

En brystkreftoperasjon var liksom så grei før. Da diagnosen først var stilt, var neste skritt å fjerne bryst og lymfeknuter, rubb og rake. Det var ren rutine og kirurgi som mange med skalpell kunne utføre. I dag er det andre metoder som gjelder. Som vaktpostlymfeknuteteknikk. Det krever sentralisering av behandlingstilbudet, mener Ellen Schlichting.

Intervjuet: Ellen Schlichting

På vakt mot brystkreftspredning

Som seksjonsoverlege ved Gastrokirurgisk avdeling ved Ullevål universitetssykehus og med brystkreft som spesialområde, er kirurgen Ellen Schlichting selv sentralt plassert i det brystkreftkirurgiske smørøyet. Der inngår vaktpostlymfeknuteteknikk i de daglige rutiner og hverdagsvokabular. Det bør den gjøre for alle som driver med brystkreftbehandling i Norge, mener Schlichting. Skjønt, henstillingen om å bruke tid og ressurser på vaktpostlymfeknuteteknikk gjelder ikke for samtlige sykehus som opererer brystkreft i dag.

– Dette er en operasjonsmetode som krever tverrfaglig innsats fra nukleærmedisin, patologi, radiologi og kirurgi. Vaktpostlymfeknuteteknikken læres ikke i en håndvending, det er ikke tilstrekkelig å operere 10–20 kvinner med brystkreft per år, sier hun. – Det er til pasientenes beste at vi ikke sprer ressursene på for mange operasjonssteder, legger hun til.

Gjennombrudd i brystkreftkirurgi

Etter at brystbevarende operasjon ble innført på 1980-tallet, er vaktpostlymfeknuteteknikken det store gjennombruddet i brystkreftkirurgi, anser Schlichting. Metoden gjør det mulig å finne ut om det er spredning til lymfeknuter i armhulen (1).

– Vaktpostlymfeknuten er den første knuten som drenerer lymfe fra svulsten. Teknikken går ut på å lokalisere denne, forklarer Schlichting. – Det gjør man ved å sette en liten dose radioaktivitet rundt brystsvulsten. Ved Nukleærmedisinsk avdeling kan man ved hjelp av et kamera følge radioaktiviteten, som vandrer gjennom lymfekarene og henger seg opp i den første lymfeknuten som drenerer lymfe, altså vaktpostlymfeknuten. Under operasjonen kan kirurgen med en gammaprobe lytte seg frem til hvor den radioaktive vaktpostknuten befinner seg i armhulen. I tillegg injiseres det blåfarge rundt svulsten som også følger lymfebanene til vaktpostlymfeknuten. Det gjør at det blir lettere

å finne vaktpostlymfeknuten under operasjonen, fordi den farges blå.

Under operasjonen blir vaktpostlymfeknuten sendt til frysesnittundersøkelse. Dersom det ikke påvises metastaser, blir det ikke foretatt aksilletoalett.

Som en skattejakt

– Vaktpostlymfeknuteteknikken har gitt brystkreftkirurgien et veldig løft. I tillegg er den teknisk krevende og spennende for kirurgene – det er som å gå på skattejakt! Det er moro å være med på en slik utvikling, synes Schlichting. – Metoden er svært positiv for pasientene, fordi den kan spare opptil åtte av ti kvinner for en stor armhuleoperasjon. Muligens kan også overlevelse bedres, fordi det er lettere å gjøre en grundig undersøkelse av en lymfeknute som kan skjæres i mange snitt for å se etter metastaser, enn å undersøke et helt aksillepreparat. Det er vist at lymfeknutespredning blir påvist hos flere pasienter når man benytter vaktpostlymfeknuteteknikken. Det er viktig at alle som virkelig har spredning til armhulen får påvist dette, slik at de får mulighet til etterbehandling. Dette er helbredende eller livsforlengende behandling som pasienten ellers kunne ha gått glipp av, fremholder hun.

Det er internasjonal enighet om at man ikke behersker metoden før man har utført minst 30 operasjoner og funnet vaktpostlymfeknuten i minst 25 av dem.

– Man må være helt sikker på at det er vaktpostlymfeknuten man finner og fjerner. I verste fall kan man operere ut feil lymfeknute, finne at den er uten metastase, hvorpå pasienten kan bli fratatt muligheten til etterbehandling, forklarer Schlichting.

Fag i utvikling

Gastrokirurgen har jobbet med brystkreftbehandling i mange år. Hun gleder seg over medisinske nyvinninger som løfter brystkreftbehandling opp fra en posisjon uten

ære og prestisje. Med lavmælt entusiasme beskriver hun et fag hvor det skjer mye innen kirurgi så vel som innen etterbehandling. Det handler om screening og tidlig oppdagelse av svulster som bedrer prognosene for overlevelse. Det handler om dagkirurgi og forbedret logistikk som reduserer ventetid på operasjon og gir mindre sykkeliggjøring av pasientene. Og det handler om fremtiden, som kanskje kan by på stråling direkte inn i sårhulen under operasjonen.

– Brystkreftbehandling er blitt et omfattende fag både i volum og kompleksitet. Utviklingen har ført til nye samarbeidsformer mellom leger med ulik spesialitet, og det er veldig lærerikt, sier hun.

Ellen Schlichting er opptatt av formidling, en interesse som stammer fra en periode da hun underviste studenter. Studentene lærte henne å stille spørsmål ved vedtatte sannheter og til å våge å erkjenne at hun ikke alltid måtte ha rede svar på alt. De lærte henne også å snakke slik at flest mulig forstår budskapet. Interessen for formidling har blant annet materialisert seg i en bok om brystkreft (2) samt en brosjyre og Internett-informasjon (3) til brystkreftpasientene ved sykehuset.

– Det er noe ekstra med denne pasientgruppen; det er kvinner i sin «beste» alder, vitebegjærlige, ofte kunnskapsrike. Det er krevende, men samtidig givende å kommunisere med brystkreftpasientene, synes Schlichting.

Tilfeldighetene råder

Ellen Schlichting tegner samtidig et bilde av brystkreftbehandling i Norge, hvor tilfeldigheter og geografiske ulikheter råder. Nyvinninger som vaktpostlymfeknuteteknikk blir ikke alle brystkreft-rammede kvinner til del. Årsaken er blant annet at altfor mange sykehus tilbyr behandling til kvinner med brystkreft, anser hun.



Ellen Schlichting

født 27. juli 1957

- cand.med. Oslo 1984, dr.med. 1995,
- spesialist i generell kirurgi 1996, gastroenterologisk kirurgi 1998
- overlege ved Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus fra 1997
- avdelingsoverlege ved Sentraloperasjonsavdelingen fra 2001

Foto J-E. Larsen

– Det verste er at ingen kjenner det nøyaktige antallet, verken når det gjelder operasjonssteder, kompetanse eller kvalitet på behandlingen. I Sverige og Danmark kan man legge frem tall fra hvert eneste sykehus. I Norge vet ingen hvor mange sykehus eller kirurger som benytter vaktpostlymfeknuteteknikken, eller om de tilfredsstillende de internasjonale kravene som stilles til metoden. Det finnes ingen nasjonal registrering, ingen sertifisering, ingen kvalitetskontroll eller nasjonal enighet om hvordan metoden bør utføres. Det er bekymringsfullt, mener Schlichting.

Hun blir opprørt på pasientenes vegne av mangelen på likeverdig behandlingstilbud. – Det er blant annet viktig for pasienten at det kosmetiske resultatet blir bra. Her ved Ullevål har vi mulighet til å konferere med plastikkirurg. Takket være onkoplastisk kirurgi kan vi fjerne store svulster, over 4 cm i diameter, uten å fjerne hele brystet. Samarbeidet med plastikkirurgene gjør det også mulig å lage et nytt bryst samtidig med operasjonen, opplyser Schlichting.

Brystkreftoperasjoner blir utført ved ca. 60 sykehus.

– Vi bør ned i ca. 20, sier hun, og peker på at færre operasjonssteder også er et uttrykt ønske fra helsemyndighetene.

Mildt vesen, tøft miljø

Ellen Schlichting er så fjernt fra det karierte bildet av en kirurg som det er mulig å komme. Hun har beskjeden fremferd, unngår konflikter og håper å komme i mål uten å være arrogant, selvhevdende og brautende. Av kolleger omtales hun som arbeidsom, grundig og ryddig. Samt glitrende dyktig i logistikk, ifølge sjeflege og nær medarbeider Rolf Kåresen. Han har utpekt henne til sin arvtaker. Akkurat det er litt skremmende, synes hun. Hun roser hans enestående innsats for brystkreftpasienter gjennom mange år. Hvilke tanker hun gjør seg om å fylle hans rolle, vil hun holde for seg selv.

Korpset av kvinnelige leger er voksende, men i kirurgiske fag glimrer de fortsatt med sitt fravær (4). Ifølge Schlichting er vel 20 % av kirurgene ved Ullevål universitetssykehus kvinner, men variasjonen mellom de kirurgiske fagene er stor.

– Er det tøffe kår for kvinnelige kirurger, eller er det en myte?

– Mye er myte og historie, noe dreier seg om kjønn generelt, svarer Ellen Schlichting, som begynner å gå trøtt av spørsmål om kvinner og kirurgi. – Sosialantropologer har beskrevet det kirurgiske temperament som egosentrisk, kontrollerende og arrogant. Dette er tradisjonelle maskuline egenskaper, og noe av det kan vi nok fortsatt se. Ifølge tradisjonelle feminine verdier, liker kvinner horisontale relasjoner, gir omsorg og er opptatt av at alle har det bra. Men tradisjoner står for fall. Det kommer en ny type kirurger, en generasjon som er vant til mer likeverdige forhold blant kvinner og menn. Blant annet har de ektefeller som er yrkesaktive.

Rollemodell

Kirurgi er egentlig midt i blinken for kvinner, anser Schlichting. – Kvinner er ofte glad i å bruke hendene, de er netthendte og nøyaktige. Arbeidet fordrer ikke store, fysiske krefter, bortsett fra ortopedi kanskje.

Selv valgte hun kirurgi fordi man utøver et håndverk og ser resultater raskt.

– Innen gastroenterologi øker bruken av laparoskopi og teknologi. Det blir en mer indirekte kontakt med vevet. Innen brystkirurgi får man berøre og forme vevet. Det er veldig ok, synes Ellen Schlichting.

Om tradisjoner står for fall, er det likevel et dilemma at det finnes for få kvinnelige rollemodeller i kirurgien for yngre kolleger som ønsker seg dit. – Det er viktig med rollemodeller i ledende posisjoner som ser deg, som gir deg følelsen av å ha noen i ryggen, som støtter deg.

I 1997 tok Ellen Schlichting initiativ til opprettelsen av Forum for kvinnelige kirurger i Østlandsområdet, en arena for nettverksbygging. De møtes hver vår og høst med et faglig program og påfølgende sosialt samvær. Det er spesielt morsomt å se hvor godt fornøyd de yngre, kvinnelige kirurgene er med valg av spesialitet.

Hun ser på seg selv som en rollemodell for yngre kolleger, og setter stor pris på at kvinnelige studenter henvender seg, søker råd og ber henne om å være deres veileder.

Et eget brystkreftsentre?

Ellen Schlichting har lagt igjen mye fritid ved sykehuset i Kirkeveien, men denne fritidssyssele har en seriøs konkurrent i lange turer på ski eller sykkel i marka. Det å kunne stikke til skogs gir fred og ro, en stor kontrast til travle arbeidsdager.

– Hva drømmer du om for pasientene?

– Noe av det pasientene synes er verst, er ventetid. Derfor ønsker jeg at hele behandlingsforløpet blir enda mer strømlinjeformet, slik at pasientene får rask diagnose og slipper å vente i uker på svar, på operasjon, på etterbehandling. Jeg ønsker også at alle pasienter er sikret kvalitet i samtlige ledd av behandlingen. Et mål må være egne brystkreftsentre hvor alle spesialiteter som er nødvendige for å få god behandling er med.

Ingrid. M. Høie

ingrid.hoie@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Schlichting E, Babovic A, Kåresen R. Vaktpostlymfeknute. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2009–10.
2. Kåresen R, Schlichting E, Wist E. Brystkreft. En informasjonsbok for pasienter og pårørende. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
3. www.uus.no/mama/ (16.5.2003).
4. Gjerberg E. Kvinner i norsk medisin – mot full integrering? En studie av kjønnsdifferensiering i legers spesialitetsvalg. Doktoravhandling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet og Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 2002.