

Poster abstract:

Kasper von Rosen

Behandling af kongenitte melanocytære nævi – 2 cases.

**Institution arbejdet udgår fra:**

Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet

**Titel:**

Behandling af kongenitte melanocytære nævi – 2 cases.

**Abstract:**

Kongenitte melanocytære nævi (CMN) forekommer hos ca. 2,5% af alle nyfødte kaukasere. CMN kan være kosmetisk skæmmende og medføre nedsat trivsel, hvilket resulterer i en væsentlig behandlingsindikation på trods af CMNs benigne karakter. Der er dog risiko for malign transformation, stigende med størrelsen af nævus, som man skal have in mente.

Ved kongenitte nævi ses pigmenteringen histologisk helt ned i det subkutane væv. Med tiden kan antallet af nævusceller reduceres spontant og pigmenteringen aftage.

Behandlingen af disse nævi, med et tilfredsstillende kosmetisk resultat til følge, vanskeliggøres derfor af, at melanocytterne ligger så profund.

Behandlingsmulighederne består af enten laser, curettage eller excision, hvor excision er eneste mulighed for at fjerne alle melanocytter i dybden. Til gengæld vil denne behandling ofte kompromittere det kosmetiske resultat.

For at illustrere ovenstående problemstilling, bringer jeg to cases, som er behandlet med excision og rekonstrueret ganske vellykket med hhv. delhudstransplantat og ekspandere.

Den transplanterede patient repigmenterede gennem transplantat mens patienten behandlet med ekspandere endnu ikke har vist tegn til recidiv.

Det er vigtigt, at man forklarer patienterne (og deres forældre) at det først og fremmest er en fordel at afvente evt. spontan depigmentering af nævus. Dernæst at der ved alle behandlingsformer er en vis risiko for repigmentering, som er værd at overveje, når man primært behandler på kosmetisk indikation, samt at man ved excision ikke kan garantere et fuldt tilfredsstillende kosmetisk resultat.

Hans Henrik Møller Nielsen

Plastikkirurgisk nødhjælpsmission til Nepal med Interplast

Afdelingen for Plastik- og Brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital, NBG

**Titel:**

”Plastikkirurgisk nødhjælpsmission til Nepal med Interplast”

**Baggrund:**

Området omkring Kathmandu i Nepal blev i april 2015 ramt af et kraftigt jordskælv. Skælvet målte 7.8 på MMS og resulterede i mere end 9.000 døde og over 22.000 kvæstede. En stor del af de overlevende havde svære ekstremitetsskader med behov for plastikkirurgisk behandling.

Sundhedssystemet i Nepal er nedslidt og har ikke udstyr eller kapacitet til mere omfattende mikrokirurgiske rekonstruktioner. Myndighederne er ineffektive og hæmmet af en høj grad af korruption.

Interplast er en australsk plastikkirurgisk organisation der arbejder i hele Asien og Stillehavsområdet for at højne den lokale kvalitet af sundhedssystemet. Organisationens politik er at bruge speciallæger som mentorer ved supervision af lokale kirurger og sygeplejersker, samt en vis grad donation af udstyr.

Interplast har et samarbejde med Dr. Shankar Rai fra Nepal Cleft and Burn Center på Kirtipur Hospital i Kathmandu.

Denne mission fandt sted i slutningen af maj måned 2015 og varede 6 dage. Størstedelen af de præsenterede patienter havde blotet fiksationsmateriale efter primærbehandling fra udenlandske ortopædkirurger.

I løbet af denne uge opererede de lokale plastikkirurger superviseret 6 patienter med frie lapper til underkstremitetsskader på truede ben. For samtlige patienter betød operationen forskellen mellem amputation eller ej. Der var ingen lap tab.

#### Diskussion/Konklusion:

En lille delegation med specialiserede kompetencer kan gøre en stor forskel på kort tid. Såfremt man prioriterer oplæring over produktion, kan man efterlade de lokale sundhedspersoner bedre i stand til at arbejde selvstændigt fremadrettet.

Foredraget vil indeholde beskrivelser af organisationens arbejde og gennemgang af udvalgte cases.

Sidsel Arnspang, Sigrun Schmidt, Siri Klausen, Anton Pottegaard, Søren Friis, Lisbet Rosenkrantz Hölmich and David Gaist.

Validity of skin melanoma diagnoses in the Danish Cancer Registry and the Danish Melanoma Database

#### **Institution**

University of Southern Denmark

#### **Title**

Validity of skin melanoma diagnoses in the Danish Cancer Registry and the Danish Melanoma Database

#### **Background**

Melanoma of the skin is the fifth most common cancer among both genders and the most common cancer among Danish women aged 15–34 years. Two nationwide data sources, Danish Cancer Registry (DCR) and Danish Melanoma Database (DMD), collect data on melanoma for purposes of monitoring, quality assurance and research, however, the quality of data in DCR and DMD has not been formally evaluated. We validated diagnoses in DCR and DMD, using Danish Pathology Registry (DPR) as reference.

#### **Methods**

We estimated the positive predictive value (PPV) of diagnoses of melanoma for random samples of 200 patients each from DCR and DMD during 2004-2014. We considered a diagnosis in DCR and DMD as valid if the diagnosis was compatible with histologic registration in DPR. Using DPR, we validated tumor characteristics on melanoma (histologic subtype, anatomic position, Breslow thickness, and tumor ulceration). Additionally, we estimated the PPV of *in situ* melanoma diagnoses in DMD. Finally, we estimated sensitivity of melanoma diagnoses in 2004-2014, as the proportion of diagnoses in DPR also recorded as melanoma in DCR and DMD.

## Results

The PPVs of melanoma in DCR and DMD were 97.0% (95% CI, 93.6-98.6) and 100% (95% CI, 98.1-100). The sensitivity was 90.4% (95% CI, 90.0-90.8) in the DCR and 76.8% (95% CI, 76.2-77.4) in the DMD. The PPV of *in situ* melanomas in DMD was 97.0% (95% CI, 91.5-99.0) and sensitivity was 55.6% (95% CI, 54.4-56.8). In DMD, for tumor characteristics, we found PPVs of ulceration and Breslow thickness of 95.5% (95% CI, 91.7%-97.6%) and 75.0% (95% CI, 68.6%-80.5%), respectively. PPV of histologic subtypes varied between 86.7%-100% in DCR and 92.6%-100% in DMD. PPV's for anatomical localization were 83.3%-95.0% in DCR and 93.3%-100% in DMD.

## Conclusion

Data quality on melanoma in DCR and DMD is high, supporting their use in epidemiological studies.

Joachim Mikkelsen, Anne Lene Hagen Wagenblast, Nille Behrendt, Jørgen Lock-Andersen  
Melanoma in situ with in-transit metastases

### *Institution:*

<sup>a</sup> Department of Plastic Surgery and Breast Surgery, Zealand University Hospital

<sup>b</sup> Department of Histopathology, Zealand University Hospital

### *Titel:*

Melanoma in situ with in-transit metastases

*Introduction:* Melanoma in situ (MIS) is defined as the non-invasive precursor of malignant melanoma. It is widely considered to have no metastatic potential, and only few cases of metastasizing MIS have been reported.

*Presentation of case:* A 57-year-old Danish female presented with in-transit metastases 14 months after excision of cutaneous MIS on the left femur. She had noticed two subcutaneous nodules develop over a short time proximal to the previous excision site. A needle biopsy and eventual complete excisional biopsy of both nodules confirmed the diagnosis of melanoma metastases. No further signs of metastases were found on additional imaging studies and the patient was assigned to the high-risk melanoma follow-up program.

*Discussion:* Of the few reported cases of metastasizing MIS, on review only three proved to be true MIS, defined by melanoma cells exclusively confined to the epidermis without dermal invasion through the basal membrane. Two of these had evident regression. Other studies of apparent metastatic MIS have revealed an invasive component on further sectioning of the specimens or by supplementary immunohistochemical staining.

Although areas of regression could represent a former invasive melanoma giving rise to metastases, this remains speculative. Theoretically, our patient could also have had an occult primary melanoma metastasizing to the skin, but no sign of this was demonstrated on a PET/CT scan.

*Conclusion:* Current treatment and follow-up guidelines for MIS do not recommend extensive surgery or frequent monitoring of patients, and upon diagnosis patients will routinely be told that there is no risk of metastases. This case shows what is generally considered impossible e metastasizing melanoma in situ. The finding had severe implications for the patient, and raises the

question of whether to intensify follow-up or the extent of surgery in patients with melanoma in situ, especially when regression is present.

Michael Josiassen & Grethe Schmidt

Kirurgisk behandling af børn med symptomgivende lymfadenitis på halsen muligvis forårsaget af atypiske mykobakterier

Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling, Rigshospitalet.

### **Kirurgisk behandling af børn med symptomgivende lymfadenitis på halsen muligvis forårsaget af atypiske mykobakterier**

**Baggrund/formål:** Atypiske mykobakterier er en bakteriegruppe beslægtet med tuberkulosebakterien (*Mycobacterium tuberculosis*), men adskiller sig herfra ved et ofte asymptomatisk eller non-progredierende sygdomsforløb. Symptomgivende infektion med atypiske mykobakterier hos børn kan præsentere sig ved en eller flere store og inflammerede halslymfeknuder, som ofte normaliseres over tid eller ved langvarig antibiotikabehandling. De inflammerede halslymfeknuder kan i sjældne tilfælde medføre svære trykgener, abscesdannelse eller fistler, som ikke kan afhjælpes ved medicinsk behandling. I disse tilfælde kan kirurgisk behandling være en mulighed og formålet med studiet er at gennemgå forløb og komplikationer af patienter behandlet med kirurgi.

**Materiale/metode:** Retrospektiv kohorte af 24 børn fra Østdanmark og Bornholm henvist i perioden 2010-2016 med henblik på extirpation af symptomgivende halsglandelsvulst muligvis forårsaget af atypiske mykobakterier.

**Resultater:** Studiet gennemgår præ- og postoperative komplikationer samt forløb og diagnostik af atypiske mykobakterier.

**Konklusion:** Kirurgisk behandling af børn med symptomgivende halsglandelsvulst muligvis forårsaget af atypiske mykobakterier kan i svære tilfælde være indiceret på trods af risiko for kirurgiske sequelae.

Jacob Juel, Ellen Jensen, Lene Birk-Sørensen.

Iatrogenic mycobacterial infection during medical tourism

<sup>1</sup>Department of Plastic Surgery, Aalborg University Hospital, Aalborg, Denmark

**Word count:** 272

### **ABSTRACT**

#### **Background**

A 36-year-old Danish lady was infected with Mycobacterium abscessus during breast augmentation surgery with fat grafting from the abdomen at a private clinic in India. One month postoperatively, the patient presented with bilateral breast pain, erythema, and a leaking ulcer under the right breast. Another ulcer developed under her left breast. Antibiotic treatment with dicloxacillin was initiated. The patient, however, did not appear for follow-up. Two years later, the patient was referred again, as the ulcer under her right breast was not healed. At this point, the ulcer under her left breast was healed. A swab from the ulcer under her right breast was taken and dicloxacillin was administered. The microbiological result showed Mycobacterium abscessus and the antibiotic changed to

cephalexin. Despite the antibiotics for a course of four weeks, the ulcer did not heal and the ulcer was excised. After this procedure healing was uncomplicated.

#### **Material and Method**

Case note review, clinical review, and treatment and follow-up of the patient.

#### **Results**

Follow-up 12 months postoperatively revealed no ulcers and a cosmetically satisfactory result.

#### **Discussion**

Danish doctors treating postoperatively after medical tourism should keep in mind to swab for wound culturing, as ulterior infection due to e.g. Mycobacterium abscessus and other exotic agents may be present. Mycobacterium abscessus infections in Denmark are rare, albeit serious, often resistant to antibiotic agents, and a not dismissible risk of infection adheres to cosmetic surgery in developing and lower-middle income countries.

#### **Conclusion**

This case illustrates the risk of contracting infections with microorganisms of only sporadic occurrence compared to abode during medical tourism, and hence the importance of swabbing for wound culture to ensure correct treatment.

Cecilie Balslev Willert, Rikke Bredgaard

Iatrogenic pneumothorax as a rare complication to delayed breast reconstruction with tissue expander- a case report

Institution: Department of Plastic Surgery and Burn Treatment, Copenhagen University Hospital

Title: Iatrogenic pneumothorax as a rare complication to delayed breast reconstruction with tissue expander- a case report

Introduction: Delayed breast reconstruction with expander-implant is a standard procedure within plastic surgery and has a low complication rate. Pneumothorax is a serious and potentially fatal condition. Within breast surgery it is a known complication to breast augmentation [1, 2], but little literature exists regarding reconstruction surgeries. The only study is by Schneider et Al., which found an overall incidence of pneumothorax in immediate tissue-expander reconstruction of 0,55 % in 34.567 patients [3]. We present a case of iatrogenic pneumothorax during delayed tissue-expander reconstruction.

Case story: A 32-year-old Caucasian woman was elected for delayed tissue expander-implant breast reconstruction to her right breast. Two years earlier she had been diagnosed with breast cancer and had undergone neoadjuvant chemotherapy, mastectomy and axillary lymph node dissection. Additionally, she had received post-mastectomy radiotherapy of 50 Gy in 25 fractions.

During the expander insertion, an iatrogenic pneumothorax was caused by the electrocautery. The defect was over-sewn and reconstructive surgery was continued. A post-operative chest X-ray revealed a pneumothorax that was ultimately treated with a chest tube insertion.

Discussion/ Conclusion: Pneumothorax is a serious and very rare complication to breast reconstruction with expander-implant. The most common operative cause is thought to be penetration of the pleura by a needle or, as in this case, direct pleural injury during electrocautery [2], but literature is sparse. Intraoperative management includes a consultation with a thoracic surgeon, and in case of suspected lung injury, a chest tube insertion. If the patient is hemodynamically stable, the procedure can be continued. We hypothesize that, in our case, prior radiotherapy and the presence of mastectomy scar tissue, has contributed to an increased risk of chest wall perforation. It is important to be aware of this complication to tissue expander placement for breast reconstruction. Irradiated patients should be operated by an experienced plastic surgeon.

## References:

1. Senthilkumaran S, Balamurugan N, Menezes RG et al. Bilateral pneumothorax following breast augmentation: Beware and be aware. *Indian J Plast Surg* 2012.45:579-80
2. Osborn JM, Stevenson TR. Pneumothorax as a complication of breast augmentation. *Plast Reconstr Surg* 2005.116:1122-6
3. Schneider LF, Alborno CR, Huang J et al. Incidence of pneumothorax during tissue expander-implant reconstruction and algorithm for intraoperative management. *Ann Plast Surg* 2014.73:279-81

Simon Skovsted Yde, Mette Eline Brunbjerg & Tine Engberg Damsgaard  
National retningslinje for tromboseprofylakse til plastikkirurgiske patienter.

Simon Skovsted Yde, Mette Eline Brunbjerg & Tine Engberg Damsgaard

Plastikkirurgisk forskningsenhed, Plastik- og Brystkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital  
Titel: National retningslinje for tromboseprofylakse til plastikkirurgiske patienter.  
Formål/Baggrund: Den plastikkirurgisk patientgruppe favner bredt; fra patienten uden betydende co-morbiditet til patienten med adskillige, herunder cancerdiagnoser. Risikoen for dyb vene trombose (DVT) er individuel. Incidensen af DVT hos plastikkirurgiske patienter er rapporteret fra 0,5% til 7%, og er dermed ikke ubetydelig. Et standardiseret præoperativt scorings- og behandlingsregime vil optimere den profylaktiske behandling. Det skal kunne bruges på alle patienttyper (der vil uundgåeligt være individuelle patientrelaterede undtagelser). En national retningslinje for tromboseprofylakse har indtil nu ikke været formuleret. En evidensbaseret retningslinje for tromboseprofylakse til plastikkirurgiske patienter er nyligt udarbejdet og godkendt i DSPR's bestyrelse.

Materiale og metode: Retningslinjen er formuleret ud fra engelsksproget litteratur nyere end 2011 og med evidensniveau III ≤ i henhold til American Society of Plastic Surgeons (ASPS) klassifikation.

Retningslinjer/anbefalinger fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) og Dansk Selskab for Trombose og Hæmostase (DSTH) er inkluderet for at gøre retningslinjen praktisk anvendelig i Danmark og i tråd med øvrige anbefalinger/ instanser.

Resultater: Ved gennemgang af litteraturen identificeres Caprini Risk Assessment Model (RAM) fra 2005, der tidligere er valideret til plastikkirurgiske patienter. Nyere studier, der inkluderer plastikkirurgiske patienter, giver anledning til at modificere dette risikovurderingsværktøj.

Konklusion: Der anbefales risikovurdering og behandling af alle plastikkirurgiske patienter i henhold til en modificeret Caprini RAM model. For patienter der præoperativt får AK behandling bortfalder den vanlige risikovurdering og trombolyseprofylakse. Disse patienter skal i stedet pause vanlig AK behandling og eventuelt bridges med lav molekylært heparin (LMH) i henhold til DSTH's anbefaling.

Retningslinjen bør jævnligt opdateres i henhold til anbefalinger fra RADS, DSTH og nye videnskabelige publikationer med højt evidensniveau.

Kristina Rokkones Asdahl, Lisbeth Rune Schultz, Anna Aaby.

**Kommenterede [sy1]:**

**Kommenterede [TED2]:** Skal formuleres om til følgende – altså en mere bred formulering: „der vil uundgåeligt være individuelle patientrelaterede undtagelser. Sådan skal det stå – der er ikke en enkelt operationsteknik, som i sig selv afgiver indikation for at afvige fra resultaterne af denne litteraturgennemgang.

**Kommenterede [sy3]:**

**Kommenterede [MB4]:** Måske noget i retning af dette i stedet: "Formålet er at udarbejde en national evidensbaseret retningslinje for tromboseprofylakse til plastikkirurgiske patienter. Arbejdet er nu godkendt af DSPR's bestyrelse".

**Kommenterede [MB5]:** Jeg synes at der er noget galt med tegnsætningen. Jeg kan ikke få det til at passe. Kan man i stedet skrive "evidensniveau III eller lavere" eller flytte tegnet til: ≤ evidensniveau III"

**Kommenterede [TED6]:** Skriv Risk Assessment Model og så (RAM) i parentes

**Kommenterede [MB7]:** eller med -

**Kommenterede [MB8]:** for det kommer jo an på deres tromboserisiko og blødningsrisiko og om de er i NOAK behandl.

**Kommenterede [MB9]:** Vi ved alle hvad LMH er men måske bør man skrive forkortelsen ud første gang alligevel.

**Kommenterede [TED10]:** krives ud og så (DSTH)

**Kommenterede [MB11]:** Eller bare "retningslinjen

Hvordan klæder vi yngre læger på til at lede fremtidens sundhedsvæsen?  
Yngre læger i organisatorisk innovation på Aarhus Universitetshospital.

#### Baggrund

Sundhedsvæsenet ledes i høj grad af fagprofessionelle, og yngre læger har kun i lille grad mulighed for at klæde sig på til fremtidens organisatoriske ledelsesopgaver. Formålet med dette initiativ er at øge yngre lægers interesse og kompetence indenfor organisatorisk innovation gennem selvstændige, praksisnære projekter og tværfagligt samarbejde. I tillæg skal der være fokus på at skabe en kultur, hvor yngre lægers nytænkning i højere grad bliver understøttet.

#### Metode

På seks afdelinger på Aarhus Universitetshospital rekrutteredes yngre læger til at arbejde med et selvvalgt organisatorisk innovationsprojekt. Hver afdeling fik tilknyttet en kaospilotstuderende til at inspirere og udfordre udviklingsprocessen på de konkrete projekter. Initiativet gennemgår aktuelt en kvalitativ lærings- og evalueringsopsamling med henblik på mulighed for forbedring og udbredelse.

#### Resultater

Der er gennemført otte projekter med fokus på blandt andet optimering af stuegang og effektivisering af forundersøgelsen. Resultater fra lærings- og evalueringsopsamlingen viser, at både yngre læger og afdelingsledelser har fundet initiativet inspirerende og relevant og angiver at tilgangen potentielt kan være med til at ændre uhensigtsmæssige strukturer. De største barrierer knytter sig til organisationen og strukturen omkring de yngre læger, herunder tid, magtrelationer og den eksisterende arbejdskultur.

#### Konklusion

Praksisnære innovationsprocesser udviklet i samarbejde med en procesorienteret faglighed kan være en effektiv måde at få yngre læger til at øge kompetencen og interessen i at varetage organisatoriske ledelsesopgaver. Succes er imidlertid afhængig af organisationens vilje og mod til at lade sig evaluere af unge, utrænede øjne.