

## Reseberättelse från ORBS i Nottingham 21-23 september 2015

I september i år reste vi, Linda Zetterlund och Linda Nigard, båda bröstkirurger på Södersjukhuset i Stockholm, till Nottingham i England för att delta för första gången på det årliga ORBS mötet (Oncoplastic and reconstructive breast surgery meetings). Vi reste dit med flyg till Manchester och därifrån tog vi ett regionaltåg från flygplatsen med ett tågbyte inne i Manchester och därifrån vidare till Nottingham dit vi anlände på söndagskvällen. Många tillresta från Sverige hade bytt flyg flera gånger då det inte finns några direktflyg till Nottingham, vilket vi slapp. Konferenslokalen låg inne på universitetsområdet i gröna fina omgivningarna bara ett stenkäst från hotellet som var nybyggt och mycket trevligt.

Måndagsförmiddagen ägnades åt onkoplastisk kirurgi med fokus på långtidsuppföljning och recidivrisk liksom olika strategier vid bröstbevarande kirurgi och algoritmer beroende på tumörens läge i bröstet. Tempot var högt och en hel del tekniker, både bekanta och för oss mindre kända, gick igenom. Stjälkade lambåer för lateralt belägna tumörer (LICAP) liksom stjälkade lambåer från submammarfåran för att täcka defekter i övre mediala liksom nedre mediala kvadranten visades. Nottinghamkirurgerna redovisade en lokalrecidivrisk på 3 % efter i medeltal 5 års uppföljning på ett patientmaterial bestående av 657 patienter som genomgått sektorresektion i reduktionsnitt eller med volymssubstituerande lambåkirurgi.

Eftermiddagen fortsatte med riskreducerande kirurgi och kontralateral mastektomi. Patientrelaterade riskfaktorer för kontralateral bröstcancer var ung ålder vid diagnos och familjehistoria med bröstcancer liksom BRCA-mutation men även CHEK2 och PALB2-mutation gjorde att 10-årsrisken uppgick till mellan 10-30 %. Tumörrelaterade riskfaktorer var lobulär histologi och DCIS.

Det talades om Angelina Jolie-effekten år 2013 där andelen profylaktiska ingrepp ökade kraftigt i Manchester det året både hos BRCA-bärare och hos de utan bärarskap.

För kvinnor utan genmutationer uppgår den årliga risken för kontralateral cancer till ca 0,5 % per år således 5 % risk efter 10 år och 10 % efter 20 år.

Skäl som angavs hos patienter som önskade kontralateral mastektomi var cancerrädsla, att slippa screena friska bröstet, att slippa ytterligare kemoterapi, ung ålder och önskemål om symmetri efter unilateral mastektomi med rekonstruktion. Dock kunde många patienter som initialt önskat kontralateral mastektomi efter noggrann information om risker och nytta istället välja att avstå, ff. a de med lågrisktumörer eller med komorbiditet där bröstrekonstruktion ej var lämpligt.

Fiona MacNeill, bröstkirurg i London, och en av få kvinnor som föreläste under mötet, höll en lysande föreläsning med titeln "*Bilateral mastectomy - valid or mutilation*". Hon betonade att bilateral profylaktisk mastektomi är ett riskreducerande och inte ett riskelimineringssamt att risken för att behöva genomgå ytterligare kemoterapibehandling är betydligt större till följd av indexcancer än till följd av en eventuell kontralateral bröstcancer.

Dr Carstensen från Danmark presenterade en spännande anatomisk studie om "*Bra-line perforators*" där man med ultraljud undersökt läget för perforanter i bröstets submammarfåra

stor ptotisk byst är ideala för klassiskt reduktionssnitt där tumören kan tas bort med mycket goda marginaler och patienten får ett bra funktionellt resultat. Patienter med medelstor byst eller liten ptotisk byst kan lämpa sig för klassiskt reduktionssnitt eller vertikalt reduktionssnitt. Hos vissa av dessa patienter samt hos patienter med mindre, icke ptotisk byst fungerar dock inte dessa tekniker. Då kan lokala lambåer, t ex LI-CAP, och LD-lambå användas.

**Sammanfattningsvis** var det en mycket givande konferens för två bröstkirurger med intresse för onkoplastisk och rekonstruktiv bröstkirurgi. Slående var dock dominansen av manliga föreläsare, där endast 3 av 18 föreläsare var kvinnor!