

Brystkreftkirurgi innebærer vanskelige avgjørelser som bør understøttes av gode, oppdaterte nasjonale retningslinjer

Brystbevarende kirurgi – alltid riktig?

Kirurgi ved brystkreft har utviklet seg fra et mutilerende inngrep ad modum Halsted frem til et mer begrenset inngrep med mål om å bevare brystet. Halsteds operasjonsmetode ble introdusert for mer enn 100 år siden og forble den foretrukne metoden helt frem til 1970-årene. Teknikken var omfattende med fjerning av bryst, pectoralismuskulatur ned til fascienivå og radikalt lymfeknute-toalett (1). Etter hvert ble operasjonsteknikken modifisert uten å fjerne pectoralis. I 1970-årene ble brystkonserverende teknikker innført etter at fase 3-studier viste lik overlevelse forutsatt postoperativ strålebehandling mot det opererte brystet. Noen få vil likevel få tilbakefall lokalt i brystet, men ved utført mastektomi der lokalt residiv i brystet oppdages, er det ikke vist forskjell i overlevelsen (2). Tilbud om brystbevarende kirurgi anses derfor som trygt når tumorstørrelse, brystets størrelse og antatt kosmetisk resultat ligger til rette for det.

Brystbevarende kirurgi er generelt akseptert og anses som et gode for kvinnen. Antallet behandlet på denne måten økte fra 5–7 % i 1980-årene (3) til 36 % i begynnelsen av 2000-tallet (4). I dette nummer av Tidsskriftet publiseres en oversikt over brystkreftkirurgi i Norge i et 25-års perspektiv fra 1986–2009 (5). Studien viser at andelen som fikk utført brystbevarende behandling økte frem til 2005, da flertallet fikk slik behandling. Deretter registreres en fallende tendens. Hva er årsaken til reduksjon i brystbevarende inngrep de siste år? Dette vet vi ikke, men trenden i Norge ses også andre steder (6). En mulig årsak kan være en metaanalyse fra 2005 som angir at lokalt residiv er en negativ prognostikator for overlevelse (7). Denne publikasjonen, sammen med data som antyder dårligere resultater hos yngre (8), kan være medvirkende faktorer. Kvinner i dag er godt opplyst om egen sykdom og forestående behandling. For noen vil den lille økte risikoen være så problematisk å forholde seg til at de vil velge mastektomi, selv om størrelse av tumor og bryst er forenlig med brystbevarende behandling. Fokus på arvelig brystkreft og profylaktisk mastektomi der kjendiser står frem (Angelina Jolie, mai 2013), kan forsterke dette.

Vurdert etter siste OECD-rapport (2012) ligger Norge på topp i Europa i overlevelsen ved brystkreft, med femårsoverlevelse på 86,5 % (9). Den gode overlevelsen skyldes flere forhold. Effekten av screening diskuteres (10, 11). Sannsynligvis vel så viktig er bedret adjuvant behandling. Moderne brystkreftbehandling er multimodal og forutsetter tett samarbeid mellom kirurger, onkologer, patologer og radiologer for å planlegge riktig forløp for den individuelle pasient. Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG), utgått fra Norsk kirurgisk forening i 1979, har jobbet systematisk med behandlingsanbefalinger for brystkreft (12). Foreningen må honoreres som «motoren» i Norge og et forbilde for de andre tumorgruppene når det gjelder organisering og systematisk revidering av retningslinjer. De første anbefalingene ble utgitt i 1981 (Blåboka), og de er senere revidert flere ganger. De siste årene har retningslinjene blitt revidert hvert halvår.

Artikkelen til Hofvind og medarbeidere viser til dels store fylkesvise variasjoner i Norge både ved T1- og T2-svulster som ikke lett lar seg forklare (5). Andelen kvinner med større svulster (T3 (> 5 cm)) er liten. Brystkonserverende inngrep ved T3-svulster er omdiskutert og ikke anbefalt, men kan gjøres hos spesielt selekterte. Hofvind og medarbeideres funn støtter opp om å lage nasjonale retningslinjer for behandling av ulike kreftsykdommer. Slik sikrer man likebehandling

uavhengig av helseregion og bosted samt implementering av ny kunnskap til en bred gruppe klinikere. I nasjonal strategi for kreftområdet 2006–09 ble tumorgruppene invitert til å lage nasjonale retningslinjer. De første retningslinjene for brystkreft kom i 2007 (13).

Skal slike retningslinjer få innflytelse og bli brukt av klinikere, forutsetter dette at de offisielle retningslinjene via Helsedirektoratet er brukervennlige og blir jevnlig oppdatert. Denne prosessen har ikke vært ivarettatt på en god måte. Oppdaterte nasjonale retningslinjer for brystkreft er nylig publisert på nett, seks år etter de forrige (14). Disse er imidlertid ikke brukervennlige, og i motsetning til Norsk Bryst Cancer Gruppens handlingsprogram er søkefunksjonen ikke god. I revidert nasjonal kreftplan for 2013–17 (4.6. 2013) blir betydningen av nasjonale retningslinjer understreket. Her anbefales årlige revideringer. Det er å håpe at Helsedirektoratet blir tilført ressurser slik at dette faktisk lar seg gjøre. I motsatt fall vil det også i fortsettelsen bli slik at klinikere bruker de ulike tumorgruppens handlingsprogrammer og ikke Helsedirektoratets anbefalinger.

Stein H. Sundstrøm
stein.sundstrom@stolav.no

Stein H. Sundstrøm (f. 1952) er spesialist i onkologi, overlege ved St. Olavs hospital og arbeider for tiden i Helse Nord-Trøndelag ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Halsted WS. A clinical and histological study of certain adenocarcinoma of the breast: and a brief consideration of the supraclavicular operation and the results of operations for cancer of the breast from 1889 to 1898 at the John Hopkins Hospital. *Ann Surg* 1898; 28: 557–76.
- Vinh-Hung V, Verschraegen C. Breast-conserving surgery with or without radiotherapy: pooled-analysis for risks of ipsilateral breast tumor recurrence and mortality. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 115–21.
- Norum J, Wist E. Brystkreft behandlet ved Kreftavdelingen, Regionsykehuset i Tromsø 1986–94. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 3786–9.
- Sudmann Å, Skarre E, Talleraas O et al. Brystbevarende kirurgi og vaktpost-lymfeknuteprosedyre ved brystkreft i Norge 1993–2001. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 556–9.
- Hofvind S, Schlichting E, Ursin G et al. Brystkreftkirurgi i Norge 1986–2009. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1582–6.
- McGuire KP, Santillan AA, Kaur P et al. Are mastectomies on the rise? A 13-year trend analysis of the selection of mastectomy versus breast conservation therapy in 5865 patients. *Ann Surg Oncol* 2009; 16: 2682–90.
- Clarke M, Collins R, Darby S et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 366: 2087–106.
- Miles RC, Gullerud RE, Lohse CM et al. Local recurrence after breast-conserving surgery: multivariable analysis of risk factors and the impact of young age. *Ann Surg Oncol* 2012; 19: 1153–9.
- OECD. www.oecd.org/health/healthatagance/europe (6.8.2013).
- Kalager M, Haldorsen T, Bretthauer M et al. Improved breast cancer survival following introduction of an organized mammography screening program among screened and unscreened women: a population-based cohort study. *N Engl J Med* 2010; 363: 1203–10.
- Zahl PA. Overdiagnostikk av brystkreft etter 14 år med mammografiscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 132: 414–7.
- Norsk Bryst Cancer Gruppe. www.nbcg.no (6.8.2013).
- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.
- Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. 2. utg. www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/innhold (6.8.2013).