

Er brystbevarende kirurgi ved brystkreft forsvarlig?

Er dagens prosedyrer for undersøkelse av vaktpostlymfeknuter gode nok?

Kirurgi ved brystkreft i Norge

En rekke randomiserte undersøkelser har vist at brystbevarende kirurgi ved cancer mammae er fullt forsvarlig og gir samme overlevelse som å fjerne brystet. En oppfølgingsstudie etter 25 år av pasientene i en av de aller tidligste studiene (1), viser likevel at adekvat pasientseleksjon og riktig operasjonsteknikk er en forutsetning for bruk av brystbevarende kirurgi ved brystkreft.

Er dette tilfellet i Norge? Vi tror det, men få har dokumentert det. Bare Haukeland Universitetssjukehus og Ullevål universitetssykehus har vist at de holder internasjonal standard når det gjelder lokale residiver i brystet (< 10 % etter ti år). Vi savner sårt en landsomfattende klinisk database, som i tillegg til epidemiologiske data som Kreftregisteret samler inn, inneholder kliniske oppfølgingsdata, slik som lokale residiver i brystbevarte bryst, arr og armhuler, tidspunkt for fjernmetastaser og adjuvant behandling. I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Sudmann og medarbeidere, basert på data fra Kreftregisteret, resultatene etter brystbevarende kirurgi og vaktpostlymfeknuteprosedyrer hos mer enn 18 000 kvinner i perioden 1993–2001 (2). Studien gir en god oppdatering om brystbevarende kirurgi i forhold til en tidligere studie for perioden 1990–95.

Andelen brystkreftpasienter som fikk denne behandlingen, har på landsbasis steget fra 14 % i 1993 til 36 % i 2001. Andelen er størst og økningen størst for aldersgruppen 60–69 år (fra 8 % til 46 %), men for aldersgruppen over 69 år er økningen moderat (fra 15 % til 18 %). Selv i 2001 er det et betydelig sprik mellom fylkene, med lavest andel i Hedmark (22 %) og høyest i Telemark (65 %) for aldersgruppen 50–69 år. Dette er langt dårligere enn internasjonal standard. Ved flere store sentre i utlandet utføres brystbevarende kirurgi hos godt over 70 % av pasientene, og for kvinner over 69 år er andelen langt høyere enn i Norge. Eldre kvinner har mindre risiko for lokale residiver enn yngre og mindre behov for stråleterapi (3).

Det er grunn til å tro at norske kirurger er for tilbakeholdne med å anbefale brystbevarende kirurgi til ellers friske kvinner i alderen 70–80 år. Den store forskjellen mellom Telemark og Hedmark kan delvis skyldes at Hedmark var blant de siste fylkene som startet mammografiscreening. Slik screening fører til at svulstene er mindre ved diagnosetidspunktet; dermed blir også andelen som eigner seg for brystbevarende kirurgi større. Men det må også finnes andre forklaringer, for andelen som fikk brystbevarende kirurgi i Hedmark i 2001 var lavere enn andelen i Oslo i perioden 1990–95 før mammografiscreening (35 %) (2). Dette kan gi mistanke om at det hos noen kvinner, eventuelt også hos noen leger, kan foreligge en feilaktig oppfatning om at ablatis mammae gir større sjanse for overlevelse. Men strekkes indikasjonene for brystbevarende kirurgi, for eksempel slik at eksisjonsmarginene blir for snau, kan det komme en økning i mortalitet slik som ved Guy's Hospital (1). Det er mulig at forskjellene i andelen som får utført brystbevarende kirurgi har jevnet seg ut etter 2001, men det vet vi altså ikke noe om foreløpig.

Teknikken med undersøkelse av vaktpostlymfeknute (sentinel node) ble tatt i rutinemessig bruk ved de første norske sykehus i begynnelsen av 2000 og fikk raskt økende anvendelse. Blant pasienter som fikk utført brystbevarende kirurgi, var andelen som

fikk undersøkt vaktpostlymfeknute i 2000 23 % og hele 55 % allerede året etter; andelen blant dem som fikk utført ablatis mammae er ukjent (2). Hvor høy andelen er i dag, vet vi ikke, men den er nok nær 100 %.

Har denne raske innføringen av vaktpostlymfeknuteundersøkelse vært forsvarlig og er metoden sikker nok til ikke å foreta aksilletoallet? Basert på de første 1 000 inngrep av denne typen ved Ullevål universitetssykehus (4) ser det slik ut. 74 % av disse kvinnene hadde negativ vaktpostlymfeknute, og kun to av dem (0,4 %) har senere fått metastaser i aksillen. Gevinsten er betydelig: 738 kvinner har unngått et nødvendig inngrep med rundt 20 % sannsynlighet for utvikling av lymfødem. Men dersom metoden som anvendes ved undersøkelse av vaktpostlymfeknute ikke er god nok, kan frekvensen av metastaser i aksiller som var uten metastaser ved vaktpostlymfeknuteundersøkelsen, bli uakseptabelt høy. Det har man sett ved malignt melanom, hvor det er rapportert om falskt negative rater opp mot 32 % (5).

Kreftregisteret har nå startet prospektiv registrering av hendelser i aksillen for alle pasienter i alle fylker for at slike uheldige utslag raskt kan bli fanget opp. Basert på erfaring fra Ullevål universitetssykehus vil jeg anbefale at de fleste kvinner under 80 år med infiltrerende karsinom får tilbud om vaktpostlymfeknuteundersøkelse. For oss ser det også ut som det er vel verdt å bruke denne teknikken ved duktalt carsinoma in situ grad III, ettersom 6 % av disse har metastaser ved undersøkelsen (4).

Kreftregisterets anstrengelser for å sikre en god brystkreftdatabase er meget prisverdig. Databasen har imidlertid den svakhet at registreringen i hovedsak kun går frem til den kirurgiske behandlingen er avsluttet, men mangler detaljer om adjuvant stråle- og cytostatikabehandling, registrering av senere hendelser i bryst og andre organer, og ligger tre år etter. For å kontrollere at brystkreftbehandlingen utøves forsvarlig, må vi snarest få etablert en nettbasert klinisk database der det enkelte sykehus kan foreta sine registreringer. Arbeidet med å få dette til er i gang.

Rolf Kåresen
roka@uus.no

Rolf Kåresen (f. 1940) er sjeflege ved Ullevål universitetssykehus. Han har sin kliniske virksomhet ved sykehusets mamma- og endokrinkirurgiske seksjon ved Gastrokirurgisk avdeling, der man i 2004 utførte 860 operasjoner på 540 kvinner med nyopptaget brystkreft.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Fentiman I. Long-term follow-up of the first breast conservation trial: Guy wide excision study. *Breast* 2000; 9: 5–8.
2. Sudmann Å, Skarre E, Talleraas O et al. Brystbevarende kirurgi og vaktpostlymfeknuteprosedyre ved brystkreft i Norge 1993–2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 556–9.
3. Russel NS, Bartelink H. Sophisticated radiotherapy with optimal surgery is the way forward. *Curr Opin Oncol* 2004; 16: 529–35.
4. Efskind M, Kåresen R, Westerheim O et al. Resultat etter tusen sentinel node operasjoner. Abstrakt 382. Oslo: De norske kirurgiske foreninger, 2004.
5. Kåresen R, Hervig A, Schlichting E. Medisinsk logistikk ved mistanke om brystkreft. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 1687–90.