

Inntrykk fra

## **European Society of Surgical Oncology's 34 kongress. (ESSO 34) Liverpool 29. 31. oktober 2014.**

*Roald Jarl Guleng, overlege, Seksjon for bryst- og endokrin kirurgi, Sykehuset Østfold, Fredrikstad.*

For første gang dro jeg til en ESSO- kongress. Vi var 895 deltakere fra hele verden, bl.a. 65 fra Indonesia, bare 4 fra Norge.

Det tre dagene hadde program langs seks spor, uten parallelle sesjoner innen fagområdene: Brystkreft, Colorectal, øsofagogastrisk, hepatobiliær og pancreatisk, gyn/ uro og paritoneum, samt sjeldne cancertyper. Brystkreft fikk selveste stor- auditoriet, og et par hundre deltakere hadde svært god plass der.



*The Arena and  
Convention Centre  
(ACC), Liverpool*

Noen glimt:

### **R.A. Audioso, UK: Over and undertreatment in elderly breast cancer patients.**

84% av pas over 60 år er ER pos og kan gis endokrin behandling. I nord- England er det kun 26,5% av pasientene over 85 år som opereres, de andre får endokrin behandling, men det er store regionale forskjeller. Hos pasienter over 90 så man ingen forskjell i overlevelse mellom operativ og medikamentell behandling. Bruk av strålebehandling varierte også mye i UK. det er ikke gjort randomiserte studier for denne pasientgruppen. Retrospektive studier viste ingen overlevelsesevinst ved å gjøre kompletterende axilledisseksjon ved pos SNB hos gamle (>85?) pasienter.

Hovedbudskapet var likevel: Nesten alle meget gamle pasienter kan opereres. Gi god informasjon, og fritt valg.

**Martine Piccard, Belgia. Medical Oncology.** Mange pasienter som ville vært helbredet med kirurgi og XRT gis unødvendig kjemoterapi, overbehandling er en utfordring som ikke er løst. Man kan ennå ikke identifisere hvilke pasienter som ikke trenger denne behandlingen. Det trengs større presisjon i diagnostikk og medikasjon. Genekspressjons- profilering er fortsatt til liten praktisk hjelp for å velge riktig behandling. HER-2 diagnostikk og Herceptin-behandling er et eksempel på presisjon i diagnostikk og behandling, men selv her er det en falsk negativ rate ved HER-2 testing på 5 – 10%, og falsk pos rate på opptil 15%. I tillegg kommer at av de HER-2 positive er det en stor andel som ikke responderer, opp mot 50%. Ett fremskritt i horisonten er molekylær billediagnostikk: FDG PET scan kan vise metastaser som sees eller ikke sees ved HER-2 PET. Hvis de ikke sees ved HER-2 PET, kan Herceptin utelates.

Ett hovedbudskap fra denne kjente onkologen var at man i vår æra av høyteknologi ikke må glemme mennesket som har sykdommen. ”Personalised medicine is much more than biologic personalised therapy”.

**Gill Lawrence, UK: The UK perspective.** 54 millioner briter er registrert i nasjonale medisinske databaser. Rutinemessig samles sett av data for all cancer, og man har ”A treasure Trove” av informasjon om pasienten, tumor, behandlingen og forløpet/ resultatet. BCCOM gir tilgang til klinikere, mer info om dette kan fås på [www.wmciu.nhs.uk](http://www.wmciu.nhs.uk).



*"The three graces" ved havnen, monumenter over Liverpools storhetstid.  
Lord Birkenhead i 1924: "Liverpool..... incomparable the greatest city in the British Empire".*

**PROFFERED PAPER SESSIONS** gir taleren 7 minutter, ett av disse lyn-foredragene synes jeg var særlig interessant:

**E.Esposito, Italia: Is metabolic syndrome (MS) breast cancer link relatable to specific molecular subtype?** Forskergruppens prosjekt pågår ennå, men en kan allerede svare ja, det ser slik ut. Svulstene assosiert med MS er stort sett ER+, pæreform assosiert med Luminal B, de andre med høy BMI osv med LuminalA. MS assosiert brystkreft utvikler endokrin resistens tidligere. Hun hevdet at 2/3 av brystkrefttilfellene kunne forebygges med

livsstilsendringer, men gikk ikke inn på om dette ville omfattet reproduksjons og fertilitetsforhold, det jo ikke er så enkelt å påvirke.

**G. Vugst. Repeat SNB in recurrent breast cancer.** E. Rutgers var medforfatter. Nasjonalt multisenterstudie, 484 pasienter. Deteksjonsrate ved gjentatt SNB etter lokalt recidiv var 55,8%. Best deteksjonsrate ble det når det ble gitt høyere dose med radioaktivt nanoocoll, og det ble satt peritumoralt eller intradermalt periareolært, dårligst når det ble satt sub- areolært. Budskap: ”Do it!”.

*Spørsmål: Hva med falske negative SNB? Svar: En liten serie med kompletterende ALND viste metastase hos 2/29, altså akseptabelt.*

**S. Tsunekawa, Japan: Lymphatic Imaging with Non—radioactive Fluorescent tracers.** 25 pasienter med arm- lymfødeme ble gitt en spesiell undervisning: Indocyanin- grønt ble injisert, og lymfebanene på armen fremstilt, pasienten fikk selv se bildene. Hun fikk se området der flow stoppet opp i et spindelnev- mønster eller diffust mønster, og hvordan hun kunne påvirke flow ved lette strykninger, og hvilken stryke- retning som virket best. Når hun knyttet og åpnet hånden kunne det sees at flow økte. Nødvendigheten av kompresjons- strømpe ble også demonstrert visuelt. Dette var for å undervise og motivere pasientene til egen- behandling av lymfødeme.

\*\*\*\*\*

**F. Mac Neill, UK: Standard setting in breast surgery training. Harmonisation across Europe?**

EUSOMA kom i 2010 med en standard av krav for å bli spesialist i brystkirurgi, og siden har 200 kirurger fra 14 land forsøkt seg på eksamen. 75 besto, og er nå brystkirurger som er akkreditert av ESSO og EUSOMA, men ikke offisielt av GMC, UK. Kravene er ganske høye, eksamen tar en hel dag, er både skriftlig og muntlig. Fra 2014 er Brystkirurgi en egen spesialitet under European Board of Surgical Qualification (EBSQ) på linje med colorectal, generell, HPB, endokrin og trauma.

**Prof. Suzanne Klimberg, USA: Axillary reverse mapping for the prevention of lymphoedema.**

Heller ikke etter SNB er lymfødeme en sjeldenhet, det sees hos opptil 24% etter 60 mnd.. Hun har derfor startet med ”Split mapping”, der blåfargen injiseres subcutant på innsiden av overarmen like nedenfor axilllen, og den radioaktive tracer kun injiseres i brystet. Slik kan man bevare arm- lymfeknutene, og der en lymfeknute både er ”Hot” and ”Blue”, fjerner man den, men reapprosimerer den afferente og efferente lymfebanen, som da vil finne veien selv. Ingen av de som fikk denne behandlingen fikk lymfødeme, men jeg fikk ikke med meg det totale pasientantallet.

Hun konkluderte: ”It is feasible, safe, effective. Don’t replace axillary surgery with radiotherapy. Don’t stop doing axillary surgery. Do *better* axillary surgery!”

**D. Rainsbury, UK: How to reduce re- excision rates after breast cancer surgery.**

Re- eksisjons- rater varierer i UK fra 18% til 49%, høyere for DCIS.

Etter preoperativ merking med tråd sees positive marginer hos 21- 42%.

Nyere preoperative markerings- metoder: Lovende, men ikke ennå full- dokumentert: Radioactive seeds, og magnetic tracers.

Intraoperativ evaluering med UL og frysesnitt: (Surgery 2014;156:190-7) Brukt av Rainsbury og Mayo- klinikken, de har en re- eksisjonsrate på hhv. 2,2 og 3,6%

- Intraoperativ ultralyd. (IOUS). Reduserte reeksisjon fra 17 til 3% ved palpable tumores. Frysesnitt og imprint: Reduksjon fra 35 til 10%.
- Digital billedtagning av preparatet, rapportert et fall fra 19 til 6% reeksisjoner.
- Radiofrekvens- spektroskopi. Margin- probe: 50% reduksjon av re- eksisjoner.

Preoperativ planlegging: Online nomogram er laget: "Breastconservation!"  
[www.breastconservation.com](http://www.breastconservation.com).

Sum: Preoperativ merking: Radioguided, og magnetic. Lovende.

Peroperativt: Frysesnitt og IOUS. Nytt og lovende: "Margin probe".

"Identify high risk cases for local relapse, plan accordingly." Se nettadressen over.



*Kings dock. En av flere. De var fullsatt av skip i storhetstiden.*

## **FAMILIAL BREAST CANCER.**

### **L. Walker, UK. Genetics for breast surgeons.**

Bare 5 – 10% er arvelige. Det er viktig å spørre etter andre cancertyper enn brystkreft og eggstokk- kreft i familien.

BRCA 2 mutasjoner øker risikoen for brystkreft hos menn, prostatacancer, pancreascancer og muligens malignt melanom.

Li Fraumeini (P53 – mutasjon)- meget sjeldent, gir økt risiko for mange forskjellige cancertyper: Sarcom, Brustkreft, Leukemi, Adrenal ("SBLA").

Cowdens syndrom (Bryst 20%, Thyreoidea,10%, nyrer, hud, endometrium, benigne, lipomer, makrocefali, slimhinnepapillomer).

Aller er autosomalt dominante.

**K. Sandelin. Risk reducing mastectomy- long term oncological and quality of life issues.**

Risikoreduserende mastektomi senker risikoen for brystkreft hos pasienter med BRCA mutasjoner med 95%. Ooforectomi alene reduserer risikoen for brystkreft med ca. 50%, selv om de fleste tumores forårsaket av BRCA 1 mutasjon er trippel negative. Brystvorten kan bevares, men sensibiliteten bevares ikke. Høy satisfaction rate, tross "feeling different, looking different."

**G. Evans UK. Strategies for breast cancer prevention in high risk women.**

SERMS: Raloxifen, Tamoxifen, i 5 år. Reduserer risikoen med 30- 40%. TAM synes å redusere risiken også hos BRCA1 pasienter.

Vektreduksjon hos overvektige premeopausale hjelper , hvis >5% reduksjon, RR 0,61.

Mosjon likeså, ca. 30% risk reduksjon. (Interessant, men her gikk det litt fort, og jeg tror ikke han ga noen referanser/dokumentasjon).

*Diskusjon:*

*Raainsbury til Sandelin: Etter risikoreduserende operasjoner -hva med pasient- tilfredsheten over lengre tid? Det er ikke publisert gode data om dette, der implantater og autolog rekonstruksjon sammenlignes.*

- *Ung pasient som er HER-2 positiv?- Tenk på muligheten av P53 mutasjon. Noen av dem har ikke andre cancere, tross mutasjon.*

**O. Gatilini, Italy: Local recurrence after breast conservation- is mastectomy always needed?**

I dag er anbefalingen "ja". Men han presenterte resultater som viste at for pasienter med liten risiko for nytt lokalt recidiv, dvs. recidivtumor mindre enn 2 cm., og kommet mer enn 48 måneder etter operasjonen, kan ny brystkonserverende kirurgi være et valg, med LR rater på 5,6% og 7,2% etter henholdsvis fem og ti år. Disse hadde fått brachyterapi i tillegg til kirurgi.

Konklusjon:

Re- BCT kan vurderes der tumor er liten og risiko for LR er liten.

Re- bestråling (ELIOT) gis intraoperativt, slik at huden og pectoralis skånes.

Brachyterapi et alternativ til XRT.

Det kosmetiske resultat er ikke alltid godt, og inngrepet må gjøres enkelt, med tanke på sirkulasjonen.

**R. Young, UK Angiosarcoma after breast cancer surgery.**

En raritet, utgjør bare 0,4% av bløtdelssarcomene. Sekundære angiosarcomer sees ved kronisk lymfødeme og etter XRT. Rødspettede, småklumpede partier i huden.

Beh: Vid reseksjon og XRT. Ved metastatisk sykdom: Kjemoterapi, targeted agents, som Bevacuzimab.

**E. Tukiainen, Finland: Extensive local recurrence- the role of thoracic wall reconstruction.**

Angiosarcom og lokalavansert brystkreft kan kreve store, mutilerende inngrep, som dog kan gi pasienten bedre livskvalitet og formodentlig flere levedager. Excisjon av thoraxvegg, bruk av nett og gentamycin- sement, arm/ skulder- amputasjon ble omtalt. Han fikk pasienter også fra andre land.



*Mot Albert Dock. Det store slaverimuseet og det maritime museet i bygningene til venstre. Man går ikke uberørt derfra.*

#### SATELITTSYMPOSIUM:

#### **PERSONALISING TREATMENT FOR EARLY BREAST CANCER.**

Arrangøren var Genomic health, og deres produkt Oncotype DX ble gitt oppmerksomhet. Det ble sammenlignet med lignende verktøy som mammaprint og prosigma, samt med tradisjonell kategorisering med reseptorer, histologisk grad, K67. De klassiske immunhistokjemiske undersøkelsene har moderat reproduserbarhet, mens Oncotype, som undersøker uttrykket for 21 gener-16 brystkreftgener og fem referansegener- gikk nøyaktige og konsistente svar. Metoden går ut på at vev, f.eks histologisnitt sendes til laboratoriet i USA, der mikrodisseksjon henter kreftceller, som så gjennomgår genanalysene. Pris: USD 4175,- Tid til svar: 10 - 12 dager.

Hvilke pasienter? Der man er i tvil om adjuvant kjemoterapi er nyttig. Gjelder oftest Grad 2, N-0, eller max 1 – 2 lymfeknutemetastaser. Det ble hevdet at de 70 % av N0 brystkreftpasientene som ikke har nytte av kjemoterapi kan selekteres ved hjelp av Oncotype. *(Dette passer ikke godt med hva dr. Martine Piccard sa i en tidligere forelesning.)*

Det siste ordet er ikke sagt, trials foregår, men det ble ikke lagt lokk på optimistiske vyer: Det ble hevdet at Oncotype endret behandlingsvalg hos ca. 40% av test- pasientene, sparer mange kvinner for kort- og langtidseffekter av kjemoterapi, samfunnet spares for store kostnader, bl. a. fordi 30% av kvinner som gjennomgår kjemoterapi ikke kommer tilbake i arbeid. Særlig nyttig kan dette være hos N0- pas med fertilitets- bekymringer, comorbiditet, eller motvilje mot kjemoterapi.

Oncotype DX plasserer pasienten i tre risikokategorier:

Risiko score: Lav, < 18, middels 19-30 og 31+, høy.

*Jeg er sikker på at NBCG og våre onkologiske miljøer kjenner godt til Oncotype og lignende verktøy. Så vidt jeg forstår er tiden ikke moden for å ta Oncotype inn i rutinen. Men en mer presis diagnostikk som kan spare mange for unødvendig kjemoterapi med alt det koster, må vel være en av hovedutfordringene vi har.*

Så litt fra

## **SCIENTIFIC SYMPOSIUM: RECONSTRUCTIVE AND ONCOPLASTIC SURGERY.**

### **Michael Douek, UK: Acellular dermal matrix.**

Flere typer, fra menneske, ku, gris. Pris ca. 2000 Pund per ark.

Sterkt økende i bruk. Fordeler: Én prosedyre, unngår å måtte bruke ekspander. Legger inn anatomisk formet protese med en gang. Unødvendig å bruke dette ved mange små bryst, ofte nyttig ved middels store, unødvendig ved store bryst, der dermal slynge (pasientens egen hud) kan brukes.

Komplikasjoner må behandles tidlig.

BMI >25 og røyking øker komplikasjonsrisikoen betydelig, høy BMI er verst.

Ny trial i UK kommer/ pågår. Kost- effektivitet er ikke kjent.

### **D. Rainsbury, UK: Oncoplastic treatment decisions.**

God forelesning, der han tok oss med ut på grenene til et beslutnings- tre, i fem "domener":

1. Pasientseleksjon for BCT og onkoplastiske prosedyrer. Vurder: Må mer eller mindre enn 10 - 20 % av brystvolumet fjernes? Han anbefalte et vurderingsredskap (assessment tool): BCCT.com 2.0 software..
2. Valg at operasjonstype. Refererte til Krishna Cloughs "atlas" med level 1 og level 2 prosedyrer.
3. Marginer. Pre- og peroperativ vurdering. Perop frysesnitt reduserer re- reseksjon pga ufri margin fra 13 til 4%. Intrqaop UL (IOUS) fra 17 til 3%, og Digital specimen radiography (DSR) fra 19 til 6%.
4. Timing – aspektet ved pos/ neg SNB og pos/ neg marginer.
5. Rekonstruksjon etter mastectomi, straks eller senere.

Nylige trender: LD flap brukes mye mindre, implant mye mer, og Abdominal/ DIEP mye mer. Men det mangler et evidens- basert beslutningsgrunnlag som forklarer disse trendene.

### **A.D.Baildam: Correction of poor outcomes.**

Det er sjelden enkelt å rette på et dårlig resultat, men flere mulige teknikker finnes. F.eks en LD lapp for å fylle ut stor defekt i nedre del av brystet. Noen ganger er det best å fjerne brystet og rekonstruere. Lipofilling er også ofte nyttig.

*Diskusjon: Klips i reseksjonshulen? Ja, sa flere, men én plasserte dem på muskelfascien. Det beste er å plassere på reseksjonsflatete, til hjelp ved evt re- reseksjon og før radioterapi.*

\*\*\*\*\*

Symposium:

**MANAGING LONG TERM MORBIDITY AMONG BREAST CANCER SURVIVORS.**

**M. Leidenius,Finland: Chronic pain. *VIKTIG FOREDRAG.***

13% i en stor dansk studie(3253 pas) hadde *sterke* smerter, 48% *lette* smerter etter brystkreftoperasjon. 1/3 var smertefri.

Risikofaktorer:

Alder < 40

Strålebehandlet

Full axilledisseksjon.

Helsinki- studie: 1000 pas, retrospektivt, 860 svar:

Smerter 12 mnd postop: Brystbevarte 62%, Mastectomerte: 38%. Sterke smerter hadde 4%.

Risikofaktorer for sterke smerter: Smerter før operasjonen, full axilledisseksjon, XRT, depresjon, kjemoterapi.

Sterke smerter etter brystkreftoperasjon er reelle, nevropatiske, er daglige, kroniske, forstyrrer søvnen, gir nedsatt livskvalitet. Forstås ikke alltid av legen, mange lider i årevis uten å få hjelp.

Den starter oftest straks etter operasjonen, men noen ganger først etter XRT, Er lokalisert i axillen hos 84%, bryst 74%. Kan være kontinuerlig verkende, brennende, komme i støt, og være assosiert med nummenhet og parestesier.

Hvis pas klager over sterke smerter like etter operasjonen: Fjern eventuelt dren. Paracet eller NSAIDs hjelper ikke mot denne type smerter. Gi Tramadol eller kodeinholdig preparat.

Spør pas på 3- ukersvisitten, og hvis fortsatt sterke smerter tross milde opiater, kan Lyrica og/eller antidepressiva prøves. Henvisning til smerteteam i mange tilfeller.

Avhengig av klinikk og forløp: Utelukk andre årsaker enn nevropatiske: MR, UL, CT.

Doseringsforslag: Antidepressiva: Nortrypilin: Start med 10 - 25 mg før sengetid, øk om nødvendig til 50 - 75 mg.

Lyrica: Start med 150mg/ dg kan økes til 300 – 600 mg/dg, i 2 – 3 doser.

**J. Masia, Barcelona: Lymphoedema.**

Insidens:5 – 35 %.

Lymfebanenes lokalisasjon og evne til kontraksjon/ peristaltikk kan kartlegges med Indocyanin- Grønt fluorescens- billedfremstilling.

Normale lymfebaner har muskler og klaffer, og det sees flow.

Han anvendte to metoder, med vekslende hell.

1. Transplantasjon av fett, lymfeknuter og evt hud fra lysken til axillen.

2. Lymfo venøse anastomoser. Mikrokirurgi på 0, 5mm kardiameter.

Noen ganger har han kombinert teknikkene.

Hadde operert på 106 pasienter fra juni 07 til des 11.

Resultater: Bare 46% av LN- lappene virket. Han viste bilder av noen pasienter der resultatet var meget godt, etter lv- anastomoser.

LN- anastomose er best der det ikke er arrdannelser i axillen, hvis det er arrdannelser kombinerer han LV anast. Og LN transfer.

Lymfødem etter mastectomi: DIEP- rekonstruksjon kan kombineres med LV- anastomose i axilllen.

Hvis indocyanin- grønt lymfangiografi preop ikke viser aktivt fungerende lymfekar, er liposuction en mulighet.



**Allan Pacey, Sheffield: Fertility issues.**

Han anbefalte NICE 13 – retningslinjene.

NICE: National Guidelines for Clinical Excellence.

Og Voss & al. 2014 Lancet 384; 1302- 1310.

1. Embryo – freezing: Rutine nå. Kan fullføres på 2 – 3 uker, så kjemoterapi behøver ikke forsinkes. Fertilisert egg fryses dag 4 - 5. Stabilt parforhold? Klargjøre hva som skal gjøres med embryo ved evt. brudd.
2. Oocyt – frysing. Eneste opsjon for noen. Success rater < 30%,
3. Frysing av ovarie – vev. Eksperimentelt. Rapportert 24 levendefødte. Ingen store serier. Ukjent success- rate.

Kanskje viktigst: At dette tas opp med pasienten, dette neglisjeres ofte, mange pasienter er fornøyd etter å ha fått en samtale og vurdering.

**P. Poortmans, Nederland: Long term sequelae after radiotherapy.**

Forekommer fortsatt, tross bedre teknikker. Store individuelle variasjoner i risiko.

Komorbiditet(diabetes, røyking, rheumatiske lidelser) og det kirurgiske inngrepet influerer også. Viktig ikke å etterlate sårhuler, serom/ hematom, men bringe vevet sammen. Unngå ischemi. Tamoxifen samtidig med XRT kan øke risikoen for lungefibrose.

Den opererte del av axillen skal ikke bestråles.



*Liverpools Anglikanske katedral, den største i UK, og visstnok den 5. største i verden.*

**PROFFERED PAPERS.**

Flere 7 – minutters innlegg, litt fra noen av dem:

**L.L. de Boer, Nederland om Diffuse reflectance spectroscopy.** Her brukes lys, inkl nær infrarødt til å skille mellom fett og vanninnhold i vev. Teknikken skiller tydelig mellom tumor og ikke- tumor, og kan tenkes å bli til hjelp under kirurgi. Teknologien er under utvikling.

**A. Kurilcio, Polen: Supermagnetic Iron Oxide (SPIO) in SNB.**

SNB uavhengig av nukleærmedisinsk service. Erfaring med de første 75 pts.: ID- rate på 95%. Teknologien må utvikles og mer forskning trengs.

**L.M. Van Roozenthahl, Nederland: ”The SN in patients treated with BCT receives an elective dose of XRT in the vast majority of cases.”**

Det er enighet om at kompletterende axilledisseksjon kan utelates ved pos SNB hos utvalgte pasienter, spørsmålet er om selve SN kan utelates hos noen, og 4 internasjonale studier pågår for å se på dette. Hennes lille undersøkelse gikk ut på om strålebehandlingen etter brystbevarende kirurgi ville treffe stedet for vaktpostlymfeknuten(e). Klips ble plassert på SN- stedene, og 3D bildene for strålefeltet korrelert med klips- stedene. Konklusjon: Strålefeltet vil praktisk talt alltid omfatte stedene der sentinel node ligger. Liten serie, 42 pasienter.

**A.C.M Van Bommel, Nederland: Breast contour preserving procedures, a new perspective of quality indicators.**

Han gikk gjennom det nasjonale registret for brystkreft i Nederland, fra 92 sykehus, 34000 pasienter, for å se på hvilke operasjonstyper som ble brukt. Funn:

1. Brystbevarende alene: 56,3%
2. Brystbevarende etter neoadjuvant kjemoterapi: 3,5%
3. Mastectomi med straks- rekonstruksjon 5, 6 %

Totalt 65, 4 % fikk en *bryst- kontur bevarende* prosedyre.

Av alle som fikk gjort mastectomi, var det 17% som fikk straks- rekonstruksjon.

Begrepet ”Bryst- kontur- bevarende inngrep” kan bedre reflektere tilbudet pasientene får, enn begrepet ”Brystbevarende kirurgi”.

**T. Meretoja, Fiinland: Kan grovnålsbiopsier av tumor forårsake spredning av kreftceller til lymfeknuter?**

1525 pasienter, 868 undersøkt med FNAC, 657 med grovnål, i jan 2001 – des 2005, Helsinki. 9,5 års median oppfølging. Mellom de to grupper var det ingen forskjell i frekvens av isolated tumor cells (ITC) i Sentinel Nodes, heller ikke i sykdomsfri eller total overlevelse.

*Kommentarer: ”Reassuring”.*

**L. Cook UK: Outcomes of immediate implant- based reconstruction using an acellular rermal matrix.**

De brukte Surgimend, bovint materiale. 221 rekonstruksjoner hos 159 pas fra juni 11 til juli 14. Median oppfløgningstid 15 måneder.

Resultater: Infeksjoner: 20%, Tap av protesen: 8,8%, hudnekroser 8,8%, seromer 9,5%

Kjemoterapi og XRT øker risikoen for komplikasjoner, som kan komme sent, måneder etter.

Ved infeksjoner brukte de washout med hydrogenperoxyd og saltvann, hvis antibiotika ikke hjalp etter 24 timer. Man skiftet da vanligvis ut implantatet.

*Betenkelig høy komplikasjonsrate, synes jeg. I hvilken grad ville kjemoterapi måtte utsettes?*



*Utsikt fra katedralens tårn. Den katolske katedralen sentralt i bildet har en spesiell wigwam- lignende form.*

## European Journal of Surgical Oncology (EJSO): Award lecture.

Denne gikk til ANNE LISE BØRRESEN- DALE.

Opgitt tema:

### Translation into clinical practice.

Det er tydelig at hun og hennes gruppe legges merke til internasjonalt, og, som innlederen sa: "She has led the move of translational research into clinical practice."

Selv var hun kanskje mer forsiktig, understreket utfordringene, kompleksiteten og mangfoldet i de genetiske sykdommene som brystkreft er, både på genom- nivå, og på de andre nivåene, transkripsjon, proteiner, metabolisme, samt de epigenetiske faktorene.

Det finnes flere måter å prognostikere på, i flere grupper enn de nå klassiske. F. eks. kan Luminal A deles i to grupper, en med god og en med dårligere prognose, både ved metylation profiling og ved miRNA profiling.

Protein- profiling gir også flere prognostiske grupper.

Man har data fra 25000 genom- sekvenserte tumores..

P53 er i søkelyset, med over 300 mutasjoner. 10 undergrupper med forskjellig overlevelse er funnet.

Hun nevnte en software: GOLFISH, som kan være et verktøy for neoadjuvant behandling.

Hver tumor ofte mange kloner, det må heller ikke glemmes.

Hun avsluttet med å si at vi ennå ikke helt vet hva vi oppnår med forskningen, det er som med Pandoras eske. Innholdet er fortsatt langt fra kjent.



*Mot China Town,  
Liverpool. Den eldste i  
Europa.*

## DEBATE: WHAT IS INTRA-OPERATIVE RADIOTHERAPY (IORT) ALL ABOUT?

**P. Poortmans, Nederland, President of the European Society of Radiation Therapy.**  
**“IORT” is still investigational”.**

Og etter de tre innleggene kan vi vel si at der står saken.

IOPT har fordeler, som at pas blir ferdig med strålebehandlingen samtidig med operasjonen, interfererer ikke med systemisk behandling, gir færre lokale bivirkninger enn ekstern bestråling, reoperasjon oftest mulig etter lokalt recidiv.

### **Vaidya, London: TARGIT.**

Han minnet om at 90% av de lokale recidiv finnes nær tumorområdet, selv om 3-D analyse av hele brystet viser at 63% av brystene har occulte cancere andre steder i samme bryst.

TARGIT startet ved Middelsex Hoospital i 1996 - 98 ved at sfæriske applikatorer ble satt inn i operasjonshulen og leverte røntgenstråler der.

Etter resultater publisert i the Lancet november 2013, er konklusjonen at TARGIT ”Should be considered in selected cases”. Finner man ved histologisk undersøkelse nye risikofaktorer for lokale recidiv, og man likevel velger IORT, skal ekstern bestråling gis i tillegg. Gjelder ca. 15%.

Non- inferiority ble vist, og totalt var det færre døde etter Targit enn ved ekstern bestråling, på grunn av færre ikke- brystkreftrelaterte dødsfall. Det ble ikke sett tilbakefall eller nye cancere utenfor det opererte og bestrålte området.

### **R. Orecchia, Milano: ELIOT. (Electron Intra Operative Therapy)**

Her anvendes elektron- stråler som energi. Behandlingen er gitt til 9000 pasienter. I motsetning til ved TARGIT adapteres kjertelvevet før bestrålingen. 21 Gy gis, behandlingen tar 2 minutter. Hud og muskel beskyttes.

ELIOT trial, fra 1999 -. Tumor opp til 25 mm, pas 48 – 75 år. Randomisert til extern og til intra- operativ bestråling (ELIOT).

	Konvensjonell, extern	ELIOT
Events etter 5 år	0,4%	4,4%
New ipsilateral cancer	0%	1,9%

Pasientseleksjon viktig: LR ved Luminal A var 1,4%, ved trippel negativitet: 19%.

Disse hadde høy risiko for LR:

Trippel negative,

Tumor > 2 cm, Grad 3, Mer enn 4 metast. til axillen.

Ingen forskjell i mortalitet ble sett, slik en så i TARGIT.

Færre bivirkninger enn ved ekstern bestråling.

*Diskusjon: Flere undersøkelser kommer, de første to er nå lukket. Minst 8 års oppfølging trengs. Det siste ord er ikke sagt.*

*Ved recidiv etter IORT kan re- eksisjon gjøres, ca, halvparten fikk et nytt brystbevarende inngrep. IORT krever utstyr og ekspertise.*

\*\*\*\*\*

*Ettertanker:*

*ESSO kongressen var vel verd å bruke tid på, selv om de europeiske kongressene (EBCC) og San Antonio er større og favner mer av faget. Der var f. eks. lite om adjuvant systemisk*

*behandling, og det kunne vært mer om de kirurgiske aspektene. Riktignok var det to "Meet the experts" sesjoner om kirurgi, men de var utsolgt lenge før kongressen, så der kom jeg ikke med. Der var 100 posters fra 27 land, 35 av posterne fra UK. Alle abstracts kommer i European Journal of Surgical Oncology.*

**Noen kommende møter:**

***EBCC 10: 9 - 11 mars 2015, Amsterdam***

***ESSO 35: 25 - 29 sept 2015, Wien***

***Barcelona 11- 13. juni 2015: Advanced course on Oncoplastic Breast Surgery.***

***Andre ESSO- kurs, oppdateringer og masterclasses i brystkirurgi se: [www.essoweb.org](http://www.essoweb.org)***



*Liverpool School of Tropical Medicine, et gjensyn etter 37 år. Man har ekspandert. Den gamle bygningen er til venstre. Tvers over gaten bygges det enda en utvidelse. Hyggelig å se.*