

Titel

Labiareduktion

Forfattere:

Mette Meinert (tovholder)
Christina Damsted Petersen
Michala Bluhm
Andreas Jörn

Korrespondance:

mette.meinert@dadlnet.dk

Status

Første udkast: September 2011
Diskuteret på Hindsgavl dato: 17.09.2011
Korrigeret udkast dato:
Endelig guideline dato
Guideline skal revideres seneste dato:

Indholdsfortegnelse:

Indledning:	side 2
Baggrund	side 2
Definitioner	side 3
Afgrænsning af emnet	side 3
Litteratur søgningsmetode:	side 3
Hvilke anatomiske overvejelser skal lægen gøre sig?	side 3
Hvilken lovgivning findes på området?	side 4
Hvilke studier findes om indikationen for labiareduktion?	side 4
Hvilken operationsteknik skal anvendes?	side 4
Hvordan er patienttilfredsheden ?	side 6
Hvilke etisk-medicinske dilemmaer kan lægen stå i?	side 7
Behov for psykologisk/sexologisk udredning og rådgivning?	side 8
Hvad er de sexologiske konsekvenser af indgrebet?	side 8
Hvad er kravene til forundersøgelsen?	side 9
Referencer:	side 9
Appendiks	
Appendiks I (Lovgivning)	side 11
Appendiks II (Tabel over indikationer for indgrebet)	side 12
Appendiks III (patientvejledning)	side 13

Indledning:

Baggrund:

I Danmark og resten af den vestlige verden opleves blandt gynækologer en stigende efterspørgsel på vulvakirurgi (1). I takt med at plastik kirurgi og æstetiske indgreb bliver stadig mere populære efterspørger et voksende antal raske kvinder kirurgi for at skabe morfologiske ændringer af deres normale vulva.

Den stigende efterspørgsel på vulvakirurgi kan skyldes dels kommercielle faktorer, dels øget udbredelse af kosmetisk kirurgi andre steder på kroppen. For gynækologer rejser dette ofte et medicinsk-etisk dilemma forstærket af den verserende debat som sammenligner kosmetisk vulvakirurgi med omskæring af kvindelige ydre genitalier, som forekommer i ikke-vestlige lande.

Der kan være mange bevægegrunde for ønske om kosmetisk vulvakirurgi, overordnet kan kvinderne inddeles i to grupper; kvinder som oplever at deres labia minora er hypertrofiske, med ledsagende mekaniske problemer og kvinder, som ikke har fysiske problemer, men som ønsker en kosmetisk operation (2, 3).

Ønsket om kirurgisk reduktion kan være baseret på misforståelser og manglende indsigt i den variation der eksisterer i kvinders ydre genitalier. Indenfor det sidste årti er rasing af genitaler blevet meget udbredt og dette kan være en af grundene til at kvinderne er blevet opmærksom på den anatomiske variation af de små og store kønslæber. På den anden side angives det at forstørrede labia minora kan give funktionelle, æstetiske og psykosociale problemer (4).

I Danmark er kosmetisk kirurgi af vulva forbudt og anses for at være på linje med omskæring af piger og unge kvinder (se appendiks 1). Set fra et etisk og sociologisk synspunkt er det interessant at udførelse af kvindelig omskæring kan give fængsel i op til 6 år mens kvinder som angiver at cykling gør ondt kan få foretaget præcist det samme indgreb uden sanktion eller straf til følge. (1, 5)

Der findes ingen danske opgørelser over antal henviste patienter og om incidensen reelt er stigende. En søgning på hypertrofia vulvae (N 90.6) på dagkirurgisk afsnit, Gynækologisk Obstetrisk afd. Y, Århus Universitetshospital, Skejby, i de sidste 2 1/2 år gav 16 pt med diagnosen. Heraf fik 10 foretaget resektion af vulva (KLFC00) og 6 fik foretaget vulvaplastik (KLFE10). Det er uvist om der i privat speciallægepraksis foretages flere indgreb.

En søgning på SST hjemmeside over operative indgreb (KLFC00 og KLFC96) i perioden fra 1996 - 2009 i sygehus regi (privatpraktiserende gynækologer ikke inkluderede) viser en stigende tendens.

Operation	Sygehusejerskab	1996	2005	2006	2007	2008	2009
KLFC00 Resektion af vulva	Offentlig	87	228	198	227	215	273
	Privat	-	3	2	-	16	9
KLFC96 Anden resektion af vulva el. perineum	Offentlig	-	26	35	30	44	49
	Privat	-	-	-	2	-	10

Udtræk fra SST sundhedsdata (6)

Størstedelen af de udenlandske studier på effekten af labia resektion er retrospektive, observationsstudier, kasuistikker og ikke kontrollerede studier.

Risici og seksuelle bivirkninger ved kosmetisk genital kirurgi er desuden ikke tilstrækkelig dokumenteret, hvorfor der er et behov for fremtidige studier som karakteriserer de henviste patienter, belyser de præ- og postoperative fysiske, psykologiske og seksuelle klager og ikke mindst patienttilfredsheden. Der bør desuden stilles krav til indberetninger fra private klinikker, som foretager disse indgreb.

Definitioner:

Labia reduktion: kirurgisk reduktion af labia minora

Afgrænsning af emnet:

Denne guideline omhandler ikke: labia majora forstørrelse, reduktion af clitoris, perineoplastik, hymeneoplastik, G-spot forstærkning eller vaginal stramning.

Diagnose: Hypertrophia labii vulvae N 90.6

Indgrebskode: Vulvoplastik KLFE10

Litteratur søgningsmetode:

Pub.med. Google, Sundhedsstyrelsen, instrukser fra Region Syd og Midt. Litteratursøgning afsluttet august 2011

Problemstilling

Hvilke anatomiske overvejelser skal lægen gøre sig før en eventuel operation?

Labia minora har mangfoldige udseender og størrelser. Hos nogle er labia minora gemt væk bag labia majora, hos andre er de synlige. Synligheden giver hos mange kvinder anledning til utilfredshed og kosmetiske overvejelser.

På trods af at de henviste kvinder oplever deres labia minora som anatomiske abnormaliteter, eksisterer der næsten ingen data på et normalområde. Rouzier (7) besluttede at ”labia minora er hypertrofiske når den maksimale afstand fra basis til kanten er > 4 cm”, uden at redegøre yderligere for denne definition. I modsætning hertil mente Pardo (8) at grænsen for hypertrofi sættes til 2 cm. Begge definitioner synes at være mere eller mindre tilfældige.

Der eksisterer i litteraturen et enkelt studie med formålet at undersøge variationen af normale kvindelige genitalia (9). Bredden af labia minora hos 50 kvinder i forskellige aldre og med forskellige etniske baggrunde blev målt til at variere fra 7 til 50 mm, med et gennemsnit på 21,8 mm. Et tyrkisk studie undersøgte forskellen i labia minoras bredde hos pre- og postmenopausale kvinder, 50 i hver gruppe. Resultaterne viste en variation fra 11 til 30 mm med et gennemsnit på 17,9 mm i den første gruppe, og 8 til 27 mm med et gennemsnit på 15,4 mm i den anden. Gennemsnitsbredden var signifikant højere hos de præmenopausale kvinderne ($P < 0,01$) (10)

Sammenfattende mangler studier som kan belyse variationen af labia minora og dermed definere et normalområde. Dette er et problem både for kvinder som føler sig usikre over denne del af deres anatomi, og for læger som skal rådgive dem.

Problemstilling

Hvilken lovgivning findes på området?

Det fremgår af Straffelovens § 245a (Appendiks I), at hel eller delvis fjernelse af kvindelige ydre kønsorganer med eller uden samtykke og uden terapeutisk formål er forbudt og straffes med fængsel i op til 6 år.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om information forud for kosmetiske indgreb (af 6.januar 2000) fremgår at patienten har krav på både mundtlig og skriftlig vejledning. Arbejdsgruppen for benigne vulvalidelser (vulvagruppen) blev i 2007 bedt om at rådgive DSOG om forholdsregler ifm udførelse af labiareduktion som kosmetisk eller overvejende kosmetisk indgreb. Gruppen konkluderede og anbefalede at patienten ikke må opereres på udelukkende kosmetisk indikation.

Kliniske rekommandationer

Udelukkende kosmetiske operationer på kvindens ydre kønsorganer er forbudt ved lov	√
Patienten har ret til både skriftlig og mundtlig information	√

Problemstilling

Hvilke studier findes om indikationerne for labiareduktion?

Der er lavet 2 reviews af den eksisterende litteratur på området indenfor de sidste 2 år. Den ene fokuserer på artikler skrevet om kirurgiske procedurer (11) og den anden inkluderer også anekdotisk, markedsførende og salgsfremmende litteratur (12).

Liao et al. (11) fandt at alle artiklerne inkluderede klager over mekaniske gener, blandt andet problemer med tætsiddende trusser eller bukser, ubehag ved samleje, motion eller bare i siddende stilling, som indikation for operation. Utilfredshed med genital æstetik var også nævnt som en indikation i samtlige artikler. Psykologiske og seksuelle vanskeligheder nævntes også som årsag til ønske om operation, inklusive forlegenhed og dårlig selvtillid.

Ostrzenski (12) opdelte indikationerne i 3 kategorier:

1. Anatomiske abnormaliteter, såsom hypertrofi, asymmetri og deformation, herunder utilfredshed med genital æstetik.
2. Funktionelle problemer, såsom smerter, dyspareuni, gener ved motion, samleje, brug af tætsiddende tøj eller bare i siddende stilling.
3. Psykologiske og sociale problemer, såsom forlegenhed, nedsat selvtillid og selvværd

Problemstilling

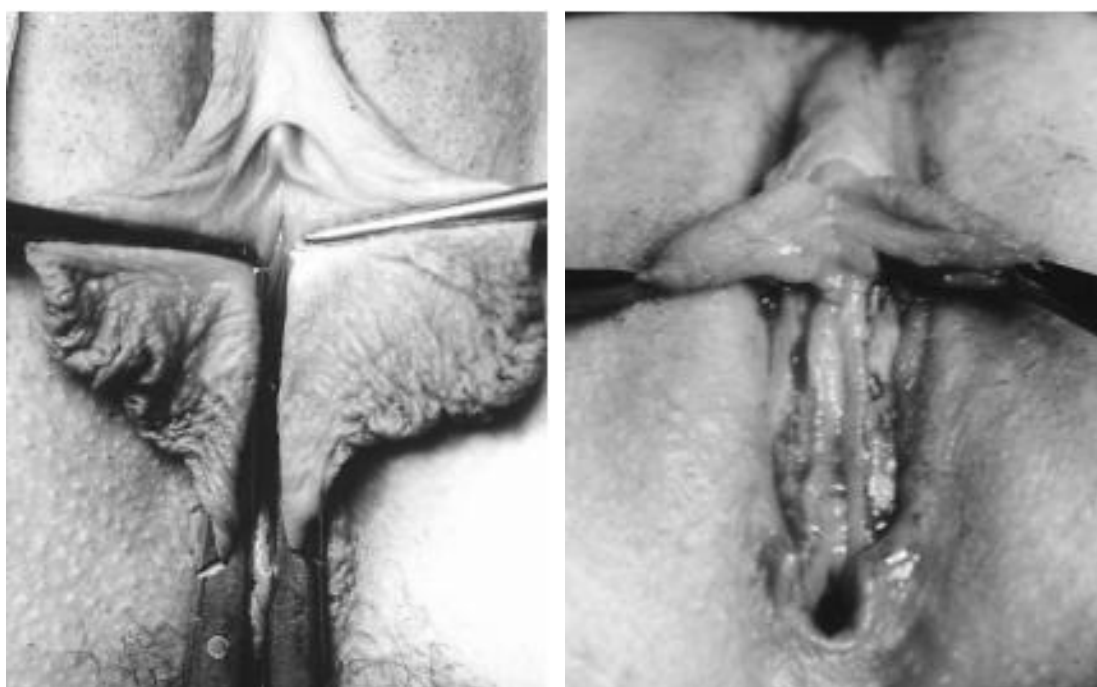
Hvilken operationsteknik skal anvendes?

Der er to hovedtyper af kirurgiske tekniker ved labia minora reduktion: simpel kant resektion og kileresektion (13)

I litteraturen findes talrige varianter beskrevet som er videreudviklede fra disse to teknikker. I denne guideline belyses de teknikker der primært bruges i Danmark. Der er i litteraturen ingen konsensus om hvilken teknik som er den bedste ved labiareduktion (14). Dog anføres det i DFKO (Danske privatpraktiserende gynækologiske speciallæger) guideline for operationsteknik at den simple resektion anbefales (15).

Den mest udbredte teknik i Danmark er simpel resektion af randen af labia minora. Dette er den oprindelige måde at udføre indgrebet på idet der foretages simpel resektion af passende størrelse af randen af labia, og såret lukkes med enten fortløbende intrakutane eller enkelt-suturer. Skalpel, laser eller diatermi kan anvendes Denne operation anbefales ofte, da den er den enkleste og formentlig den med færrest komplikationer. Kritikken overfor denne teknik går på, at man fjerner den naturlige kontur af labia og erstatter den med en irregulær suturlinje, hvilket kan bidrage til et utilfredsstillende æstetisk resultat. Dette indgreb er også associeret til øget risiko for arvævsdannelse med nedsat følesans til følge. Nedsat orgasmefunktion er beskrevet i forbindelse med en alt for omfattende resektion (14)

I slutningen af 90'erne udvikledes kileresektion og pedicle flap teknikkerne, Disse nyere teknikker postuleres at være mere konservative, og baseres på at labias frie rand bevares og suturlinjen skjules. Rouzier har udviklet den mest anerkendte af teknikkerne. Her anvendes 2 Kochere for at afgrænse det område, som skal fjernes. Den ene placeres på den distale del af labia minora, tæt på dens base, den andre tværs over labia, sammen danner de en vinkel på cirka 90 grader og denne kegle svarer til det område som skal excideres. Herefter sutureres den tilbageværende proksimale flap ned til basen med forløbende eller enkelt-suturer.



Rouziers kileresektions teknik (denne teknik anbefaler guideline gruppen ikke)

Ved denne teknik bevares labias frie rand med pigmentering og kontur. Man undgår ligeledes en longitudinal cicatrice med risiko for cicatriciel skrumpning.

Overordnet er den rapporterede komplikationsrate lav. Desværre mangler det større, vel designede studier for at undersøge disse forhold nærmere. Flertallet af artiklerne er af ringe kvalitet og er tydeligt præget af kirurgens egne holdninger.

Et af de større studier er fra Rouzier et. al (7) hvor han har inkluderet 162 reduktioner. Samtlige patienter har fået foretaget kileresektion som beskrevet ovenfor. 1 måned postoperativt havde 93% tilfredsstillende heling af såret, 7% var nødt til at gennemgå sekundær suturering pga. sår dehiscense. 44% af ptt. klagede over postoperativ ubehag og 23% klagede over dyspareuni op til 90 dage post-operativt. Det æstetiske resultat var tilfredsstillende hos 88%. 8 ptt ud af de 134 mente at deres skamlæber var blevet for små. Ingen alvorlige komplikationer er beskrevne.

I en review artikel fra 2009 af Liao et al. (11), har man gennemgået 18 artikler om labia minora reduktion af blandende teknikker; simpel kant resektion (5 studier), forskellige former for kileresektion (10 studier) og de resterende angav ikke operationsteknik. I alt indgik 937 patienter. Otte af studierne rapporterer ingen komplikationer. Fem af artiklerne beskriver lav incidens af infektion og blødning. Re-operations risikoen pga sår dehiscense og utilfredsstillende æstetisk resultat lå mellem 2,9-7%. Ingen af de 18 studier var randomiserede, kontrollerede eller prospektive og således er evidensniveauet meget lavt.

Der er meget få studier med langtidsfollow-up på patienttilfredshed eller seksuel funktion.

Kliniske rekommandationer

Simpel resektion af labia er den anbefalede operationsmetode	D
Kirurgen skal være tilbageholdende/konservativ i sin resektion pga risiko for postoperativ skrumpning af labia	D
Indgrebet kan foretages i LA eller i GA. Til forebyggelse af ikke ubetydelige postoperative smerter anbefales LA som supplement ved GA	D
DSOG anbefaler at labiareduktion udelukkende foretages på vulvaklinikker for at kunne foretage forskning og udvikling på området	D
Labia minora når hos en stor andel af kvinder efter puberteten længere ud end labia majora. En labiareduktion skal ikke ændre på dette forhold	D

Problemstilling:

Hvordan er patienttilfredsheden?

I følge den tilgængelige litteratur er den overordnede patient tilfredshed stor. De fleste artikler angiver en selvrapporteret tilfredshed på > 90% (16). Årsager til utilfredshed er over-reduktion, asymmetri, postoperative smerter, nedsat følesans/ hyper-sensitivitet, dehiscence, infektion eller at resultatet ikke lever op til patientens forventninger.

I Danmark er det ulovligt at udføre labiareduktion på ren æstetisk indikation. I mange udenlandske artikler angives dog utilfredshed med det æstetiske udseende af vulva som hovedklagen. I et mindre studie fra Houston, Texas i 2009 (N=12) var samtlige patienters primær klage utilfredshed med udseendet. 4 ud af de 12 patienter som gennemgik reduktion havde en labia bredde på ≤ 4 cm (fra introitus). (13)

Forfattere	Lægens vurdering af resultatet	Tilfredse patienter	Utilfredse patienter	Æstetisk tilfredshed	Funktionel tilfredshed	Ville gennemgå indgrebet igen	Komplikationer
Rouzier et al. (N=163)	93 % godt-fremragende	96 %	3 %	89 %	93 %	96 %	7 % re-operation
Munholz et al. (N=21)	85 % godt-fremragende	95 %	5 %				24 % helingsproblemer. 1 pt. fik distal flap nekrose
Pardo et al. (N=55)						98 %	"ingen større komplikationer"
Alter (N=166)		95 %	5 %				4 % "signifikante komplikationer"
Goodman et al. (N=211)	97 % godt-fremragende	96 %	4 %				7 % mindre komplikationer: mangelfuld eller forlænget sårheling, postoperativ dyspareuni

Tabel 2 Patienttilfredshed og komplikationer

Alle inkluderede studier har et lavt evidensniveau (ikke højere end evidensgrad III). Der er ingen prospektive studier, follow-up manglede i de fleste tilfælde, og hvor det blev foretaget var det oftest kortsigtet med tvivlsom metodologi. Præoperativ morfologi sammenlignedes ikke med publicerede data (9). Alle spørgeskemaer var uvaliderede.

Kliniske rekommandationer

Komplikationsraten ved labiareduktion er lav	C
Patienttilfredsheden er høj	C

Problemstilling:

Hvilke etisk-medicinske dilemmaer kan lægen stå i?

Idet evidensen er lav og viden om langtidsfølgerne af kirurgisk labiareduktion er begrænset, bør lægen overveje de fire følgende ting, før operation evt. tilbydes: Autonomi, "Ikke-skadeligt motiv", godgørelse og sundhedsøkonomiske overvejelser.

1. Autonomi

Her gå man ud fra at patienten ikke er deprimeret, lider af angst eller ”body dysmorphic disorder”. Desuden skal ønsket komme fra ansøgeren selv og ikke fra en 3. person.

2. ”Ikke-skadelig motiv”

Lægen kan til enhver tid afvise at foretage indgrebet såfremt denne forudser at indgrebet kan forværre situationen for patienten.

3. Godgørenhed

Herunder imødekommer lægen patientens ønske og kan med sin erfaring og viden om den rette kirurgiske teknik berolige patienten med at resultatet vil opfylde hendes forventninger.

4. Sundhedsøkonomiske overvejelser

Sundhedsvæsenet bruger de økonomiske midler så alle tilgodeses mest muligt. Derfor vil nogle mene at en labiaplastik er en luksusoperation, som patienten enten selv må betale for eller ikke kan tilbydes idet det under alle omstændigheder belaster sundhedsvæsenet til ringe nytte.

Problemstilling:

Behov for psykologisk/sexologisk udredning og rådgivning?

Patientens ønske om at få foretaget reduktion af labia minora eller anden operation på de ydre genitalier kan skyldes funktionelle og/eller kosmetiske faktorer, men kan også være led i patientens ændrede kropsopfattelse med ledsagende seksuelle problemer. Den første problemstilling er også kendt som ”body dysmorphic disorder (BDD)”, en somatoform sygdom, hvor patienten er sygeligt optaget af en defekt i en eller flere dele af kroppen (14) Tilstanden har en co-morbiditet med depressive tilstande og social-angst og medfører ofte nedsat livskvalitet.

Tærsklen for at henvise til psykolog eller sexolog for at udelukke BDD eller anden psykopatologi bør derfor være lav. Ultimativt anbefales oprettelse af samarbejde mellem gynækolog, sexolog alternativt psykolog og plastikkirurg for at opnå den bedste præoperative vurdering.

Kliniske rekommandationer

Ved mistanke om BDD anbefales samarbejde med sexolog/psykolog	D
---	----------

Problemstilling:

Hvad er de sexologiske konsekvenser af indgrebet?

De studier som belyser de sexologiske konsekvenser er alle efter urogynækologiske indgreb. Der er fortsat et behov for at undersøge de sexologiske klager som fører til kvinders ønske om at få foretaget labiareduktion. Forskning i det postoperative seksualliv (lyst, orgasme, tilfredshed, smerter, ophidselse, evne til lubrikation) herunder kropsopfattelse efterspørges (16).

Kliniske rekommandationer

Der foreligger ingen specifikke studier på grad af seksuel dysfunktion eller tilfredshed med seksuallivet før- og efter labiareduktion	√
--	---

Problemstilling:

Hvad er kravene til forundersøgelsen?

Hvad er kravene til anamnesen?

Lægen skal spørge ind til kognitive, emotionelle, behavioristiske og sociale konsekvenser af hendes klager over gener fra vulva. Patientens forventninger til operation skal diskuteres i et realistisk lys (17). Anamnesen skal udover den medicinske sygehistorie også omfatte tidligere og nuværende seksuelle erfaringer, rollemodeller og eventuelle fysiske og/eller seksuelle overgreb.

Hvad er kravene til den gynækologisk undersøgelse?

Under den gynækologiske undersøgelse skal kvinden have udleveret et spejl således at hun kan se de ydre kønsorganer under undersøgelsen.

Idet labia minora spredes forsigtigt med fingrene, måles afstanden fra hymen til det bredeste punkt på indersiden af labia minora og angives i millimeter.

Hvad er kravene til samtalen med patienten?

Efter den gynækologiske undersøgelse er afsluttet bør lægen diskutere det objektive fund med patienten og relatere det til variabiliteten indenfor normalområdet.

Patienten bør informeres om den manglende evidens for effektiviteten af proceduren og de potentielle komplikationer (inkl infektion, hæmatom, ændret følesans, smerter ved samleje, sammenvoksninger og arvævsdannelse (11)

Kontraindikationer

- Alder < 18
- Uoverensstemmelse mellem klager/gener og objektive fund
- Kvinder som lider af en kronisk vulva sygdom

Andre anbefalinger

Udlevering af patientfoldere og fotografier af forskellige vulvae for at vise variabiliteten.

Nyttige links til hjemmesider med vulva fotografier/billeder

http://www.the-clitoris.com/n_html/anatomy_of_vulva.htm

http://www.brooksidepress.org/Products/Military_OBGYN/Textbook/Vulva/VulvaGeneral.htm

http://books.google.com/books?id=beenEjKmvPwC&hl=da&source=gbs_book_similarbooks

Referencer:

1. Berer M. Labia reduction for non-therapeutic reasons vs. female genital mutilation: contradictions in law and practice in Britain. *Reprod Health Matters* 2010;18(35):106-10
2. Miklos JR, and Moore RD. Labiaplasty of the labia minora. Patients's indications for pursuing surgery. *J Sex Med* 2008;5:1492–1495

3. Koning M, Zeijlmans IA, Bouman TK, van der Lei B. Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence. *Aesthet Surg J*. 2009;29(1):65-71
4. Solanki N.S, Tejero-Trujeque R, Stevens-King A. et al. Aesthetic and functional reduction of the labia minora using the Maas and Hage technique. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2010;63:1181-1185
5. Johnsdotter S, Essén B. Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reprod Health Matters*. 2010;18(35):29-37.
6. Sunhedsstyrelsen www.sst.dk
7. Rouzier R, Louis-Sylvestre C, Paniel BJ, et al. Hypertrophy of labia minora: experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:35-40
8. Pardo DS, Solda VD, Ricci PA et al (2006) Colpoperineoplasty in women with a sensation of a wide vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(9):1125-7
9. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, et al. Female genital appearance: 'normality' unfolds. *BJOG* 2005;112:643-46
10. Basaran M, Kosif R, Bayar U, et al. Characteristics of external genitalia in pre- and postmenopausal women. *Climacteric*. 2008;11(5):416-2
11. Liao L-M, Michala L, Creighton SM. Labial surgery for well women: a review of the literature. *BJOG* 2010;117:20-25
12. Ostrzenski A. Cosmetic gynecology in the view of evidence-based medicine and ACOG recommendations: a review. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(3):617-30
13. Ellsworth W, Rizvi M, Lypka M et al. Techniques for Labia Minora Reduction: An Algorithmic Approach. *Aesth Plast Surg* 2010;34:105-110
14. Likes W M, Sideri M, Haefner H et al. Aesthetic Practice of Labial Reduction. *Journal of Lower genital Tract Disease* 2008;12:210-216
15. Labiumresektion 2009, www.gynaekologer.dk
16. Goodman M P. Female Genital Cosmetic and Plastic Surgery: A Review. *J Sex Med* 2011;8:1813-1825
17. Paarlberg KM, Weijenberg PT. Request for operative reduction of the labia minora; a proposal for a practical guideline for gynecologists *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(4):230-4

Appendiks:

Appendiks I

Lov om ændring af straffeloven og udlændingeloven

(Kvindelig omskæring)

VI MARGRETHE DEN ANDEN, af Guds Nåde Danmarks Dronning, gør vitterligt:

Folketinget har vedtaget og Vi ved Vort samtykke stadfæstet følgende lov:

§ 1

I straffeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 779 af 16. september 2002, som ændret ved § 1 i lov nr. 228 af 2. april 2003, foretages følgende ændringer:

1. I § 7 indsættes som stk. 3 :

»Stk. 3 . I de i stk. 1, nr. 2, nævnte tilfælde hører en handling, som er foretaget af en person, der på gerningstidspunktet havde dansk indfødsret eller var bosat i den danske stat, dog under dansk straffemyndighed, selv om den ikke er strafbar efter lovgivningen i det pågældende statsområde, når handlingen er omfattet af § 245 a eller § 246, jf. § 245 a.«

2. § 10, stk. 2, affattes således:

»Stk. 2 . I de i § 7, stk. 1 og 2, nævnte tilfælde kan der, hvis handlingen er begået inden for fremmed folkeretligt anerkendt område, dog ikke idømmes strengere straf end hjemlet ved gerningsstedets lovgivning. Dette gælder dog ikke, når handlingen er omfattet af § 245 a eller § 246, jf. § 245 a.«

3. § 94, stk. 4, affattes således:

»Stk. 4. For overtrædelse af denne lovs §§ 210, 216-220, 222, 223, 245 a, 246, jf. § 245 a, og § 262 a, stk. 2, regnes forældelsesfristen dog tidligst fra den dag, den forurettede fylder 18 år. Det samme gælder overtrædelse af denne lovs §§ 224 og 225, jf. §§ 216-220, 222 og 223.«

4. Efter § 245 indsættes:

»§ 245 a. Den, som ved et legemsangreb med eller uden samtykke bortskærer eller på anden måde fjerner kvindelige ydre kønsorganer helt eller delvis, straffes med fængsel indtil 6 år.«

5. I § 246 indsættes efter »§ 245«: »eller § 245 a«.

§ 2

I udlændingeloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 608 af 17. juli 2002, som ændret senest ved lov nr. 292 af 30 april. 2003, foretages følgende ændringer:

1. I § 11, stk. 5, nr. 3, ændres »§ 245 og § 246« til: »§ 245, § 245 a, § 246«.

2. I § 22, nr. 6, indsættes efter »245,«: »245 a,«.

§ 3

Loven træder i kraft dagen efter bekendtgørelsen i Lovtidende.

§ 4

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland.

Stk. 2. Lovens §§ 1 og 2 kan ved kongelig anordning sættes i kraft helt eller delvis for Færøerne med de ændringer, som de særlige færøske forhold tilsiger.

Stk. 3. Lovens § 2 kan ved kongelig anordning sættes i kraft helt eller delvis for Grønland med de ændringer, som de særlige grønlandske forhold tilsiger.

Givet på Christiansborg Slot, den 28. maj 2003

Under Vor Kongelige Hånd og Segl

MARGRETHE R

/Lene Espersen

Appendiks II

Forfattere (antal patienter)	Æstetisk indikation	Lavt selvværd	Funktionel (ubehag i forbindelse med træning, samleje etc.)	Kombination æstetisk og funktionel
Rouzier et al. (n = 163)	87 %		64 % ubehag i stramt tøj 26 % ubehag i forbindelse med træning 43 % dyspareuni	
Pardo et al. (n = 55)				67 %
Miklos et al. (n = 131)	37 %		32 %	31 %
Goodman et al. (n = 211)	55,4 %	35,5 %	75,3 %	
Alter (n = 407)		93 %	95 %	71 %
Ellesworth et al. (n = 12)	100 % (33% som eneste klage)		50% ubehag i stramt tøj 33% dyspareuni	

Tabel 2. Indikationer for labia og/eller clitoral hood resektion

Appendiks III

Patientvejledning

Labia reduktion

Labiareduktion er en operation der formindsker de små kønslæber (labia minora). Der skal være en lægelig årsag til, at indgrebet foretages, da i lovgivningen er besluttet at denne operation ikke må udføres udelukkende af kosmetiske grunde.

Labia minora

Kvindens krop og dermed også hendes kønsorganer udvikles gennem hele livet. Man ser således anderledes ud som 80-årig ift. dengang man var 18 år. Derudover findes der mange forskellige varianter af normal. Man anser som hovedregel først kvinders kønsorganer som fuldt udviklet omkring 25 års alderen. Vi foretager derfor sjældent labiareduktion før denne alder.

Risici

Det er ikke uden risiko at få foretaget labiareduktion. De hyppigste komplikationer er blødning, betændelse, nedsat følsomhed og kroniske smerter. Der kan komme senfølger i form af arvæv med skrumpning, så udseendet ikke bliver så pænt. Det kosmetiske resultat kan således ikke garanteres. Derudover er det vigtigt at vide at indersiden af de små kønslæber hos nogen er en væsentlig erogen zone. Der findes ingen opgørelser, der viser hvor stor risikoen for de enkelte senfølger er.

Operation

Operationen udføres i generel anæstesi på dagkirurgisk regi. Den varer ca. ½ time. Der findes flere forskellige operationsmetoder. Hvilken metode der egner sig bedst for dig vil blive besluttet i forbindelse med undersøgelsen i vores ambulatorium.

Efter operationen kan såret væske en del og danne en gullig sårskorpe, fordi der dannes megen lymfe. Dette er ikke tegn på betændelse. Vævet falder til ro i løbet af en uge, og smerterne fortager sig. Såret er fuldstændig helet efter ca. 2 uger.

Sygemelding

Vi anbefaler sygemelding i 1 uge.