

Uttalelse fra Norsk Plastikkirurgisk Forening angående «Fettsuging av ekstremitet som behandling ved kronisk lymfødem»

Folkehelseinstituttet foreslår bruk av metoden «Fettsuging ved kronisk lymfødem» i Metodevarsel ILM nr 00518

Fettsuging som behandlingstilbud ved kronisk lymfødem er ikke etablert i Norge, og et slikt tilbud bør definitivt etableres. Samtidig må man være klar over at fettsugingen kun er ett aspekt ved adekvat behandling av kronisk lymfødem. Vi er glade for at Folkehelseinstituttet tar tak i dette, og støtter et forslag om å etablere et helhetlig behandlingstilbud for denne pasientgruppen.

Kortversjon vurdering fra Norsk Plastikkirurgisk Forening:

Vi mener at målsettingen for Norge må være å tilby en helhetlig og tilstrekkelig behandling av kronisk lymfødem. Primærbehandling inkluderer tilgang til **tilstrekkelig** kompresjonsbehandling i form av **gode nok kompresjonsplagg** som man får **skiftet ut et tilstrekkelig antall ganger pr år**. Gitt tilstrekkelig kompresjonsbehandling av lymfødem vil det ikke oppstå behov for fettsuging. Et dårlig behandlet kronisk lymfødem vil kunne utvikle øket mengde fettvev i den syke ekstremiteten. I slike tilfeller kan fettsuging være en nødvendig tilleggsbehandling. Slik behandling tilbys pr d.d ikke i Norge, men dette er en del av et helhetlig behandlingstilbud. Fettsugingen kurerer ikke grunntilstanden, men etter fettsuging i kombinasjon med optimal bruk av kompresjonsplagg vil man kunne hode hevelsen i ekstremiteten i sjakk og symmetrisk med den friske ekstremiteten. For enkelte pasienter kan også forsøk på reparasjon av lymfesystemet være aktuelt og dermed også forbedring av grunntilstanden. Dette er meget avansert behandling som involverer såkalt super-mikrokirurgi.

Vi anbefaler absolutt at Norge oppretter et adekvat tilbud til denne pasientgruppen. Tilbud om helhetlig vurdering og behandling av kronisk lymfødem må forankres i en eller flere plastikkirurgiske avdelinger, da både fettsuging og den relevante mikrokirurgi er plastikkirurgiske metoder. Frem til et tilbud er opprettet i Norge, bør utvalgte lymfødempasienter med store plager ha tilbud om behandling i utlandet.

Vi gjør oppmerksom på at lymfødem må skilles fra lipødem, som er en genetisk predisposisjon til å få øket fettansamling på bena. Vår anbefaling for rett til adekvat behandling inkludert fettsuging og lymfereparasjon gjelder for kronisk lymfødem. Fettsugingstilbudet kan imidlertid også benyttes for behandling av ekstremtilfeller av lipødem dersom det offentlige ønsker å utvikle et behandlingstilbud for denne gruppen.

Grundigere redegjørelse:

Vi ser av forslaget fra Folkehelseinstituttet at det trengs litt mer informasjon om både sykdom og behandlingsmetode.

Bilder i redegjørelsen under er hentet fra vedlagte artikkel «Liposuction normalizes- in contrast to other therapies - lymphoedema-induced adipose tissue hypertrophy» av dr Håkan Brorson ved Skåne Universitetssykehus i Malmø, som har drevet med fettsuging av fettkomponent i kronisk lymfødem siden 1987. Dr Brorson mottar pasienter fra hele verden. Norske pasienter har imidlertid aldri fått offentlig støtte til å henvises dit, hvilket også har vært etterlyst flere ganger av Dr Brorson. En norsk plastikkirurgisk avdeling som er villig til å opprette et tverrfaglig tilbud, har stående invitasjon om å

komme på hospitering til enheten i Malmø for opplæring. Et alternativ er at norske pasienter får tilbud om behandling i Malmø.

Lymfødem er opphopning av lymfevæske i en ekstremitet (arm eller ben). Dette skyldes oftest sykdom eller skade på lymfesystemet, oftest fjerning/bestråling av lymfekjertler etter kreft. Dette er stort sett ensidig og kalles da sekundært lymfødem, da det har oppstått sekundært til skade. Noen få har en medfødt misdannelse i sine lymfekar og har da et primært lymfødem. Et lymfødem i prinsippet ikke varig kureres. Det overmåte viktig at dersom en pasient utvikler lymfødem, som f eks etter fjerning av lymfeknuter i armhule eller i lyske etter brystkreft/føflekk-kreft, så må pasientene **raskt** få **tilstrekkelig** kompresjonsbehandling, evt gjennomgå forsøk på reparasjon av lymfesystemet.



Fig. 1 a A 74-year-old woman with a non-pitting arm lymphedema for 15 years. Preoperative excess volume was 3 090 mL. b Postoperative result.

Pitting - gropdannelse

Man påviser væske i en ekstremitet med en såkalt «Pitting-test», hvor man trykker hardt med tommelen på huden i det hovne området i ett minutt. Dersom tommelen da etterlater seg en tydelig grop, så er det væske i vevet som kan klemmes bort – med kompresjonsbehandling.

Kompresjonsbehandling kan foregå på flere måter, og her er det noe uenighet mellom fsioterapi-miljøet og plastikkirurgi/fettsugingsmiljøet. For begge «skoler» gjelder god bevissthet om hudpleie og bruk av fuktighetskremer.

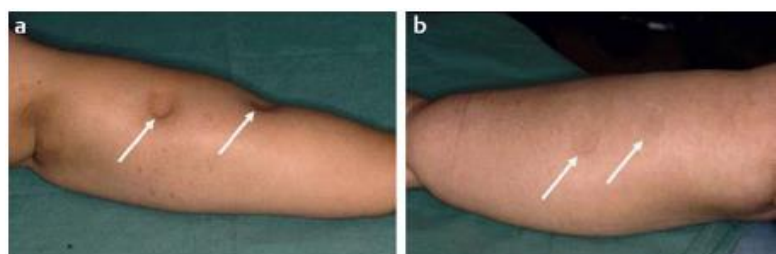


Fig. 8 a Marked lymphedema of the arm after breast cancer treatment, showing pitting several centimeters in depth (grade I edema). The arm swelling is dominated by the presence of fluid, i.e., the accumulation of lymph. b Pronounced arm lymphedema after breast cancer treatment (grade II edema). There is no pitting in spite of hard pressure by the thumb for 1 min. A slight reddening is seen at the 2 spots where pressure has been exerted. The "edema" is completely dominated by adipose tissue. The term "edema" is improper at this stage since the swelling is dominated by hypertrophied adipose tissue and not by lymph. At this stage, the aspirate contains either no, or a minimal amount of lymph.

CDT – Complex Decongestive Therapy. Ved oppstått lymfødeme foreligger det væske i ekstremiteten, og denne kan gradvis fjernes/»klemmes ut» ved manuell lymfeterapi, øvelser med aktiv bruk av muskelpumpen, samt ved å legge på kompresjonsbind. Dette vil kreve hyppig kontakt med fysioterapeut/ergoterapeut som da gradvis får tømt ekstremiteten for væske. Når man så har klemmt ut så mye væske som mulig – i praksis når pitting-test ikke lenger gir noen grop i vevet, og omkretsen er som på den motsatte friske ekstremiteten, bør man ta mål og få skreddersydd kompresjonsplagg tilpasset denne størrelsen som pasienten må lære å ta på seg selv. Dersom pasienten ikke bruker tilstrekkelig kompresjonsplagg kontinuerlig så vil væske og hevelse komme tilbake- og prosessen med på tømme ekstremiteten for lymfe må gjentas. Mange pasienter setter stor pris på hyppig kontakt med fysioterapeut, men fra plastikkirurgisk side vil vi påstå at den tilnærmet daglige kontakten man da får behov for er ekstremt ressurskrevende og unødvendig kan skape «yrkespasienter». For de fleste vil tilbakefall unngås dersom de kontinuerlig bruker tilstrekkelig stramme kompresjonsplagg, se CCT under.

CCT – Controlled Compression Therapy. Dersom en pasient med lymfødeme etter tilstrekkelig CDT bruker tilstrekkelig stramme kompresjonsplagg **hele tiden**, så vil ikke hevelsen kunne øke. Imidlertid mister plagg sin elastisitet, og det er **nødvendig at pasienten får to sett med tilstrekkelig stramme kompresjonsplagg minst tre til fire ganger årlig** for å hindre økende hevelse. Samfunnsøkonomisk er dette absolutt billigst, da pasienten ikke trenger å oppsøke fysioterapeut mer enn 1-2 ganger i året for justering av størrelser i forhold til kroppsvekt forøvrig, og pasienten selv står for sin egen behandling ved at kompresjonsplaggene holder det hele i sjakk.

Noen pasienter med lymfødeme har helt lettgradig lymfødeme som spontant kommer og går, og som bare trenger lettgradige kompresjonsstrømper periodisk. Dersom noen utvikler et lymfødeme hvor arm eller ben gradvis øker i diameter og ikke går spontant tilbake til normal størrelse, så har disse behov for permanent kompresjon. Dette betyr at de må bruke kompresjonsplagg hele tiden på dagtid eller gå hyppig til CDT, se over.

Internasjonalt forskes det også på reparasjon av lymfesystemet, såkalt lymfeanastomosering og lymfeknute-transplantasjon. Resultater av disse metodene er ikke helt entydige men for lymfødeme som er i tidlig fase og hovedsakelig består av væske (og ikke fett), kan slike metoder potensielt ha stor verdi hos utvalgte pasienter. Slik metode kan utvikles og tilbys ved plastikkirurgisk avdeling i Norge med god erfaring med mikrokirurgi.

Dersom pasienter med lymfødeme er for dårlig behandlet, og dermed går med kronisk øket mengde lymfевæske i arm eller ben, så dannes det med tiden en øket mengde fettvev i denne ekstremiteten. Dermed øker ekstremiteten i størrelse, og selv med optimal CDT vil man ikke klare å få diameteren i ekstremiteten ned til «normal». Selv om man har tømt vevet helt for overskuddsvæske, så man ikke lenger får noen grop ved «pitting-test», så vil ekstremiteten fremdeles være forstørret på grunn av den økede mengde fettvev som har annet seg på grunn av det kroniske for dårlig komprimerte lymfødemet. Dette fettvev kan bare fjernes med fettsuging. ***Det er disse pasientene som er kandidater for fettsuging av ekstremitet ved kronisk lymfødeme dersom fettkomponenten gir vesentlig funksjonelle problemer og vektbelastning, medfører gjentatte hudinfeksjoner som erysipelas eller vesentlige problemer med bekledding.***

Når man har fettsuget overskuddsfettet, så har likevel pasienten sin grunntilstand som før: Tendensen til lymfødeme og økende hevelse vil være den samme, og fettsuging tilbys bare dersom:

1) Pasienten må ha gjennomgått optimal forbehandling med kompresjon, slik at det ikke lenger er væskekomponent i den gjenværende hevelsen – kun fettvev. Fettsuging er IKKE en metode for å fjerne lymfevæsken, kun fettkomponenten. Fettsuging kurerer IKKE et lymfødeme.

2) Pasienten må ha sykdomsinnsikt og må forstå at lymfødemet krever **permanent og livsvarig bruk av tilstrekkelig stramme kompresjonsplagg – også etter fettsugingen**. Pasienten må ha tilgang til et dedikert lymfødeme-team som kan assistere med dette. Pasienter som ønsker manuell terapi/lymfedrenasje fremfor permanente kompresjonsplagg skal ikke tilbys inngrepet.

3) Pasienten må ikke være vesentlig overvektig forøvrig, og må ikke ha annen alvorlig sykdom.

4) Pasienten må ha god nok tilgang på kompresjonsplagg – 2 sett plagg minst 4 ganger pr år, oftere hos meget aktive pasienter.



Fig. 3 a Secondary lymphedema: preoperative excess volume 7070 mL (left). Postoperative result after 6 months where excess volume is -445 mL, i. e., the treated leg is somewhat smaller than the normal one (right). b Primary lymphedema: preoperative excess volume 6630 mL (left). Postoperative result after 2 years where excess volume is 30 mL (right).

Ressursbehov for å opprette tilbud i Norge:

Man trenger en plastikkirurgisk avdeling med landsfunksjon hvor man har et dedikert team bestående av

- Plastikkirurg
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Sosionom

Man må ha et eget rom for måling av volum av ekstremiteter samt tilpassing av plagg, operasjonstid, og man må ha egnet optimalisert fettsugingsutstyr. Man må også ha et senter som bedriver avansert mikrokirurgi for de pasienter som har hovedsakelig væskekomponent og lite fettkomponent.

Rent generelt har vi inntrykk av at få pasienter med lymfødem i Norge utvikler en invalidiserende fettvevskomponent – dette kan muligens skyldes at vi har et velutviklet fysioterapi-tilbud som gir adekvat kompresjonsbehandling i tide. Da får man jo ikke denne problematikken. Vi mener likevel at denne pasientgruppen skal ha tilgang til optimal behandling på riktig indikasjon.

Man må i denne prosessen være oppmerksom på lipødem- problematikken, som ofte blandes sammen med kronisk lymfødem:

Lipødem vs Lymfødem

Mennesker har genetisk ulik fettfordeling når man legger på seg. Noen får en kulemage, andre får brede hofter eller ridebukselår. Lipødem er en tilstand hvor man har en fettfordeling hvor uproporsjonalt mye fett setter seg på særlig bena, men også tildels på overarmer. Ofte er dette fettvevet ekstra smertefullt og får lett blåmerker. Dette er en ren fettansamling og skyldes ikke øket vevsvæske, men øket fett. Tilstanden er symmetrisk, forekommer i ulike grader som kan ligge innenfor normalvariasjon av fettfordeling, og den forverres ved overvekt. Ved ekstremvarianter av lipødem kan tyngden fra fettvevet bli en belastning på lymfesystemet, slik at det etter



hvert også kan bli en lymfødem-komponent i tilstanden. Mange har også vesentlige smerter. Det er mye forvirring og blanding av de to diagnosene lipødem og lymføden. Kompresjonsbehandling kan virke lindrende på smerter, men har liten innflytelse på selve tilstanden med mindre den har gått så langt at det har tilkommet en lymfødemkomponent.

Lipødem kan absolutt gi bevegelsesinnskrenkning og fysiske plager, på lik linje med f.eks store og tunge bryst. Det offentlige tilbyr brystreduksjon ved invalidiserende plager, men brystreduksjon er et engangsinngrep som kan gjøres dagkirurgisk og uten behov for oppfølging. Et lipødem på bena vil trenge minst 3-4 større inngrep med fettsuging som inneliggende pasient, og hvor man behøver tett oppfølging og tilpasset kompresjonsbehandling av bena i 6 uker etter operasjon. Man behøver imidlertid ikke varig kompresjon, da dette **ikke** er en tilstand som skyldes feil i lymfesystemet. Hvorvidt det offentlige skal tilby behandling av ekstremtilstander av lipødem er et dilemma grunnet ressursbehovet. En avdeling med kompetanse til å behandle lymfødem vil ha kompetansen til også å kunne behandle lipødem. Det er lite god publisert litteratur rundt kirurgisk behandling av lipødem; det er lettere og mindre risikabelt å fettsuge i tidlige stadier – et dilemma er at grad 1-2 lipødem som demonstrert lengst til venstre på bildet ligger godt innenfor normalvariantene, og det offentlige kan ikke tilby fettsuging av denne type ben. Samtidig er type 4-5 som lengst til høyre på bildet over særdeles ressurskrevende å behandle.

Man kan se for seg at man hos unge mennesker med kosmetisk meget påfallende dysproporsjonalitet kan tilby offentlig korreksjon, som demonstrert ved bildet av pasient som har slanket seg til anorexi i overkroppen for å redusere volumet på sin underkropp.

Norsk plastikkirurgisk forening mener at det må etableres et tilbud til pasienter med fettkomponent etter kronisk lymfødem. Dette kan etableres nasjonalt, eller ved at pasientene henvises Skåne Universitetssykehus.

Pasienter med lipødem kan ikke henvises Skåne, da de ikke tar imot denne pasientgruppen. Skal ekstremvarianter av disse pasientene tilbys behandling, må vi enten ha etablert behandlingstilbud i Norge eller henviser til privatklinikker utenlands (Nederland/Tyskland).

