

# Rapport fra Clinical observership ved Memorial Sloan Kettering Cancer Center april 2011.

Ellen Schlichting og Turid Aas

*Vi var så heldige å få stipend fra Foreningen for bryst og endokrinkirurgi for å reise til Memorial Sloan Kettering Cancer Center for å se på diagnostikk og kirurgisk behandling av brystkreft. Vi har laget en rapport om oppholdet vårt der, hva vi lærte som nytt og vil ta med oss hjem.*

## **Litt om MSKCC.**

MSKCC er et privat kreftsykehus og de behandler ca 2500 nye brystkreftpasienter årlig, de fleste fra NY city. Det er 9 brystkreftkirurger knyttet til senteret. Sjef for brystkreftkirurgien på senteret er Monica Morrow.



*Utenfor inngangen til Evelyn Lauder Breast Cancer Center. Det var egentlig forbud mot fotografering, men vi dristet oss til det likevel*

## **Hva forventet vi å få se og lære**

Våre forventninger til oppholdet var at vi skulle få se hvordan de organiserte utredning og behandling av brystkreft, samt deres metodikk vedrørende de tema som diskuteres mest i det kirurgiske miljøet i dag: sentinel node og betydning av positiv SN, onkoplastisk kirurgi/ primære rekonstruksjoner, kontralateral mastektomi, IORT. I tillegg ønsket vi også å være med på faglige møter. Før vi reiste sendte vi blant flere påkrevde dokumenter også et brev om våre forventninger til oppholdet.

## **Organisering og diagnostikk**

De fleste pasientene som kom til senteret kom pga billedfunn for å få tatt biopsi. Dette ble gjort ultralydveiledet i samarbeid med radiolog, og pasientene ble også

undersøkt og informert av kirurg, slik at de fikk disse undersøkelsene samme dag. Det ble kun brukt sylindربیopsi, og resultatet var klart etter ca 2 dager. For pasienter med cancersuspekterte bilder og /eller klinikk, ble det informert om at det sannsynligvis var cancer og pasientene ble tilringt når svaret forelå, ved behov fikk de også komme tilbake for mer informasjon etter dette. Allerede på konsultasjonsdagen hadde kirurgen planlagt en tentativ operasjonsdag, ca 2 uker senere. Evt fikk de også en konsultasjon hos plastikk-kirurg, dersom det var aktuelt med primær rekonstruksjon.

Alle biopsier ble tatt ultralydveiledet av radiolog, men ultralyd av axillen var ikke rutine hos brystkreftpasientene preoperativt.

Tverrfaglige møter hvor pasientkasus ble diskutert hadde de ikke; alle beslutninger om diagnose og videre opplegg ble tatt av den kirurgen som hadde hatt pasienten til konsultasjon. Det var for mange pasienter til at de kunne organisere multidisiplinære møter for alle nye cancerpasienter (ca. 2500 per år).

Kirurgien foregikk på dagkirurgisk avdeling, men evt overnattet pasientene i avdelingen dersom dette var nødvendig.

Alle pasientene underskrev et informert samtykke før inngrepet vedr evt komplikasjoner som kunne oppstå osv.

Etterkontroll var ca. 2 uker etter operasjonen og da var all histologi klar. Ved denne kontrollen fikk de tidspunkt for konsultasjon hos onkolog, men det var ikke på samme dag.

### **Kirurgisk behandling**

Et av de temaene vi var mest spent på, var behandlingen av axillen, spesielt ved positiv SN. Her la de til grunn resultatene fra "The American College of Surgeons Oncology Group Z0011 trial", og dette var avdelingens metode; pasienter som ønsket annen behandling måtte søke annet sykehus. Selv om den siste publikasjonen kom nå i februar, så hadde sykehuset allerede fra juli i fjor tatt konsekvensen av sine egne data og utelatt aksilletoilette i henhold til studiens design. Dette betydde at de ved BCS hos pas med klinisk negativ axille, hvor det ble gitt tradisjonell ekstern RT, ble det ved opp til 3 positive SN ikke gjort axilledisseksjon. Størrelsen på metastasene var ikke med i betraktning. Det ble ikke brukt frysesenitt, evt en reoperasjon om histologien skulle vise pos SN i mer enn 3 lymfeknuter, men dette ble meget sjelden nødvendig. Ved ablatio ble det sendt frysesenitt og gjort axilledisseksjon ved positiv SN slik vi praktiserer det i Norge.

Det ble brukt lite IORT, kanskje en pas pr mnd, en av grunnene til det var at man da ikke hadde evidens for å unnlate AD ved pos SN.

Ca 2/ 3 av pasientene fikk gjort BCS, men andelen som ønsket ablatio og helst også kontralateral ablatio var økende. Avdelingen så på dette som et problem. De informerte godt og gjerne i to seanser om at dette ikke var indisert eller ga noen overlevelsesgevinst, men gjorde det dersom pasienten ikke lot seg overtale til noe annet. Dette var et privat sykehus og pasientene hadde helseforsikring som dekket dette store inngrepet.

Primær rekonstruksjon med protese ble gjort, vi så flere de dagene vi var der. Her var opplegget at kirurgene gjorde subcutan mastektomi med fjerning av areolakompleks samt axillekirurgi (sentinel node) og deretter gjorde plastikk-kirurg protesekirurgien. Det var ikke snakk om at brystkreftkirurgene ville gjøre proteseinnleggingen, de mente dette var riktig at plastikk-kirurgene utførte. Brystkirurgene forlot operasjonsstuen og pasienten lå fortsatt i narkose og ventet til plastikkirurgene kom og gjorde sin del av inngrepet. Plastikkirurgene hadde ikke tegnet opp noe på pasienten før brystkirurgene gjorde sin del av inngrepet. En forskjell fra postoperativ behandling i forhold til her, var at postoperativ strålebehandling etter ablatio kun ble gitt ved 4 eller flere positive lymfeknuter, slik at få pasienter måtte få strålebehandling etter primær rekonstruksjon.

Onkoplastiske prosedyrer ved BCS var lite brukt. Vi så ingen slike inngrep de dagene vi var der., og på spørsmål fikk vi svar om at dette svært sjelden var nødvendig.

Ved BCS ble det brukt kantbiopsier hvor ytterkanten ble markert med klips. Dersom det ikke var "tumor on ink" var reseksjonen OK. Det var uenighet blant kirurgene om nødvendigheten av kantbiopsier.

Svartid på sentinel node var ca. 30 minutter, men kunne ta lengre tid. Operasjonene startet ca. kl. 8 om morgenen og de kunne holde på til kl. 20 om kvelden. Brystkirurgene opplevde at operasjonsdagene nå var blitt kortere fordi det var mindre behov for å gjøre aksilletoilette som følge av ovennevnte studieresultat. Skiftetidene mellom operasjonene var ikke kortere enn hva vi er vant med på Haukeland og Ullevål-OUS. De praktiserte "safe surgery" og ved oppstart av hver operasjon var det en "time out" hvor kirurgen måtte redegjøre for alle tilstedeværende på operasjonsstuen navn på pasienten, hva som skulle gjøres og på hvilken side samt evt. andre viktige beskjeder. Alle operasjoner ble gjennomført av to brystkirurger, hvorav en var overlege og en assistentlege. Det var stor respekt og ydmykhet i forhold til overlegene og mange av disse var kvinner. Tross to leger ved hver operasjon opplevde vi at det ved en operasjon ble sendt fem sentinel nodes og svar på frysesnitt var 2 eller 3 SN, resten var normalt brystvev. Så selv med stort volum per kirurg og lang erfaring så viste det seg at påvisning av SN ikke alltid er så lett. I hovedsak benyttet de både radioaktivitet og blåfarge. Ved to av operasjonene vi så, var det ikke opptak i SN på lymfoscintigrafi. De brukte samme probe som mange norske sykehus har (Neoprobe). Det var videokamera koblet til lampehåndtaket og det var to tre store videoskjermer på hver operasjonsstue som gjorde det lett å følge med på operasjonene. I tillegg var det en stor skjerm hvor alle kontinuerlig kunne følge puls, blodtrykk, EKG, tidspunkt for når pasienten ankom operasjonsstua, operasjonen startet, SN sendt av gårde osv. Svar på frysesnitt kom både per telefon og direkte inn på denne skjermen.

## **Faglige møter**

Vi var satt opp til å være med på faglige møter ved brystkreftavdelingen, ved gastroavdelingen (generell kirurgi) og ved den onkologiske delen av brystkreftbehandling. Ved brystkreftavdelingen var det kun faglige foredrag, det var ingen kasuistikker diskutert. Ved gastroavdelingen var det en fin seanse hvor to yngre medarbeidere hadde fått i oppgave å debattere for og imot radikal behandling av rectumcancer. Dette var en flott møteform som sikkert gir god trening i å holde foredrag og besvare kritiske spørsmål.

De faglige møtene startet kl 7 om morgenen, med servering av bagels, kaffe og juice for de som ønsket. Det var ut fra vår bedømmelse, godt oppmøte.

## **Hva lærte vi, kan vi anbefale andre å reise hit?**

Det viktigste vi lærte var vel at vi stort sett har oppdaterte og gode anbefalinger/ retningslinjer for brystkreftkirurgi i Norge. Logistikken med ventetidene for kirurgi og etterkontroll var gode, og er noe å etterstrebe, samt at pasientene allerede ved kirurgitidspunkt hadde en time ikke bare hos kirurg for etterkontroll, men også hos onkolog.

Videre var axillebehandlingen lærerik, man mente at det ikke ville komme bedre studier enn The American College of Surgeons Oncology Group Z0011 trial, og at man derfor trygt kunne unnlate AD ved positiv SN i de settinger som nevnt ovenfor. Dette er noe som vil bli diskutert i nær framtid også hos oss.

Det er mange utfordringer ved å komme som hospitant på en så stor avdeling. Vi hadde fått en "schedule", men mye var overlatt til oss selv, også å komme i kontakt med den kirurgen vi skulle observere på operasjonsstuen. I tillegg var det en utfordring å finne fram til de riktige stedene vi skulle være, og vi var glad for å være to. Operasjonene foregikk i en helt annen bygning, noen kvartaler unna der brystsenteret var.

Vi tror vel ikke man vil ha så stort utbytte av å reise til et såpass stort ukjent sykehus alene, iallfall ikke dersom man ikke har en spesiell kollega man kjenner eller har opprettet personlig kontakt med.

Det er også en viktig lærdom at vi er helt på høyden med amerikanske sykehus når det gjelder brystkreftbehandling.

Det var stort fokus på sikkerhet overalt og vi måtte gjennom et databasert kurs i pasientsikkerhet og taushetsplikt. Vi fikk ikke komme inn på operasjonsstuene før pasienten lå i narkose og vi fikk ikke ta bilder. Selv utenfor sykehusbygningen fikk vi påtale fra en sikkerhetsvakt da vi tok bilder selv om det ikke var noen mennesker på disse bildene. Det var vanskelig å bli del av brystkreftkirurgenes hverdag utenom operasjonsstuene pga alle disse sikkerhetstiltakene.

Ved slutten av vårt opphold skulle mange av kirurgene reise til Washington for å delta i den årlige brystkreftkirurgkongressen. Kongressavgiften var 850 dollar. Brystkreftkirurgene anbefalte denne kongressen framfor ASCO og San Antonio. Vi så av programmet at det der skulle være flere "How to do it" sesjoner med praktisk

opplæring. Vi har tenkt å melde oss inn i denne foreningen og kan opplyse mer om dette senere på hjemmesiden.

### **Ellers...**

Som mange har erfart, er NY en flott by, og på ettermiddagene er det mange ting å få med seg. Shopping, selvfølgelig, Sightseeing, musical på Broadway, opera på Metropolitan... Vi var også så heldige at siste søndagen vi var der, ble det arrangert et sykkeløp, 72 km, dette gikk over hele NY med sine fem bydeler Manhattan, Harlem, Bronx, Brooklyn, Staten Island. Byen viste seg fra sin aller beste side med sol, vindstille og vårblomstring, og sammen med 32 000 andre deltok vi før vi begynte å forberede hjemturen.



*Bilde av syklisterne vel i mål*

Hilsen

Ellen og Turid

Link til hjemmesiden for brystkirurgi ved MSKCC

<http://www.mskcc.org/mskcc/html/293.cfm>