

Plastikkirurgisk korreksjon etter slankeoperasjoner kan gi gode resultater. Bør det plastikkirurgiske tilbudet til slankeopererte styrkes?

Bedre liv for slankeopererte?

Fordi varig vektreduksjon har vist seg så vanskelig, har det vokst frem et tilbud om slankeoperasjoner. Næringsopptaket reduseres ved at magesekken kapasitet minskes eller deler av tynntarmen sjaltes ut (1). Personer med en kroppsmasseindeks (BMI) på 40 kg/m² eller høyere, eller BMI > 35 kg/m² og komorbiditet, kan tilbys offentlig finansiert operasjon. I tillegg utføres et stort antall inngrep ved private helseinstitusjoner uten offentlig støtte.

Når man legger på seg, akkumuleres fett hovedsakelig subkutant. Ved stor vektreduksjon er det som regel begrenset hvor mye huden er i stand til å trekke seg sammen, og det dannes gjerne hudvalker som kan gnisse mot hverandre og føre til intertrigo, infeksjon og lukt. Slike problemer kan reduseres eller elimineres ved plastikkirurgisk korreksjon, hvor overflødig hud trimmes bort og man tilstreber å rette opp kroppslige feilproporsjoner. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Gunnarson og medarbeidere en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for postbariatrisk plastikkirurgi (2). De viser at det kan oppnås gode resultater ved slik behandling, men at kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt. Etterspørselen etter kirurgi er i dag høyere enn kapasiteten, og veien mot et tilbud er for mange som et (for) trangt nåløye å passere.

Det er enighet om at det må foreligge en «medisinsk indikasjon» for at plastikkirurgisk korreksjon skal gjøres med offentlig finansiering. Dette innebærer ifølge retningslinjene fra Norsk plastikkirurgisk forening at pasienten skal ha plager som smerte, infeksjon eller bevegelsesproblemer (3). Vekten skal ha vært stabil i minst seks måneder, og det bør ha gått minimum to år siden slankeoperasjonen. Redusert kroppsmasseindeks vektlegges. Komplikasjonsrisikoen ved postbariatrisk plastikkirurgi er høyere enn ved tilsvarende inngrep hos pasienter som ikke har vært igjennom en slankeoperasjon (4). Inngrepene skaper ofte store sårflater og dermed risiko for hudnekrose, infeksjon, blødning og dyp venetrombose.

I 2012 ble det ifølge tall fra Norsk forening for bariatrisk kirurgi utført 2 948 bariatriske operasjoner her i landet (5). Antallet er høyere nå, og private aktører opererer flere. 70–90 % av dem som slankeopereres ønsker plastikkirurgisk korreksjon etterpå (1). Mange får imidlertid ikke tilbud om dette – andelen som opereres varierer fra 14 % til 47 % (4). Gunnarson og medarbeidere peker på at mange blir nektet kroppsfremmende kirurgi ved plastikkirurgiske avdelinger fordi BMI er > 28 kg/m². Norsk plastikkirurgisk forening vedtok nye retningslinjer høsten 2014 (3). Øvre BMI-grense skal normalt settes til 35 kg/m², men helst bør den være i intervallet 25–30 kg/m². Resultatet av kroppsfremmende kirurgi blir som regel bedre ved lav kroppsmasseindeks (4).

Kravet til kroppsmasseindeks ved postbariatrisk kroppsfremmende kirurgi varierer fra land til land. I Storbritannia skal den som hovedregel være 28 kg/m² eller lavere (6), i Sverige ≤ 25 kg/m², men dette kan fravikes (7). Kravet til kroppsmasseindeks i de andre nordiske landene har ligget i intervallet 30–32 kg/m². Etter overvektskirurgi oppnår bare et mindretall en kroppsmasseindeks på 30 kg/m² eller lavere (2). Ifølge de nye fagmedisinske retningslinjene skal dette ikke diskvalifisere for kroppsfremmende kirurgi (3). Pasientgruppen har ikke rett til prioritert helsehjelp (8). Slik rett kan imidlertid gis på individuelt grunnlag. De som har gått mye ned i vekt, har ofte mer enn ett problemområde og ønsker flere kirurgiske prosedyrer utført. Pasientgruppen er blitt prioritert forskjellig i de ulike helseregionene og ved sykehusene (9). Nye fagmedisinske retningslinjer garanterer heller ikke likebehandling. Retningslinjene fra plastikkirurgisk forening er veiledende, men ikke bindende.

Helsemyndighetene bør engasjere seg sterkere i postbariatrisk kirurgi. Det er rimelig å se virksomheten i sammenheng med den nylig presenterte utredningen om prioriteringer i helsevesenet (10). Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har vurdert kirurgisk behandling av fedme, men plastikkirurgiske behov er ikke behandlet i detalj (11). I Danmark er det utarbeidet nasjonale retningslinjer (12). Norske sykehus har ventelister for en rekke plastikkirurgiske inngrep, blant annet for leppe-gane-spalte (9, 13). Med et økende antall slankeopererte (3) kan det oppstå vanskelige prioriteringsspmå. Det er derfor nødvendig å følge sykehusenes praksis nøye. De mest behovstrengende pasientene må prioriteres, uavhengig av hvilken gruppe de tilhører.

For overvektsoopererte kan plastikkirurgisk behandling være et viktig skritt mot et bedre liv. Det bør opprettes et nasjonalt regelverk for å sikre korrekt prioritering og et godt og enhetlig plastikkirurgisk tilbud til befolkningen.

Bjørn Mikael Hokland
post@sandvikaklinikken.no

Bjørn Mikael Hokland (f. 1956) er dr.med., spesialist i plastikkirurgi og i generell kirurgi og overlege ved Sandvikaklinikken. Han har vært avdelingssjef ved Plastisk kirurgisk avdeling ved Rikshospitalet og var tidligere leder av Norsk plastikkirurgisk forening. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Hofstø D, Aasheim ET, Søvik TT et al. Oppfølging etter fedmekirurgi. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 1887–92.
2. Gunnarson GL, Frøyen JK, Sandbu R et al. Plastikkirurgi etter fedmekirurgi. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1044–9.
3. Plastikkirurgiske retningslinjer. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-plastikkirurgisk-forening/Om-oss/Plastikkirurgisk-retningslinjer---forslag/> [26.5.2015].
4. Staalesen T. Assessment of excess skin and outcome of body contouring surgery in post bariatric patients. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/36740/3/gupea_2077_36740_3.pdf [26.5.2015].
5. Wang H, Hofmann B, Høymork SC. Kirurgisk behandling ved fedme. www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/kirurgisk-behandling-ved-fedme [26.5.2015].
6. BAPRAS – British Association of Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgeons. Commissioning guide: massive weight loss body contouring. www.bapras.org.uk/docs/default-source/commissioning-and-policy/body-contouring-surgery-commissioning-guide-published.pdf?sfvrsn=0 [26.5.2015].
7. Bukplastik och liknande operationer; korrektion av hängbuk och andra vävnadsöverskott efter obesitas och/eller graviditet. Medicinska indikationer, operationsmetoder, rutiner och kvalitetskontroll. www.skane.se/Public/SUS_extern/Verksamheter/Plastikkirurgiska_kliniken/Dokument/Nationella%20med%20indikationer%20bukplastik.pdf [26.5.2015].
8. Helsedirektoratet. Plastikkirurgi. Prioriteringsveileder og veiledertabell – Plastikkirurgi. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/prioriteringsveileder-og-veiledertabell-plastikkirurgi> [26.5.2015].
9. Fritt sykehusvalg. www.fritt-sykehusvalg.no/start/ [26.5.2015].
10. Norges offentlige utredninger. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. NOU 2014: 12. www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/ [26.5.2015].
11. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. Kirurgisk behandling ved fedme. www.kvalitetogprioritering.no/saker/kirurgisk-behandling-ved-overvekt [26.5.2015].
12. Sundhedsstyrelsen. Plastikkirurgisk korrektion efter massivt vægttab. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer/udgivelser/visitationsretningslinjer/~media/805344BC849E4050857B85345AC14F39.ashx> [26.5.2015].
13. Oppfølging av ventelisteproblematikken for ungdom født med leppe-ganespalte. Brev til leppe ganespalteforeningen i Norge. www.lgs.no/images/pdf-files/Ventelister/SvarbrevAnneGreteErlandsen.pdf [26.5.2015].



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no