

Behandling av brystkreft

Brystkreft

I tiden før innleggelse til kreftbehandling føler mange et behov for informasjon om sykdommen og hva som kan gjøres med den.

Ondartede svulster i brystkjertelen fjernes ved operasjon så sant de ikke er mer enn fem centimeter store. Samtidig tas det oftest prøve av *vaktpostlymfeknuten*, som er den første av lymfeknutene som mottar lymfe fra det området hvor svulsten sitter. Hvis det er spredning av kreft til flere enn to vaktpostlymfeknuter, blir som regel flere av lymfeknutene i arm hulen fjernet – det gjøres såkalt *lymfeknutedisseksjon*. Hvis ikke, fjernes bare vaktpostlymfeknuten. Den sitter oftest i armhulen. I 75-80 % av tilfellene er det ikke spredning til vaktpostlymfeknuten, og lymfeknutedisseksjon kan unngås hos henimot 95 % av dem som får utført vaktpostlymfeknutebiopsi. Vaktpostlymfeknuten blir i noen få, utvalgte tilfeller likevel undersøkt av patolog under operasjonen, slik at lymfeknutedisseksjon eventuelt kan utføres i samme narkose som operasjonen på brystkjertelen, eller hos pasienter som har hatt en forbehandling for brystkreft. Da blir vaktpostlymfeknuten alltid undersøkt på nytt med en mer tidkrevende metode, og dessverre finner man en sjelden gang (i ca. 2 % av tilfellene) spredning først ved den endelige undersøkelsen, og da vil det være nødvendig å gjøre lymfeknutedisseksjon som ny operasjon siden i de ytterst få tilfellene hvor det er spredning til mer enn to lymfeknuter eller vekst av svulstvev utenpå lymfeknutene.

I noen tilfeller (opptil 15-25 %) er det best å fjerne hele brystkjertelen. Men i de fleste tilfeller er utsiktene til å bli frisk like gode om man beholder brystet og nøyer seg med å fjerne svulsten. Dette kan man gjøre hvis svulsten ikke er for stor i forhold til brystet. Det må heller ikke være flere ondartede svulster eller forstadier til kreft i andre deler av brystet. Derfor må det være tatt mammografi før operasjonen, i noen tilfeller også magnettomografi (MR) av brystet, og patologens endelige undersøkelse må godtgjøre at alt kreftvev er fjernet.

Dersom brystet må fjernes, vil det for mange av dem som ønsker det, være mulighet for å rekonstruere brystet senere eller umiddelbart. Det fins flere metoder for brystrekonstruksjon. I noen tilfeller kan det ligge til rette for rekonstruksjon av brystet med det samme det er fjernet, da vanligvis med implantasjon av protese i brystet. Det vil medføre noe lengre sykehusopphold og noe større mulighet for komplikasjoner. Det kan ha noen fordeler, men fordelene må i hvert tilfelle avveies nøye mot risiko og ulemper, i samråd med plastikkirurg og brystkirurg. Man må også ta hensyn til eventuelt forventet tilleggsbehandling i form av strålebehandling mot lymfeknuter, eller kjemoterapi.

Velger man å beholde brystet, må det gis strålebehandling mot det opererte brystet i tillegg. Hvis man unnlater strålebehandling, er det nemlig ca. 38% risiko for tilbakefall av kreft i det opererte brystet i løpet av de første ti årene etter operasjonen. Strålebehandling reduserer denne risikoen til omkring 8%. Tilbakefall av kreftsykdom i det opererte og bestrålte brystet reduserer ikke nødvendigvis utsiktene til helbredelse, men fører til at brystet må fjernes. Når strålefeltet først er planlagt, tar strålebehandlingen vanligvis noen få minutter daglig, fem dager i uken i i tre-fire uker. Behandlingen kan starte 6-8 uker etter operasjonen hvis det ikke er nødvendig med kjemoterapi.

Hvis man fjerner hele brystkjertelen, er strålebehandling som regel unødvendig, med mindre det skulle være spredning til lymfeknutene. I så fall kan det være aktuelt å gi strålebehandling mot brystveggen og lymfeknuteområdene rundt brystet, enten brystet fjernes eller ikke. Hvis det er spredning til lymfeknutene eller hvis svulstens egenskaper eller størrelse tilsier det, kan det være aktuelt å gi annen tilleggsbehandling etter operasjonen. Det kan for eksempel være cellegiftbehandling, antistoffbehandling (f. eks. trastuzumab (Herceptin), Pertuzumab (Perjeta)) og/eller hormonell behandling. Hvis det er nødvendig å gi kjemoterapi, gis den før strålebehandlingen. Strålebehandlingen starter da som regel tre uker etter fullført behandling med cellegift.

trygghet når du trenger det mest

Hensikten med tilleggsbehandlingen er å redusere muligheten for tilbakefall av sykdommen. I noen tilfeller er faren for tilbakefall så liten at operasjonen og eventuelt strålebehandling av brystet alene gir tilstrekkelig trygghet. For å få vite om det trengs ytterligere behandling, må vi vente på resultatet av patologens undersøkelser av det vevet som er fjernet under operasjonen. Dette tar som regel henimot 3 uker.

Det tilbys etter svaret på operasjonsmateriale har kommet for de pasientene med hormonreseptor positive svulster som ikke har spredning til lymfeknuter en genprofiltest (Prosignatest). Testen kan klassifisere svulsten enda bedre og resultatet tas med i beslutningen av hvilke ev. tilleggsbehandling anbefales.

Om operasjonen

Selve operasjonen foretas i full narkose. Hvis det er gjort en brystbevarende operasjon og det bare er tatt ut vaktpostlymfeknuter, kan man som regel reise hjem samme dag eller ved innleggelse dagen etter operasjonen. Hvis hele brystet er fjernet eller hvis det er gjort lymfeknutetoilette, blir det lagt inn et dren til sårhulen under operasjonen, fordi det produseres en del sårvæske de første dagene. Som regel blir dreneret fjernet etter tre dager.

Poliklinisk oppmøte til forundersøkelse før operasjon

Dette er en poliklinisk forberedelse som tar opptil 4 timer – du reiser hjem etter dette. Forundersøkelser er journalskriving, i noen tilfeller røntgenundersøkelse av lungene og blodprøvetaking, og samtaler med sykepleiere, anestesilege og kirurgen som skal foreta operasjonen.

For å påvise vaktpostlymfeknuter gjøres en isotopundersøkelse: det sprøytes inn en liten mengde radioaktivt stoff i det brystet som skal opereres og omtrent tre timer senere tas det bilder som viser hvilke lymfeknuter som har tatt opp det radioaktive stoffet, nemlig vaktpostlymfeknutene. Under operasjonen kan disse da lokaliseres ved hjelp av en sonde som registrerer radioaktivitet. I tillegg injiseres et blått fargestoff (patent- eller metylblått) i brystet under operasjonen. Det farger lymfebanene og vaktpostlymfeknutene slik at de blir lettere å finne. Fargestoffet gjør at urinen (og avføringen)forbigående blir blågrønn, og huden kan få et gråblått skjær de første timene etter operasjonen.

Husk at brystkreft ikke er en ensartet sykdom. Behandlingsopplegget må tilpasses den enkelte. Av og til er det nødvendig å avvike noe fra det som står i dette informasjonsskrivet. Vær ikke redd for å spørre kirurg eller sykepleier på sykehuset dersom noe er uklart.

Når man har fått vite at man har kreft, kan det være mange spørsmål som melder seg. Det kan være godt å få rådføre seg med noen som har erfaring med dette. Det går derfor an å ringe og be om å få snakke med kirurg eller kontaktsykepleier før innleggelsen.

Kreftkoordinator i kommunen kan hjelpe med praktiske spørsmål – se kommunens hjemmeside på internett.

Søker du om dekning av reiseutgifter eller overnatting mellom poliklinisk time/innleggelse kan du henvende deg til www.pasientreiser.no

trygghet når du trenger det mest