Reseberättelse

I maj 2013 deltog jag, med hjälp av ett stipendium från Svensk Förening för Bröstkirurgi, på Royal College of Surgeons kurs Specialty Skills in Breast Reconstruction del II .

Kursen hölls centralt i London, i Royal College of Surgeons fina lokaler, nära tunnelbanestationen Covent Garden, liggande på samma tunnelbanelinje som Heathrow Airport. Royal College of Surgeons har ett mindre antal hotellrum vilka är prisvärda, ligger nära allt och har en helt acceptabel standard. Rekommenderas! I den grandiosa, anrika huvudbyggnaden finns högst upp moderna kurslokaler med föreläsningssal, lokaler för patientdemonstrationer och kadaverdissektioner.

De två två-dagskurserna Specialty Skills in Breast Reconstruction del I och II hålls varje halvår och ”är fristående ” från varandra. Den andra delen av kursen rör huvudsakligen latissimus dorsi-rekonstruktioner, men även lipomodelling, mycket översiktligt bröstreduktion samt vårtrekonstruktion berördes denna gång.

Det var 19 kursdeltagare, med en någorlunda jämn fördelning av plastikkirurger och bröstkirurger, de allra flesta britter. I lärarfakulteten fanns 13 seniora bröst-eller plastikkirurger, dvs det var otroligt lärartätt. Under föreläsningarna kom ofta intressanta inlägg och synpunkter från deltagarna, men kanske ännu oftare från de andra lärarna.

Andelen primärrekonstruktioner med latissimus dorsi (LD) minskar i Storbritannien, i och med att rekonstruktioner med dermal sling liksom implantat i kombination med ADM används i allt högre utsträckning. Dock ser de flesta bröst- och plastikkirurger fortfarande LD som sitt förstahandsval vid bröstrekonstruktion. Vid en klassisk LD kombineras den kroppsegna vävnaden med ett litet runt implantat, men vid en ”extended” LD kan ett flera hundra ml stort bröst rekonstrueras utan implantat. Ytterligare volym kan tillföras postoperativt genom lipofilling i lambån.

LD-muskeln är viktig för golfspelare, klättrare, stavgångare och långfärdsskidskoåkare så för dessa patientgrupper övervägde de brittiska kollegorna alternativa rekonstruktionsmetoder. Serom vid tagstället på ryggen är en vanlig komplikation. Med quilting-suturer (2-0 PDS, 10-20 stygn 4-5 cm isär) minskar dock seromrisken vid tagstället betydligt.

På kursen förelästes anatomi relevant för operation med LD och gavs tekniktips. I smågrupper fick vi deltagare öva preoperativ utritning av LD-rekonstruktion på levande modeller och utföra operationen på lik som donerat sin kropp till forskning och utbildning. En sjukgymnast förläste träning och mobilisering efter LD.

Den andra kursdagen ägnades till stor del åt lipomodelling –att använda patientens egna fett för att återskapa volym vid bröstrekonstruktioner och korrigera defekter efter bröstbevarande kirurgi. Inom bröstonkoplastik har lipomodelling blivit mycket populärt på en kort tid, och detta trots en låg vetenskaplig evidens både avseende onkologisk säkerhet och kosmetiskt utfall på lång sikt. Nyligen publicerades NICE guidelines rörande lipomodelling, baserat på 6 fall-serier och 1 icke-randomiserad studie, totalt drygt 2000 patienter Den största studien är publicerad av Emanuel Delay med 880 ingrepp utförda mellan 1998 och 2008, och med 10 års uppföljning (Delay E et al, Aesthet Surg J 2009, 29: 360-378). Tillgängliga data indikerar inte en högre risk för recidiv. Teoretiskt kan man tänka sig att revaskularisering av det insprutade fettet sätter igång en kaskad av tillväxtfaktorer vilket skulle kunna påverka risken för recidiv, och att det insprutade fettet ger svårigheter i den radiologiska diagnostiken av ett recidiv.

Enligt NICE guidelines bör lipomodelling endast utföras av kirurger med god kunskap och erfarenhet av metoden, då resultaten i mycket hög grad påverkas av erfarenhet. För att nå optimalt resultat och minimera antalet komplikationer krävs oftast flera upprepade ingrepp, vanligen 2-4 (utvärdering 3 månader efter ingreppet).

Efter sövning infiltreras 500 ml natriumklorid med 20-30 ml Marcain-adrenalin, varefter fett skördas från buk, lårets yttersida eller flanken genom aspiration med spruta och fettsugningsnål (max 3 mm) under lågt tryck (500 mmHg). Det finfördelade fettet tvättas och centrifugeras innan det med 10-ml:s spruta och max 1,5 mm:s kanyl injiceras i bröstet i formen av ett tredimensionellt nät. Injektion av större fettpartiklar ökar risken för fettnekros, förkalkningar och oljecystor. Risken för komplikationer på tagstället (”lumps and bumps”) minskar om fettet inte skördas för nära huden.

En viss resorption av det insprutade fettet sker under de första 6 månaderna. Graden av reabsorption av fettet varierar mellan 20 och 100 %. Som regel skördas dubbel volym fett jämfört med den volym man önskar addera. Fett från buk, höfter, knän är bäst att använda, då en större andel av fettet ”tar”. Blödning bör undvikas vid skörd då blodets makrofager ”äter” fettceller.

Metoden bör undvikas hos rökare, bantare och patienter med blödningsstörningar liksom 12 månader efter strålbehandling (ännu bättre resultat om man väntar 2-3 år efter bröstcanceroperationen). Pga risken för blödnings- och infektionskomplikationer bör också ASA, NSAID och cytostatikabehandling vara utsatt inför kirurgi.

Postoperativt kan den mammografiska bedömningen försvåras av en genomgången lipomodelling. Typiskt ses fettnekroser med mikroförkalkningar vilka för ett otränat öga kan vara svåra att skilja från recidiv. Med en ökad radiologisk erfarenhet av lipofilling minskar de diagnostiska problemen.

Det kosmetiska utfallet efter lipomodelling är inte väldokumenterat, men publicerade studier tyder på att goda resultat kan uppnås; exempelvis i Delay´s studie nämnd ovan (734 bröstingrepp) resultatet av lipomodelling bedömdes baserat på klinisk undersökning, foto och patienttillfredsställelse. Resultatet bedömdes som mycket bra i 50 % av fallen, bra i 40 %, och ganska bra i 10 %.

Bröstreduktion och sektor i reduktionssnitt berördes mer kortfattat. Efter en kort teoretisk introduktion fick vi öva ritning på levande modeller (vilka alla var mycket småbröstade), och öva ingreppet på skumplast-bröst. Några matnyttiga tips tog jag dock med hem:

1. Hos kvinnor med mycket stora bröst kan mamill-areolakomplex komma för långt lateralt om man använder bröstmeridianen. Sätt nippelns mittpunkt på halva thoraxbredden!
2. Hos kvinnor med mycket tät bröstkörtelvävnad kan en medial lambå bli tekniskt svår.
3. Med medial lambå bibehålls fyllnad i bröstets övre del bäst.
4. Sensibiliteten bibehålls bättre om man undviker dissektion för nära pectoralisfascian.
5. Vid inferior lambå bibehålls hudsensibiliteten bättre.

Sammanfattningsvis var kursen mycket givande. Det kan vara bra att ha en del bakgrundskunskaper och erfarenhet av onkoplastik så att man kan ta till sig detaljer och tekniska tips på bästa sätt. Inte minst värdefullt är det kontaktnät man kan knyta på kursen. Vi har på Karolinska redan haft två av lärarna som gäster…

Återigen, ett stort tack till svensk Förening för Bröstkirurgi som gav mig möjlighet att gå kursen.

Stockholm 2013-07-04

Irma Fredriksson