

RICHTLIJN BLEPHAROPLASTIEK BOVENOOGLEDEN

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Maart 2008

Achtergrond

Per 1 januari 2005 is vergoeding van een blepharoplastiek van de bovenoogleden uitgesloten van het basispakket. Alleen in aanvullende verzekeringen kan een gedeeltelijke of volledige vergoeding worden verkregen indien sprake is van een medische indicatie. De definitie van medische indicatie is niet strikt omschreven en leidt tot verwarring. Doel van deze richtlijn is om deze definitie helder te omschrijven, inclusief het pre- en postoperatieve traject. Hierbij staat de veiligheid van de zorg voorop, maar is er ook oog voor de kosteneffectiviteit.

Uitgangsvragen

1. Wanneer is sprake van een medische indicatie voor het verrichten van een bovenooglid correctie?
2. Welke preoperatieve onderzoeken zijn nodig en bij welke patiënt?
3. Welke postoperatieve zorg is ten minste nodig?

Doelgroep

Patiënten met dermatochalasis van de bovenoogleden met of zonder vetherniatio als gevolg van het verouderingsproces, zonder dat sprake is van ptosis van de wenkbrauwen, het voorhoofd of bovenooglid. Afwijkingen van het bovenooglid als gevolg van een aangeboren afwijking, auto-immuunziekten of trauma worden buiten beschouwing gelaten.

Samenvatting literatuur

De indicatie voor een bovenooglid correctie bestaat uit huidoverschot van de bovenoogleden. Dit kan aanleiding geven tot gezichtsveldbeperking, hoofdpijn klachten, vermoeide ogen, zwaar gevoel in de oogleden, branderige ogen, huidirritatie en problemen met het dragen van lenzen.

Bij lichamelijk onderzoek wordt de mate van huidoverschot bepaald en een inschatting van de gezichtsveldbeperking gemaakt. Wanneer er aan het criterium van "medische indicatie" wordt voldaan is in de literatuur niet geobjectiveerd (Anderson, 1990; Meyer, 1997). Het Committee on Ophthalmic Procedures Assessment heeft een standpunt gepubliceerd dat door de Academy's Board of Directors is overgenomen als officieel Academy beleid (American Academy of Ophthalmology, 1992). Hierin wordt gesteld dat een bovenooglid correctie een functionele indicatie heeft in geval van overhangende huid van de bovenoogleden met gezichtsveldbeperking, asthenopie (vermoeidheid bij kijken, gepaard gaande met pijn in ogen en voorhoofd) of blepharoconjunctivitis.

Preoperatief wordt gevraagd of de patiënt klachten van droge ogen heeft; subjectieve klachten worden niet altijd bevestigd met objectieve metingen (Floegel, 2003; Saadat, 2004). Het routinematig verrichten van een Schirmer test is dan ook niet geïndiceerd. De

subjectieve beleving van droge ogen kan door een blepharoplastiek waarbij alleen huid wordt verwijderd verminderen (Floegel, 2003; Saadat, 2004).

Daarnaast wordt geïnformeerd naar voorafgaande herpes zoster of simplex infecties, allergieën, stollingstoornissen en naar schildklierafwijkingen of andere auto-immuunziekten. Het verdient aanbeveling om preoperatieve foto's te maken.

Een blepharoplastiek van de bovenoogleden kan goed onder plaatselijke verdoving met of zonder sedatie worden verricht. Het alkaliseren van het lokaal anestheticum met natriumbicarbonaat geeft aantoonbaar minder pijn bij injectie terwijl de werking even goed en lang werkt (Metzinger, 1994; Samdal, 1994). Ook het verwarmen van het lokaal anestheticum geeft aantoonbaar minder pijn, maar verlengt de periode van injectie tot anaesthesie (Mader, 1994; Jones, 1998). Koelen van de huid, voorafgaand aan de lokale injectie geeft een significante vermindering van de pijn tijdens het injecteren (Goel, 2006). Op indicatie kan de ingreep onder algehele anesthesie gebeuren. Het nut van het voorschrijven van Arnica om postoperatieve zwelling en ecchymosis te verminderen is niet aangetoond in een systematische review van placebo-gecontroleerde studies (Ernst, 1998). Er zijn geen studies met Arnica bij blepharoplastieken bekend. Een gerandomiseerde studie bij rhinoplastieken toonde minder zwelling aan bij gebruik van Arnica, zonder effect op ecchymosis (Totonchi, 2007).

Complicaties die bij 1% of meer van de ingreep optreedt worden aan de patiënt gemeld. Het aantal complicaties na een blepharoplastiek van de bovenoogleden is laag tot zeer laag. Mogelijke complicaties, gerangschikt naar incidentie, zijn (Demere, 1974; Klatsky, 1981; Archauer, 2000; Black, 2002; Shorr, 2003; Syniuta, 2003; Saadat, 2004; Spinelli, 2004; Kordic, 2005; Morax, 2006; Teng, 2006; Joshi, 2007; Kim, 2007):

- milia (2-17 %)
- erytheem (2-9 %)
- verergering van preoperatief bestaande subjectieve of objectieve klachten van droge ogen (8 %)
- beperkt hematoom (0-1 %)
- tijdelijk verlies van sensibiliteit van huid en cornea (< 1%)
- ecchymosis huid of conjunctiva (< 1%)
- hypertrofisch litteken of keloid (< 1%)
- infectie (< 1%)
- dehiscentie (< 1%)
- lagophthalmus (< 1%)
- asymmetrie (< 1%)
- contractuur mediale ooghoek (< 1%)
- excessieve vetreductie (< 1%)
- droge ogen (< 1%)
- epiphora (< 1%)
- disfunctie van m.obliquus superior en Brown syndroom (onvermogen om ooglid te eleveren in aductiestand) (< 1%)
- schade aan m. levator palpebrae (< 1%)
- tijdelijk verminderde visus, externe en interne ophthalmoplegie (< 1%)

- iatrogene oogbolperforatie of cornea beschadiging (< 1%)
- visusverlies door retrobulbaire bloeding of ischemische posterieure opticus neuropathy (0.04 %)

De ernstigste complicatie, visus-verlies tot blindheid toe, kan tot 9 dagen na de ingreep optreden. Controle op visus en oogmotoriek moet direct postoperatief worden verricht. Om visus te kunnen blijven beoordelen is het onwenselijk om een occlusief verband te gebruiken. Een verblijf in de kliniek tot 1,5 à 2 uur na de ingreep wordt geadviseerd (Achauer, 2000). Bij ernstige pijn of visusdaling dient de patiënt zo snel mogelijk te worden beoordeeld.

Gedurende de eerste week na operatie wordt de patient geadviseerd zwaar werk, sporten, hoesten, persen en bukken te vermijden. Na 5 tot 7 dagen worden de hechtingen verwijderd.

Onderzoek naar de functionele verbetering na een bovenooglid correctie ontbreken, maar zijn wel voor patiënten met een blepharoptosis verricht. In deze groep is een evidente verbetering van het gezichtsveld aangetoond, evenals een verbetering van kwaliteit van leven (Federici 1999). Naast een functionele verbetering heeft een bovenooglid correctie ook een sociale implicatie: postoperatief werden patiënten veel positiever op persoonlijkheidskenmerken beoordeeld dan preoperatief (Warwar, 2001).

Conclusies met niveau van bewijs en vermelding van geclassificeerde studies

De literatuur op het gebied van de bovenooglid correctie, verkregen uit Pubmed en EMBase, bestond uit 1 studie van A1 niveau, 3 van A2, 11 van B, 4 van C en 11 van D niveau. De eerste vraag met betrekking tot de definitie van een medische indicatie kon hiermee niet worden beantwoord. Uit het veld wordt aangehouden dat er tenminste sprake moet zijn van 3 van de volgende 4 klachten: hoofdpijn, vermoeide ogen, branderige ogen en gezichtsveldbeperking. Daarnaast moet er bij lichamelijk onderzoek sprake zijn van overhangende huid van de bovenoogleden die tot op of over de wimpers hangt.

Ten aanzien van preoperatief onderzoek is duidelijk dat een routinematig verrichten van de Schirmer-test niet zinvol is. Een compleet gezichtsveldonderzoek lijkt in het kader van de kosteneffectiviteit ook overbodig. In de praktijk wordt aanvullend oogheelkundig onderzoek gereserveerd voor patiënten met specifieke oogheelkundige klachten. Postoperatief is een korte observatieperiode tot 2 uur geïndiceerd.

Aanbevelingen

Alleen indien sprake is van een medische indicatie, zoals in deze richtlijn omschreven, kan de ingreep in aanmerking komen voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraar. In de andere gevallen zal de ingreep onder de esthetische correctie vallen en dus voor eigen rekening van de patiënt zijn.

Gezien de potentiële complicaties die na een blepharoplastiek kunnen optreden is deze ingreep voorbehouden aan specialisten die expertise hebben in zowel de bovenooglidcorrectie als ook in de behandeling van de complicaties ervan. Bovendien moet de behandelaar in staat zijn de aan- of afwezigheid van ptosis van de wenkbrauwen, voorhoofd of bovenooglid te beoordelen. Dit betekent dat een blepharoplastiek alleen

door oogartsen en plastisch chirurgen dient te worden uitgevoerd. De ingreep dient in een juiste setting te gebeuren, waarbij de operatieruimte aan alle geldende normen voldoet, onder steriele omstandigheden wordt gewerkt, en postoperatieve bewaking is gewaarborgd. Bij ontslag dient de patiënt op de hoogte te zijn van de situaties waarin hij/zij met de kliniek contact moet opnemen, hoe dit moet, en worden leefregels gegeven en een vervolgspraak gemaakt.

Literatuur

- Achauer BM, Eriksson E, Guyuron B, Coleman III JJ, Russell RC, VanderKolk CA. *Plastic Surgery. Indications, operations, and outcomes. Volume five, Aesthetic surgery.* Guyuron B. Mosby St. Louis, 2000. ISBN 0-8151-1029-4.
- American Academy of Ophthalmology. *Functional indications for upper and lower eyelid blepharoplasty.* *Ophthalmol.* 98: 1461-1463, 1991.
- Anderson RL. *Does anyone know how to differentiate a 'functional' defect from a cosmetic one?* *Arch. Ophthalmol.* 108: 1685-16, 1990.
- Black EH, Gladstone GJ, Nesi FA. *Eyelid sensation after supratarsal lid crease incision.* *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.* 18: 45-49, 2002.
- Burke AJC, Wang T. *Should formal ophthalmologic evaluation be a preoperative requirement prior to blepharoplasty?* *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 127: 719-722, 2001.
- DeAngelis DD, Carter SR, Seiff SR. *Dermatochalasis.* *Int. Ophthalmol. Clin.* 42: 89-101, 2002.
- Demere M, Wood T. *Eye complications with blepharoplasty or other eyelid surgery: a national survey.* *Plast. Reconstr. Surg.* 53: 634-637, 1974.
- Ernst E, Pittler MH. *Efficacy of homeopathic arnica. A systematic review of placebo-controlled clinical trials.* *Arch. Surg.* 133: 1187-1190, 1998.
- Federici TJ, Meyer DR, Lininger LL. *Correlation of the vision-related functional impairment associated with blepharoptosis and the impact of blepharoptosis surgery.* *Ophthalmol.* 106: 1705-1712, 1999.
- Floegel I, Horwath-Winter J, Muellner K, Haller-Schober EM. *A conservative blepharoplasty may be a means of alleviating dry eye symptoms.* *Acta Ophthalmol. Scand.* 81: 230-232, 2003.
- Goel S, Chang B, Bhan K, El-Hindy N, Kolli S. *"Cryoanalgesic preparation" before local anaesthetic injection for lid surgery.* *Orbit,* 25: 107-110, 2006.
- Goldberg RA, Li TG. *Postoperative infection with group A β -hemolytic streptococcus after blepharoplasty.* *Am. J. Ophthalmol.* 134: 908-910, 2002.
- Jones JS, Plzak C, Wynn BN, Matin S. *Effect of temperature and pH adjustment of bupivacaine for intradermal anesthesia.* *Am. J. Emerg Med.* 16: 117-120, 1998.
- Joshi AS, Janjanin S, Tanna N, Geist C, Lindsey C. *Does suture material and technique really matter? Lessons learned from 800 consecutive blepharoplasties.* *Laryngoscope* 117: 981-984, 2007.
- Kim HH, De Paiva CS, Yen MT. *Effects of upper eyelid blepharoplasty on ocular surface sensation and tear production.* *Can. J. Ophthalmol.* 42, 739-742, 2007.
- Klatsky S, Manson PN. *Numbness after blepharoplasty: The relation of the upper orbital fat to sensory nerves.* *Plast. Reconstr. Surg.* 67: 20-22, 1981.

- Kordic H, Flammer J, Mironow A, Killer HE. Perioperative posterior ischemic optic neuropathy as a rare complication of blepharoplasty. *Ophthalmologica* 219: 185-188, 2005.
- Mader TJ, Playe SJ, Garb JL. Reducing the pain of local anesthetic infiltration: warming and buffering have a synergistic effect. *Ann. Emerg. Med.* 23: 550-554, 1994.
- Metzinger SE, Rigby PL, Bailey DJ, Brousse RG. Local anaesthesia in blepharoplasty: a new look? *South. Med. J.* 87: 225-227, 1994.
- Meyer DR. Functional eyelid surgery. *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* 13: 77-80, 1997.
- Morax S, Touitou V. Complications of blepharoplasty. *Orbit* 25: 303-3318, 2006.
- Oliva MS, Ahmadi AJ, Mudumbai R, Hargiss JL, Sires BS. Transient impaired vision, external ophthalmoplegia, and internal ophthalmoplegia after blepharoplasty under local anesthesia. *Am. J. Ophthalmol.* 135: 410-412, 2003.
- Saadat D, Dresner SC. Safety of blepharoplasty in patients with preoperative dry eyes. *Arch. Facial Plast. Surg.* 6: 101-104, 2004.
- Samdal F, Arctander K, Skolleborg KC, Amland PF. Alkalisiation of lignocaine-adrenaline reduces the amount of pain during subcutaneous injection of local anaesthetic. *Scan. J. Plast. Reconstr. Hand Surg.* 28: 33-37, 1994.
- Scaccia FJ, Hoffman JA, Stepnick DW. Upper eyelid blepharoplasty. A technical comparative analysis. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 120: 827-830, 1994.
- Shorr N, Goldberg RA, McCann JD, Hoenig JA, Li TG. Upper eyelid skin grafting: An effective treatment for lagophthalmus following blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 112: 1444-1448, 2003.
- Spinelli HM. *Atlas of Aesthetic eyelid and periocular surgery.* Saunders Philadelphia, 2004. ISBN 0-7216-8633-8.
- Suñer JJ, Meldrum ML, Johnson TE, Tse DT. Necrotizing fasciitis after cosmetic blepharoplasty. *Am. J. Ophthalmol.* 128: 367-368, 1999.
- Syniuta LA, Goldberg RA, Thacker NM, Rosenbaum AL. Acquired strabismus following cosmetic blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 111: 2053-2059, 2003.
- Teng CC, Reddy S, Wong JJ, Lisman RD. Retrobulbar hemorrhage nine days after cosmetic blepharoplasty resulting in permanent visual loss. *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* 22: 388-403, 2006.
- Totonchi A, Guyuron B. A randomized, controlled comparison between Arnica and steroids in the management of postrhinoplasty ecchymosis and edema. *Plast. Reconstr. Surg.* 120: 271-274, 2007.
- Warwar RE, Bullock JD, Markert RJ, Marcinişzyn SL, Bienenfeld DG. Social implications of blepharoptosis and dermatochalasis. *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* 17: 234-240, 2001.