

Påvirker hysterektomimetode ved behandling av benigne gynekologiske lidelser kvinners selvopplevde seksualitet postoperativt?

Oppgave på profesjonsstudiet i medisin av

**Åsmund Mjøen Iversen
H-04**



**Det Medisinske Fakultet
Universitetet i Oslo
Oktober 2009**

Veileder: Annetine Staff, KK, OUS; Ullevål

Innhold

1. Abstract (på engelsk)	s. 3
2. Innledning	s. 4
3. Bakgrunn	
3.1 Hysterektomi	s. 5
3.2 Kvinnelig seksualitet	s. 6
3.3 Mål med studien	s. 8
4. Metode	s. 9
5. Resultater	s. 10
6. Diskusjon	s. 13
7. Konklusjon	s. 15
8. Litteratur	s. 16

1. Abstract

Background

The first elective hysterectomy was performed in 1813 by Conrad Langenback and was done by vaginal approach. Subtotal hysterectomy was the method of choice before antibiotics was discovered because of the lessened risk of intra-abdominal infection.

Laparoscopy is a relatively new method and has since 1991 raised the question whether a total hysterectomy is necessary when the subtotal approach requires less surgical experience and less risk of damage of internal organs. After the subtotal gained popularity, researchers wanted to find which procedure was best for sexual function.

Sexuality is a topic not well researched and is a subject that has been influenced by society's cultural view throughout history. The methodology to investigate a woman's sexuality is poor and not consistent.

Masters and Johnson were pioneers in sexual research and found that a small group of women experience internal orgasm as the uterus contracts. This has raised questions whether these women will have a decreased sexual function after hysterectomy.

The aim of this study was to explore whether there is any reason to conclude that removing cervix or not, during hysterectomy for a benign disease, would make a difference for women's sexual function.

Methods

A literary search was made on Medline database on review articles on sexuality and hysterectomy. Malignancy as a medical indication for the hysterectomy (which also would include oophorectomy) was excluded as operative indication.

Results

The included 16 review articles could not find any significant difference between total- and subtotal hysterectomy regarding women's self-reported sexual function. The majority of women experienced an improvement in sexual function following the hysterectomy, but a small group experienced new problems 1 and 2 years after the operation.

A positive or necessary role of the cervix in female sexual response cannot be verified by current research.

Conclusion

No conclusions can be made from this literature review regarding which hysterectomy technique affects the most or the least a woman's sexual function.

The review articles seem to support that choice of hysterectomy method is probably not the most important predictor for postoperative experienced sexual function in benign diseases.

The gold standard for further research is to design RCTs to compare groups who have similar benign pathology and including women with a medical reason that warrant hysterectomy. On the other hand, it is unlikely that women would like to participate in future RCTs, because women with benign conditions probably wants to choose for themselves, after consulting with their doctors, which method they would prefer.

2. Innledning

Motivasjonen min for fordypnings oppgaven på medisin i 11. semester var å gjøre den mest mulig relevant for en arbeidssituasjon jeg vil havne i etter studiet. Min mening er at profesjonsstudiet i medisin forbereder legestudenten på å håndtere generelle legesituasjoner, det som er mest vanlig. Vi må kunne holde oss oppdatert på den nyeste forskningen innenfor det vi arbeider med.

Kvinnelig seksualitet er et tema som er lite belyst gjennom studiet og i historien. Jeg har jobbet med Medisinernes seksualopplysning og ville bruke litt av den kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom denne erfaringen til å skrive en konkret oppgave.

Videre valgte jeg å se på kun oversiktsartikler, fordi da er det allerede en fagperson på området sitt som beskriver et tema. Som allmennpraktiker er man tjent med å lese litteratur som allerede er selektert av fagpersoner og som står i tidsskrift med stor "impact", fordi man selv ikke er spesialist på disse områdene. Svakheterne ved å velge oversiktsartikler versus originalstudier kommenterer jeg i diskusjonskapitlet.

Jeg har valgt å bruke Vancouvermetoden for sitering og Tidsskriftet for den norske legeforening sin mal, fordi dette er en vanlig måte i Norge å referere på.

Veilederen min, Annetine Staff, har hatt en stor tålmodighet og bidratt utover det som er forventet av en veileder til oppgaven. Jeg retter en stor takk til henne og det hadde ikke blitt noen oppgave uten den hjelpen.

En takk skal også rettes til det medisinske bibliotek på Ullevål sykehus og på Rikshospitalet for god hjelp for å finne relevant litteratur.

Veien har vært lang å gå og det har jeg lært mye av. Jeg tenkte det var en god idé å starte tidlig på oppgaven og det har det vært. Men å dra oppgaveperioden over 3 år er i det meste laget, da en hele tiden må gå inn i materien og sette seg inn i den på nytt. Jeg har imidlertid ikke kunne gjøre det annerledes med dette temaet, da vi ikke lærer om kvinnesykdommer før på 5. året på medisinstudiet. Oppgaven har gått mye lettere etter dette.

*Oslo, 1. oktober 2009,
Åsmund Mjøen Iversen*

3. Bakgrunn

1.23.1. Hysterektomi

Formatted: Bullets and Numbering

Historikk

Den første elektive hysterektomien ble rapportert utført i 1813 av Conrad Langenback (1) og ble gjort vaginalt. Senere har abdominal tilgang vært den vanligste hysterektomimetoden i mange land. Kikkhullskirurgien (laparoscopi) er en relativ ny metode som har ført til kortere liggetid for pasientene, men operasjonstiden er vanligvis lengre enn for abdominal laparotomi (1).

Total hysterektomi (vaginal eller abdominal) var standard operasjon inntil Kirt Semm rapporterte den første laparoskopiske supracervicale hysterectomien i 1991 (2). Senere har også totale laparoskopiske hysterektomier blitt utført, der uterus med cervix (og evt adnexa) dyttes ut av bukhulen gjennom vaginaltoppen. Ved supravaginale laparoskopiske hysterektomier, vil uterus vanligvis hentes ut i småbiter fra abdomen, gjennom portene på bukveggen (ved ”morcellering”, oppkutting av livmoren i små remser).

Operasjonsindikasjoner:

Indikasjonene for hysterektomi består i dag av blødningsforstyrrelser, smerter, myomer og premaligne/ maligne årsaker.

Komplikasjoner etter hysterektomi

Ved kirurgi er det alltid en fare for blødninger, infeksjoner, fistler (rekto-vaginal, uretra-vaginal) og skade på intraabdominale organer som ureter, tarm og blære. Dersom ovariene fjernes samtidig med uterus, stoppes produksjonen av kjønnshormonene østrogen, progesteron samt testosteron. Hos en premenopausal kvinne innsetter da menopausen, ofte med utvikling av skjedetørretthet og dermed mulig problemer ifm seksualitet (3;4).

Benign versus malign indikasjon

Hysterektomi på malign versus benign indikasjon har store vesensforskjeller med tanke på hvor mye vev som fjernes og dermed hvilke senfølger operasjonen får.

Ved malign indikasjon gjøres en total hysterektomi med vaginalreseksjon. Adnexa og ofte lokale lymfeknuter samt større deler av ligamentene som forankrer uterus vil også fjernes samtidig. Operasjonen gjøres oftest ved laparotomi, enten med lavt tverrsnitt eller lengdesnitt. Noen avdelinger (slik som KK, OUS, Ullevål) opererer ofte tidlig stadium av endometriecancer og ovarialcancer med laparoscopisk teknikk.

På benign indikasjon har en flere muligheter og metodene kan være mindre invasive enn ved malign indikasjon for hysterektomi. Avhengig av gynekologens (kirurgens) erfaring, livmorens størrelse og tekniske problemstillinger kan en hysterektomi gjøres vaginalt, laparoskopisk eller abdominalt. Videre har operatøren mulighet til å velge mellom total eller subtotal (supravaginal) hysterektomi, unntatt ved vaginal hysterektomi (da fjernes hele uterus med cervix). Ved subtotal (supravaginal) beholdes cervix intakt og ved total fjernes også cervix.

Bakgrunn for å velge de ulike metodene

Det er blitt postulert at uterus spiller en rolle for noen kvinner under orgasmen (1) og dette er blitt brukt som en begrunnelse for hvorfor en bør velge en subtotal hysterektomi.

Videre konkluderer studien av Komisaruk et. al (5) at noen kvinner med tverrlesjon av medulla spinalis kan oppnå orgasme via nervus vagus når en stimulerer cervix. Dette taler også for å beholde cervix ved hysterektomi på grunn av nervernes forløp tett inntil cervix.

Generelle tanker rundt det å få fjernet livmor pga benign tilstand

Noen kvinner forbinder det å ha en månedlig blødning med det å være kvinne. Noen kan oppleve at fjerning av livmor med påfølgende tap av menstruasjon som et tap av muligheten til å få (flere) barn. Dette kan imidlertid være både positivt og negativt og vil ofte oppleves forskjellig av forskjellige kvinner.

Fordeler ved å fjerne livmoren for dem som har en medisinsk indikasjon for dette, kan være bedre seksualliv, slippe månedlige blødninger (unngå anemi og uregelmessige blødninger), mindre underlivsmerter og bedring av feks vannlatingsforstyrrelser.

3.2 Kvinnelig seksualitet

Historikk

Sexologiens historie i vestlig medisin presenteres gjennom studier innefor venerologi og prostituerte fra Frankrike i 1830-årene. I Tyskland, på slutten av 1800-tallet, publiserte advokaten Karl Heinrich Ulrichs mellom 1864 og 1879 12 artikler med egne teorier på opprinnelsen og naturen til seksualitet, det han kalte Uranisme (6).

Psykiateren Richard von Krafft-Ebbing fattet interesse i teoriene og lanserte sine egne teorier på seksualitet, basert på psykiatriske pasienter (6). Vi kan i dag kjenne igjen kategoriene som han delte seksualitet inn i; homoseksualitet, fetisjisme, sadisme og masokisme. Psykiateren mente dette var degenerative tilstander som kunne assosieres med utviklingshemming, et syn han modererte på starten av 1900-tallet (6).

Samfunnet var negativt til publisering rundt disse temaene og forskerne ble utsatt for negativt stigma og var avhengige av hverandre for å opprettholde motivasjon for å forske videre (6).

Det var mannlig homoseksualitet som startet feltet sexologi, fordi det var disse handlinger som var forbudt i lovgivningen. Forbud mot seksuelle forhold mellom kvinner ble foreslått tatt med inn i lovgivningen i 1910 i Tyskland. Tiden fram mot den 2. verdenskrig var en storhetstid innen sexologien i verden og flere tidsskrifter ble utgitt (6). Magnus Hirschfeld, en lege fra Berlin, som betød mye for fagfeltet, var redaktør for det vitenskapelige tidsskriftet *Journal of Sexology* som ble etablert i 1908 (6).

En av de viktigste internasjonale ressursene for sexologi var Institutt for sexologi/seksualvitenskap (Institut für Sexualwissenschaft), som ble grunnlagt av Hirschfeldt i Berlin i 1919 (6). Instituttet tilbød offentlige forelesninger, et museum og arkiv for seksualetnografi, ekteskapsrådgivning, psykoterapi og gynekologiske undersøkelser. Instituttet huset også forbund som jobbet mot forbudet mot abort (6).

Den første internasjonale sexologi-konferansen ble holdt i Berlin i 1921 (6).

Koordinasjonskomiteen inkluderte medlemmer fra San Fransisco, Tokyo, Peking, Moskva, London, København og Roma. Kongressen varte i 6 dager og hadde 48 foredragsholdere med

ulike temaer, inkludert blant annet prevensjon, seksualundervisning og endokrinologi. Til sammen 4 kongresser ble arrangert fram mot 1930 (6).

Med nazismens økende oppslutning i Europa, Stalinismen i Sovjet og økonomisk depresjon i USA, ble det stadig vanskeligere for sexologi-forskere å møtes. Den 6. mai 1933 ble Institutt for sexologi i Berlin utsatt for Hitlers bokbrenningsterror, og 20.000 bøker, 35.000 fotografier og 40.000 intervjuer og biografiske brev og andre objekter ble ødelagt (6).

Forskernes interesseområder forandret seg fra 1800- til 1900-tallet fra menneskets seksualitet til seksuell tilfredsstillelse og seksuell praksis.

Alfred Kinsey, som var en av sexologi-pionerene, begynte i 1930-årene å intervjuer over 10.000 kvinner og menn fra 16 år og oppover. De tidlige publikasjonene fokuserte på seksuell tilfredsstillelse, mulighet for å oppnå orgasme og faktisk og ønsket antall samleieopplevelser (6).

Masters and Johnson publiserte sitt arbeid om den seksuelle responssyklus i 1966 i "Human sexual response" og i 1970, beskrivelsen av den 4-fasede kvinnelige seksuelle respons i "Human sexual inadequacy" (6).

Kaplan gjennomarbeidet senere arbeidet til Masters and Johnson og inkluderte lyst, slik at respons-syklusen inneholdt lyst-, opphisselse-, platå-, orgasme og refraktærfasen. Denne modellen er fremdeles i dag fundamentet for å diagnostisere seksuelle dysfunksjoner, i henhold til DSM-IV-TR. Forfatterne er imidlertid blitt kritisert for ikke å ha hatt refleksjoner i publikasjonene rundt spørreskjemaene og svaralternativene (7).

Definisjoner

DSM-IV

- Seksuell lystforstyrrelse
- Seksuell tenningforstyrrelse
- Orgasmisk forstyrrelse
- Seksuell smerteforstyrrelse

Metoder for å vurdere seksualitet

Den vanligste måten å beskrive et mål på endring i seksualitet er å lage standard spørreskjema som kvinnene for eksempel kan besvare før og etter en operasjon. I slike seksualitetsspørreskjemaer er det viktig med spørsmål om kognitiv tankegang i forhold til seksualitet og ikke å fokusere på kvantitativ sex før og etter, fordi det kognitive er en så stor del av seksualiteten. For eksempel vil tilstedeværelse av impotens hos partneren bety mindre på resultatet hvis det legges vekt på kognitiv tankegang.

McCoy-skalaen er i så måte en velkjent undersøkelse for selvrapportert seksualitet, men det finnes ingen gullstandard på dette området (8). Klinikere vil vektlegge ulike områder som viktige i så måte og det gjør det desto vanskeligere å få sammenlignbare resultater siden forskjellige studier bruker forskjellige metoder å evaluere kvinners seksualitet på.

3.3 Mål med studien:

Målet med denne studien var å undersøke om det er holdepunkter for at fjerning av cervix, ved benigne tilstander som årsak til hysterektomi, påvirker kvinners selvopplevde seksualitet postoperativt.

- Er det holdepunkter for at selve operasjonsmetoden ved hysterektomi har betydning for kvinners selvopplevde seksualitet postoperativt?
- Er det holdepunkter for at minimal invasiv kirurgi gir mindre affeksjon av et seksualliv postoperativt ift laparotomi?
- Er fjerning av cervix av betydning for opplevelse av seksualiteten?

4. Metode

Det ble gjort et søk etter review-artikler på Medline på følgende måte:

Database: Ovid MEDLINE(R) <1950 to January Week 1 2008>

Search Strategy:

-
- 1 exp Coitus/ (4993)
 - 2 exp Sexuality/ (19063)
 - 3 exp Sexual Dysfunctions, Psychological/ (19981)
 - 4 exp Sexual Dysfunction, Physiological/ (16685)
 - 5 1 or 2 or 3 or 4 (46018)
 - 6 exp hysterectomy/ (19171)
 - 7 5 and 6 (293)
 - 8 limit 7 to "review articles" (41)
 - 9 limit 8 to (danish or english or german or norwegian or swedish) (37)
 - 10 exp Genital Neoplasms, Female/ (133466)
 - 11 6 not 10 (11293)
 - 12 5 and 11 (242)
 - 13 limit 12 to "review articles" (36)
 - 14 limit 13 to (danish or english or german or norwegian or swedish) (32)
 - 15 limit 14 to yr="1995 - 2007" (26)

Jeg fant 26 oversiktsartikler som resultat etter dette søket.

Jeg valgte å ekskludere alle hysterektomistudier for maligne indikasjoner. Dette fordi dette inkluderer en heterogen gruppe pasienter, der det er vanskelig å skille evt effekter av operasjon per se og andre behandlingsrelaterte effekter, slik som progresjon av cancer, strålebehandlingseffekter i vagina/tarm/blære. Videre ekskluderte jeg artikler som omhandlet hysterektomi med oophorectomi, fordi det gir en kirurgisk menopause (hos de premenopausale) og derfor ville kunne gi rom for tolknings spørsmål.

Denne eksklusjonen medførte at jeg identifiserte til slutt 16 artikler. Disse er inkludert i tabell 1.

Disse 16 artiklene ble vurdert ut fra "Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel", utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006 (<http://kunnskapsbasertpraksis.no/show.php?id=202>)

5. Resultater

Tabell 1 viser en oversikt over de 16 oversiktsartiklene jeg fant med litteratursøket.

Tabell 1: Er total vs subtotal hysterektomi bedre for bevaring av seksualfunksjon?

Sekundærstudie (Førsteforfatter-navn, år og referanse)	Metaanalyse	Total vs subtotal hysterektomi	Seksualfunksjon etter hysterektomi, uavhengig av hvilken metode
Mokate T, et al. 2006 (3)	-	-	Bedring for majoriteten
Lethatby A, et al 2006 (1)	JA	Ingen signifikante forskjeller	Bedring for majoriteten
Vomlaki E, et al, 2006 (9)	-	-	Bedring for majoriteten
Achtari C, et al, 2005 (10)	-	Ingen signifikante forskjeller	Bedring for majoriteten
Katz A, 2005 (11)		Ingen signifikante forskjeller	Bedring for majoriteten
Flory N, 2005 (12)	-	-	Bedring for majoriteten
Thakar R, et al, 2005 (13)	-	-	Ingen negativ påvirkning
Maas CP, et al, 2003 (14)	-	-	Mangler bevis for å si noe om forskjell
Katz A, 2002 (15)	-	-	Bedring av seksualfunksjon
Grimes DA, 1999 (16)	-	Ingen signifikante forskjeller	-
Naughton MJ, et al, 1997 (17)	-	-	Mangler bevis for å si noe om forskjell
Harris WJ, 1997 (4)	-		Ikke forverring av seksualfunksjon
Johns A, 1997 (2)	-	ukjent	Mangler bevis for å si noe om forskjell
Thakar R, et al, 1997 (18)	-	Mangler bevis for å konkludere	-
Ryan MM, 1997 (19)	-	Mangler bevis for å konkludere	-
Munro MG, 1997 (20)	-	Mangler bevis for å konkludere	-

Seksualfunksjon

Flere av de identifiserte oversiktsartiklene hadde oppsummert hvilke deler av seksualfunksjonen som kunne bli påvirket. Imidlertid delte studiene inn seksualfunksjonen på forskjellige måter, slik at resultatene kan være vanskelig å sammenlikne.

Dyspareuni

Mokate et al (3) fant ingen studier som støtter en sammenheng mellom vaginal lengde og seksuell funksjon etter vaginal kirurgi. Lengden på skjeden er som oftest ikke affisert etter hysterektomi for benign årsak (3).

Hysterektomi kan i seg selv forårsake dyp dyspareuni og smerter pga ”residual ovary syndrome” og tarmadhesjoner, ifølge forfatterene?.

Studien finner at hysterektomi hovedsakelig fører til mindre dyspareuni enn før operasjonen, med signifikant økt frekvens av samleie. Den poengterer at det er hovedsakelig de preoperative plagene som forårsaker dyspareuni og at det er ved å fjerne disse symptomene at man får en bedrer seksualitet etter operasjonen.

Vaginal tørrhet

Pre-hysterektomi skjedetørrhet er høyst prediktivt for en postoperativ skjedetørrhet.

Nyoppstått skjedetørrhet etter hysterektomi er veldig sjeldent og kan være assosiert med prematur ovariesvikt, som fører til lav endogen østrogenproduksjon, evt med inadekvat hormonerstatning (3).

Orgasme og livmorhalsen

Cervix' rolle i orgasmen har vært debattert siden Masters og Johnsons sitt pionerarbeid. I Mokate et al sin oversiktsartikkel poengteres det at man kan debattere for begge syn (best orgasme med cervix fjernet eller inntakt) avhengig av hvilke studier man siterer, men studiene har generelt dårlig design som ikke fanger opp resultater på en adekvat måte (3).

Lethaby et al 2006 (1) bekrefter ikke at subtotal hysterektomi er et bedre valg enn total hysterektomi for å bevare seksuell funksjon. Deres konklusjon er basert kun på 3 RCTer (randomiserte kontrollerte forsøk), hvorav to ikke var blindede, og med mindre enn 1000 deltagende kvinner. Studien påpeker vanskeligheten av å måle disse komplekse resultatene og etterlyser mer forskning på temaet (1). Dette understøttes også av andre og tidligere oversiktsartikler (10;16).

Seksuell interesse

Flory et al (12) finner lite bevis som tyder på at hysterektomi alene forårsaker lavere libido. Derimot finner forfatterne at hysterektomi med oophorectomi og ovariesvikt etter hysterektomi med bevaring av ovariene kan resultere i lav libido.

Opphisselse

Selv om teorier er overbevisende om at fysiologiske forandringer etter hysterektomi kan påvirke lubrikasjon i en negativ retning, finner ikke Flory et al empiriske bevis for dette (12).

Orgasme

Postoperative forandringer i frekvens, intensitet og kvalitet av orgasmer har ikke blitt godt nok undersøkt. Flory et al finner ikke at hysterektomi har en negativ systemisk effekt på potensialet til å oppnå orgasme, men de fant en undergruppe på 15-25 % som syntes å oppleve redusert orgasmeffrekvens (12).

Frekvens av samleie

Flory et al finner ingen støtte i den tilgjengelige litteraturen for reduksjon av samleiefrekvens etter hysterektomi. De beskrev en liten gruppe kvinner som ikke var seksuelt aktive etter operasjonen, men her anbefales videre forskning for å forstå årsaksforholdene(12).

Global seksuell funksjon

Prospektive studier fant at for den store majoritet kvinner så blir seksuallivet forbedret etter hysterektomi, men en liten undergruppe kan utvikle et seksuelt problem etter operasjonen (3;12).

Komplikasjoner etter hysterektomi

Flory et al fant at hysterektomi sjeldent fører med seg negative følger som nye smertesyntomer, seksuell dysfunksjon og psykologisk stress (12).

3.2 Pre-operative prediktorer

Formatted: Bullets and Numbering

Positive prediktorer for gode psykoseksuelle resultater av hysterektomi inkluderer høyt nivå av preoperativt seksuell funksjon, orgasmekapasitet, samleiefrekvens, frekvens og syklus på seksuell lyst og kvalitet på partnerskap (12).

Andre positive prediktorer inkluderer orgasmerespons, god generell helse for begge partnere, manglende stress-situasjoner i livet og manglende økonomiske bekymringer (13).

Negative prediktorer for god psykoseksuell funksjon etter hysterektomi inkluderer postmenopausale forandringer, redusert fysisk og emosjonell kapasitet (12).

Andre faktorer inkluderer; dårlig kunnskap om reproduktive organer, negativ preoperativ innstilling til bedring av seksualfunksjon postoperativt, preoperativ psykiatrisk morbiditet og utilfredsstillende preoperative seksuelle relasjoner (13).

6. Diskusjon

Kvalitet på inkluderte oversiktsartikler

Artiklene jeg har søkt etter er sekundærartikler. De oversiktsartikler jeg identifiserte hadde en gjennomgående svakhet ved at de ofte ikke inkluderte metodebeskrivelse for hvordan relevant litteratur har blitt inkludert i studiene og hvorfor de har valgt å utelate andre studier. Det er to studier som representerer unntaket her (1;16) og i konklusjonen min velger jeg å fokusere på disse.

Sekundærlitteraturvs primærtikler

Jeg har valgt å kun søke etter sekundærlitteratur fordi primærlitteraturen da allerede er oppsummert. Det kan ha svakheter fordi de fleste av studiene jeg har sett på ikke har metodebeskrivelse og derfor ikke er systematiske i metodikken. Vi vet derfor ikke om alle studier er inkludert i dem og det kan fortsatt finnes primærstudier som ikke er inkludert i min oversikt. Siden jeg ikke har gått inn i de refererte primærtiklene, er dette en svakhet, fordi man ikke alltid kan forutsette at en oversiktsartikkel siterer og vurderer primærtikler korrekt.

Få randomiseringsundersøkelser

Studiene som er inkludert er hovedsakelig delt inn i retrospektive studier (preget av recall bias) på 80-tallet og prospektive studier på 90-tallet. Det var få randomiseringsundersøkelser, noe som gjør konklusjonen svakere i studiene (2).

Seksualfunksjon før og etter hysterektomi

Oversiktsartiklene kan oppsummeres med å ha funnet en bedring i seksualfunksjon etter hysterektomi på benign indikasjon (10). Imidlertid bærer disse studiene preg av å ha undersøkt kvinnes seksualfunksjon rett før operasjonen og dette er en positiv bias som selvfølgelig gir en bedring av seksualfunksjon når symptombildet lettes kort tid etter en operasjon (15). Dog synes en liten gruppe kvinner å oppleve tilleggsproblemer i seksualfunksjon etter hysterektomi (13).

Metode for å evaluere seksualitet subjektivt?

Metodene som har blitt brukt til å evaluere seksualitet er også kritiserte, fordi de ikke er utformet på samme måte og da går det ikke å sammenligne resultater fra forskjellige studier. Det finnes få studier som ser på seksualfunksjon etter ulike operasjonsteknikker, kanskje fordi gynekologer/operatører er mest opptatt av operative teknikkers effekt på grunnlidelsen, ikke funksjonelle resultater mht sexliv. Tradisjonelt har sexologer (som ikke er en definert subspecialitet i de fleste land) ikke vært rekruttert fra gynekologi-spesialiteten. Sexologer har interesseområde innen sexologi, men utdannelsesbakgrunn (psykologer, leger, legespesialister innen urologi, psykiatri, allmennmedisin, gynekologi) og formell og praktisk subspecialisering innen sexologi kan variere mye. Selvopplevd seksualitet representerer ”myke data” som kan være utfordrende å etterprøve og validere. Tradisjonell biomedisinsk forskningstradisjon er muligens mer opptatt av (og har mer erfaring med) ”harde fakta” enn slike myke data.

Type sykdom ift postoperativt seksualliv, viktigere enn operasjonsmetode?

Det kan tenke seg at type sykdom kan spille en større rolle enn selve operasjonsmetoden. For eksempel ved endometriose spiller det en stor rolle for tilbakefall av smerter hvis kvinnen får residiv post-operativt.

Sjeldne komplikasjoner/adheranser/infeksjoner vil også spille inn på selvpålevd post-operativ seksualfunksjon. Disse variablene må belyses pre-operativt hvis kvinnen etterlyser informasjon om seksualfunksjon etter hysterektomi.

Cervix' rolle i seksualfunksjon

En metaanalyse fra The Cochrane collaboration (1) kan ikke bekrefte at subtotal hysterektomi er et bedre valg enn total hysterektomi for å bevare seksuell funksjon postoperativt.

Konklusjonene baseres imidlertid bare på 3 RCTer, hvorav to ikke er blinde, og studiene omfatter mindre enn 1000 kvinner. Studien påpeker vanskeligheten av å måle disse komplekse resultatene og etterlyser mer forskning på temaet.

7. Konklusjon

Litteraturstudien av oversiktsartikler har ikke gitt holdepunkter for at fjerning av cervix, ved benigne tilstander som årsak til hysterektomi, påvirker kvinners selvopplevde seksualitet postoperativt.

Jeg stilte følgende spørsmål:

- Er det holdepunkter for at selve operasjonsmetoden ved hysterektomi har betydning for kvinners selvopplevde seksualitet postoperativt?
- Er det holdepunkter for at minimal invasiv kirurgi gir mindre affeksjon av et seksualliv postoperativt ift laparotomi?
- Er fjerning av cervix av betydning for opplevelse av seksualiteten?

Min konklusjon er at:

- Det er ikke holdepunkter for at selve operasjonsmetoden ved hysterektomi har betydning for kvinners selvopplevde seksualitet postoperativt
- Det er ikke holdepunkter for at minimal invasiv kirurgi gir mindre affeksjon av et seksualliv postoperativt ift laparotomi
- Fjerning av cervix ser ikke ut til å ha vesentlig betydning for opplevelse av seksualiteten hos majoriteten av kvinner

Svakheten ved min litteraturstudie er at jeg valgte å evaluere oversiktsartikler, ikke primærstudier. I tillegg synes spørreskjemaene for å evaluere kvinnelig seksualitet som lite validerte og heller ikke uniforme, slik at seksualitetsstudier kan være vanskelig å sammenlikne. Det er mangel på prospektive randomiserte kontrollerte kliniske (RCT) forsøk innen feltet. En RCT der kvinner trekkes ut til total eller subtotal hysterektomi ved loddtrekking, ville vært en optimal metode for å undersøke om fjerning av cervix har betydning for postoperativ seksualitet. En slik studie ville imidlertid neppe la seg gjennomføre i dag, da kvinner ønsker selv å være medbestemmende i operasjonstypevalg.

8. Litteratur

1. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions.[see comment]. [Review] [37 refs]. Cochrane Database of Systematic Reviews (2):CD004993, 2006 2006; CD004993.
2. Johns A. Supracervical versus total hysterectomy. [Review] [53 refs]. Clinical Obstetrics & Gynecology 1997; 40: 903-13.
3. Mokate T, Wright C, Mander T. Hysterectomy and sexual function. [Review] [46 refs]. Journal of the British Menopause Society 2006; 12: 153-7.
4. Harris WJ. Complications of hysterectomy. [Review] [78 refs]. Clinical Obstetrics & Gynecology 1997; 40: 928-38.
5. Komisaruk BR, Whipple B, Crawford A, et al. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. Brain Res 2004; 1024: 77-88.
6. Matte N. International sexual reform and sexology in Europe, 1897-1933. Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin Canadien d'Histoire de la Medecine 2005; 22: 253-70.
7. West SL, Vinikoor LC, Zolnoun D. A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. [Review] [118 refs]. Annu Rev Sex Res 2004; 15: 40-172.
8. McCoy NL, Matyas JR. Oral contraceptives and sexuality in university women. Arch Sex Behav 1996; 25: 73-90.
9. Vomvolaki E, Kalmantis K, Kioses E, et al. The effect of hysterectomy on sexuality and psychological changes. [Review] [8 refs]. European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2006; 11: 23-7.
10. Achtari C, Dwyer PL. Sexual function and pelvic floor disorders. [Review] [83 refs]. Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology 19: 993-1008.
11. Katz A. Sexuality and hysterectomy: finding the right words: responding to patients' concerns about the potential effects of surgery. [Review] [23 refs]. Am J Nurs 2005; 105: 65-8.
12. Flory N, Bissonnette F, Binik YM. Psychosocial effects of hysterectomy: literature review. [Review] [109 refs]. J Psychosom Res 2005; 59: 117-29.
13. Thakar R, Sultan AH. Hysterectomy and pelvic organ dysfunction. [Review] [93 refs]. Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology 2005; 19: 403-18.
14. Maas CP, Weijnenborg PT, ter Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. [Review] [146 refs]. Annu Rev Sex Res 2003; 14: 83-113.
15. Katz A. Sexuality after hysterectomy. [Review] [35 refs]. JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 2002; 31: 256-62.

16. Grimes DA. Role of the cervix in sexual response: evidence for and against. [Review] [18 refs]. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 1999; 42: 972-8.
17. Naughton MJ, McBee WL. Health-related quality of life after hysterectomy. [Review] [37 refs]. *Clinical Obstetrics & Gynecology* 1997; 40: 947-57.
18. Thakar R, Manyonda I, Stanton SL, et al. Bladder, bowel and sexual function after hysterectomy for benign conditions. [Review] [41 refs]. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1997; 104: 983-7.
19. Ryan MM. Hysterectomy: social and psychosexual aspects. [Review] [56 refs]. *Baillieres Clinical Obstetrics & Gynaecology* 1997; 11: 23-36.
20. Munro MG. Supracervical hysterectomy: ... a time for reappraisal. [Review] [50 refs]. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 133-9.