

Med nye metoder for diagnostikk og behandling vil bedre organisering av brystkreftbehandlingen gi økt overlevelse og økt livskvalitet

Moderne brystkreftbehandling

Om lag 2 500 kvinner i Norge får nå diagnosen brystkreft hvert år, og antall nye tilfeller øker raskt, 4–5 % per år. Halvparten av dem som rammes er over 65 år, og det lever i dag ca. 25 000 norske kvinner som er behandlet for brystkreft. Prognosen er bedret det siste tiåret, og om lag 80 % er i live fem år etter at diagnosen ble stilt. Kirurgi er den viktigste behandlingsmodalitet med tanke på overlevelse og opptil 40 % blir kurert uten annen tilleggsbehandling (1). Mastektomi ad modum Halsted med fjerning av hele brystet, alle lymfekjertler i aksillen og pectoralismuskulaturen ble utført fra første halvdel av 1900-tallet, senere modifisert slik at pectoralismuskulatur ble bevart. Brystbevarende operasjon ble lansert rundt 1970. Denne metoden har vist seg å gi like god prognose som fjerning av hele brystet hos pasienter med små svulster, såfremt operasjonen kombineres med postoperativ strålebehandling (2). Andelen kvinner med brystkreft i Norge som får utført brystkonserverende behandling, varierer mye etter bosted. Ved enkelte sykehus får nå ca. 50–70 % av pasientene brystbevarende operasjon, mens det totalt sett i Norge bare er ca. 25 % som opereres med denne teknikken. Det er et kvalitetsproblem at behandlingstilbudet er så ulikt ved de ca. 60 sykehusene i Norge der man opererer brystkreft.

Innføringen av mammografiscreening i Norge har medført at andelen små svulster har økt, dermed har det vært mulig å tilby brystbevarende inngrep til stadig flere kvinner. Mange av disse svulstene er ikke palpable, og tumor må merkes preoperativt med en ledetråd for at kirurgen skal få ut det aktuelle området. Slik merking krever en dyktig radiolog og godt teknisk utstyr, som for eksempel mulighet for stereotaksi. Alternativt finnes muligheter for bruk av avansert diagnostisk utstyr som kan fjerne tumorer med diameter på opptil 20 mm. Paradoksalt nok er det slik at den kirurgiske behandlingen er blitt mer krevende samtidig som den gjennomsnittlige svulstdiameter ved kreftpåvisning er blitt mindre.

Onkoplastisk kirurgi kan innebære volumerstatning med myokutane lapper, implantater eller volumforskyvning i mamma. Ved hjelp av slik kirurgi kan svulster med diameter på opp mot 5 cm opereres med brystbevarende teknikk (3). Det kosmetiske resultatet er ikke tilfredsstillende hos ca. 20 % av pasientene som opereres for brystkreft, og en plastikkirurg er således en nødvendig del av et multidisiplinært team som behandler brystkreftpasienter.

Behovet for postoperativ strålebehandling har økt fordi alle som behandles med brystbevarende teknikk, skal ha 5–6 uker med strålebehandling etter operasjonen. Strålebehandling er blitt en del av primærbehandlingen ved brystkreft. Kapasiteten i Norge har vært begrenset, og mange pasienter har måttet reise langt for å gjennomføre strålebehandlingen. Dette har trolig medført at mange kvinner i stedet har valgt å fjerne brystet. Mjaaland og medarbeidere viser i dette nummer av Tidsskriftet at opprettelse av en stråleenhet ved et sentral-sykehus kan fungere teknisk greit, men at andelen brystbevarende operasjoner ikke økte (4). Kun peroperativ strålebehandling ved brystbevarende operasjon prøves nå ut enkelte steder i utlandet, men det er for tidlig å si noe om langtidsresultatene av dette.

I løpet av det siste tiåret har aksillebevarende operasjoner fått et gjennombrudd. Mest interesse har det vært knyttet til vaktpostlymfeknuteteknikken, som omtales av Tafjord og medarbeidere

i dette nummer av Tidsskriftet (5). Denne operasjonsmetoden krever et nært samarbeid mellom nukleærmedisiner, radiolog, patolog og kirurg. En klar forutsetning for å kunne bruke metoden er at kirurgen er sikker på at det er vaktpostlymfeknuten(e) som påvises – god opplæring er derfor helt nødvendig. Hvis ikke, vil pasienten kunne bli fratatt muligheten for adjuvant livreddende eller livsforlengende behandling, og kirurgi kan derfor representere en risikofaktor. Det er uklart hvor mange sykehus i Norge som har tatt metoden i bruk, hvor mange kirurger som benytter metoden, og hvilken kvalitetskontroll det enkelte sykehus og den enkelte kirurg har på sine resultater. Både i Sverige og Danmark har slike data vært registrert fortløpende etter som metoden har vunnet innpass. En slik registrering bør snarest ta form i Norge, for eksempel som et samarbeid mellom Kreftregisteret og Norsk brystkreftgruppe (NBCG). Det er også behov for å etablere kvalitetsregistre for andre deler av brystkreftbehandlingen.

Innføring av nye operasjonsmetoder ved brystkreft har, sammen med forbedrede anestesimetoder, åpnet muligheten for dagkirurgisk behandling av brystkreft. Mindre sykeliggjøring har vært en av hovedgevinstene for pasienten, men forutsetter et godt utbygd poliklinisk omsorgsapparat.

Den bedringen i prognose man har sett ved brystkreft, er knyttet til tidligere diagnostikk og bedret kirurgisk behandling, patologisk diagnostikk og adjuvant behandling til alle som etter retningslinjene skal ha det. Behandlingen blir stadig mer individualisert, og et moderne behandlingstilbud ved brystkreft stiller helt andre krav til logistikk og spesialisering enn det man har hatt tidligere. Behovet for bedre funksjonsfordeling med sentralisering av brystkreftkirurgi ble understreket allerede i Norsk kreftplan (NOU 1997: 20). Nåværende regjering ønsker fortsatt satsing på dette området (6, 7), og det er lovende at økningen i kompleksitet og volum som brystkreft representerer tas alvorlig. I tråd med dette er det nå foreslått å opprette en ny grenspesialitet under generell kirurgi, mamma-endokrin-kirurgi. Også med tanke på rekruttering vil dette være et viktig tiltak. Brystkreftpasienter har krav på best mulig behandling uansett bosted.

Ellen Schlichting

ellen.schlichting@ullevål.no

Ellen Schlichting (f. 1957) er dr.med., spesialist i gastroenterologisk kirurgi og seksjonsoverlege for brystkreft og endokrine sykdommer ved Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.

Litteratur

1. Blichert-Toft M, von Schmitt K. Aspects of breast surgery. *Scand J Surg* 2002; 91: 219–21.
2. Veronesi U, Salvadori B, Luini A, Greco M, Saccocci R, del Vecchio M et al. Breast conservation is a safe method in patients with small cancer of the breast. Long-term results of three randomised trials on 1,973 patients. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 1574–9.
3. Glough KB, Cummin J, Fitoussi A, Nos A, Mosseri V. Cosmetic sequelae after conservative treatment of breast cancer. Classification, results and surgical correction. *Ann Plast Surg* 1998; 41: 471–81.
4. Mjaaland I, Dybvik KI, Heikkilä R, Nysted A. Strålebehandling etter brystbevarende kirurgi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1683–4.
5. Tafjord S, Qvist H, Bogsrud TV, Reed W. Biopsi av vaktpostlymfeknute ved brystkreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1680–82.
6. Mardalen I. Tøffere kamp mot brystkreft. VG 7.4.2003.
7. Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003), Del V: En kvinnehelsestrategi.