

Reserapport från ESSO fellowship vid Royal Marsden Sjukhus i London, England

Oktober 2015 hade jag äran att bli utvald för att få ESSO (European Society for Surgical Oncology) stipendiet för 2016. Med hjälp av detta och bland andra Svensk Förening för Bröstkirurgi jobbade jag vid Royal Marsden sjukhuset i London fr.o.m september t.om. december 2016.

Royal Marsden är Stora Brittaniens största cancersjukhus med en total volym av ca 1000 fall/år. Det fungerar som en *centre of excellence* där man får NHS patienter men också ganska ofta speciella fall, *second opinions* och en utvecklad privat verksamhet. Största fördelen med det är att man kan frångå riktlinjerna och erbjuda patient anpassad behandling samt nya, *top-notch* behandlingar.

Jag jobbade exklusivt i Marsdens lokaler i centrala London, vid Chelsea. Där jobbade jag med Miss *Fiona MacNeill* som i nuläget är bland andra orförande i ABS (Association of Breast Surgeons) och *Gerald Gui*.

Royal Marsden – Bröst teamet, struktur, funktion och veckoschemat.

Varje dag har bröst teamet operationer och veckodagarna delas mellan teamets kirurger. Samma sak gäller för mottagningen.

En gång per vecka har man en stor MDT, där pre och postoperativa fall diskuteras. Onkologer, kirurger, patologer, radiologer samt bröst sjuksköterskor och forsknings personal var alltid där.

Där presenteras ålder, tumör biologi, lokalisation och storlek och for postoperativa fall, neoadjuvant eller inte, typ av operation och patologi. Rekommendationerna dokumenteras direkt av en sekretärare och, i fall att det inte finns generell överenskommelse, detta dokumenteras också och meddelas till patienten. Bröst sjuksköterskorna är mycket aktiva och har, i de flesta fall, pratat med patienten och meddelar patientens åsikter. På det sättet, diskuteras rekommendationerna från MDT med patienten inte som ett beslut, men mer som ett förslag. Det fungerade väl för läkarsamtalet på mottagningen sen, eftersom besöken var långa med mycket utrymme för frågor och diskussion. Patienterna kom till samtalet pålästa och det var förväntat att läkaren skulle kunna svara med siffror och data ifrån moderna stora studier.

Varannan vecka hade man en onkoplastisk MDT, där bröstkirurger och plastikkirurger diskuterade fallen som bröstkirurger anmälde. Patienterna var fotograferade i sex olika standardpositioner med bar överkropp, buk och lår. MDTn gällde nästan bara komplicerade fall efter mastektomin och rekonstruktion, till exempel, strålskadade hos mastektomerade patienter med implantat, *loss-of-implant*, *loss-of-flap* eller primära fall liksom palliativa operationer där man kunde inte täcka resektionsbädden, tidigare abdominell kirurgi där man kinde inte rekonstruera med DIEP osv. Samarbetet mellan verksamheterna var bra för att delningen var tydlig. Direkta fall med implantat baserad rekonstruktion tillhör kirurgen och autologa fria lambåer tillhör plastiken. Plastikkirurgi vid Royal Marsden kunde förstås erbjuda alla fria lambå tekniker, men DIEP var deras första val.

En gång per vecka hade bröstteamet en journal klubb där en viktig artikel presenterades och diskuterades. Det är någonting som jag tycker är ganska viktigt för att stimulera diskussionen och säkerställa att man inte blir statisk i bara sjukhus rutiner eller regionala/nationella riktlinjer.

Behandlingsprinciper- "The clinical approach"

Logiken i teamet är det som stämmer med moderna verkligheten, dvs att maximalistiskt kirurgi har inte fördelar förutom att operera bort psykiska stressen. Målet var alltid bröst bevarande kirurgi med någon form av onkoplastik rekonstruktion. ALLA patienter utreddes med grovnålsbiopsi och inte FNA samt mammografi och ultraljud. MRI är man inte frikostig med, pga de falskt positiva och ökning av mastektomi frekvens utan klinisk signifikans.

Neoadjuvant behandling (cytostatika, dubbel anti HER2 och endokrin behandling) var ett medel som rekommenderades ofta med den logiken för att kunna sen erbjuda *risk-anpassad kirurgi*. Tumören var markerad med ett clips (eller flera) så att responsen kunde utvärderas. Mastektomin erbjuds till patienter som kan inte få strålning, och till de som är forfarande inställda på det efter informerat samtycke. Multicentriska eller multifokala tumörer är en endast relativ indikation och kan diskuteras per fall. Samma logiken följer man med SN. Där biopsin görs efter neoadjuvant om axillen är negativ vid palpation och ulj. I fall att metastas verifieras, då markerar man metastaserade körteln med ett clips och efter neoadjuvant utför en riktad dissektion som kallas för TAD (targeted axillary dissection), där man tar bort clips körteln (index node) och gör en SNB där man vill ta bort minst 3 körtlar för att minska falskt negativa biopsier. Där går man inte vidare med utrymning om TAD är negativ.

De flesta mastektomierna behandlas med direkt rekonstruktion (ca 70%) i en seans. Implantat kirurgi utförs med fixed volym implantat och antingen ADM eller dermal sling teknik för att slippa multipla reoperationer. Ökande antal fall som är planerad för postoperativ stråling behandlas på det sättet, trots att strategin till förra året var att lämna en expander och utföra direkt-till-sen rekonstruktion. Något av intresse var att det fanns ingen consensus mellan olika kirurger angående drän och antibiotika och att det fanns kirurger som har en klar *no-drain-policy* och bara en dos antibiotika medan andra använder ett (sällan två) drän som kvarstannar till utbytet är mindre än 30ml. Patienten erhåller antibiotika under denna period. Ingen oppenbar skillnad finns enligt deras kvalitetkontroller. Autolog fri lambå kirurgi är ffa DIEP. Samma principer gäller också för risk reducerande ingrepp. Kontralateral mastektomi erbjuds ej om inte genetiska indikationer föreligger. Revisioner eller kontralaterala ingrepp för symmetri utförs av bröstkirurger med undantag av fria lambåer.

Kurser, konferenser och möte.

Under de 3 månaderna åkte jag till ESSO konferensen i Polen och presenterade några resultat från mitt första arbete i min avhandling angående nya metoder i sentinel node kirurgi. Från det mötet finns redan en detaljerad rapport från dr Linda Holmstrand Zetterlund i sffb webbsidan.

22-23 september åkte jag till ABS mötet i Glasgow. Det är ett möte fokuserat på deras registrars och nyblivna specialister där man talade ffa neoadjuvant behandling, evidens kring drän i mastektomier och pågående nationella studier. Det var ett lärorikt och inspirerande möte, för att man se

fördelarna med att bröstkirurgi är en etablerad disciplin med tradition, strukturerad utbildning och tydlig målsättning.

29-30 september var ORBS mötet i Nottingham. Första dagen var fokuserad till lokala perforant lambåer från laterala (LICAP), laterotorakala (LTAP), mediala (MTAP), och torakodorsala (TDAP) kärl. Kartläggning, anatomi, teknik och videolänk på real-time kirurgi där operatörerna svarade på våra frågor. Andra dagen handlade om olika typer av bröstreduktion (mastopexi vs mammoplasti) samt fett-modelling. Alla föreläsningarna var riktad mot teknik och tips. Anslutningen var en virtuell interaktiv MDT.

Slutsatser och personligt intryck.

Det är alltid en nöja och en utmaning att arbeta någonannanstans. Personligt, jag känner mig nöjd för att jag lyckades vara aktiv på operationer och forskning. Förutom kontakten med ett nytt system, andra rutiner och karismatiska kollegor, man lär sig att det finns mer än ett sätt och blir inte dogmatisk. Vetenskapliga nätverket som skapas är också lika viktigt, särskilt eftersom det förstärkar närvaron av svensk bröstkirurgi inom internationella organisationer liksom ESSO. Sammanfattningsvis, den var en upplevelse som jag rekommendera utan tvekan. Stort tack till Svensk Förening för Bröstkirurgi för ekonomiskt bidrag som möjliggjorde min vistelse i London.

Andreas Karakatsanis
andreas.karakatsanis@akademiska.se