

12 Onkoplastisk mammakirurgi

12.1 Resumé af DBCG's anbefalinger

Formål

Målet er, ved brug af onkoplastiske teknikker at tilbyde flere patienter brystbevarende behandling med et godt kosmetisk resultat.

Metode

Retningslinierne er udarbejdet på basis af en gennemgang af litteraturen. Egentlige retningslinier på området er ikke tilgængelige.

Rekommandationer

Lægefaglige:

- **Onkoplastisk mammakirurgi er med hensyn til overlevelse et ligeværdigt alternativ til mastektomi, og den lokale kontrol er som ved konventionel brystbevarende behandling. Onkoplastisk operation bør tilbydes, når det kan forventes at føre til et bedre kosmetisk resultat.**
- **Der anvendes én af tre teknikker: 1) volumen displacement, 2) volumen replacement eller 3) volumen displacement/reduktion.**
- **Sentinel node biopsi og retningslinjer for radikalitet følger de generelle re- kommandationer fra DBCG.**
- **Tumorkaviteten markeres med klips, om muligt både i bundfascien og i mammavævet.**
- **Hyppighederne af komplikationerne, sårinfektion, blødning, serom og rand- nekroser, bør nøje overvåges.**
- **Den onkologiske adjuverende efterbehandling er den samme for patienter opereret med onkoplastisk teknik, som for patienter opereret med sædvanlig lumpektomi.**
- **Indførelse af onkoplastisk mammakirurgi monitoreres nøje i DBCG's regi.**

Organisatoriske:

- **Onkoplastisk mammakirurgi bør tilbydes i et formaliseret samarbejde mellem plastikkirurgiske og mammakirurgiske afdelinger i mindst ét center pr. regi- on.**
- **Lokalt skal foreligge skriftlige retningslinier for det tværfaglige samarbejde under hensyn til de på stedet eksisterende forudsætninger.**
- **Der sikres ressourcer til, at der for patienter, hvor dette er relevant, kan udfø- res samtidigt korrigerende indgreb på kontralaterale mamma.**

12.2 Ansvarlig

Kapitlet er udarbejdet af et til formålet nedsat onkoplastisk udvalg under Kirurgisk Udvalg i DBCG.

12.3 Baggrund

Ved onkoplastisk mammakirurgi forstår DBCG en brystbevarende operationsmetode medinddragende plastikkirurgiske teknikker i tilfælde, hvor konventionel lumpektomi ville have medført et kosmetisk utilfredsstillende resultat. Forudsætningen for at et indgreb defineres som onkoplastisk mammakirurgi er, at der foretages en væv- somplacering, som indebærer yderligere incision i huden end, hvad der alene er be- stemt af tumorresektionen.

Den onkoplastiske metode indebærer enten en omplacering af residuale mammavæv (displacement), eventuelt kombineret med reduktion af væv, eller en tilførsel af ekstra væv (replacement). Metoden anvendes i stor udstrækning i de europæiske lande, men også i Australien og USA. EUSOMA arbejder på at opsætte europæiske standarder for en certificeret uddannelse indeholdende onkoplastisk mammakirurgi.

Der er søgt i Pubmed, hvor man fandt 85 referencer, der skønnes relevante. Der var heraf kun 12 originalarbejder, som beskriver udfaldet af det kirurgiske indgreb enten i termer af radikalitet eller i termer af recidiv. Største materiale indeholder 148 patienter. Dette arbejde har også den længste opfølgningstid på median 74 måneder. Ud fra disse arbejder kan man konkludere, at onkoplastisk mammakirurgi i udvalgte tilfælde kan udføres med samme onkologiske sikkerhed som lumpektomi eller mastektomi. (evidensniveau 4). Ved gennemførelse af case-control studier eller større kohortestudier, vil man kunne opnå at drage konklusioner om dette på evidensniveau 2-3.

- **Onkoplastisk mammakirurgi er med hensyn til overlevelse et ligeværdigt alternativ til mastektomi, og den lokale kontrol er som ved konventionel brystbevarende behandling. Onkoplastisk operation bør tilbydes, når det kan forventes at føre til et bedre kosmetisk resultat.**

Onkoplastisk mammakirurgi er et onkologisk ligeværdigt alternativ til mastektomi, og alle kvinder, der vil kunne opereres onkoplastisk, bør have tilbud herom. Der foreligger et mindre antal artikler med mindre patientserier, hvoraf det konkluderes, at onkoplastisk kirurgi i udvalgte tilfælde kan udføres med samme onkologiske sikkerhed som lumpektomi eller mastektomi (evidensniveau 4) (1 - 9). De generelle rekommandationer vedr. indikation og kontraindikation for brystbevarende operation følges, idet der dog ses bort fra de kontraindikationer, der udelukkende er begrundet med størrelse eller lokalisation af af tumor eller brystets størrelse og form.

- **- Der anvendes én af tre teknikker: 1) volumen displacement, 2) volumen replacement eller 3) volumen displacement/reduktion.**

De i litteraturen beskrevne rekonstruktionsteknikker (10 - 16) kan klassificeres i tre forskellige metoder:

1. Simpel tumorresektion og lokal omplacering af vævet i umiddelbar nærhed af tumorkaviteten (volumen displacement).
2. Simpel tumorresektion og opfyldning af tumorkaviteten med væv hentet fra områder i afstand fra tumorkaviteten (volumen replacement).
3. Modificeret tumorresektion, hvor der med udgangspunkt i en brystreduktionsteknik fjernes yderligere væv, og der ikke længere kan defineres en tumorkavitet (volumen displacement/reduktion).

Der kan ikke på baggrund af litteraturen angives generelle rekommandationer for, hvilken type onkoplastisk operation, der skal anvendes ved forskellige patienter. Det må i det enkelte tilfælde vurderes individuelt i forhold til tumorlokalisering, tumorstørrelse, bryststørrelse og form m.m. Operationsoplægget bør udfærdiges i fællesskab af mammakirurg og plastikkirurg og i samråd med patienten.

Øvrige operationstekniske forhold. Heller ikke på dette område er det muligt at komme med evidensbaserede rekommandationer. Rekommandationerne er fremkommet efter grundig drøftelse i udvalget.

- **Sentinel node biopsi og retningslinjer for radikalitet følger de generelle re-kommandationer fra DBCG.**

Sentinel node biopsi foretages som hovedregel sammen med den brystbevarende operation efter sædvanlige indikationer, men kan eventuelt foretages én uge før re-sektionen, såfremt specielle onkoplastiske metoder overvejes (ex. latissimus dorsi lap). Tumorresektion udføres i øvrigt efter DBCG's retningslinjer for radikalitet. Såfremt der ikke opnås radikalitet (verificeret ved mikroskopisvar) foretages reresektion, eventuelt mastektomi.

- **Tumorkaviteten markeres med klips, om muligt både i bundfascien og i mammavævet.**

Af hensyn til boost i forbindelse med den adjuverende strålebehandling markeres tumorkaviteten med røngtenpositive "klips" kl. 3,6,9 og 12, inden der foretages rekonstruktion. Såfremt bundfascien er eksponeret anbringes yderligere 4 klips. Ved metode 3 placeres 4 "klips" i det mest tumornære mammavæv samt i bundfascien kl. 3,6,9 og 12 i området under tumor.

- **Hyppighederne af komplikationerne, sårinfektion, blødning, serom og randnekroser, bør nøje overvåges.**

På baggrund af resultater fra lignende plastikkirurgiske indgreb har DBCG skøns-mæssigt fastlagt følgende maksimalt acceptable komplikationshyppigheder:

- Sårinfektion (< 2 %)
- Blødning med hæmatom (< 2 %)
- Serom (5 %)
- Randnekroser ved anvendelse af stilkede lapper (5 %).

Man bør inddrage i overvejelserne omkring indikationsstillingen, at komplikationsfre-kvensen stiger ved rygning. Da der altså ikke er evidensgrundlag for anbefalingerne, vil området blive nøje overvåget i DBCG.

- **Den onkologiske adjuverende efterbehandling er den samme for patienter opereret med onkoplastisk teknik, som for patienter opereret med sædvanlig lumpektomi.**

Der er beskrevet, at forekomst af recidiv efter onkoplastisk kirurgi og efterfølgende adjuverende behandling er af samme størrelsesorden som efter lumpektomi. Denne rekommandation er forankret hos DBCG's medicinske og stråleterapeutiske udvalg (evidensniveau 4) (4). I mindst et center for onkoplastisk kirurgi pr. region bør der være etableret et tæt samarbejde med en onkologisk afdelings brystkræft-strålespecialist.

- **Indførelse af onkoplastisk mammakirurgi monitoreres nøje i DBCG's regi.**

På grund af den meget begrænsede evidens, der findes for at indføre onkoplastisk kirurgi, er det vigtigt at dette gøres under kontrollerede former. Et sådant kohortestu-die i DBCG's regi vil kunne opnå en sådan størrelse, at fremtidige rekommandationer vil kunne baseres på evidensniveau 2.

Da den onkoplastiske mammakirurgi fordrer et nært samarbejde imellem mammakirurger og plastikkirurger, har Kirurgisk Udvalg under DBCG fundet det relevantt at inddrage organisatoriske spørgsmål i rekommandationerne:

- **Onkoplastisk mammakirurgi bør tilbydes i et formaliseret samarbejde mellem plastikkirurgiske og mammakirurgiske afdelinger i mindst ét center pr. region.**

På lederplads og i review-artikler anbefaler ledende kirurger og plastikkirurger, at området udvikles gennem et tværfagligt virke (evidensniveau 5) (17 - 20). Opgavefordelingen skal udvikles i et tæt samarbejde mellem mammakirurgi og plastikkirurgi på en sådan måde, at det tilgodeses, at specialisniveaue i forhold til behandling, pleje, kontrol, uddannelse, udvikling, kvalitetssikring og forskning kan opretholdes.

- **Lokalt skal foreligge skriftlige retningslinier for det tværfaglige samarbejde under hensyn til de på stedet eksisterende forudsætninger.**

Denne rekommandation er ikke hentet fra litteraturen, men ligger i tråd med dansk tradition for tværfagligt samarbejde. Implicit i anbefalingen ligger, at der bør gennemføres fælles forambulant undersøgelse og visitering af de patienter, der er velegnet til onkoplastisk mammakirurgi. At den onkoplastiske operation er en fælles operation med patienten indlagt på den afdeling, hvor kontrollen i den postoperative periode er mest hensigtsmæssig. Mammakirurgen er overordnet ansvarlig for den diagnostiske udredning, den ablative del af indgrebet, opfølgende cancerkontrol, herunder visitation til onkologisk afdeling samt for indberetning til DBCG. Plastikkirurgen er overordnet ansvarlig for det rekonstruktive indgreb og den efterfølgende kirurgiske kontrol (evidensniveau 5).

- **Der sikres ressourcer til, at der for patienter, hvor dette er relevant, kan udføres samtidigt korrigerende indgreb på kontralaterale mamma.**

Det angives i litteraturen, at et behov for samtidigt bilateralt indgreb for at opnå symmetri ofte er til stede, og det synes urimeligt, at patienten i så fald skal behøve opereres i to seancer (evidensniveau 5). (2)

Referencer:

1. Peyser PM, Abel JA, Straker VF et al: Ultra-conservative skin-sparing 'keyhole' mastectomy and immediate breast and areola reconstruction. *Ann R Coll Surg Engl.* 2000 ;82:227-35.
2. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B et al: Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg.* 2003; 237:26-34.
3. Achard E, Salmon RJ.: [Reduction mammoplasty in breast cancers of the lower quadrants] *Bull Cancer.* 2007 1;94:225-8
4. Rietjens M, Urban CA, Rey PC et al: Long-term oncological results of breast conservative treatment with oncoplastic surgery. *Breast.* 2007;16:387-95.
5. Fitzal F, Nehrer G, Hoch D et al: An oncoplastic procedure for central and medio-cranial breast cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2007;33:1158-63.
6. Huemer GM, Schrenk P, Moser F et al: Oncoplastic techniques allow breast-conserving treatment in centrally located breast cancers. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120:390-8.
7. Losken A, Styblo TM, Carlson GW et al: Management algorithm and outcome evaluation of partial mastectomy defects treated using reduction or mastopexy techniques. *Ann Plast Surg.* 2007 ;59:235-42.
8. Caruso F, Catanuto G, De Meo L et al: Outcomes of bilateral mammoplasty for early stage breast cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2008;34:1143-7.
9. Faure C, Escalon J, Brémond A et al: [Oncoplastic technics with nipple-areolar complex resection for the treatment of central breast cancers] *Ann Chir Plast Esthet.* 2008 ;53:112-23.

10. Gabka CJ, Bohmert H. Future prospects for reconstructive surgery in breast cancer. *Semin Surg Oncol.* 1996;12:67-75.
11. Rainsbury RM: Breast-sparing reconstruction with latissimus dorsi miniflaps. *Eur J Surg Oncol.* 2002 ;28:891-5.
12. Gendy RK, Able JA, Rainsbury RM. Impact of skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction and breast-sparing reconstruction with miniflaps on the outcomes of oncoplastic breast surgery. *Br J Surg.* 2003 ;90:433-9
13. Schoeller T, Huemer GM.: Immediate reconstruction of the nipple/areola complex in oncoplastic surgery after central quadrantectomy. *Ann Plast Surg.* 2006;57:611-5.
14. Vallejo da Silva A, Destro C, Torres W.: Oncoplastic surgery of the breast: rationale and experience of 30 cases. *Breast.* 2007;16:411-9.
15. Franceschini G, Terribile D, Magno S et al: Conservative treatment of the central breast cancer with nipple-areolar resection: an alternative oncoplastic technique. *G Chir.* 2008;29:23-7.
16. Galimberti V, Zurrida S Zanini V et al.: Central small size breast cancer: How to overcome the problem of nipple and areola involvement. *Eur J. cancer* 1993; 29A:1093-96.
17. Azuar P: Oncoplastic surgery in breast cancer: indications and results] *Presse Med.*2007;36:341-56
18. Interface Group in Breast Surgery, Baidam A, Bishop H, Boland G et al: Oncoplastic breast surgery--a guide to good practice. Association of Breast Surgery at BASO; Association of Breast Surgery at BAPRAS; Training, *Eur J Surg Oncol.* 2007;33 Suppl 1:S1-23.
19. Christiansen P, Kroman N, Elberg JJ, [Surgical treatment of breast cancer]. *Ugeskr Laeger.* 2007 3;169:2988-9
20. Malycha PL, Gough IR, Margaritoni M et al: Oncoplastic breast surgery: a global perspective on practice, availability, and training. *World J Surg.* 2008;32:2570-7