

PLASTIKKIRURGISK KORREKTION
EFTER MASSIVT VÆGTTAB
FAGLIG VISITATIONSRETNINGSLINJE

2013

Plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab: Faglig visitationsretningslinje

© Sundhedsstyrelsen, 2013

URL: <http://www.sst.dk/>

Emneord: Faglig visitationsretningslinje; plastikkirurgi; massivt vægttab

Sprog: Dansk

Format: pdf

Version: 1,0

Versionsdato: Endelig version den 17. december 2013

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen

Kategori: Rådgivning

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-591-8

Denne rapport citeres således:

Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

Plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab. Faglig visitationsretningslinje

København: Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab, 2013

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Sygehuse og Beredskab

Axel Heides Gade 1

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E-mail: syb@sst.dk

Hjemmeside: www.sst.dk

Rapporten kan downloades fra www.sst.dk under udgivelser

Indhold

Sammenfatning	3
1 Introduktion	4
1.1 Baggrund	4
1.2 Aktivitetsdata	4
1.3 Litteraturhåndtering	6
1.4 Rets- og regelgrundlag	6
1.5 Information til patienten	6
2 Vurdering af indikation for plastikkirurgisk korrektion	7
2.1 Definition af personer med massivt vægttab	7
2.2 Vurdering af indikation for behandling	7
2.2.1 Fysiske og psykosociale gener	7
2.2.2 Klinisk undersøgelse	8
2.2.3 Billedokumentation	9
2.3 Afgrænsning mellem kosmetisk og funktionel indikation	9
2.3.1 Visuelle 'Danish Scale' til gradering af hudforandringer	9
2.3.2 Kriterier vedr. forskellige anatomiske regioner	10
3 Kirurgisk behandling af overskydende hud efter massivt vægttab	11
3.1.1 Øvre kropshalvdel	11
3.1.2 Nedre kropshalvdel	11
3.1.3 Arme	12
3.1.4 Inderlår	12
3.2 Komplikationer og bivirkninger	12
3.3 Kontraindikationer	13
3.4 Postoperativ behandling	14
4 Patientens vej til behandling	15
4.1 Vurdering af indikation for behandling	15
4.2 Henvisning til behandling	15
4.3 Behandling ved specialet plastikkirurgi	15
5 Ordliste	16
5.1 Nationale kliniske retningslinjer	16
5.2 Faglige visitationsretningslinjer	16
6 Arbejdsgruppens sammensætning	17
Bilag 1 Anbefalede blodprøver før plastikkirurgi efter stort vægttab	19
Bilag 2 Skala til måling af livskvalitet	20
Bilag 3 Standardpositurer ved patientfotos	21

Sammenfatning

Når en patient henvender sig med problemer afledt af overskydende hud, skal der bl.a. tages stilling til, om den overskydende hud alene er aldersbetinget og/eller udelukkende måtte udgøre et kosmetisk problem. Hvis dette ikke er tilfældet, skal det vurderes, om der er indikation for offentligt finansieret behandling.

Behovet for og dermed tilbud om plastikkirurgiske indgreb i offentligt regi er individuelt og afhængigt af kroppens samlede konstitution og den almene helbredstilstand, herunder også om man fysisk og psykisk er klar til indgrebet. Endelig indikationsstilling hviler derfor på en individuel helhedsvurdering ved en plastikkirurgisk speciallæge på offentlig sygehusafdeling.

Vurderingen af indikation for behandling omfatter:

- Opmåling af aktuelle højde og vægt. Patienten skal på vurderingstidspunktet have præsteret et vægttab på minimum 15 BMI enheder og til et BMI ≤ 30 , dog kan simple hudexcisioner uden underminering i udvalgte tilfælde tilbydes ved BMI ≤ 34 . Patienten skal endvidere være dokumenteret vægtstabil i mindst 6 mdr.
- Vurdering af fysiske og psykosociale gener fra hudoverskud
- Vurdering af absolutte og relative kontraindikationer. Dårlig almentilstand samt misbrug eller psykose er absolutte kontraindikationer. Komorbiditet, som giver øget risiko for komplikationer, er relative kontraindikationer og genstand for afvejning i det konkrete tilfælde. Som udgangspunkt forlanges minimum 6 ugers røgfrihed før og 3 uger efter indgrebet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- Objektiv klinisk undersøgelse, herunder beskrivelse af hudforandringer ved hjælp af visuelle 'Danish Scale' til klassificering af hudforandringer i de forskellige anatomiske regioner. Visuel 'Danish Scale' valideres på de plastikkirurgiske afdelinger og forventes implementeret i 2014.¹ Forandringerne vurderes i forhold til alders- og vægtnormalen
- Dokumentation med relevante fotos ud fra standardpositioner
- Vurdering af kriterier for de forskellige anatomiske regioner
- Vurdering af metabolisk stabilitet ved relevante blodprøver. Patienten skal være metabolisk stabil, og patienter, som har tabt sig som følge af et bariatrisk indgreb, kan derfor tidligst henvises 18 mdr. efter dette indgreb.

¹ Henvisning til skalaen vil blive indsat i visitationsretningslinjen, når skalaen er publiceret.

1 Introduktion

1.1 Baggrund

Som en del af Danske Regioners og regeringens økonomiaftale for 2011 blev det besluttet at gennemgå og revidere de faglige visitationskrav ved offentlig finansieret sundhedsbehandling på områder, hvor der har været en markant aktivitetsvækst. Dette er fulgt op i Danske Regioners og regeringens økonomiaftaler for 2012, 2013 og 2014, hvor det er aftalt, at der skal udarbejdes faglige visitationsretningslinjer for flere områder fremadrettet.

Derfor nedsatte Sundhedsstyrelsen i august 2013 en faglig arbejdsgruppe, der fik til opgave at udarbejde en faglig visitationsretningslinje for patienter med plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab med henblik på klare kriterier for behandlingsmuligheder, der tilbydes som offentligt finansieret sundhedsbehandling. Arbejdsgruppen har udelukkende beskæftiget sig med det faglige indhold i visitationsretningslinjen. Arbejdsgruppen har afholdt tre møder og færdiggjort den faglige visitationsretningslinje ultimo november 2013.

Faglige visitationsretningslinjer skal være med til at sikre, at de rigtige patienter opereres, herunder bidrage til at imødegå utilsigtede skred i indikationer for behandling på området.

Faglige visitationsretningslinjer har karakter af faglig rådgivning og vil dermed indeholde anbefalinger til tilrettelæggelsen af virksomheden og anbefalinger om god, faglig praksis.

1.2 Aktivitetsdata

I den seneste årrække er der sket en markant stigning i antallet af plastikkirurgiske operationer på patienter med stort overskud af hud efter meget stort vægttab. Mens der i 2008 var registreret under 10 operationer på landsplan, var der i 2010 registreret godt 70 operationer. I 2012 var dette antal oppe på knap 370. Tabel 1 nedenfor indeholder antal procedurer foretaget på offentlige og private sygehuse i perioden januar 2012 til og med september 2013. Opgørelserne er baseret på registreringer i Landspatientregisteret per 11. oktober 2013 med følgende procedurekoder: KHAD40*, KQBJ05*, KQBJ30*, KQCJ05A, KQDJ00, KQDJ05A, KZYC30 (tillægskode) kombineret med en af følgende diagnosekoder: DE689, DZ980C, ZDW63C (tillægskode). Langt størstedelen af de opererede patienter er kvinder.

Tabel 1. Antal plastikkirurgiske operationer stratificeret på patientens bopælsregion og behandlerregion januar 2012 til september 2013

		2012												2013									Total
		Jan	Feb	Mart	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Ok	Nov	Dec	Jan	Feb	Mart	Apr	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	
Bopælsregion	Hovedstaden	1	4	7	7	5	12	7	14	15	12	22	10	21	15	20	17	14	17	5	6	11	242
	Sjælland	4	5	2	2	1	5	.	7	10	9	3	6	6	4	7	13	7	13	1	9	11	125
	Syddanmark	4	5	8	2	10	7	2	5	14	15	5	8	8	10	4	7	9	10	2	5	12	152
	Midtjylland	6	8	7	6	6	6	2	3	5	5	13	4	19	7	10	12	12	10	3	5	18	167
	Nordjylland	1	3	7	4	4	1	.	2	3	6	5	4	8	2	2	3	2	4	1	5	7	74
	Ukendt/udenlandsk	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	1	.	.	.	2	.	.	.	.	1	5
Behandlerregion	Hovedstaden	.	4	7	4	3	10	7	14	10	15	22	10	21	16	18	14	15	16	5	6	13	230
	Sjælland	.	2	1	3	1	5	.	1	8	4	2	3	4	3	6	12	5	12	.	5	7	84
	Syddanmark	14	15	12	9	19	12	3	10	23	26	13	12	18	12	8	11	13	11	4	8	13	266
	Midtjylland	.	.	2	.	1	1	.	1	.	.	9	3	14	4	9	10	5	10	1	5	17	92
	Nordjylland	1	4	9	2	1	2	.	2	2	2	3	1	4	2	1	4	4	3	.	3	7	57
	Privatsygehuse	1	.	.	3	1	1	1	3	4	.	.	4	1	1	1	3	2	2	2	3	3	36
Hele landet	Kvinder	14	24	28	19	26	27	7	27	41	41	43	28	56	33	36	46	37	45	11	26	54	669
	Mænd	2	1	3	2	.	4	4	4	6	6	6	5	6	5	7	8	7	9	1	4	6	96
	Total	16	25	31	21	26	31	11	31	47	47	49	33	62	38	43	54	44	54	12	30	60	765

Ser man på antallet af unikke patienter, der har fået plastikkirurgisk operation efter massivt vægttab, sker der ligeledes en stigning i antallet af operationer per patient. Især indenfor de seneste par år er antal operationer per patient stigende. Blandt de patienter, der fik foretaget deres første operation i 1. halvår 2012, har mere end hver tredje fået foretaget endnu en operation inden 31. september 2013, som det fremgår af tabel 2 nedenfor.

Tabel 2. Antal patienter med første plastikkirurgiske operation i 1. halvår 2012 samt opgørelse af efterfølgende plastikkirurgiske operationer (frem til 31. september 2013)

		Antal operationer	Antal patienter	Antal patienter med >1 operation i perioden	
				antal	andel (pct.)
Bopælsregion	Hovedstaden	48	33	15	45,5
	Sjælland	25	19	6	31,6
	Syddanmark	44	33	10	30,3
	Midtjylland	45	35	9	25,7
	Nordjylland	22	16	6	37,5
Hele landet		184	136	46	33,8

Kilde: Landspatientregisteret per 11. oktober 2013, Statens Serum Institut. Der tages forbehold for foreløbige tal for 2013.

1.3 Litteraturhåndtering

Der er ikke foretaget en systematisk litteratursøgning i forbindelse med arbejdsgruppens arbejde. Arbejdet er baseret på de deltagende medlemmers viden og generelle erfaring på området samt kendskab til områdets litteratur, herunder

- Fællesprotokol for plastikkirurgi hos patienter med excessivt hudoverskud efter massivt vægttab (2008)
- Retningslinjerne for visitation og henvisning på fedmeområdet (2010)
- Arbejdet i den nationale faglige følgegruppe for udviklingsfunktionen (2013).

1.4 Rets- og regelgrundlag

Behandling, der umiddelbart har til hensigt at forandre eller forbedre udseendet, men som foretages på funktionel indikation på grund af medfødt misdannelse eller på grund af forandringer opstået ved sygdom, traumer eller kirurgi, er at betragte som rekonstruktiv behandling og ikke kosmetisk.

Kosmetisk behandling er i autorisationsloven og bekendtgørelse om kosmetisk behandling (BEK nr. 1464 af 28. december 2012) defineret som korrektiv virksomhed, hvor det kosmetiske hensyn udgør den afgørende indikation eller behandling, der som hovedformål har til hensigt at forandre eller forbedre udseendet, jf. autorisationslovens § 71, stk. 1, og bekendtgørelse om kosmetisk behandling §1.

Sundhedsstyrelsens specialevejledning for plastikkirurgi, dateret 25. september 2013, gælder for beskrivelserne af 'Patientens vej til behandling', kapitel 4.

1.5 Information til patienten

Før det fedmekirurgiske indgreb bør patienten have grundig og specifik skriftlig og mundtlig information om det efterfølgende plastikkirurgiske indgreb – herunder information om bivirkninger og komplikationer samt afstemning af forventningsniveau til det forventede udbytte af operationen. Informationen bør være udformet som til kosmetiske indgreb (der henvises her til sundhedsloven og bekendtgørelse om kosmetisk behandling).

2 Vurdering af indikation for plastikkirurgisk korrektion

2.1 Definition af personer med massivt vægttab

Massivt vægttab defineres som vægttab på minimum 15 BMI enheder, målt ved forskellen i mellem patientens maximale lægeregistrerede vægt (uden for graviditet) og aktuelle vægt i forhold til kvadratet på højden (kg/m^2).

I international litteratur omtales denne patientgruppe ofte som Massive Weight Loss patienter, som forkortes MWL. Denne forkortelse vil blive anvendt her.

Hovedparten af de individer, som opnår vægttab på 15 BMI enheder eller mere er fedmeopereret med Gastric Bypass. Vægttab opnået ved diæt og motion kan være af samme størrelse.

Patienten skal på vurderingstidspunktet have præsteret et vægttab til $\text{BMI} \leq 30$, dog kan simple hudexcisioner uden underminering i udvalgte tilfælde tilbydes ved $\text{BMI} \leq 34$.

2.2 Vurdering af indikation for behandling

Uanset metode til vægttab, vil meget store vægttab ofte medføre følgetilstande med stort overskud af hud.

Behovet for og dermed tilbud om plastikkirurgiske indgreb i offentligt regi er individuelt og afhængigt af kroppens samlede konstitution og den almene helbredstilstand, herunder om man fysisk og psykisk er klar til indgrebet. Endelig indikationsstilling hviler derfor på en individuel helhedsvurdering ved en plastikkirurgisk speciallæge på offentlig sygehusafdeling.

Vurderingen af indikation for behandling omfatter:

- Opmåling af patientens aktuelle højde og vægt
- Vurdering af fysiske og psykosociale gener – jf. afsnit 2.2.1
- Objektiv klinisk undersøgelse, herunder beskrivelse af hudforandringer ved hjælp af visuelle 'Danish Scale' - jf. afsnit 2.2.2 og 2.3.1
- Dokumentation med relevante fotos ud fra standardpositioner – jf. 2.2.3 og bilag 3
- Vurdering af kriterier for de forskellige anatomiske regioner – jf. afsnit 2.3.2
- Vurdering af metabolsk stabilitet ved relevante blodprøver – jf. afsnit 3.3 og bilag 1
- Vurdering af absolutte og relative kontraindikationer – jf. afsnit 3.3.

2.2.1 Fysiske og psykosociale gener

Stort hudoverskud og løshed af hud kan medføre væsentlige fysiske, psykosociale og psykiske gener for patienten. Hudoverskud er især almindeligt på arme, bryster, mave og lår, men det ses også, at huden på underben, baller og hals og i ansigtet ikke trækker sig tilstrækkeligt sammen efter vægttabet. Nogle har også isolerede fedtdepoter, som ikke svinder med vægttabet.

Dette medfører kropsdeformiteter med kosmetiske og fysiske gener. Det overskydende væv kan fx på maven hænge ned over genitalier og lår. Det kan mangle fiksering til kropsvæggen og blive indeklemmet ved bestemte

positioner. Lokale hudproblemer kan optræde i form af friktion mellem hudfolder, smerter, fugt, sår, (svampe-)infektioner og lugtgener pga. vanskelighed med at holde personlig hygiejne.

De kosmetiske, funktionelle og medicinske følger af overskydende hud kan medføre hindringer i almindelige daglige aktiviteter, vanskeliggøre tilpasning af tøj og nedsætte motions- og erhvervsevnen. De kan medføre hindringer i intime relationer, forringe livsglæden og livskvaliteten og medføre psykosocial hæmning med risiko for social isolation og depression.

Ovenstående kan kort oplistes i:

Fysiske gener:

- Tendens til sår dannelse i folder, hvor huden er fugtig
- Hudsvamp og ildelugt i hudfolder, som er konstant fugtige
- Besvær med toiletbesøg, idet hængende hud fra balde og lår kan forurennes
- Hængende kønsbjerg som kan vanskeliggøre seksuelt samvær
- Smerter, tyngde og trækken fra hudfolder. Dette ses særligt under aktivitet, herunder sportsudøvelse, hvor mobil hud kan trække i underliggende strukturer (herunder føleenerver)
- Smerter ved sædebenene i siddende stilling pga. nedadglidning af baldehud/tab af fedtvæv, som polstrer sædebenene.
- Hud kommer i klemme: fx armhud mellem stole, ryghud ved vending i liggende stilling. Slappe bryster kan under sideleje afklemmes under kroppen. Slap baldehud kan folde og klemmes i siddende stilling
- Besvær med at finde passende påklædning. Særlig kan bh-tilpasning volde problemer, hvis brystet er meget løst, idet huden kan glide ud under bh'en.

Psykosociale gener:

- Behov for mere end almindelig personlig hygiejne
- Ubehag ved at deltage i aktiviteter, som kræver let påklædning
- Ubehag ved at vise sig afklædt også overfor partner
- Tilbageholden-/afholden med seksuel relation pga. væmmelse ved egen krop
- Nedsat livskvalitet².

2.2.2 Klinisk undersøgelse

Patienten vurderes ved objektiv undersøgelse, og resultatet deraf skal fremgå af patientjournalen. Hudens beskaffenhed og overskud beskrives, overhæng i relevante anatomiske regioner kvantiteres med centimetermål, hvor det er muligt. Generelt gælder, at forandringerne vurderes i forhold til alders- og vægtnormalen.

Bryst:

For kvinder: Konfiguration i og uden bh. Volumen, symmetri, papil-jugulum afstand, overhæng (inframammærfure til nedre pol), areoladiameter. Forhold ved inframammærfuren (løs, nedadbøjning lateralt), rotation af brystaksen, brystets afgrænsning lateralt, deflatering, hudoverskud i forhold til kirtelvæv.

For mænd: Hudoverskud beskrives med terminologi jf. forandringerne for kvinder, overhæng/brystptose beskrives, ligesom størrelsen af mamma skønnes. Ved palpation afgøres, om der er forstørret kirtelvæv.

² Der eksisterer endnu ikke en dansk valideret skala til måling af livskvalitet. Derfor anvendes pt. en amerikansk valideret skala til måling af generel livskvalitet, som er lagt ind i den danske database: The Moorhead-Ardelt Quality of Life Questionnaire (M-A QoLQ). Fremover vil denne og/eller andre skalaer blive anvendt. Se skalaen, bilag 2.

Forandringerne klassificeres jf. den visuelle 'Danish Scale' (under udarbejdelse).

Mave:

Overhæng beskrives (et eller flere). Der måles op med cm-mål svarende til overhæng, hvor det er størst, og hvis flere, da for hvert. Der måles på frit abdomen med patienten stående afklædt og efter evt. reponering af mons. Descensus af mons pubis beskrives. Forhold ved navlen beskrives (dyb, konstrikt, gemt, infektion mv.). Overhængets afgrænsning lateralt i forhold til forreste og bageste axillærfold. Løshed på tværs vurderes og beskrives. Det subcutane fedtlag beskrives ved pinch test. Der undersøges palpatorisk for rectus diastase og hernier.

Forandringerne klassificeres jf. den visuelle 'Danish Scale' (under udarbejdelse).

Ryg/flanker:

Hudens beskaffenhed beskrives, idet speciallægen i plastikkirurgi vurderer overskud og det subkutane fedtlags tykkelse. Er der guirlande-dannelse, og hvor det i så fald er lokaliseret. Nedadglidning af balder beskrives, ligesom hudens mobilitet på truncus vurderes.

Forandringerne klassificeres jf. den visuelle 'Danish Scale' (under udarbejdelse).

Overarme:

Hudoverskud beskrives i forhold til armens muskelrelief/diameter med armen i vandret stilling. Evt. hudoverhæng ned over albuen med armen i normalstilling beskrives. Hudens beskaffenhed og underhudens fedtfylde vurderes.

Forandringerne klassificeres jf. den visuelle 'Danish Scale' (under udarbejdelse).

Lår:

Hudoverskud og lokalisation beskrives. Evt. hudoverhæng over knæ beskrives. Løshed demonstreres ved optrækning/sammentrækning, og hudens mobilitet under bevægelse vurderes.

Forandringerne klassificeres jf. den visuelle 'Danish Scale' (under udarbejdelse).

2.2.3 Billeddokumentation

Patienten fotograferes før og efter operation, således at relevante anatomiske regioner er medtaget, og de aktuelle problemstillinger visualiseret. Standardpositioner ved patientfotos er vedtaget, jf. bilag 3. Billeddokumentationen skal fremgå af patientjournalen.

2.3 Afgrænsning mellem kosmetisk og funktionel indikation

Når en patient henvender sig med problemer afledt af overskydende hud, skal der bl.a. tages stilling til, om den overskydende hud alene er aldersbetinget og/eller udelukkende måtte udgøre et kosmetisk problem.

For at komme i betragtning til et plastikkirurgisk indgreb i offentligt regi skal patienten have væsentlige fysiske og psykosociale gener fra hudoverskud eller præsentere forandringer, som er ekstreme set i forhold til patientens alder.

2.3.1 Visuelle 'Danish Scale' til gradering af hudforandringer

Til støtte for indikationsstillingen anvendes visuel gradering af hudforandringerne i de forskellige anatomiske regioner. En visuel "Danish Scale" er ved at blive valideret på de plastikkirurgiske afdelinger og forventes implementeret i 2014. Skalaen kan ikke stå alene, idet patientens gener og symptomer skal medtænkes. Skalaen skal anvendes af den primært visiterende plastikkirurg som støtte til

indikationsstillingen, samt til brug for intern kommunikation for at gradere sværhedsgrad af hudforandringer og deformiteter. Skalaen opererer med tre kategorier: I, II, og III, hvor grad I er lette forandringer af kosmetisk karakter, mens grad II er moderate forandringer tilgængelig for isolerede plastikkirurgiske procedurer, og mens grad III er svære forandringer, der vil kræve udvidede eller kombinationsprocedurer. Generelt forventes grad I forandringer ikke at blive behandlet i det offentlige syghusvæsen, mens grad II og III kan udløse tilbud om korrektion, hvis indikationskriterierne i øvrigt er opfyldt. Danish Scale vil blive bilagt retningslinjerne, når den er valideret.

2.3.2 Kriterier vedr. forskellige anatomiske regioner

For de forskellige anatomiske regioner kan nedenstående kriterier lægges til grund for beslutning om operation, men skal ses i sammenhæng med patientens gener og forandringer, jf. afsnit 2.2.

Bryst:

Udtalt hængende bryst og hudproblemer under brysterne, og hvor en almindelig bh (kvinder) ikke kan løse problemet. Udtalt misforhold mellem patientens udseende og alder. Der vil være manglende fiksering af inframammærfure, ofte indadrotation af brystaksen og kollaps af kirtelvævet.

Mave:

Hud mod hud kontakt i stående stilling, hvilket klinisk modsvarer et hudoverhæng på 3 cm eller derover. Udtalte hudproblemer med sår dannelse og svamp, selv ved mindre hudoverhæng, kan også være en indikation.

Ryg/balder:

Hudoverhæng bag midtaxillærlinjen, som gør, at speciallægen i plastikkirurgi rent teknisk ikke kan nøjes med forsideoperation. Hudoverskud på ryg, som kan foldes. Hængende balder med nedadskridning af infraglutealfold og/eller hud mod hud kontakt under balder.

Arme:

Forandringerne betegnes som betydelige, når overhænget overstiger halvdelen af diameteren på overarmen, og som ekstreme når overhænget overstiger hele diameteren på overarmen. Dette kan bestemmes ved pinching med armen i vandret stilling. Overskuddet kan også betegnes som betydeligt, når det overstiger 100 %, målt fra den nedre muskulære afgrænsning på arm i vandret stilling (hurra-stilling).

Lår:

Forandringer som godtgør, at der er fysiske gener pga. kollision og friktion af huden på lårenes inderside. Forandringerne betragtes visuelt som ekstreme, når hudoverhænget hænger ned omkring indersiden af knæene.

3 Kirurgisk behandling af overskydende hud efter massivt vægttab

3.1 De kirurgiske procedurer

Cirkulære procedurer er defineret som indgreb, hvor patienten vendes under indgrebet. En udvidet procedure er defineret som en operation i en legemsregion, som udvides til at omfatte det hele eller dele af en tilstødende region.

Ofte kombineres de forskellige indgreb med samtidig fedtsugning, dels for at mindske det kirurgiske traume, idet vævsløsningen så, i vidt omfang, foregår stumpet og med mindre blødning til følge, og dels for at bedre det kosmetiske resultat af operationen. Fedtsugningen kan i visse tilfælde udstrækkes til tilstødende regioner, såfremt det tjener til at udglatte svære konturspring pga. residuale fedtdepoter. Speciallægen i plastikkirurgi kan dog ikke fedtsuge større partier; de skal fjernes ved vægttab.

I reglen udføres et indgreb ad gangen, og såfremt patienten har behov for flere indgreb, opereres i reglen maveregion før bryst og ekstremiteter, fordi man derved påvirker de tilgrænsende strukturer. Individuelle hensyn kan dog ændre på denne rækkefølge. Eventuelle komplikationer overvåges og evalueres, før der tilbydes yderligere indgreb. Som hovedregel foretages indgrebene i generel anæstesi.

3.1.1 Øvre kropshalvdel

Ved visuel ”Danish Scale” grad II kan forandringer i brystområdet hos kvinder i reglen bedres ved simpel mastopexi, hvor brystet løftes, eller ved et udvidet indgreb, hvor inframammærfuren tillige fikseres til underliggende brystvæg. Tilsvarende forandringer hos mænd adresseres med thoracoplastik, hvor der foretages operation for hængende og fyldigt brystområde.

Ved visuel ”Danish Scale” grad III forandringer kan hudoverskuddet gå om på ryggen, således at man ikke kan få et tilfredsstillende resultat ved en forsideoperation alene. Tilsvarende må anvendes en cirkulær teknik, hvis patienten har relevante gener fra rygsiden med foldbar hud på øvre ryg. Er der påfaldende kollaps af brystkirtelvævet, kan der foretages stilet lapplastik til autoaugmentation.

Koder:

- Mastopexi, herunder operation for gynækomasti
KHAD40
- Udvidet mastopexi, herunder gynækomasti med hudresektion
KHAD40A
- Udvidet mastopexi med autolog augmentation
KHAD40B
- Upper bodylift, cirkulær procedure
KHAD40x + KQBJ05A + KZYC30

3.1.2 Nedre kropshalvdel

Ved visuel ”Danish Scale” grad II kan forandringer på abdomen adresseres med abdominalplastik, hvor hudoverskuddet på maven fjernes efter underminering op til ribben/brystben. Hovedparten af patienter, som har tabt over 15 BMI point, har fået nedadglidning af mons pubis (kønsbjerget) og har derfor behov for løft og fiksering samt eventuelt reduktion af mons; dette klassificeres som en udvidet abdominalplastik.

Ved visuel ”Danish Scale” grad III kan forandringer med hudoverhæng posteriort for midtaxillærlinjen gøre, at man rent teknisk ikke kan nøjes med forsideoperation. Fysiske gener fra løs hud i lænde- og/eller glutealregionen kan også indicere cirkulær procedure. Belt lipectomi, hvor speciallægen i plastikkirurgi på

bagsiden foretager simpel hudexcision af overskuddet, er standardindgrebet, men ekstrem løshed af huden på yderlår eller behov for rekonstruktion af fylde i glutealregionen kan indicere et såkaldt lower bodylift, hvor der foretages underminering længere distalt og dermed et større løft.

Patienter, som ikke har kunnet tabe sig ned til den krævede grænse på BMI 30, og som er svært generet af stor tung pannus (hud- og fedtvalk), kan hjælpes med simpel fjernelse af det ekstreme hudoverskud uden underminering (panniculectomi). Indgrebet kan tilbydes patienter med et BMI op til 34.

Koder:

- Abdominalplastik
KQBJ30A
- Udvidet abdominalplastik
KQBJ30B
- Panniculectomi
KQBJ30C
- Belt Lipectomi
KQBJ30B + KQBJ05B + KZYC30
- Lower Bodylift
KQBJ30B + KQBJ05C + KZYC30

3.1.3 Arme

Overskydende hud på arme opereres med brachioplastik, hvor hudoverskuddet bortskæres i længderetningen på indersiden af armen. Ved visuel ”Danish Scale” grad II forandringer kan man i reglen nøjes med operation på overarmen op til armhulen. Ved visuel ”Danish Scale” grad III forandringer, hvor armhulehuden hænger markant ligesom huden på tilstødende brystvæg, kan speciallægen i plastikkirurgi blive nødt til at supplere med resektion af hud her, oftest i kombination (evt. tidsforskudt) med udvidet brystløft/thoracoplastik i form af et kort upper bodylift.

Koder:

- Brachioplastik evt. ført gennem axil og ind på thoraxvæg. Kan evt. suppleres med liposuction.
KQCJ05A +/- KQCJ00
- Kort upper bodylift med brachioplastik
KHAD40B + KQBJ05A + KQCJ05A

3.1.4 Inderlår

Inderlårsplastik kan foretages på flere måder. Mindre udtalte forandringer kan evt. adresseres ved horisontalt løft i sulcus genitofemoralis. Men i reglen er der, også ved visuel ”Danish Scale” grad II forandringer, behov for fjernelse af hud også i længderetningen. Indgrebene kan kombineres.

Koder:

- Lårplastik på lårets inderside, horisontalt eller vertikalt, evt. suppleret med liposuction.
KQDJ05A +/- KQDJ00

3.2 Komplikationer og bivirkninger

MWL kirurgi er forbundet med ret hyppige komplikationer, dog i reglen sjældent livstruende.

Komplikationer er mangeartede og spænder fra lette i form af serom, mindre sårruptur, hæmatom og hudnekrose, hudinfektion, uskønne cicatricer til mere alvorlige komplikationer i form af operationskrævende hæmatom, større sårruptur og dyb infektion. Dyb venetrombose, andre systemiske komplikationer og død er sjældne. Der er en vis risiko for behov for transfusion med blodprodukter, hvorfor der som udgangspunkt bør foreligge informeret samtykke til transfusion før operation.

Postbariatriske patienter har en højere forekomst af komplikationer end patienter, der har opnået vægttab ved hjælp af kostomlægning og motion. Et dansk studie af patienter, som gennemgik abdominalplastik, fandt således, at post-bariatriske patienter havde en 5 gange øget risiko for komplikationer sammenlignet med ikke-bariatriske patienter. Dette skyldes formodentligt, at de post-bariatriske patienter har varierende grader af malabsorption. På trods af kosttilskud af vigtige metabolitter er mange patienter fejlnutrierede. Denne relative, kroniske mangeltilstand ser ud til at kunne medføre øget blødningstendens og dårligere sårheling.

Et amerikansk studie fandt komplikationer hos halvdelen af patienterne efter 425 bodylifts. 27% oplevede sårruptur, 21% serom, 8% hudnekrose, 5% infektion, 3% blødning, 2% DVT og 1% lungeemboli.

Højt BMI disponerer til øget komplikationsfrekvens. I et andet amerikansk studie fandt man, at ca 3% udviklede lette komplikationer, og ca 7% udviklede svære komplikationer ved et BMI mellem 25-30. Ved et BMI>40 var tallene henholdsvis 47% og 44%.

De mindre indgreb har færre komplikationer, dog kan operation på ekstremiteterne medføre særlig langvarig sårheling og kronisk hævelse/lymfødem.

Rygning øger risiko for komplikationer efter kirurgi, således også efter MWL kirurgi. Da post-bariatriske indgreb ofte omfatter underminering af væv, som derved får nedsat blodforsyning, er det almindeligt accepteret, at der er særlig stor risiko forbundet med rygning ved sådanne indgreb, hvorfor speciallægen i plastikkirurgi som udgangspunkt ikke skal tilbyde disse indgreb til rygere.

Man kan formodentlig mindske risikoen for komplikationer ved, at patienten er metabolisk optimeret, har været vægtstabil i minimum 6 måneder, har været røgfri i minimum 6 uger og har BMI under 30.

3.3 Kontraindikationer

Ved plastikkirurgi efter massivt vægttab skal patienten være metabolisk stabil. Patienter, som har tabt sig som følge af et bariatrisk indgreb, kan derfor tidligst henvises 18 mdr. efter dette indgreb. Patienten skal være metabolisk stabil vurderet ved relevante blodprøver (se bilag 1) og være dokumenteret vægtstabil i mindst 6 mdr.

Dårlig almentilstand samt misbrug eller psykose er absolutte kontraindikationer. Komorbiditet, som giver øget risiko for komplikationer, er relativ kontraindikation og genstand for afvejning i det konkrete tilfælde. Såfremt patienten skønnes at have øget risiko for komplikationer afstås der fra operation. I nogle tilfælde kan speciallægen i plastikkirurgi dog tilbyde et mindre indgreb, hvor risiko for komplikationer skønnes acceptabel.

Der er betydelig øget risiko for komplikationer, hvis patienten er ryger, og som udgangspunkt forlanges minimum 6 ugers røgfrihed før og 3 uger efter indgrebet, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Absolutte kontraindikationer:

- ASA \geq 3
- Aktiv psykose
- Alkohol- eller stofmisbrug

Relative kontraindikationer:

- Urealistiske forventninger til effekten af operationen
- Diabetes mellitus
- Øget risiko for thromboemboliske komplikationer
- Øget risiko for perioperativ blødning
- Ventralhernier, hvor man ikke med fordel kan operere herniet ved samme operative indgreb som maveløft
- Rygning
- Anden betydende komorbiditet
- Psykisk ustabil, svær depression eller personlighedsforstyrrelse.

3.4 Postoperativ behandling

Patientens behov for ambulant follow-up vurderes individuelt. Generelt tilbydes kontrol både på kort sigt for at identificere eventuelle komplikationer, og på længere sigt for at vurdere effekt og patienttilfredshed. I reglen ses patienten til sårkontrol/suturfjernelse efter 2-3 uger og 3 mdr. Der bør tidligst tilbydes fornyet plastikkirurgisk procedure 3 måneder efter isoleret indgreb og 6 måneder efter cirkulært indgreb.

Da der er tale om en udviklingsfunktion, planlægges kontrol 1 år efter forventet sidste operation for at få valid langtidsopfølgning.

Resultater af indgrebet skal dokumenteres med fotos med henblik på dokumentation, effektvurdering og udvikling af ekspertise. Standardpositurer ved patientfotos er vedtaget, jf. bilag 3.

Ved hver 3 måneders kontrol og for hvert indgreb skal der indberettes til det nationale register (Dansk Fedmekirurgi Register).

4 Patientens vej til behandling

4.1 Vurdering af indikation for behandling

Endelig indikationsstilling hviler på en individuel helhedsvurdering ved en plastikkirurgisk speciallæge på offentlig sygehusafdeling.

Det vurderes om funktionelle symptomer og/eller hvis udseendet er meget påfaldende for patientens alder efter massivt vægttab, som er på 15 BMI enheder eller mere. BMI skal være $\leq 30 \text{ kg/m}^2$, vægten skal have været stabil i mindst 6 måneder, og blodprøver, som afspejler patientens metaboliske niveau, skal være normale. Patienten kan tidligst henvises 18 måneder efter et bariatrisk indgreb.

Der henvises til kapitel 2 for nærmere beskrivelse af, hvad der skal vurderes og dokumenteres.

4.2 Henvisning til behandling

Patienten skal opfylde kriterierne for behandling ved henvisningstidspunktet. Patienten kan, når ovenstående er opfyldt, henvises til den offentlige plastikkirurgiske afdeling fra den praktiserende læge eller fra andre læger, herunder andre sygehusafdelinger.

Den henvisende læge skal sikre, at vurdering af patienten er foretaget ved en plastikkirurgisk speciallæge på offentlig sygehusafdeling, og dokumentering deraf skal bilægges henvisningen. Er dette ikke opfyldt, skal henvisningen afvises.

4.3 Behandling ved specialet plastikkirurgi

Den omhandlede behandling er indplaceret som en udviklingsfunktion på regionsfunktionsniveau i specialet plastikkirurgi i Sundhedsstyrelsens specialeplan ("Følger efter excessivt vægttab, herunder efter fedmekirurgisk operation"), og må således kun varetages på matrikler godkendt af Sundhedsstyrelsen, hvis der indgår offentlig finansiering.

Varetagelse af specialiserede funktioner for selvbetalende patienter samt patienter henvist af forsikringsselskaber, hvor der ikke indgår offentlig finansiering, forudsætter derimod ikke Sundhedsstyrelsens godkendelse.

En oversigt over hvilke offentlige og private sygehuse der er godkendt til varetagelsen af behandlingen, fremgår af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for plastikkirurgi, se <http://www.sst.dk>

5 Ordliste

5.1 Nationale kliniske retningslinjer

Definition af nationale kliniske retningslinjer, der udarbejdes og publiceres af Sundhedsstyrelsen:

Nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer, samt af patienter, som ønsker at få større indsigt i forløbet.

Nationale kliniske retningslinjer dækker udvalgte dele af et patientforløb og er som udgangspunkt tværfaglige og tværsektorielle. Emnet for den kliniske retningslinje vil være definerende herfor.

Nationale kliniske retningslinjer baserer sig på den bedst tilgængelige viden (evidens), som frembringes gennem en systematisk indsamling og vurdering af andre evidensbaserede kliniske retningslinjer, RCT'er, systematiske reviews o.l., eller i fravær af evidens på bedste kliniske praksis.

Kliniske retningslinjer kan fuldt eller delvist understøtte forløbsprogrammer.

5.2 Faglige visitationsretningslinjer

Faglige visitationsretningslinjer skal forstås som fagligt begrundede retningslinjer for henvisning til de eksisterende behandlingsmuligheder for en given sygdom.

Beskrivelsen af de faglige visitationsretningslinjer indgår som delelement i de samlede kliniske retningslinjer på området.

6 Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen

Charlotte Bøll Larsen
Planlægningschef
Region Sjælland

Christina Frydendal Vestergaard
Akademisk medarbejder
Statens Serum Institut

Dorte Lindqvist Hansen
Overlæge
Dansk Endokrinologisk Selskab

Gitte Kofod Hougaard
Ledende overlæge
Region Midtjylland

Helle Engslund Krarup
Specialkonsulent
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Jon Bjørnsson
Overlæge
Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Terapi

Karin Dahlstrøm
Ledende overlæge
Region Hovedstaden

Lars Oxlund Christoffersen
Seniorkonsulent
Danske Regioner

Lisbet Rosenkrantz Hölmich
Overlæge
Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

Morten Bischoff-Mikkelsen
Ledende overlæge
Dansk Selskab for Plastik- og Rekonstruktionskirurgi

Viggo Kristiansen
Overlæge
Dansk Kirurgisk Selskab

Vivi Bakholdt
Overlæge
Region Syddanmark

Sundhedsstyrelsen vil gerne takke arbejdsgruppen for dens arbejdsindsats. Arbejdsgruppemedlemmernes habilitetserklæringer er tilgængelige på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Sundhedsstyrelsen

Søren Brostrøm (formand for arbejdsgruppen)
Enhedschef for Sygehuse og Beredskab

Niels Moth Christiansen
Specialkonsulent

Cecilie Iuul (projektleder)
Akademisk medarbejder

Bilag 1 **Anbefalede blodprøver før plastikkirurgi efter stort vægttab**

Stort vægttab defineret som 15 BMI enheder. Der tages de samme prøver uanset vægttabsmetode. Blodprøverne bør tages tidligst 5 og senest 3 uger før planlagte operation. Blodprøverne deles i tre kategorier jf. nedenfor:

1. Disse prøver skal ligge inden for normalområdet på operationstidspunktet. Såfremt de er afvigende, udskydes operationen, og patienten henvises til medicinsk vurdering og behandling.
2. Såfremt disse prøver er afvigende fra normalområdet, skal patienten henvises til endokrinologisk vurdering og behandling (eller tilsvarende medicinsk ekspertise), men operationen kan gennemføres som planlagt, såfremt relevant behandling er opstartet, og patienten vurderes at være metabolisk stabil.
3. Såfremt disse prøver er afvigende, overvejes tilgrundliggende årsag, og evt. behandling iværksættes. Operationen kan gennemføres som planlagt, når patienten vurderes stabil og velbehandlet.

Hæmoglobin (1). Obs blødningskilder relateret til eventuel fedmeoperation.

Ferritin (2)

Leukocytter (3)

Trombocytter (1)

INR (1)

C reaktiv protein (1)

D-vitamin (2)

Total calcium (2)

Cobalamin B12 (2)

Folat (2)

Zink (2)

Natrium (3)

Kalium (1)

Kreatinin (3)

Hæmoglobin A1c (2)

S-albumin (2)

Følgegruppen "plastikkirurgi efter excessivt vægttab"

Steen B Pedersen, Professor, overlæge, dr.med, Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA, Aarhus Sygehus THG



Andreas Printzlau, Plastikkirurg, Bodylift Center

August 2013.



Bilag 2 Skala til måling af livskvalitet

LIVSKVALITET



1. Min generelle selvfølelse er

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 



2. Mit fysiske aktivitetsniveau er

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 



3. Min kontakt med andre mennesker er

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 



4. Min arbejdsevne er

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

5. Mit sexliv er

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

6. Min indstilling til mad

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 

Kilde: The Moorhead-Ardelt Quality of Life Questionnaire (M-A QoLQ).

Bilag 3 Standardpositurer ved patientfotos

