

|                                                                                                     |  |                                     |                                  |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|  SØRLANDET SYKEHUS |  | Somatikk Kristiansand               |                                  | Prosedyre                |
| <b>Vaktpostlymfeknutebiopsi ved operasjon for brystkreft</b><br><b>Kirurgisk avdeling SSK</b>       |  |                                     |                                  | Side 1 av 2              |
| Dokument ID:<br><b>II.SOK.KAK.2.M.MAE-6</b>                                                         |  | Godkjent dato:<br><b>10.03.2023</b> | Gyldig til:<br><b>10.03.2025</b> | Revisjon:<br><b>2.01</b> |

Somatikk Kristiansand/Kirurgisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig/Mamma/Endokrin

## Vaktpostlymfeknutebiopsi ved operasjon for brystkreft

### Indikasjon for vaktpostlymfeknutebiopsi:

- primæroperasjon for invasivt karsinom, både ved brystbevarende operasjon og mastektomi
- operasjon for brystkreft etter neoadjuvant behandling
- primæroperasjon med mastektomi for DCIS uansett histologisk grad
- Vaktpostlymfeknutebiopsi kan utelates ved brystbevarende operasjon for DCIS

### Frysesnitt ved vaktpostlymfeknutebiopsi for brystkreft kan sløyfes

**når det veder to eller færre vaktpostlymfeknuter, hormonreseptor positiv og HER2-negativ tumor**

### Indikasjon for frysesnitt:

- flere enn to vaktpostlymfeknuter
- operasjon etter neoadjuvant kjemoterapi
- sterk mistanke om lymfeknutemetastaser tross negativ preoperativ FNAC av lymfeknuten
- individuelle hensyn, f.eks. valg av implantat og dekningsmateriale ved primær rekonstruksjon

### Indikasjon for aksilledisseksjon:

- Lymfeknutemetastaser med diameter >2mm i >2 lymfeknuter ved primær operasjon
- metastase > 2mm i én vaktpostlymfeknute (eller flere) etter neoadjuvant behandling
- lymfeknutemetastase med perinodal vekst med diameter >2mm
- preoperativt klinisk **og** cytologisk eller histologisk påvist lymfeknutemetastase i aksillen
- når vaktpostlymfeknute ikke blir funnet ved infiltrerende karsinom, ikke ved ren DCIS

Ved aksilledisseksjon tilstrebes beskrivelse av minst 10 lymfeknuter.

|                                               |                                              |                                              |  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| Utarbeidet av:<br><b>Jeroen Muller Kobold</b> | Fagansvarlig:<br><b>Jeroen Muller Kobold</b> | Godkjent av:<br><b>Erik Mulder Pettersen</b> |  |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--|

|                                                                                                     |                                                                                               |                                       |                              |                                       |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
|  SØRLANDET SYKEHUS | <b>Vaktpostlymfeknutebiopsi ved operasjon for brystkreft</b><br><b>Kirurgisk avdeling SSK</b> |                                       |                              |                                       | <b>Side: 2</b><br><b>Av: 2</b> |
| Dokument-id:<br>II.SOK.KAK.2.M.MAE-6                                                                | Utarbeidet av:<br>Jeroen Muller Kobold                                                        | Fagansvarlig:<br>Jeroen Muller Kobold | Godkjent dato:<br>10.03.2023 | Godkjent av:<br>Erik Mulder Pettersen | Revisjon:<br>2.01              |

Somatikk Kristiansand/Kirurgisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig/Mamma/Endokrin

### Operasjonspreparat (mamma og aksille):

Det fylles ut én remisse for vaktpostlymfeknutepreparatet og én remisse for mammapreparatet.

Histologiremissen for vaktpostlymfeknuten merkes CITO når det ikke skal tas frysesenitt.

Skal det tas frysesenitt, krysses det av for dette på remissen og det oppgis telefonnummer for frysesechnittsvar.

Histologiremissen for mammapreparatet (med eller uten lymfeknutepreparat ved evt. aksilledisseksjon) merkes PRIO med angivelse av ønsket frist for histologisk beskrivelse. Fristen er som hovedregel den dagen pasienten møter til første postoperative kontroll.

Histologisk beskrivelse av operasjonspreparat bør foreligge innen **2 – 4 uker** etter operasjonen, med kortest frist for HER2 positive eller trippelnegative karsinomer.

Når histologisk svar foreligger og det er indikasjon for adjuvant kjemoterapi eller strålebehandling, varsler operatøren eller sykepleieren onkolog ved Senter for kreftbehandling med «gul lapp» om operasjonsdato, TNM-stadium, hormonreseptor- og HER2-status, slik at tid for onkologisk konsultasjon kan planlegges uten forsinkelse.

Operatøren er ansvarlig for at dette blir gjort.

For øvrig gjelder:

NBCGs retningslinjer for lokal behandling hvor det er utført kirurgi primært

NBCGs retningslinjer for lokal behandling i sammenheng med preoperativ systemisk behandling

Se retningslinjer - <https://nbcg.no>