

---

# Strabismeoperasjon – ”på kosmetisk indikasjon”?

---

KRONIKK

OLAV H. HAUGEN

Email: [ohha@haukeland.no](mailto:ohha@haukeland.no)

ØYEAVDELINGEN

Haukeland Sykehus

5021 Bergen

---

Innen strabismekirurgien var man opprinnelig mest opptatt av å rette opp synlig skjeling. Etter hvert er også de funksjonelle resultater i økende grad blitt lagt vekt på, det vil si å legge forholdene til rette for eller gjenopprette best mulig samsyn.

Uttrykket ”kosmetisk indikasjon” brukes jevnlig av kolleger i henvisningsskriv, spesielt om voksne strabismepasienter uten påvisbart samsyn. En økende mengde litteratur, ikke minst fra USA, viser imidlertid at uttrykket kosmetisk er dårlig egnet og direkte uheldig når det gjelder strabismekirurgi. Dette stemmer også med klinisk erfaring fra vårt eget land. Rettstilling av øynene har en egenverdi i seg selv som kommer i tillegg til det funksjonelle, binokulære resultat. I pasientinformasjon og henvisningsskriv bør man heller bruke uttrykk som ”psykososial indikasjon” eller ”forbedret blikkontakt”.

---



**Figur 1** Johann Friedrich Dieffenbach var den første som opererte strabisme

Det er imidlertid slik at en del strabismepasienter ikke har noe påvisbart samsyn. Det ekstreme tilfellet er pasienten som er helt blind på det ene øyet, og hvor det blinde øyet sekundært inntar en svær skjelestilling. Det gjelder imidlertid også mange pasienter hvor synet på begge øyne hver for seg er normalt. En del av disse pasientene henvises til operasjon, som det ofte står i henvisningen, ”på *kosmetisk* indikasjon”. Hensikten med disse linjer er å problematisere denne formuleringen.

---

## Psykososiale aspekter ved strabisme

I de senere år er det blitt en fornyet interesse for de psykososiale aspekter ved skjeling. I utgangspunktet var det økonomiske interesser som fikk problemstillingen på dagsordenen. Forsikringselskaper og helsejurister i USA kom på den tanke at siden dette er kosmetiske inngrep, må pasientene betale kostnadene selv. Utfordret av slike synsmåter er det blitt gjennomført flere studier, ikke minst i USA, med dokumentasjon av de psykososiale vanskeligheter manifest skjeling medfører (3 – 5). Konklusjonene i disse arbeidene og i flere redaksjonelle artikler om samme emne (6, 7) er at strabismekirurgi ikke må sees på som kosmetisk, men heller som rekonstruktiv kirurgi. For å se disse forhold i et noe videre perspektiv kan det være grunn til å reflektere litt omkring begrepet kosmetisk kirurgi generelt.

---

## Kosmetisk versus rekonstruktiv kirurgi

Kosmetisk eller estetisk kirurgi regnes vanligvis som en del av plastikkirurgien. Den innbefatter kirurgiske inngrep på pasienter som verken har sykdom, medfødte misdannelser eller skader. Operasjonene har primært ingen medisinsk indikasjon, hensikten er å bedre pasientens utseende. Eksempler på slike inngrep er implantasjon av silikonproteser for å gi kvinner større bryster, operasjon for utstående ører, fettsuging, fjerning av aldersbetingede hudrynker o.l. I en lærebok i plastikkirurgi har Heden (8) i grundige kapitler om skjønnhetsidealer og indikasjoner for kosmetisk kirurgi gitt verdifulle og tankevekkende bidrag til den faglige debatt. Rekonstruktiv kirurgi er medisinsk indiserte inngrep, og har som siktemål å skape eller gjenskape en funksjon i kroppen som har vært hindret av medfødte misdannelser, sykdom eller skader. De fleste vil imidlertid være enig i at det ikke finnes noen skarp grense mellom kosmetisk og rekonstruktiv kirurgi. Eksempelvis kan uttalte tilfeller av utstående ører bety en så stor psykososial belastning for den personen det gjelder at det i visse tilfeller er berettiget å tale om medisinsk operasjonsindikasjon.

### Strabismekirurgien – kosmetisk eller rekonstruktiv?

Er så strabismekirurgien kosmetisk eller rekonstruktiv? Hos pasienter der et strabismeinngrep gjenoppretter den binokulære funksjon, vil vel de fleste være enige om at det er et medisinsk indisert, rekonstruktivt inngrep. Hva så når pasienten ikke har noe samsynspotensial, som for eksempel når det skjelende øyet er blindt? Her vil mange uten videre si at det foreligger en ren kosmetisk indikasjon. Som nevnt ovenfor skrives dette også stadig av kolleger som henviser slike pasienter til kirurgisk behandling. På bakgrunn av 12 års erfaring med strabismekirurgi og strabismepasienter er undertegnede av den klare oppfatning at oppretting av manifest skjeling har en opplagt egenverdi, uavhengig av det funksjonelle resultat. Dette gjelder også hos pasienter med ett blindt øye. Et viktig poeng er dessuten at indikasjonen etter min mening ikke først og fremst er kosmetisk. La meg gjengi en pasienthistorie som ikke på noen måte er spesiell, men den er ganske illustrerende.

*Pasienten.* En 82 år gammel kvinne. Som 20-åring fikk hun angivelig en hjernehinnebetennelse, som både medførte blindhet på det venstre øyet og en abducensparese på det samme øyet. I sin alderdom oppsøkte hun så helsevesenet, tilskyndet av sine slektninger, for å få operert det blinde øyet. Skjelevinkelen var preoperativt mer enn 45°. Hun ble operert relativt omfattende med et avlastende inngrep på en sterkt fibrotisk og forkortet m. rectus medialis, samt en muskeltransposisjon på lateralsiden. Resultatet ble stillingsmessig meget brukbart, idet øynene stod fullstendig rett ved blick rett frem. Pasienten uttrykte ved den avsluttende kontroll at hun var svært glad for operasjonsresultatet.

Det er ikke vanskelig å forestille seg at det må ha vært særdeles traumatisk for en ung kvinne å starte sitt voksne liv med en enorm skjelestilling av øynene. Visst innebærer det store estetiske og kosmetiske implikasjoner. Det er likevel tre andre og viktigere aspekter ved det å ha en manifest skjeling.

### **Psykologisk og sosialt handikap i ”topersonsrelasjoner”**

Blikkontakten som understreking og utdyping av verbal kommunikasjon mellom to personer betyr psykologisk svært mye, kanskje mer enn vi vanligvis tenker på. Poesien er full av vakre uttrykk om dette. Det gjelder i parforhold, i foreldre-barn-forhold, det gjelder ved jobbintervjuer og i tallrike andre yrkesmessige og private situasjoner der mennesker møter hverandre. Manifest skjeling skaper usikkerhet og er et forstyrrende element i kommunikasjonen.

### **Praktiske problemer**

En annen side ved kommunikasjonsproblemene som manifest skjeling gir, er de praktiske implikasjoner. Klassisk er læreren som klager over at elevene ikke vet hvem han egentlig ser på, og derfor får han enten ikke noe svar, eller så får han svar fra to elever samtidig. Slike praktiske problemer vil, når de stadig gjentar seg, i sin tur forsterke det psykososiale handikap.

### **Fordommer**

Fra gammelt av er manifest strabisme, kanskje særlig konvergent strabisme, i befolkningen forbundet med lavere intelligens. Dette kommer nok delvis av at konvergent strabisme er hyppigere forekommende hos mentalt retarderte personer. Dette brukes bevisst av karikaturtegnere og i tegneserier, der svære grader av konvergent strabisme, ofte dobbeltsidig, brukes til å fremheve personens karakter som komisk og litt naiv (fig 2). Voluntær, storvinklet konvergent strabisme brukes også uhemmet av mange komikere, og er som regel en suksessfull effekt. Mindre morsomt er det antakelig for personer som har manifest skjeling, og som kan bli offer for folks fordommer. At barn med skjeling blir mobbet, er en kjent sak. Skjult og åpen mobbing av voksne med skjeling forekommer dessverre også.



**Figur 2** Også Donald Duck skjeler

Vesentlige komplikasjoner ved strabismekirurgi er meget sjeldent. Imidlertid må man forut for en strabismeoperasjon der hovedindikasjonen er psykososial, altså fjerning av synlig skjeling, ha undersøkt pasientens sensoriske status så langt som mulig med tanke på postoperativt dobbeltsyn. Dette betyr at man ved hjelp av prismer og/eller egnet apparatur undersøker pasientens evne til sensorisk å tilpasse seg den nye posisjonen øynene vil få etter operasjonen. Dersom pasienten verken klarer å fusjonere de to bildene eller supprimere det ene bildet, vil resultatet kunne bli et sjenerende dobbeltsyn. Dette er en reell problemstilling, ikke minst hos voksne, hvor evnen til suppresjon av dobbeltbilder ikke lenger er til stede. Risiko for dobbeltsyn er også til stede selv om det ene øyet er svaksynt, for eksempel på grunn av amblyopi. Hvor plagsomt dette vil oppleves, er imidlertid individuelt. Velger man å utføre strabismekirurgi i slike tilfeller, må det skje etter en totalvurdering og etter nøye informasjon til pasienten.

---

## Konklusjon

Ut fra de refleksjoner som er gjort ovenfor, vil jeg hevde at strabismekirurgiens synlige resultater, nemlig rettstilling av øynene, har en egenkvalitet som går langt utover det kosmetiske, og som kommer i tillegg til de funksjonelle, sensoriske behandlingsmål. Vi bør derfor snarest komme bort fra en terminologi som omtaler strabismekirurgi som

kosmetisk. Dette er viktig, ikke først og fremst av økonomiske eller forsikringsmessige hensyn. Viktig er det fordi pasientene oppfatter uttrykket ”kosmetisk operasjon” som et signal om at problemet egentlig er deres forfengelighet, og at vi som fagpersoner ikke anser inngrepet som nødvendig.

Samsynsproblemer av ulike slag tas ikke lenger bare hånd om av øyeleger. I økende grad engasjerer optikere seg i såkalte funksjonelle synsplager. Visse optikermiljøer har også anklaget øyelegene for kun å betrakte strabismebehandling som ”kosmetisk” i sine ambisjoner (9). En del av denne kritikken er nok berettiget, og noe av grunnen er etter min mening at øyeleger selv i altfor stor grad har brukt uttrykket ”kosmetisk” indikasjon. Uansett har dette bidratt til at betegnelsen har fått en ekstra negativ valør når det gjelder strabismekirurgi. I pasientinformasjon og i henvisningsskriv vil uttrykk som ”psykososial indikasjon” og ”forbedring av blikkontakt” fungere mye bedre kommunikasjonsmessig og dessuten faglig være langt mer dekkende.

Avslutningsvis kan det igjen passe å nevne Johann Friedrich Dieffenbach. At han som plastikkirurg også ble historien første strabismeoperatør, understreker at skjelekirurgien i sin natur er rekonstruktiv, både hva angår den sensoriske funksjon og den synlige rettstillingen av øynene.

Da Berlin-kirurgen Johann Friedrich Dieffenbach (1792 – 1847) (fig 1) i 1839 gjennomførte historiens første dokumenterte skjeleoperasjon på en sju år gammel gutt med infantil konvergent strabisme (1), hadde han nok kun ett behandlingsmål: Å stille øynene rett. Dette gjorde han ved å skjære over senen til musculus rectus medialis helt inne ved festet på øyeeplet. Dieffenbach, som er blitt kalt plastikkirurgiens far, visste nok lite om øyebevegelsesens fysiologi og enda mindre om binokulærfunksjonen. Operasjonen ble utført i en tid og i et kirurgisk miljø som var fascinert av nye ortopediske teknikker for rekonstruksjon. Eksempelvis var subkutan overskjæring av forkortede muskler og sener, bl.a. på klumpfot, anbefalte teknikker i en lærebok av Dieffenbachs venn, kirurgen og ortopeden Georg Friedrich Louis Stromeyer (2). Det var derfor naturlig å forsøke dette også på svære tilfeller av skjeling. Strabismekirurgien har utviklet seg betydelig siden den gang. Forståelsen av de grunnleggende prinsipper for øyenes bevegelser, fysiologisk optikk og binokulærfunksjonen utviklet seg i siste halvdel av det 19. århundre. Fra ortoptikkens fremvekst i de første tiår av 1900-tallet og frem til i dag har det i økende grad vært lagt *funksjonelle* behandlingsmål på strabismekirurgien. Man er ikke lenger bare opptatt av at en operasjon skal fjerne skjemmende skjeling, det skal også skje en bedring, og helst normalisering, av de sensoriske forhold – samsynet. Dette aspektet har gjort behandling av strabisme til en kompleks og utfordrende del av fagfeltet øyesykdommer, der både optikk, ortoptikk og kirurgi er integrerte deler av en totalbehandling.

---

## LITTERATUR

1. Dieffenbach JF. ber die Heilung des angeborenen Schielen mittels Durchschneidung des inneren geraden Augenmuskels. Medizinische Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen 1839; 46: 227.
2. Stromeyer GFL. ber die subcutane Durchschneidung verkürzter Muskeln. I: Stromeyer GFL. Beiträge zur operativen Orthopädie. Hannover: Helwig, 1838.

3. Keltner JL. Strabismus surgery in adults: functional and psychosocial implications. Arch Ophthalmol 1994; 112: 599 – 600.
  4. Satterfield D, Keltner JL, Morrison TL. Psychosocial aspects of strabismus study. Arch Ophthalmol 1993; 111: 110 – 5.
  5. Burke JP, Leach CM, Davis H. Psychosocial implications of strabismus surgery. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1997; 34: 159 – 64.
  6. Nelson L. Strabismus surgery is reconstructive surgery. I: Cohen EJ, red. The year book of ophthalmology 1994. St. Louis: Mosby, 1994: 351 – 4.
  7. Rosenbaum AL. The goal of adult strabismus surgery is not cosmetic. Arch Ophthalmol 1999; 117: 250.
  8. Heden P. Plastikkirurgiboken. Om skönhetsideal, estetisk och rekonstruktiv kirurgi. Stockholm: Silander & Fromholtz, 1996.
  9. Thoresen J. Når sant skal sies. Adferdsopptometri. Optikeren 1993; 4: 38 – 42.
- 

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.