Reseberättelse Nottingham, England, 2 januari-25 mars 2023

Jana de Boniface, Capio S:t Görans sjukhus AB

Nottingham Breast Institute är sedan många år ett världsberömt centrum för onkoplastikkirurgi, och anordnar årligen internationella konferenser inom området (Oncoplastic and Reconstructive Breast Surgery, ORBS). Detta är främst förtjänsten av två framstående kirurger, plastikkirurgen Steven McCulley och bröstkirurgen Douglas Macmillan, som har genom åren drivit utvecklingen mot mer bröstbevarande kirurgi genom t ex användningen av reduktionsplastik eller lyfttekniker (therapeutic mammaplasty, TM) och perforantlambåer (chest wall perforator flaps, CWPF) som metoder som ytterligare breddar möjligheterna för bröstbevarande kirurgi med kosmetiskt högkvalitativa resultat. Detta har bedrivits på ett vetenskapligt underbyggt sätt med ett stort antal publikationer på onkologisk säkerhet, patienters livskvalitet och tekniska beskrivningar av operationsmetoder.

Jag hade förmånen att ta emot Douglas som gästlärare på min årliga kurs i onkoplastikkirurgi på Steningevik i maj 2022. Hans oerhört pedagogiska och generösa sätt att dela med sig väckte återigen önskan att förkovra mig mer i annorlunda onkoplastikkirurgiska tekniker, inte minst för att sedan kunna förmedla dessa till kollegor på hemmaplan, t ex på mitt eget sjukhus eller på mina kurser. Detta har varit en dröm i många år, och nu blev jag uppmuntrad av just Douglas att göra slag i saken och komma och jobba med dem. När mina två döttrars skola också ställde sig ytterst positiv till idén, och vi fick plats på en flickskola i Nottingham som kollegorna där hade rekommenderat, var det bara att förmedla till barnen att flyttlasset skulle gå direkt efter jul.

För att kunna stå med i såret och assistera räckte det inte med att registreras som observatör, så jag genomgick den enormt mödosamma (och dyra) processen att bli registrerad som kirurg i England (license to practice with specialist registration). Processen innebar att få all dokumentation översatt och godkänd (läkarlegitimation och specialistbeviset) samt att klara språkprovet både muntligt och skriftligt. Inga problem, tänkte jag, men det vart en nästa kafkaesk upplevelse att genomgå den digitala identitets- och ”antifusk”-kontrollen innan proven. Inte bara att jag fick visa hela rummet, inklusive takhörnen, bordsskivan och under bordet (!) men också mina fötter (?), ta av glasögonen, visa baksidan på öronen (turligt nog nyduschad), vända ut och in på byxfickorna och kavla upp ärmarna. Det enda jag inte behövde göra var att gapa. Efter en del tekniska svårigheter och snudd på vredesutbrott var det dock slutligen gjort. Men processen tar evigheter (det går via USA och Australien…) och jag kan varmt rekommendera att starta den tidigt och ha med sig en rejäl portion tålamod!

Väl på plats i ett litet radhus (AirBnB) nära centrum hade vi några få dagar innan barnen fick börja i skolan och jag på sjukhuset. Även om jag tyckte att alla dokument var på plats så hade NHS ytterligare krav som man inte hade meddelat innan: bevis på alla vaccinationer man någonsin hade genomgått, blodprov för hepatit och HIV, samt ett intyg från polisen i Sverige. Först när allt detta äntligen hade inkommit fick jag tvätta mig och vara med på operation. Skönt att kunna (när jag väl hade förstått vem som bokar till operation och hur man hittar till de olika sjukhus där operationerna utfördes) känna sig obunden och fritt välja vilka operationer jag ville vara med på och vilka kollegor jag ville skugga på mottagningen och konferenser. För även om NHS hade gärna sett att jag hade jobbat för fullt så hade jag bestämt att jag ville behålla min frihet och flexibilitet för att kunna se så mycket som möjligt.

Själva logistiken i Nottingham upplever jag som mer kaotiskt än här hemma, i allt från bokning till mottagningar och operation till journalföring (blandning av inskannade papper och digitala system och handskrivna ”notes”) och ansvarsfördelning. Många patienter kom upp på ett flertal konferenser och mottagningar, där ansvarig doktor först skulle leta igenom journalen fört att förstå varför patienten hade bokats på nytt. Det förekom flera gånger att man hade missat markera tumörområdet inför neoadjuvant behandling (som gavs i stor utsträckning). Targeted axillay dissection användes inte, så att patienten med klinisk körtelpositivitet opererades med axillutrymning oavsett respons på kemoterapi – vilket är intressant eftersom grannsjukhuset i Derby, där jag också var på besök, är hem till de fina randomiserade studier inom axillområdet, POSNOC och ATNEC! Andelen bröstbevarande kirurgi är hög (fast jag fick ingen exakt siffra, England har inget i närheten av våra fina register). Primär rekonstruktion görs ofta med autolog vävnad, också om patienten behöver strålas därefter. Unilateral implantatrekonstruktion var sällsynt, och de implantatrekonstruktioner jag var med på var nästan alla på BRCA-bärare. Såg även en primär rekonstruktion med en perforantlambå baserad på TDAP (plus LTAP, men det ansågs i detta fall inte vara kraftig nog) vilket var mycket imponerande. Om implantat används läggs det mest framför muskeln, men diskussionen kirurgen för med patienten avseende placeringen liknar mycket den jag känner igen hemifrån; smala patienter med lite täckning i urringningen kunde således få submuskulär placering (fast aldrig med komplett muskeltäckning, dvs man tog isf alltid av muskeln nertill och kompletterade med nät/ADM) eller också prepektoral med ett eller flera tillfällen med lipofilling därefter. Incisionen lades nästan alltid i submammarfåran, och dissektionen utfördes blint efter användning av hydrodissektion (ca 200 ml NaCl+adrenalin+lidokain i ytliga planet mha en trubbig kanyl). Mycket omsorg togs för att inte skada kärl vid bröstets begränsningar för att bevara kärlförsörjningen till hudlambåerna. Den onkologiska kvaliteten på kirurgin var oklanderlig, inget tummande med lambåernas tjocklek inte.

Vid bröstbevarande kirurgi var de vanligaste ingreppen ”simple wide local excision” dvs incision rakt över tumören, men i lite större tumörer (och allmänt på frikostiga indikationer) gjordes det antingen bilateral ”therapeutic mammaplasty (TM)” eller unilaterala perforantlambåer (chest wall perforator flap, CWPF). En aha-upplevelse avseende TM var skillnaden i teknik mellan en äkta reduktion (vävnad tas bort i rent reduktionssyfte, dvs utöver tumörresektionen) och ren TM (bara tumörområdet avlägsnas och bröstet modelleras av resterande vävnad). Vid ren TM användes mest rotationstekniker, vilka skiljer sig principiellt från min tidigare uppfattning om lambåer som kan bara komma från något av de fyra väderstrecken. Rotationen innebär ofta att hela eller halva bröstet roteras in i en defekt, vilket betyder att man behöver förlita sig antingen på laterala perforanter (som förlöper på djupet, dvs det är säkert att mobilisera huden från bröstet) eller mediala perforanter (som förlöper mycket ytligare). För en rotation kan man behöva skära igenom hela mediala och kaudala omfånget vilket i början känns läskigt, men sedan märker man (om man inte går hela vägen till fascian och håller sig från det mest mediala omfånget) att man faktiskt inte tar av några signifikanta kärl och att hela bröstet har kvar sin blodförsörjning från diverse håll. Viktigt är att då se till att perforanter vid lateralsidan (LICAP) och i främre axillvecket (LTAP, som kan skadas vid sentinel node-biopsi) inte bränns! Rotationen ger dock större flexibilitet för fyllning av udda defekter, och bröstets form blir kanske rundare än med en förskjutning av t ex en kaudal lambå. Om en äkta reduktion ska göras liknar den mer vår vanliga teknik, dvs man använder dubbla lambåer eller förlängda lambåer om tumören ligger utanför ritningen.

Perforantlambåer är jätteroliga att se och görs av kanske 5 av 8 bröstkirurger. Om det ska vara en TDAP (som är snarlik en muskelsparande LD) så brukar det vara en plastikkirurg (eller Douglas, som kan typ allt) medan LICAP, AICAP, MICAP och LTAP ingår i en bröstkirurgs arsenal. Ofta sparas inte bara en LICAP men flera sådana och därtill LTAP, och lambån fälls då in i defekten istället för att roteras in. Baseras lambån bara på LTAP så nås hela övre delen av bröstet, även lite över till medialsidan. TDAP har längst stjälk och når hela vägen till sternum men är klart svårare att lära sig att utföra. Så nu tänker jag att jag ska identifiera LTAP vid varje sentinel node-biopsi och varje LICAP! Bara för övningens skull…det är också smart att öva sig i bröstets anatomi vid en enkel mastektomi igenom att avlägsna bröstet uppifrån och ner och identifiera AICAPs och MICAP längst ner, samt LICAPs lateralt.

Jag upplevde mycket få reoperationer av icke-radikalitet (ca 5 %) eller för komplikationer. Även om NHS’ lokaler är bra nergångna så tar man mycket tid för att skölja sårhålan, tvätta om huden vid rekonstruktion, lägga förband och linda brösten (alla verkar ha sina egna metoder). Antibiotika används på tok för mycket (gärna gentamicin) och britterna älskar jodlösning. Ja, vissa assistenter eller fellows hade sina vigselringar på under enkla handskar och såg inget problem i detta, med ffa vid implantatkirurgi var hanteringen av implantat högst noga, med plasthöljen för att fösa in implantatet utan kontakt med huden, öppning av förpackningen först i sista sekunden (och då öser man först in den bruna jodsoppan) och snabb förslutning av såret. Inte ens dränet fick nudda huden!

Sammanlagt fick jag uppleva en oerhört inspirerande tid i Nottingham, lärde mig mycket kirurgisk teknik och anatomiskt tänk, och kunde bevittna Douglas’ enorma fingerfärdighet, kreativitet och omsorg som verkligen är helt enastående. Samtidigt är det lätt att nu ännu mer uppskatta vår fina logistik med alla rutiner och flödestänk, och våra moderna lokaler! Det känns som en stor gåva att få ha varit med i Douglas’ team och att nu kunna prova själv och rådfråga honom kring komplexa fall som den skickliga pedagogen han är.