

# Framgångsrik metod cancersjuka kvinnors

En tumör behöver inte betyda att hela bröstet måste tas bort. I många fall går det att göra en operation som tar bort tumören, men bevarar bröstet. På Centralsjukhuset Kristianstad lyckas man med detta i 79 procent av fallen. En av metoderna som används kallas för onkoplastisk bröstreduktion. Bakom orden döljer sig en metod att ta bort en cancertumör och på samma gång bevara bröstet, om än i ny form.

”Man minskar storleken på bröstet i samband med bröstcanceroperationen. Det gör man för att uppnå bästa möjliga resultat med tanke på canceren, men också för att få det så fint som möjligt”, skriver här **Kim Gulis**, specialistläkare i kirurgi och doktorand, och **Tor Svensjö**, överläkare i kirurgi vid CSK.

**B**röstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och drabbar både unga och äldre<sup>1</sup>. Operation av bröstet med borttagande av hela eller en del av bröstet är en grundpelare i behandlingen<sup>1</sup>. Det var på 1890-talet som Halsted beskrev en teknik för radikal mastektomi. Detta var ett stort och stympande ingrepp som förutom borttagande av bröstkörteln även inkluderade lymfkörtlar samt musklerna under bröstet<sup>2</sup>. Ungefär 100 år senare genomfördes studier på bröstbevarande ingrepp, där bröstbevarande kirurgi i kombination med strålbehandling visade likvärdig överlevnad jämfört med mastektomi<sup>3,4</sup>.

Enligt Nationella Kvalitetsregistret för bröstcancer (NKBC) var riksgenomsnittet på andelen bröstbevarande kirurgi i Sverige 2009 enbart 50 procent<sup>5</sup>. Tio år senare låg snittet på 68 procent men det är stor spridning över landet<sup>5</sup>. Majoriteten av patienterna som drabbas av bröstcancer i Sverige idag har en tioårsöverlevnad på omkring 80 procent

och de allra flesta kommer leva många år med resultatet av operationen<sup>1</sup>. Patientens möjligheter för att få en bröstbevarande kirurgi skiljer sig beroende på vilken region och sjukhus man tillhör, från cirka 50 procent upp till omkring 80 procent<sup>5</sup>.

Den observerade skillnaden kan ha flera förklaringar. En bidragande orsak till ökningen under det senaste årtiondet är implementeringen av onkoplastikkirurgin i Sverige. Att bröstkirurger lär sig onkoplastikkirurgiska tekniker som tillåter generösa operationsmarginaler men samtidigt bevarar bröstets form är essentiellt för att uppnå bättre resultat både onkologiskt och kosmetiskt. Det handlar även om ett välfungerande arbete mellan olika specialiteter, oftast bröstkirurgin och plastikkirurgin. På vissa sjukhus och bröstenheter finns dubbelspecialister med kompetens inom både plastikkirurgi och allmänkirurgi.

# räddar bröst

” **Möjligheterna för kirurger att få fortbildning inom onkoplastik och vidareutbilda sig är olika över landet och det krävs generellt att kliniken själv finansierar utbildningen.**

#### INTERNATIONELL ACKREDITERING

Möjligheterna för kirurger att få fortbildning inom onkoplastik och vidareutbilda sig är olika över landet och det

krävs generellt att kliniken själv finansierar utbildningen. Det finns en internationell ackreditering inom bröstkirurgi och en svensk tilläggsutbildning inom onkoplastikkirurgi för bröstkirurger. I skrivande stund innehar 12 kirurger den europeiska bröstkirurgiackrediteringen och 13 den svenska tilläggsutbildningen i onkoplastikkirurgi av SFFBs (svensk förening för bröstkirurgi) totalt 182 medlemmar<sup>6</sup>. På vissa kliniker finns möjlighet till randning inom plastikkirurgi under ST-utbildningen. I Sverige har det årligen anordnats en nationell kurs i onkoplastikkirurgi som bland annat involverar onkoplastisk bröstreduktion, sponsorer för kursen är bland annat Bröstcancerförbundet och SFFB. Det finns även flera internationella möten som ORBS (oncologic and reconstructive breast surgery meeting) och London breast meeting samt en europeisk samarbetsorganisation för onkoplastik vid namn OPBC (Oncoplastic breast consortium).

	Total cohort	Study cohort
<b>Demographics</b>	(n=1179)	(n=146)
<b>Age (median+range)</b>	64 (27-90)	64 (34-90)
<b>Tumor size (median+range)</b>	13 mm (0-140)	18 mm (0.5-58)
<b>Positive lymph nodes</b>	22%	26%

Tabell 1.

Onkoplastikkirurgi vid bröstcancer innebär att man tillser ett gott kosmetiskt resultat med bibehållen onkologisk säkerhet, detta görs med hjälp av plastikkirurgiska principer. De första studierna på principerna för onkoplastikkirurgi kom på 90-talet<sup>7</sup> och senare studier har visat att den onkologiska säkerheten och överlevnaden är samma som vid traditionell bröstbevarande kirurgi<sup>8,9</sup>.

Forskning har visat att när man tar bort mindre än 15 procent av bröstvolymen med ett enkelt bröstbevarande ingrepp utan att göra någon form av korrigerande eller omformning av bröstet så är de flesta patienter nöjda med resultatet<sup>10</sup>. Ligger tumören i den mediala delen av bröstet är andelen av bröstvolym man kan operera bort ännu lägre – fem procent.<sup>10</sup> Förväntas större del av bröstvolymen tas bort krävs i regel en omformning, ibland även med excision av hudöverskott, för att optimera det kosmetiska resultatet. 2010 publicerade Clough et al en atlas för onkoplastikkirurgiska tekniker där lämpliga tekniker för olika tumörlokaliseringer föreslogs<sup>11</sup>.

Sammantaget kan sägas att med kunskap om både traditionell bröstkirurgi och med onkoplastikkirurgins verktyglåda, kan kirurgen i samråd med patienten välja den operationsteknik som i varje unikt fall ger det bästa resultatet.

#### ONKOPLASTISK BRÖSTREDUKTION

Genomförandet av en bröstförminskande operation i samband med cancerkirurgi och samtidig kontralateral bröstförminskning kallas onkoplastisk bröstreduktion och kan göras av flera anledningar. En viktig anledning är att patienten oftast är färdigopererad efter första operationen och inte behöver genomgå ytterligare kirurgi. Med två kirurger som opererar samtidigt förlänger det inte heller operationstiden. För patienter med stora bröst (mammarhypertrofi) kan det även innebära en förbättrad livskvalitet att få reducerat storleken på bröstet<sup>12</sup>. Det är ett bra alternativ för kvinnor som har en större tumör, eller flera tumörer och samtidig mammarhypertrofi<sup>13</sup>. Dessa kvinnor hade i många fall annars behövt genomgå en mastektomi.

I en studie där 146 patienter genomgick bilateral onkoplastisk bröstreduktion i samband med sin bröstcanceroperation på Centralsjukhuset i Kristianstad, som publicerats i *World Journal of Surgery*<sup>14</sup>, undersöktes det kosmetiska resultatet ett år efter operationen ur olika perspektiv. Studien undersökte dels patientens egen bedömning av kosmetiken, dels kirurgens bedömning och slutligen en objektiv bedömning av ett datorprogram (BCCT.core). Datorprogrammet skapar en bedömning av kosmetiskt resultat efter bröstkirurgi i en fyrgradig skala. Bedömningen görs på postopera-



Figur 1.

tiva bilder där programmet utvärderar ärrens synlighet, hudtonen och symmetrin. Därutöver undersökte studien om några andra kliniska eller patologiska variabler kunde påverka det kosmetiska utfallet i samma grupp.

Medianåldern i studiegruppen var 64 år. 39 procent av patienterna var överviktiga (BMI  $\geq 30$ ) och tolv procent var rökare. Median bröstvolym var 1 000 ml och den vanligaste indikationen för onkoplastisk bröstreduktion var mammarhypertrofi.

#### GENERELLT HÖGA BETYG

Gruppen jämfördes med alla patienter som genomgick bröstbevarande kirurgi på Centralsjukhuset i Kristianstad under samma tidsperiod och grupperna hade samma genomsnittliga ålder. Studiegruppen hade något större tumörstorlek i median, något som var förväntat med tanke på selekterad grupp med onkoplastikkirurgisk teknik. (Tabell 1)

Den objektiva bedömningen av datorprogrammet visade att 89 procent av alla patienterna i studiegruppen fick det

kosmetiska resultatet ”good” eller ”excellent”, vilket är de två högsta graderingarna och ingen patient hade det lägsta resultatet, ”poor”. (Figur 1) Både patienterna och utvärderande kirurg gav höga bedömningspoäng på en tiogradig skala för kosmetiskt utfall, medianen var nio för patienten och åtta för kirurgen.

Symmetrin före och efter operation visade ingen relevant skillnad i studiegruppen, men i en subgruppsstudie med de patienter som hade mer än 25 procents skillnad i storlek på bröstet före operation såg man en väsentlig skillnad med en bättre symmetri efter operation.

En intressant aspekt var att varken tumörområdets storlek eller patientens BMI hade någon påvisad effekt på det kosmetiska utfallet.

De allra flesta studier som publicerats angående bröstcancerkirurgi är retrospektiva studier. Det är ett fåtal studier som inkluderat patienter prospektivt och det finns ett behov av starkare evidens för vilken skillnad det gör för patienten att vid sin bröstcanceroperation både få det optimala onkologiska och kosmetiska resultatet, samt om det har en påverkan på livskvalitet.

Det finns ett stigande intresse för patientrapporterade utfallsmått i Sverige och inom bröstcancerforskningen har det framförallt studerats efter genomförd kirurgi.

I en prospektiv studie som nu genomförs vid Centralsjukhuset i Kristianstads undersöks livskvaliteten vid diagnos och jämförs med livskvaliteten och det kosmetiska utfallet vid ettårskontrollen efter bröstcancerkirurgi. Denna studie använder de validerade frågeformulären Breast-Q och QLQ-B23 som undersöker livskvaliteten hos kvinnor som genomgått någon form av bröstcancerkirurgi, bröstbevarande kirurgi, onkoplastikkirurgi eller mastektomi. Dessutom används frågeformuläret QLQ-C30 som undersöker generell livskvalitet hos patienter och där finns även normvärden som jämförelse. Kosmetiken kommer att utvärderas med BCCT.core samt av patienten själv och även av en kirurg.

### BEHÖVS YTTERLIGARE KUNSKAP

Målet är att undersöka om livskvalitet samt även kosmetik skiljer sig mellan patienter som opererats med olika kirurgiska tekniker. Hypotesen är att patienter som genomgår bröstcancerkirurgi i Sverige idag generellt har en bra livskvalitet och ett gott kosmetiskt resultat ett år efter sin diagnos, men det är önskvärt att se om det är några skillnader i utfallen mellan de olika grupperna. Till sist hoppas studien kunna utröna om det finns några patientspecifika variabler som kan påverka livskvaliteten eller det kosmetiska utfallet, till exempel högt BMI, rökning eller psykiatrisk anamnes före diagnosen.

På senare år har fokus inom bröstkirurgin skiftat från att primärt handla om onkologiska resultat till att mer inkludera livskvalitet, patientnöjdhet och kosmetiskt utfall. Patienterna själva involveras också i allt högre grad i besluten

angående omfattningen och valet av kirurgi. I framtiden kommer förhoppningsvis allt fler kvinnor som opereras för bröstcancer att kunna känna sig trygga med att samtliga aspekter övervägs inför val av operation.

### REFERENSER

1. Nationella vårdprogrammet för bröstcancer [Available from: <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/brostcancer/vardprogram/>].
2. Halsted WS. I. The Results of Operations for the Cure of Cancer of the Breast Performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894. *Ann Surg.* 1894;20(5):497-555.
3. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1233-41.
4. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;347(16):1227-32.
5. Nationellt kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC) [Available from: <https://statistik.incanet.se/brostcancer/>].
6. Svensk förening för bröstkirurgi (SFFB) [Available from: <https://www.sffb.se/>].
7. Gabka CJ, Maiwald G, Baumeister RG. [Expanding the indications spectrum for breast saving therapy of breast carcinoma by oncoplastic operations]. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd.* 1997;114:1224-7.
8. Kosasih S, Tayeh S, Mokbel K, Kasem A. Is oncoplastic breast conserving surgery oncologically safe? A meta-analysis of 18,103 patients. *Am J Surg.* 2020.
9. Campbell EJ, Romics L. Oncological safety and cosmetic outcomes in oncoplastic breast conservation surgery, a review of the best level of evidence literature. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2017;9:521-30.
10. Cochrane RA, Valasiadou P, Wilson AR, Al-Ghazal SK, Macmillan RD. Cosmesis and satisfaction after breast-conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised. *Br J Surg.* 2003;90(12):1505-9.
11. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, Buccimazza I, Sarfati IM. Improving Breast Cancer Surgery: A Classification and Quadrant per Quadrant Atlas for Oncoplastic Surgery. *Annals of Surgical Oncology.* 2010;17(5):1375-91.
12. Crittenden TA, Watson DI, Ratcliffe J, Griffin PA, Dean NR. Outcomes of Breast Reduction Surgery Using the BREAST-Q: A Prospective Study and Comparison with Normative Data. *Plast Reconstr Surg.* 2019;144(5):1034-44.
13. Piper ML, Esserman LJ, Sbitany H, Peled AW. Outcomes Following Oncoplastic Reduction Mammoplasty: A Systematic Review. *Ann Plast Surg.* 2016;76 Suppl 3:S222-6.
14. Gulis K, Rydén L, Bendahl PO, Svensjö T. Cosmetic Outcomes and Symmetry Comparison in Patients Undergoing Bilateral Therapeutic Mammoplasty for Breast Cancer. *World J Surg.* 2021;45(5):1433-41.

KIM GULIS, SPECIALISTLÄKARE I KIRURGI, CENTRALSJUKHUSET KRISTIANSTAD OCH DOKTORAND VID LUNDS UNIVERSITET, KIM.GULIS@MED.LU.SE



TOR SVENSJÖ, ÖVERLÄKARE I KIRURGI VID CENTRALSJUKHUSET KRISTIANSTAD

