterkt overrepresentert (Sexually Transmitted Diseases, March 2001). Menn som har opplevd vold i hjemmet (mot mor) eller seg selv, besvangrer signifikant oftere tenåringer, både som ungdom og som voksne menn (Anda et al. Pediatrics 2001; 107), misbrukte jenter blir både som jenter og som voksne kvinner signifikant oftere ufrivillig gravid (Dietz et al. JAMA 1999; 282: 1359–64) med alt dette innebærer og med alle de traumatiske, provoserte aborter det avstedkommer.

Vestibulitt kan være primær eller sekundær,

Hvordan kan man angi to «subkategorier» av en «tilstand» hvor ingenting egentlig er avklart, og særlig ikke om det faktisk handler om EN TILSTAND?

avhengig om kvinnen har symptomer ved første forsøk på penetrasjon av vagina.

Hva betyr dette? Er det kvinnens omtale av sitt første samleie vi her hører? Eller er det den første GU som skal utføres fordi hun kommer pga smerte som startet forut?

Biopsi av slimhinnen fra vaginalslimhinnen i angjeldende område (kl 17–19 er vanligste lokalisasjon) kan vise uspesifikk betennelse, men dette er et usikkert funn da det også kan finnes hos symptomfrie kvinner.

Igjen: dette likner på en prikk på de prosedyrene som ble utprøvd i fibromyalgiens «barneår» i medisins bestrebelse for å synliggjøre et entydig substrat for smerte. Både teknikken (vevsprøver istedenfor dybdeintervjuer om smertens betydning), usikkerheten av funnene og mangelen av statistisk sikkerhet for «kausaltet» er lik (det samme gjelder selvsagt også «utforskningen» av candidasyndromet, jappe-syken, kronisk tetthetssyndrom, amalgamforgiftning and you name it)

Jeg reagerer også på den kvasipresise angivelsen av lokalisasjonen kl 17–19. Hvis det faktisk er slik at de fleste kvinner med en slik smertepresentasjon har mest rubor og smerte i området rundt skjedeinngangens bakre del, så samstemmer stedet faktisk best med det området hvor en ryggliggende kvinne under et samleie uten selv å være tent (følgelig uten tilstrekkelig lubrikasjon og «ettergivenhet» i sin bekkenbunn) vil føle den sterkeste smerte som følge av mekanisk press eller tøyning.

Man har funnet fler og mer overflatisk beliggende nervetråder i det smertefulle området hos angrepne kvinner enn hos kontrollpersoner. Disse nervetrådene beskrives som smertereceptorer. Det er også funnet færre østrogenreceptorer i slimhinnen til kvinner med vestibulitt, noe som kan forklares med p-pillenes gestagener som iallefall gir redusert antall østrogenreceptorer i vagina og endometriet.

Se foran: medisins forutsigbare tilnærming til en smertepresentasjon, særlig når smerten presenteres utelukkende eller hovedsaklig av kvinner: objektivering, fragmenterende teknikker, atomistisk tankegang, statistisk basert metodologi.

Og dessuten, paradoksalt eller tankevekkende nok: til tross for manglende funn og flertydighet foretas både en klassifisering og kategorisering av en «entitet» som får «diagnose» status og dergjennom blir en «objektivt definert sykdom» som deretter inngår i epidemiologien som matematisk manifestbar del av en sykdomsstatistikk som – enda en gang

– viser en 100% kvinnelig lidelse slik som Premenstruell Tension Syndrom eller Low Sexual Desire Disorder, begge psykiatriske diagnoser i følge DSM IV og grunnlag for behandling med psykofarmaka. Igjen oppstår en «sykdom» som ingen forstår men som alle tror de kan eller bør behandle (hvis ikke, risikerer de å få sitt kunnskapsnivå og sin faglige kompetanse trukket i tvil, se DAGBLADET). Og enda en gang har vi en «sykdom» som gjør kvinner til «det syke kjønn» som til en hver tid kan og bør «behandles» med psykofarmaka eller, hvis ikke det hjelper – i ytterste konsekvens – bør mutileres genitalt.

Det totalt sviktende forståelsesgrunnlaget har på denne veien ikke bare blitt usynlig – men helt borte. En diagnose som er en sosial konstruksjon har oppstått. En kjønnsdelt sykdomsepidemiologi er blitt bekreftet. OG ANGIVELIG HANDLER DETTE OM VITENSKAP FORDI ALLE REGLER SOM KJENNETEGNER VITENSKAPELIG KUNNSKAPSPRODUKSJON ER BLITT FULGT.

Kontakt- og allergisk dermatitt mot lokalmidler og bind kan være en viktig faktor i denne sammenhengen, mange unge kvinner kan ha et stort forbud av slike ikke reseptbelagte midler og leve i den tro at det er «normalt».

Jeg tenker her på all den optisk oppblåste kino- og filmreklamen som signaliserer at den tidsriktige unge kvinnen er «spotless, every day, and fresh and sexy, all the time (and, of course, willing, ready and approachable, always)» fotografert bakfra og nedenfra i hvite, tetsittende klær mens hun skrever over lange mannsben eller hva hun ellers gjør, kanskje med kamerafokus rett under miniskjørtkanten mens hun, sett bakfra, bestiger en Harley Davidson. Slike optiske virkemidler i reklamen for «sanitets»produkter for kvinner er blitt inngående analysert av flere amerikanske antropologer. Jeg tenker også på signalene fra en ungpikerkropp-besatt moteindustri hvor «riktig påkledd» er henimot identisk med «fullstendig avkledd» og hvor kvinner aldri kan være nakne nok mens deres genitalområder blir både «tilsløringssoner» og «eye-catcher» for couturierenes påfunn.

Overdreven vasking gir tørr hud med kløe og opprettholdning av soppinfeksjoner.

Fra uttallige fortellinger av seksuelt krenkede kvinner fremstår en felles besettelse: vasking og dusjing og bading og vaginaskyllinger og laxantiabruk og klyster og oppkast og kjevesperre og spisevegning og andre ritualer som i en fenomenologisk forstand meget enkelt kan begripes som uttrykk for desperate forsøk å bli ren fra besudling, smitte og invasjon av noe som ble tvunget inn i kroppsåpninger. Den romansk-franske linguist og psykoanalytiker Julia Kristeva

har genialt enkelt analysert denne sammenhengen i sin teori om «Det abjekte», det ekle, frastøtende, andre, fremmede, det som ikke er oss og ikke skal komme inn. På fransk er kjernen i teorien lett å språkliggjøre: «le corps propre» betyr nemlig både den *rene* og den *egne* kroppen.

I tillegg vil jeg påpeke: tvangspreget vasking, redsel for smitte, beskyttelse av kroppens åpninger etc. er grunnlag for en rekke psykiatriske diagnoser i gruppen Anxiety/Phobic Disorders eller Compulsatory Disorders. Disse «diagnosene» er dokumenter, ikke nødvendigvis av individuell sykdom, men av psykiatriens blindhet.

Man har også spekulert på om tampongbruk i tiden før seksuell debut kan gi redusert opprivning av hymenalringen ved første samleie fordi tampongen har gitt en gradvis hymenalbrist. Det sees nemlig påfallende tykk og intakt hymenalring hos disse kvinnene og tilstanden sees svært sjelden hos de som har født.

Det er gjort studier av personligheten til kvinner som rammes av vestibulitt,

Formuleringen «kvinner som rammes av vestibulitt» gir meg flere assosiasjoner:

Så lenge man ikke vet hva «vestibulitt» er, kan det vel tenkes at kvinner med en presentasjon av en smerte i genitalområdet neppe er en homogen gruppe. De har trolig ikke en gang en «tilstand» til felles. Hvis det er slik, så er grunnlaget for et hvert forsøk å vurdere disse kvinnes «psykososiale profil» eller deres eventuelle felles personlighetstrekk ytterst tvilsomt, forsiktig sagt. Vitenskapsteoretisk vurdert, er både konseptet av «sexual pain disorder», vaginisme, burning vulva, dyspareunia og andre navn for smerter i kvinners genitalia som influerer disse kvinners seksualitet, tvilsomme utgangspunkter for numerisk basert metodologi. Man kan simpelthen ikke telle noe som trolig ikke er *et noe*. Dette er blitt uttrykkelig drøftet av en gruppe forskere som har prøvd å skaffe seg et overblikk over hva det er man tror man vet eller tror man har med å gjøre (Binik, Meana, Berkley & Khalife, Annual Review of Sex Research, 1999;10:210.35)

For det andre: «kvinner som rammes av vestibulitt» som forskningsansats likner på hvordan man nærmet seg «kvinner som blir slått» for noen år siden. Mange vil huske Eva Berggrens opposition ex auditorio mot en svensk kollega som forsvarte sin avhandling «Battered women. Why are they beaten and why do they stay». Eva pekte på avhandlingens erkjennelsesteoretiske ansats som komplett biased. Fokus var på kvinner hvis kjennetegn er at de blir slått. Derved var både den som slo og den tydelig destruktive re-

lasjonen ute av synsfeltet. Kvinnene ble patologiske entiteter; de selv ble stedet for slagene de fikk; de ble opphavet for sin egen «slåtthet» og årsaken for opprettholdelsen av «slåttheten». Mange vil også huske at de såkalte battered women lenge hadde inngått i en kvinnelig dominert smerte-epidemiologi av «ubestemmelig» smerte som hovedfenomen. Klassifikatorisk sett var «battered wife syndrome» en sykkelig tilstand ved kvinnene, underlig nok, og ikke ved mennene som slo dem.

det er funnet øket tendens til stressrelatererte symptomer. Dette er kvinner som stiller store krav til seg selv og bekymrer seg sterk over de smerter de føler. Slike personlighetstrekk er ikke funnet i andre studier. Generelt økt muskeltonus, spesielt i bekkenbunnen er beskrevet av noen. Om dagens seksualfikserte samfunn som gjør seksualfunksjonen til nok et prestasjonsområde, har lagt grunnlag for oppblomstringen av denne lidelsen er en ikke usannsynlig mulighet.

Under utredningen av disse symptomene er anamnesen svært viktig, både for å klarlegge utløsende faktorer og graden av symptomer.

Jeg er aldeles enig. Men hva inngår i anamnesen? Det er trolig et svært relevant spørsmål. Hva som gjøres relevant i hvilke sammenhenger, hva som betraktes som en informasjon og hva ikke, hva som blir hørt eller ikke blir hørt selv når det uttrykkes tydelig, hva som blir aktivt innhentet eller ikke innhentet – alt dette bestemmer hvilken «diagnose» som stilles. Eline Thornquist har skrevet en glimrende bok om informasjonsbegrepet og informasjonskonstruksjonen i medisinske kontekster. Den diagnostiske prosess handler nemlig ikke om å avdekke tilstander ute i verden, men om å konstruere en entitet som samsvarer med medisinske sykdomsforestillinger.

Inspeksjon, (« gjerne med kolposkop », allmennleger henviser mer til gynekolog i Sverige enn her til lands), utelukking av pågående infeksjon og biopsi (bl.a. for å utelukke cancer) anbefales, men dette er altså skrevet av og for svenske gynekologer! Uttalte smerter når en vattpinne berører eller presses mot det smertefulle området angies som et nærmest obligat funn for å kunne stille diagnosen (Q-tips-testen).

I en objektivitets-biased vitenskap som medisinen tillegges selv så uspesifikke, mangetydige og kvasi-test-pregede handlinger som bomullspinnberøring (med eller uten trykk? 2–3 kg? Kl 14 eller 16?) større vekt og «beviskraft» enn en utdypende samtale om smertens eksistensielle dimensjon og personlige historie. Helt ufattelig.

Trykket med tillatelse fra Dagbladet

**Livsstils-
sykdom
ødelegger
KVINNERS
SEXLIV**

Tusenvis av norske kvinner har et ødelagt sexliv på grunn av sykdommen vestibulitt. Forskere tror nå at stress skyldes stress. Endret livsstil og mindre stress gir positive utslag i behandling av sykdommen.

Tusenvis får smertesjokk

**lagn-
es**

akenmann:

Stress ødelegger kvinners sexliv



Titusenvis av unge norske kvinner har et ødelagt sexliv på grunn av sykdommen vestibulitt. Nå mener forskerne at lidelsen kan skyldes stress.

AV ENN TEMAEN

Om lag 13 prosent av kvinner i alderen 20 til 30 år opplever kroniske og sterke underlivssmerter ved samleie. Majoriteten av disse antas å lide av vestibulitt – selv om få i Norge overhodet kjenner navnet på sykdommen.

Underlivs-svie

Lidelsen vestibulitt, som arter seg i form av sviende, brennende og sterke underlivssmerter ved samleie, skyldes trolig i stor grad stress. Det hevder de svenske forskerne Inga Sjöberg, Marianna Wikman og Ingela Danielson i en forsk rapport fra kvinneklinikkene i Sundsvall og Umeå.

De svenske forskerne mener at vestibulitt trolig er en livsstilssykdom, en måte kroppen å reagere på mot stress og ubearbejdede følelser.

Stressrelatert

Overlege og gynekolog Mette Moen ved Regionshuset i Trondheim sier at vestibulitt trolig er like utbredt i Norge som i nabolandet. Teorien styrkes av at kvinner som har fått hjelp til å endre livsstil og redusere stress, har fått bedre resultater.

Utbredt sykdom

Holste gynekolog Lars Westrom ved Universitetet i Lund ser i såkalte u-land synes sykdommen å være fraværende. Han beskriver tre tilfeller av lidelsen slik:

● **(Milde):** Til vanlig er man symptomfri. Samleie kan føles litt vondt eller bevarlig. Etter samleie kommer det en brennende smerte i underlivet som kan vare opp til 12 timer.

● **(Typerisk):** Til vanlig er kvinnen svært smertefri. Så snart noe skal passeres gjennom skjedningen, møter treffer imidlertid en svært sterk smerte. Smerten er så alvorlig at man må stoppe.

● **(Gynekolog Mette Moen opplyser at smertepunktene så godt som alltid befinner seg i posisjonen klokka 5 og 7, liksom innangang.**

Holste Westrom kan imidlertid en smerte føles også andre steder, selv om den alltid stammer fra innangangen.

Symptomer

De svenske forskerne oppgir følgende typiske klagesymptomer:

- Unge og seksuelt aktive kvinner.
- Hosten alltid normal eller undermålig.
- Høstbevisst (trykker seg, tenner ofte).
- Høstbevisst.
- Ambrosie.
- Har tatt seksuelpiller.
- Har hatt seksuelpartner.
- Somatiserende (knappelig, gjerne stress i form av hodpine og magesmerter).

Behandling

De svenske forskerne mener Moen opplever norske gynekologer vestibulitt som vanskelig å behandle, men de foreslår følgende:

- Avstå fra bruk av lokalmedisiner som soppkrem og salve.
- Avstå fra samleie i en periode.
- Forsøk en periode uten p-piller.
- Forsøk antidepressiva, i samarbeid med lege.
- Kirurgisk inngrep (om alt annet sår seg).

suelle problemer relatert til stress, understreker hun. Holste Moen er det ikke foretatt forskning i Norge rundt vestibulitt.

«Det er en del gynekologer som er lite bevisst denne sykdommen. Blandt allemennene, for slike lidelser, er det enda mindre kunnskap, sier Moen.

www.klinikkene@dagbladet.no

30% leges spontant i løpet av noen år. Behandlingen er i første omgang rent symptomlindrende der det betones at kvinnen trenger grundig informasjon,

Hva kalles informasjon i et felt der uvitenheten er mer i øyefallende enn viten, og hva kan kalles grundig når faget ikke en gang kan enes om en overflatisk forståelse?

psykisk støtte og opplæring i å håndtere sine smerter.

Hvordan kan man lære opp kvinner til å «håndtere smerter» ingen aner hva handler om? Dette er medisinsk retorikk som ville bli kalt «kvakksalver-terminologi» hvis andre enn medisinske behandlere benyttet seg av de samme ordene.

All lokalbehandling (inkl soppdrepende behandling), p-piller og seksualliv bør unngås,

Ja, selvsagt, man kan da faktisk ikke «behandle» noe man ikke forstår.

vask med vann og såpe erstattes med olje. Smertestillende salve kan forsøkes for å utføre et samleie.

Er det adekvat hjelp å bedøve en smerte for å kunne tåle en samhandling hvor å kjenne er den viktigste forutsetning for at den blir både god og riktig? Og igjen, hvis «invasjon» er et skjult aspekt i en slik smerte, er det da «terapeutisk» å sikre at smerten døyves? Hva bidrar medisinen i så fall til?

Korticosterioder hjelper ikke, ei heller østrogentilførsel. Endring av livsstil,

Hva menes med det? Hva slags «livsstil» og hvorfor og hvordan endring?

bio-feedback og andre psykososiale tiltak bør prøves.

Ut fra hvilken teori om smertens genese eller vesen, og ut fra hvilken forståelse av mulige sammenhenger?

Tricycliske antidepressiva (i lave doser som lindrer nevrogene smerter) eller SSRI-preparater kan være aktuelt.

Den omfattende psykiatiseringen og medikalisering av kvinner som medisinsk legitimert disiplinering av kvinners seksualitet og kvinners subordinering er blitt meget kyndig analysert av både filosofer og sosialantropologer.

Det anføres også at man bør tenke seg om før man anvender lokalbehandling av kondylomer i området rundt bakre vaginalåpning da gjennomgått behandling ofte sees hos kvinner som får vestibulitt.

Her påpekes en relevant sammenheng om enn med en fordomspreget konklusjon – og følgelig uttrykker den ikke en forståelse men en sirkelslutning.

Ved de mest uttalte tilfellene som ikke bedres av andre behandlingsforsøk anbefales vestibulectomi som er fjerning av slimhinner i det smertefulle området.

Som jeg har sagt foran oppfatter jeg denne «behandlingen» som en medisinsk legitimert genital mutilering som gjenspeiler et gammelt mønster i medisinske reaksjoner på hel-seproblemer som er «lokalisert» i de kvinnelige genitalia. Ulike typer manipulasjon i helsens navn (clitorectomi, for å nevne en) og utført av leger har i et historisk tilbakeblikk fremtrådt som samfunnets generelle maktgrep og kjønnsunderkastelse som leger, på angivelig vitenskapelig grunnlag, har deltatt i.

Kilder:

Bohm-Starke, Nina. Rylander, Eva: Vulvavestibulitt – svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi. Läkartidningen;97: 4832–36.

Sjöberg, Inga: Vulvavestibulitt – «ny» diagnos som förbryllar gynekologen. Läkartidningen; 98: 422–23.

Bohm-Starke, Nina. Rylander, Eva. Vulvavestibulitt behöver inte vara förbryllande. Läkartidningen; 98: 718.

Hilde Beate Gudim og Kari Hilde Juvkam: Gynekologi i allmennpraksis.

Allmennpraktikerserien. Tano Aschehoug.1999.

Johannes E. Bock et al: Gynækologi. Munksgaard.1998.

SLK-publikasjon 2000:10. Behandling av vulvovaginitt.

NIDAROSKONGRESSEN 2001

Fra 22.–26. oktober 2001 inviterer vi nok en gang leger og medarbeidere til Nidaroskongressen. Som tidligere år skal vi også i år dele ut «Medarbeiderprisen». Vi ønsker forslag fra kolleger og arbeidsgivere på en medarbeider som jobber i allmennpraksis, og som har utmerket seg på en spesiell måte, for eksempel i et prosjekt, til fordel for kolleger og allmennpraksis, eller i arbeidssituasjonen ellers. Det kan også være en medarbeider som av en eller annen grunn trenger en spesiell oppmuntring. Vi vet at det finnes mer enn én verdig mottaker ute i norsk allmennmedisin.

«Fra medarbeider til medarbeider» er et av de faste innslagene i kongressprogrammet. Medarbeidere fra hele landet har ved tidligere kongresser utvekslet erfaringer og fortalt om spesielle interesser eller om prosjekter de har deltatt i. Hvis du har noe å dele med andre, så ikke nøl med å melde deg på. Mange ting er mer interessant for andre kolleger enn det du selv tror.

Forslag til kandidater til «Medarbeiderprisen» og påmelding av miniforedrag til sesjonen «Fra medarbeider til medarbeider» bes formidlet til Nidaroskongressens sekretariat.

Nidaroskongressen 2001
Medisinsk Teknisk Forskningscenter
7489 Trondheim

Tlf.: 73 59 75 62

Fax: 73 59 75 77