



tid i et besnærende lys og gir ofte inntrykk av god effekt og høy sikkerhet. En viktig årsak til dette er studienes inklusjonskriterier: De tar gjerne utgangspunkt i yngre pasienter uten annen sykkelighet og medikamentbruk som behandles over relativt kort tid. Slik var det også i CLASS- og VIGOR-studiene. Viktige risikofaktorer som predisponerer for bivirkninger etter antiinflammatoriske midler inkluderer høy alder, hypertensjon, hjertesvikt, nyrefunksjonsforstyrrelser og diabetes mellitus. Slike pasienter finner vi få av i disse studiepopulasjonene. I tillegg hevdes det at viktige og alvorlige bivirkninger fra COX-2-hemmerne underrapporteres i de studiene som gjøres (13). Foreløpig kan vi fastslå at de nye COX-2-hemmerne er dyre og ikke spesielt effektive, og at vi fremdeles savner sentral informasjon om bivirkningspanorama og sikkerhet. At dette ikke avspeiles i vår forskrivningspraksis, er bekymringsfullt.

Lars Slørdal

Institutt for laboratoriemedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Medisinsk teknisk forskningssenter
7489 Trondheim

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Jouzeau J-Y, Terlain B, Abid A, Nedelec E, Netter P. Cyclo-oxygenase isoenzymes. How recent findings affect thinking about nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Drugs* 1997; 53: 563–82.
2. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. The CLASS study: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000; 284: 1247–55.
3. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B et al. Comparison of the upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. *N Engl J Med* 2000; 343: 1520–8.
4. Vinge E. «COX-2-hämmare – Colombi ägg eller kejsarens nya kläder? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3188–90.
5. Harg P, Madsen S. COX-2-hemmere og kardiovaskulære bivirkninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3190.
6. Pomp E. En kritisk vurdering av bivirkningsdata for COX-2-hemmere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 476–80.
7. Gottlieb S. Researchers deny any attempt to mislead the public over JAMA article on arthritis drug. *BMJ* 2001; 323: 301.
8. Hrachovec JB, Mora M. Reporting of 6-month vs 12-month data in a clinical trial of celecoxib. *JAMA* 2001; 286: 2398.
9. Wright JM, Perry TL, Bassett KL, Chambers GK. Reporting of 6-month vs 12-month data in a clinical trial of celecoxib. *JAMA* 2001; 286: 2398–9.
10. Jüni P, Rutjes AWS, Dieppe PA. Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *BMJ* 2002; 324: 1287–8.
11. Silverstein F, Simon L, Faich G. Reporting of 6-month vs 12-month data in a clinical trial of celecoxib. *JAMA* 2001; 286: 2399–400.
12. Just how tainted has medicine become? *Lancet* 2002; 359: 1167.
13. COX-2 inhibitors update: do journal publications tell the full story? <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter43.htm>

☞ Se også side 1637

Operativ rekonstruksjon av jomfruhinne

Rådet for legeetikk uttrykker skepsis til operativ rekonstruksjon av jomfruhinne.

Spørsmålet om rekonstruksjon av jomfruhinner på innvandrerkvinner er behandlet av Rådet for legeetikk etter en forespørsel fra en privatklinikk i Oslo. Klinikken var bedt av Fylkeslegen i Oslo om å redegjøre for sin virksomhet på dette området i forhold til lovforbudet mot kjønnslemlestelse (1).

I mange kulturer, også den norske, har det tidligere vært vurdert som viktig at bruden var jomfru ved inngåelse av ekteskap. Det fortelles at manglende blodspor på lakenet etter sprekning av jomfruhinnen har vært kamuflert ved deponering av blod fra menneske eller dyr eller annen rød væske i brudesengen for å tilfredsstille brudgommens familie. «Problemet» med manglende jomfruhinne har med andre ord vært løst uten medisinsk intervensjon.

I mange kulturer har endrede seksualvaner, prevensjonsmidler og endret syn på kvinnen og kvinnens seksualitet ført til at de aller fleste kvinner i dag har debutert seksuelt før inngåelse av ekteskap. Kvinner som kommer fra ikke-vestlige kulturer vil preges av den kulturen de vokser opp i også når det gjelder synet på kvinnens rett til seksuell aktivitet før ekteskap.

Mange kvinner med ikke-norsk etnisk bakgrunn inngår arrangerte ekteskap med menn fra de kulturer deres familie har sin tilhørighet i. Her er kyskhets for kvinnen før ekteskapet et sentralt krav. Familier er villige til å betale 11 000 kroner for et helt enkelt kirurgisk inngrep, noe som indikerer hvor stor betydning en intakt jomfruhinne har i enkelte miljøer. Seksuell debut før giftermål kan bli sett på som et avtalebrudd i forhold til brudgommens familie og føre til en forringelse av kvinnens verdi som ekteskapspartner. I sjeldne tilfeller vil kvinnen kunne påføres alvorlige og endog livstruende sanksjoner.

Rådet har ingen vanskeligheter med å akseptere at et slikt inngrep i enkelte sjeldne tilfeller utføres der det er overveiende sannsynlig at kvinnen er alvorlig truet som en følge av at hun ikke har intakt jomfruhinne ved inngåelse av ekteskap.

Ytre sett kan rekonstruksjon av jomfruhinne betraktes som likestilt med andre medisinske «forskjønningsinngrep», for eksempel innen kosmetisk kirurgi. Omfanget av kosmetisk kirurgi i den vestlige kultur kan sies å være uttrykk for et kvinneundertrykkende skjønnsideal. Rådet anser like-

vel jomfruhinneplastikk som særlig betenkelig, fordi inngrepet foretas for å løse et kulturelt problem. Fremveksten av en forståelse for at kvinner har krav på å bli akseptert som selvstendige individer og ikke skal måtte tilpasse seg mennenes og familiens behov, vil på denne måten hindres eller forsinkes.

Noen kvinner fra innvandremiljø har selv bedt om at norske leger ikke utfører hyminalplastikk. Det er trukket paralleller til det norske forbudet mot omskjæring av kvinner. Omskjæring av kvinner tar også utgangspunkt i en undertrykkende kulturs forestillinger om hva som er ønskelig – sett fra mannens ståsted. Kvinner blir sett på som annenrangs personer og mindre attraktive som ekteskapspartnere om de ikke tilpasser seg idealene.

Slik Rådet for legeetikk ser det, kan rekonstruksjon av jomfruhinnen neppe sammenliknes med de skadene som kvinnene påføres ved kjønnslemlestelse. Rådets motforestillinger er først og fremst knyttet til operativ rekonstruksjon som en form for medikalisering av et kulturelt problem. Dette problemet må finne sin løsning innenfor kulturen selv. Rådet er også bekymret for den fasttømring en slik virksomhet kan ha på et undertrykkende syn på kvinnen og hennes manglende rett til å betraktes som et selvstendig individ.

Også kvinner som ikke har debutert seksuelt, kan mangle intakt jomfruhinne. I sin ytterste konsekvens må derfor alle kvinner som giftes bort til kulturer der intakt jomfruhinne er viktig, undersøkes og eventuelt behandles for å forhindre straffereaksjon.

– Reidun Førde, Rådet for legeetikk

Litteratur

1. Lov av 15. desember 1995 om forbud mot kjønnslemlestelse.