

Symptomer og diagnostik

Overlæge Niels T. Kroman, læge Per Grinsted & overlæge Niels Stig Møller Nielsen

Rigshospitalet, Mamma & Endokrinkirurgisk Klinik, Region Syddanmark, Praktiskoordinator, og Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Klinik for Radiologi, Klinisk Diagnostisk Område

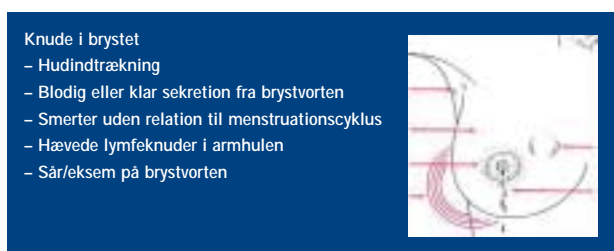
Symptomer fra mamma og deraf følgende bekymring for cancer mammae (CM) er en meget hyppig problemstilling. Dette skyldes dels sygdommens hyppighed, dels at CM uden sammenligning er den maligne lidelse, der påkalder sig størst offentlig opmærksomhed. Det store fokus på sygdommen kan føre til en urealistisk stor bekymring hos nogle kvinder. Det angives, at op mod hver fjerde kvinde på et tidspunkt vil blive henvist til en brystklinik [1].

Det er derfor vigtigt at klarlægge rationelle retningslinjer for håndtering og udredning af kvinder med symptomer fra mamma. Målet må være at sikre kvinder, der har CM, en hurtig udredning og behandling. Samtidig skal kvinder, der har symptomer fra mamma, men som ikke har CM, kunne undersøges i fornødent omfang og beroliges, uden at denne gruppe kommer til at sinke behandlingen af kvinder, der har brystkræft.

Symptomer

Ved symptomer i mamma henvender patienten sig i de fleste tilfælde til den praktiserende læge. En palpabel knude er langt det hyppigste symptom, der fører en kvinde til udredning for CM. Herudover er der en række symptomer, der bør give mistanke om CM, og som skal lede til systematisk udredning (**Figur 1**):

- hudindtrækning (**Figur 2**)
- blodig eller klar spontan sekretion fra brystvorten
- hævede lymfeknuder i armhulen
- sår/eksem på papil og areola



Figur 1. Symptomer ved cancer mammae.

Smerter er et sjældent primært symptom på CM. Smerter, der er relateret til menstruationscyklus, er ikke suspekter og kræver ikke i sig selv nærmere udredning. Selv om sår eller eksem på papil og areola, mb. Paget, er et sjældent debutsymptom ved CM (ca. 1%), er der en stor opmærksomhed på dette symptom. Eksem på areola er kun suspekt for CM, hvis forandringen inddrager papillen.

Det anbefales, at nonpuerperale infektioner i mamma hos kvinder over 40 år følges op med billeddiagnostik i rolig fase for at udelukke underliggende cancer. Det er dog ikke videnskabeligt dokumenteret, at der i denne patientgruppe findes flere cancere, end hvad man ville forvente ud fra den generelle incidens [2].

Den første lægekontakt bør omfatte optagelse af en anamnese inkl. den arvelige disposition. Desuden udføres klinisk undersøgelse med inspektion og en grundig palpation af begge mammae, aksiller og muskulaturen med patienten i såvel liggende som i siddende stilling.

Egen læge kan ved undersøgelsen konkludere, at symptomerne: 1) har en anden forklaring og ikke støtter mistanken om brystkræft eller 2) er forenelige med diagnosen brystkræft. Eller lægen kan konkludere, at der foreligger en uafklaret tilstand med indikation for diagnostisk udredning.

Henvi sning og visitation

Indikation for nærmere undersøgelse foreligger ved symptomer og/eller objektive fund som anført i Figur 1.

Det er vigtigt, at den henvisende læge giver nøjagtige kliniske oplysninger, da disse anvendes som grundlag for prioritering, hvorved de får betydning for visitation og et optimalt patientforløb. Yderligere er det af betydning, at der ikke anvendes forstærkende udtryk på henvisningssedlen, medmindre der er baggrund herfor i den kliniske undersøgelse. Hvis en patient ønskes hurtigt undersøgt af andre grunde end cancersuspicio, bedes den reelle grund således anført, så man kan forsøge at tage hensyn hertil.

Forud for henvisningen til mammografi bør den henvisende læge ikke foranstalte, at der foretages indgreb på mammae (heller ikke finnålsprøve), idet indgreb kan vanskeliggøre/umuliggøre billeddiagnostisk vurdering.

Når lægen og kvinden har bestemt sig for yderligere undersøgelse, henvises kvinden til det integrerede diagnostiske system [3, 4]. Dette bygger på et tværfagligt samarbejde mellem radiologer, kirurger og patologer. Hovedhjørnestenen i diagnostikken af CM er tripeletesten. Testens tre led er en klinisk undersøgelse, billeddiagnostik og biopsi. Det er vigtigt, at alle led i tripeletesten er evaluerbare. Det vil sige, at biopsien er af god kvalitet, og at billeddiagnostikken kan belyse den kliniske problemstilling, samt at palpationen foretages af en

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Figur 2. Hudindtrækninger ved cancer mammae. Disse kunne først ses efter at patienten havde løftet armen. Under begge indtrækninger fandtes et carcinom.



erfaren specialist. Hvis tumoren er nonpalpabel, falder den kliniske undersøgelse væk som led i tripeltesten. I disse tilfælde vil man almindeligvis betragte en entydig billeddiagnostik og biopsi som diagnostisk sikker. Biopsi af nonpalpable billeddiagnostisk benigne tumorer, f.eks. cyster eller fibroadenomer, er ikke nødvendig, da dette ikke giver nogen øget diagnostisk sikkerhed.

Hvis alle led i tripeltesten viser benigne forhold, kan man undlade operation. Hvis alle led viser malignitet, er cancerdiagnosen sikker, og en definitiv kirurgisk behandling kan planlægges. Hvis der er uoverensstemmelse mellem testens tre led, anbefales det oftest, at forandringen fjernes mhp. definitiv histologisk diagnose, medmindre supplerende billeddiagnostik eller fornyet biopsi forventes at kunne give en endelig afklaring.

Det må af flere grunde generelt frarådes, at der foretages kirurgisk fjernelse af en proces i mamma, uden at der foreligger en tripeltest. Hvis det viser sig, at der er tale om cancer, vil excisionen af tumoren sjældent være radikal. En nødvendig reoperation vil medføre, at der skal fjernes mere væv, end hvad der havde været nødvendigt, hvis man ved første indgreb havde planlagt en radikal operation. Dette vil kunne forringe det kosmetiske resultat og i nogle tilfælde endda nødvendiggøre mastektomi, hvor en brystbevarende behandling kunne have været mulig, hvis kvinden primært havde været henvist til det integrerede diagnostiske system. Kirurgiske indgreb i den øvre laterale kvadrant kan endvidere forhindre anvendelsen af *sentinel node*-teknikken. Således kan en fjernelse af en lille malign tumor medføre, at man må foretage fuld aksilrømning, hvor der ellers kunne være anvendt *sentinel node*-teknik.

Principperne i tripeltesten kan i visse tilfælde fraviges. Der diagnosticeres i gennemsnit kun to tilfælde af CM i Danmark om året hos kvinder under 25 år. Det er derfor fuldt forsvarligt

at se tiden an ved små klinisk benigne tumorer hos helt unge kvinder.

Hos ældre kvinder ønsker man generelt ikke at opspore subkliniske cancere eller carcinoma in situ-forandringer. Hos kvinder over 75 år bør man derfor være tilbageholdende med at lave billeddiagnostik. Ved klinisk suspicio henvises patienten direkte til den ansvarlige kirurgiske afdeling. En grovnålsbiopsi, der bekræfter cancerdiagnosen, betragtes som værende diagnostisk sikker.

Tumor mammae hos mænd

Symptomer og diagnostik

Hævelse af mamma-kirtlen hos mænd – gynækomasti – opfattes ofte som en tumordannelse. Gynækomasti er en meget almindelig tilstand, som kan tilskrives fysiologiske forhold (især pubertet og alderdom), overforbrug af alkohol, en lang række hormonrelaterede sygdomme og visse medikamina, herunder specielt misbrug af anabolske steroider [5]. Cancer mammae hos mænd er meget sjælden med en ratio i forhold til kvinder på 1 til 200. Direkte forespurgt erkender mange mænd med gynækomasti, at de faktisk er bekymrede for at have cancer. I forhold til problemets reelle størrelse henvises uforholdsmæssigt mange mænd til udredning for mammatumorer. Den praktiserende læge bør i første omgang udrede for eventuel primær årsag og ved mistanke om cancer henvise direkte til en kirurgisk afdeling, hvor der oftest tilbydes en nålbiopsi. Mænd bør generelt ikke udredes med billeddiagnostik, da dette ikke bidrager til afklaring af problemet.

Korrespondance: Niels T. Kroman, Mamma & Endokrinkirurgisk Klinik, Afsnit 3104, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: kroman@dadlnet.dk

Antaget: 23. april 2007

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Dixon JM, Thomas J. Symptoms, assessment, and guidelines for referral. I: Dixon JM, red. ABC of breast diseases. 3rd edition. Oxford: Blackwell Publishing, 2006:1-7.
2. Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. Br J Radiol 2005;78:186-8.
3. Blichert-Toft M. Diagnostisk strategi ved mammasymptomer. Månedsskr Prakt Lægeger 2001;79:675-87.
4. Association of Breast Surgery @ BASO, Royal College of Surgeons of England. Guidelines for the management of symptomatic breast disease. Eur J Surg Oncol 2005;31:1-21.
5. Bentzon N. Gynækomasti. Månedsskr Praktisk Lægeger 2003;81:1633-8.