



Riktlinjer för bröstcancerkirurgi i Sverige 2009

För Svensk Förening för Bröstkirurgi: Leif Bergkvist, Roland Fernstad

Inledning

Följande riktlinjer, utgör en revision av de riktlinjer som presenterades år 2001. De är avsedda som en anvisning om vad som innebär god standard för primärt omhändertagande av bröstcancerpatienter.

Bröstcancerbehandlingen har under de senaste decennierna utvecklats till en multidisciplinär angelägenhet. Konsekvensen av detta har blivit att det ställs allt större krav på kompetensen hos behandlande läkare.

Kirurgen är i de allra flesta fall den som först kommer i kontakt med bröstcancerpatienten, och följaktligen vilar ett stort ansvar på honom/henne, vilken, förutom att denne måste behärska de senaste utvecklingslinjerna inom modern kirurgisk behandling, också måste känna till och ibland administrera adjuvant behandling.

Vårdprogram

Inom varje region har sedan länge funnits en arbetsgrupp för bröstcancer och genom deras arbete har regionala vårdprogram utvecklats, som mer eller mindre detaljerat beskriver aktuella behandlingsprinciper. Vårdprogrammen revideras fortlöpande. Eftersom grundprinciperna i vårdprogrammen var likartade, har Svenska Bröstcancergruppen, SweBCG, utarbetat nationella riktlinjer, vilka återfinns på www.swebcg.se

De lokala vårdprogrammen kan fortfarande innehålla vissa variationer gentemot det nationella beroende på pågående studier m.m. Vårdprogrammen är till för att ge patienterna en möjlighet att erhålla den för närvarande bästa kända vården. Det är viktigt att varje läkare som behandlar

bröstcancerpatienter har god kännedom om vårdprogrammets innehåll, och också motiverar eventuella avsteg från dem.

För *adjuvant behandling* hänvisas till respektive regioners vårdprogram, liksom för omhändertagandet av kvinnor med ökad risk för *ärfilig bröstcancer*.

Bröstenhet

Varje patient som får bröstcancer skall få tillgång till en kirurg med kompetens för sjukdomen. Detta har slagits fast av den brittiska föreningen för kirurgisk onkologi, B.A.S.O.(1) , och bör också vara riktmärke för svenska förhållanden.

Omhändertagandet av nya patienter med bröstcancer bör organiseras inom ramen för en särskild bröstenhet.

Till den enheten skall vara knuten specialister representerande alla de discipliner som är involverade i diagnostik och behandling, och där bör också finnas en specialintresserad och utbildad bröstsjuksköterska.

Minimikrav är tillgång till kirurg, mammografiläkare, cytolog/patolog och onkolog. Vid de flesta enheter kommer kirurgen att vara den naturlige ledaren för verksamheten, men andra organisationsformer kan förekomma lokalt. Svensk Förening för Bröstkirurgi har publicerat ackrediteringskrav för bröstkirurger på hemsidan, vilka korresponderar med de krav som formulerats av EUSOMA(2)

Till enheten bör också finnas knutet andra resurspersoner i form av sekreterare, kurator, sjukgymnast och ev. undersköterska. Dessutom skall vid behov kunna adjungeras plastikkirurg, gynekolog, psykiater eller psykolog. Bröstenheten skall ha ett nära samarbete med mammografiscreeningverksamheten.

Bröstenhet		
Kärna	Resurspersoner	Adjungerade
Kirurg	Sekreterare	Plastikkirurg
Mammografiläkare	Kurator	Gynekolog
Cytolog/patolog	Sjukgymnast	Psykiater
Onkolog	Sjuksköterska/Undersköterska	Psykolog
Bröstsjuksköterska		Patientrepresentant

Det är viktigt att tillgängligheten till bröststenheten är god och att information om hur man kommer i kontakt med enheten är välkänd bland allmänhet, inom primärvården och bland gynekologer. Kvinnor med symptom tydande på bröstcancer skall kunna nå bröststenheten direkt utan remiss.

Diagnostik

På bröststenheten tas kvinnor emot som återkallats från mammografiscreeningen eller kvinnor med bröstsymptom. I princip skiljer inte handläggningen av dessa kategorier sig åt på något väsentligt sätt, men de psykologiska förutsättningarna för besöket kan vara helt annorlunda. Patienterna med symptom har hunnit förbereda sig på att det finns en förändring i bröstet som kan vara av allvarlig natur medan många återkallade kvinnor inte delgivits denna misstanke. Personal som tränats i kommunikation ger ett bättre psykosocialt omhändertagande vilket är av betydelse för livskvalitet (3).

Patienter som söker för symptom som kan tyda på bröstcancer skall handläggas utan fördröjning och undersökningar skall i princip göras eller initieras vid första besöket.

Patienter med bröstcancer skall ha tillgång till en bröststenhet med utbildad bröstkirurg. Läkare under utbildning kan ha egna mottagningar under förutsättning att det finns nära tillgång till specialist.

Basal diagnostik omfattar klinisk undersökning, mammografi/ultraljud och finnålsbiopsi/mellannålsbiopsi. Mellannålsbiopsi skall alltid utföras när preoperativ behandling planeras för att få tillförlitlig tumörkaraktärisering. Ultraljudsledd punktion eller stereotaktisk biopsi skall kunna göras om förändringen är icke-palpabel. Utredningen kan ibland behöva kompletteras med vacuumbiopsi.

Patienterna informeras om utredningens resultat vid personligt återbesök, vilket bör ske inom en arbetsvecka. De bör uppmanas att ta med sig sin partner eller en nära vän vid besöket. Diagnosmeddelandet bör ske i närvaro av bröstsjuksköterska och i en omgivning som tillåter avskildhet.

Telefon- eller brevbesked bör inte annat än i undantagsfall ges, och då till en välinformerad patient som givit sitt samtycke därtill.

Alla patienter skall få både skriftlig och muntlig information, samt ett specificerat datum för operation som bör ligga inom tre veckor från diagnosdatum.

Diagnostik	Kvalitetsmål
Snabbt omhändertagande av misstänkt cancer	80% av patienterna skall få tid inom 1 vecka, alla inom 2 veckor. För screeningupptäckta fall bör gälla att alla skall ha tid inom 1 vecka efter upparbetningsmammografi.

<p>Diagnostisk säkerhet</p>	<p>Alla patienter bör ha tillgång till bröstspecialist.</p> <p>Mindre än 20% av patienterna skall behöva mer än 2 besök på mottagningen för att få slutdiagnos.</p> <p>Mer än 90% av patienterna med cancer skall få diagnosen före operation.</p>
-----------------------------	--

Preoperativ konferens

Vid en preoperativ konferens diskuteras diagnosresultat och behandlingsförslag. Deltagare är bröstkirurg, mammografiläkare, cytolog, bröstsjuksköterska och onkolog.

Vid konferensen sammanvägs diagnostisk information och tas beslut om ytterligare preoperativa undersökningar eller lämplig behandling. Behandlingsförslagen skall följa rekommendationer i nationella och regionala vårdprogram.

Kirurgen är huvudansvarig för att alla beslut dokumenteras och att rapportering av data sker till INCA. Avvikelser vid senare kontakter med patienten skall motiveras och dokumenteras.

Av praktiska skäl kan konferensen ibland hållas efter patientens första besök på bröststenheten.

Patienten informeras om konferensbeslut varvid planering av operation och övrig behandling sker i samförstånd.

Operation

Patienten skall få tid för operation utan fördröjning. Operationen skall utföras av bröstkirurgisk specialist, eller av annan medarbetare i teamet som tränats för uppgiften och övervakas eller assisteras av specialist. Operationen skall ske på ett standardiserat sätt enligt gällande vårdprogram. Alla förändringar som ej är palpabla bör indikeras preoperativt, och skall preparatröntgas. Preparatröntgen kan rekommenderas även för palpabla förändringar, för att bedöma marginaler och verifiera att palpationsfyndet överrensstämmer med mammografin. Preparatet bör handhas och markeras så att det underlättar orienteringen för patologen och ger möjlighet att ta vävnadsmaterial för bestämning av tumörmarkörer

Patienter med tumörer lämpliga för bröstbevarande ingrepp bör erbjudas detta. Indikationer för bröstbevarande ingrepp respektive mastektomi finns noggrant redogjort för i nationella vårdprogrammet som nås via www.swebcgc.se

Sentinel-node-biopsi är numer rutin som diagnostiskt axillingrepp. Vid klinisk misstanke om axillmetastasering preoperativt bör detta verifieras med finnålsbiopsi och axillutrymning utföras. Om inte metastasmisstanke verifieras kan sentinel-node-biopsi ändå utföras, men man bör då avlägsna palpatoriskt suspekta lymfkörtlar även om de inte har tagit upp isotop eller färg.

Sentinel-node-operationen skall utföras med fryssnittundersökning peroperativt för att bespara majoriteten av patienterna med axillmetastaser en operation i andra seans. Kompletterande axillingrepp görs vid positiv sentinel node och multifokal tumör.

Onkoplastikkirurgi och rekonstruktion. Det är av värde att det i teamet finns tillgång till kirurger med plastikkirurgiska kunskaper så att patienten kan erbjudas den bästa tekniken. Inte minst gäller det kraven på både goda marginaler och ett gott estetiskt resultat vid bröstbevarande kirurgi. Se nationella vårdprogrammet, www.swebcg.se

Kirurgi vid metastaserande sjukdom. Även kunskaper i och indikationer för palliativ kirurgi bör finnas i teamet, se vidare www.swebcg.se och ackrediteringskraven på hemsidan.

Operation	Kvalitetsmål
Snabbt omhändertagande vid cancer	>90% av alla patienter med verifierad bröstcancer skall erbjudas operation inom 3 veckor, ingen skall få vänta > 4 veckor.
Snabbt omhändertagande för diagnostisk operation	Diagnostisk operation skall erbjudas inom 2 veckor för >90% av patienterna.
Reoperation av bröstet	<10% av patienterna skall behöva reoperation pga. bristande radikalitet vid primäringreppet.

Axilloperation vid DCIS	Axillutrymning skall inte utföras vid DCIS. Vid preoperativ oklarhet om invasiv bröstcancer eller vid DCIS >20 mm grad III görs sentinel node biopsi.
Rekonstruktion	Alla patienter som genomgår mastektomi och som lämpar sig därför, bör informeras om möjligheten till omedelbar eller sen rekonstruktion.

Axilloperation i en andra seans bör ske endast i undantagsfall. Vid nedanstående tillfällen är det motiverat:

Axilloperation i andra seans	1 Cancerdiagnos först verifierad vid postoperativt PAD.
------------------------------	---

	<p>2 En förmodad DCIS visar sig innehålla invasiv komponent.</p> <p>3 Falskt negativ <i>sentinel-node</i>-biopsi på peroperativ fryssnittsundersökning.</p> <p>4 Multifokal/multicentrisk brösttumör som ej diagnostiserats preoperativt.</p>
--	---

Postoperativ period

Vårdtiden kan i det flesta fall hållas kort efter alla typer av bröstkirurgi. Många bröstingrepp kan genomföras i dagkirurgi.

Majoriteten av patienter med axillingrepp kvarstannar ofta ett dygn på sjukhus. Ur psykologisk synvinkel kan somliga patienter föredra ytterligare sjukhusvistelse eftersom sjukdomen utlöser så många reaktioner som kan behöva bearbetas tillsammans med tränad personal.

Dränering av axillen bör göras efter axillutrymning nivå I-II. Säkra belägg saknas för hur länge dränaget skall ligga kvar.

Muntlig och skriftlig information till patienten angående sårskötsel efter hemkomsten är önskvärt liksom ett nära samarbete mellan bröstsjuksköterska och sjukvårdspersonalen på avdelningen är viktigt.

Patienten skall vara informerad om vart hon skall vända sig vid eventuella problem med såret eller vid behov av kontakt av annan orsak. Muntlig och skriftlig information om lokala patientorganisationer skall delges patienterna.

Postoperativ konferens

Varje patient med bröstcancer skall bli föremål för en postoperativ konferens, där kirurg, mammografiläkare, onkolog eller onkologutbildad kirurg, patolog och bröstsjuksköterska deltar. Radiologen jämför mammografi respektive ultraljud med den morfologiska undersökningen.

Konferensen bör hållas inom 8-10 arbetsdagar efter operationen. Vid konferensen presenteras resultaten av den patologiska undersökningen, receptorstatus och eventuellt resultat från analys av ytterligare tumörmarkörer som ligger till grund för beslut om adjuvant behandling.

Behandlingsförslagen skall vara i linje med gällande regionala vårdprogram. Besluten skall dokumenteras, och avsteg från konferensbeslut motiveras i journalen. Konferensbeslutet skall delges patienten.

Bröstsjuksköterskans roll

Bröstsjuksköterskan bör vara närvarande när patienten får diagnosmeddelande och behandlingsbesked och skall närvara vid pre- och postoperativa konferenser.

Bröstsjuksköterskan skall vara lättillgänglig för allmänheten och primärvårdsläkare.

En direkt kontakt skall vara möjlig utan remisstväng.

Bröstsjuksköterskan är också en central person vid planering av mottagningsbesök och operation, och sköterskan bör samarbeta med vårdpersonalen på avdelningen för att underlätta planering av utskrivning och skötsel efter hemgång.

Bröstsjuksköterskan skall vara lätt att komma i kontakt med för patienten efter utskrivning, och kan själv sköta sårkontroller och seromtappningar och kan också med fördel ta ansvar för protesutprovning till patienter som genomgått mastektomi, och ge råd om bh, kläder mm.

Under hela processen fungerar bröstsjuksköterskan som en stöd- och kontaktperson till patienterna.

En viktig roll är också att uppfånga tidiga tecken på djupare depression hos patienten och förmedla kontakt för professionell psykologisk hjälp (kurator, psykolog etc.) om behov finns.

Ett aktivt deltagande i kliniska studier skall uppmuntras och kontaktsjuksköterskan bör också ges tillfälle till kontinuerlig vidareutbildning i form av deltagande i kurser och kongresser.

Referenser

1. BASO. Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease. Eur J Surg Oncol 2005;31:S1-S21.
2. Cataliotti, L., C. De Wolf, et al. (2007). "Guidelines on the standards for the training of specialised health professionals dealing with breast cancer." Eur J Cancer 43(4): 660-75.
3. NHMRC. The management of early breast cancer. Eastwood NSW: National Health and Medical Research Council Australia, 1995 Clinical practical guidelines
4. NHMRC. Psychosocial clinical practice guidelines. Canberra: NHMRC, 2000(NHMRC, ed.)
5. O'Higgins N, Linos D, M B-T, et al. European guidelines for quality assurance in the surgical management of mammographically detected lesions. Eur J Surg Oncol 1998 1997;24(2):96-8.

