

Reserapport London

Flera studier visar att bröstrekonstruktion, både omedelbar och senare, kan leda till minskat psykiskt lidande och förhöjd livskvalitet hos den bröstcancerdrabbade kvinnan. Trots detta har omfattningen av rekonstruktiv och onkoplastisk kirurgi varit generellt låg i Sverige, men varierat högggradigt emellan olika orter. I Uppsala, där jag arbetar, genomgår mindre än 5% av mastektomerade kvinnor omedelbar rekonstruktion och omfattningen av den onkoplastiska kirurgin är mycket begränsad.

Under vintern 2015 fick jag, med hjälp av bland andra Svensk Förening för Bröstkirurgi, vistas tre månader i England för att lära mig mer om detta. Jag arbetade på The Royal Marsden Hospital, anslutet till NHS och bestående av tre separata sjukhus, i centrala London, Sutton och Kingston.

I England bedrivs bröstcancer verksamheten lite annorlunda än i Sverige, och man har inte så goda överlevnadssiffror som vi. Mammografiscreening börjar vid 50 års ålder, och sker var tredje år. Många kvinnor söker själva då de upptäckt en knöl i bröstet. Neoadjuvant cytostatikabehandling är vanligare än i Sverige och den absoluta majoriteten (åtminstone vid dessa sjukhus) genomgår primär rekonstruktion vid Mx, med implantat eller lambå. Symmetriserande operation av kontralaterala bröstet utförs vid behov och ett flertal onkoplastiska tekniker används vid WLE. Ibland kunde jag tycka att det kosmetiska resultatet rentav blev viktigare än själva cancerbehandlingen, och att det var detta som avhandlades mest vid besöken.

Jag arbetade tre dagar i veckan vid sjukhuset i Sutton i södra London och två dagar på sjukhuset i centrala London. I Sutton är sjukhuset ganska litet, och har bara två operationssalar. Två heltidsarbetande och en deltidssarbetande bröstkirurg, samt deras fyra underläkare i olika stadier av sin specialistutbildning arbetar där. Dessutom fanns där två plastikkirurger med underläkare. I centrala London var sjukhuset större, med en hel del annan verksamhet och där var även bröstteamet större.

Något som imponerade storligen på mig var själva omhändertagandet av patienterna. Det var en absolut självklarhet att ha en och samma kirurg under hela vårdprocessen, både vid besök, operation och återbesök, något jag tror innebar en trygghet för patienterna och gjorde det lättare för alla inblandade. Man tittade med stora ögon på mig när jag berättade att jag ofta opererar patienter som någon annan har bedömt. Bröstsköterskorna

hade dessutom egna mottagningar och deltog aktivt i både pre- och postoperativa besök. Besöken var långa, ofta 45 min eller mer, och patienterna gavs mycket utrymme för frågor och diskussion. Ofta hade man gemensamma mottagningar, där en överläkare och ett par underläkare delade på en mottagningslista. Detta var ett effektivt system, och i synnerhet för underläkarna blev det tillfälle för frågor och kunskapsinhämtande. Mycket kraft ägnades åt den obligatoriska "consent form", som alla måste underteckna före operation och där hela den planerade processen beskrivs i detalj. Om detta kan man ha olika åsikter – som diskussionsunderlag var blanketten nog användbar eftersom allt var noga beskrivet och gick igenom rad för rad. Men det tog mycket tid, och hade ingen juridisk giltighet då patienter som eventuellt hade klagomål i efterhand bara kunde hävda att de inte förstått informationen, varpå deras underskrift saknade betydelse. Man hade ännu inte gått över helt till datoriserad journal varför mycket kraft gick åt till att kopiera, scanna och leta efter olika papper.

Det tog dock bara en vecka att få patologsvar...

MDM videokonferens med radiologer, onkologer och kirurger hölls en gång i veckan (utan patologers medverkan – endast utlåtanden fanns att tillgå). Varannan vecka var det onkoplastisk videokonferens, där alla bröst- och plastikkirurger medverkade. Till denna konferens anmäldes patienter där man av något skäl ville diskutera lämpligast operation. Patienterna anmäldes till konferensen av ansvarig överläkare, vars underläkare såg till att patienten blev fotograferad i sex olika standardpositioner med bar överkropp och buk. Dessutom förfärdigades en powerpointbild med basal data såsom namn och nummer, sjukdomshistoria inklusive rökningssanamnes, tidigare ingrepp, bh-storlek, planerad onkologisk behandling, patientens egna önskemål samt kirurgisk frågeställning. Detta var en rådgivande konferens som jag upplevde att man tillmätte stor vikt, atmosfären var öppen och intresserad och många tog upp patienter där de antingen själva önskade råd, eller där patienten begärt en samlad bedömning.

Knappt 70% av operationerna vid verifierad cancer eller in situ utgjordes av WLE och i princip alltid gjordes någon form av onkoplastik för att bevara bröstets form. Generellt sett gjordes nog **mindre** resektioner än vad åtminstone jag själv gör. Vid små bröst och små tumörer i yttre och nedre kvadranterna användes främst till exempel J-plastik, melon slice tekniker eller olika former av dough nut tekniker med liten skin reduction och omflyttning av bröstparenkymet, såsom tex Benelli eller abdominal advancement.

Vid stora bröst användes för det mesta reduktionssnitt med inverterat T, uppflyttning av MAC, samt reduktion av kontralaterala bröstet.

Vid risk reducing Mx av genbärare gjordes oftast nipple sparing Mx, varvid man skickade fryssnitt av retromamillär vävnad. Rekonstruktionen gjordes med implantat eller lambå, då oftast DIEP. Cancerpatienter som genomgick Mx fick implantat, lika ofta med ADM som med dermal sling. Om radioterapi planerades postop fick patienten oftast en expanderprotes, i annat fall fixed volume implantat.

Användningen av antibiotika var mycket utbredd, alla som inte var allergiska fick en dos flucloxacillin samt en dos gentamicin peroperativt, kirurgens händer tvättades med Bethadine liksom alla (sterila) implantat, men de flesta behöll vigselringen på under handskarna.

En del av tiden fick jag vara i Nottingham och se lambåtekniker som inte utfördes så ofta i London, tex LICAP och TDAP. Detta var mycket intressant och såg väldigt bra ut. Jag deltog också i deras återbesöksmottagningar och fick se många fantastiskt fina långtidsresultat. Dessa lambåer är klart mindre avancerade än de fria lambåteknikerna och kan utföras av bröstkirurger som tränats i det. Med hjälp av dessa tekniker kan ytterligare patienter besparas en Mx, då en större lateral eller inferior defekt kan fyllas ut med hjälp av vävnad från bröstkorgsväggen. Dessa tekniker är också mer skonsamma då de inte involverar muskel, och gör på så vis en större patientgrupp möjlig för detta.

Det är både roligt, utvecklande och ansträngande att jobba i ett annat system och på ett annat språk. Man träffar mycket trevliga människor, lär sig att det finns många sätt att göra saker på och även att vi har det ganska bra hemma i Sverige, med tex en hyfsat reglerad arbetstid. Under mina tre månader var jag inte en enda gång med om att en patient ströks på grund av tidsbrist, däremot gick vi ganska ofta ut från salen först efter åtta på kvällen.

150323

Hella Hultin
Akademiska sjukhuset, Uppsala