

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

numb chin, får man 52 hit. Hos ni ud af 19 patienter var hagesymptomet det første tegn på maligniteten [3].

Nogle gange indtræder mental neuropati ved progression eller recidiv af kendt neoplastisk sygdom efter et gennemsnitligt tidsrum på fire år fra diagnostik af neoplasi til debut af hagesymptomet [4]. N. mentalis-neuropati af paraneoplastisk karakter ses især unilateralt, men bilateral affektion forekommer i ca. 10% af tilfældene [4]. Neuropati af n. mentalis ses klinisk som dysæstesi eller føleforstyrrelser fra hagen og op til underlæben med en abnorm følelse af, at læben er hævet [4].

Ved ensidig n. mentalis-neuropati uden oplagt årsag, som for eksempel forudgående blokade af n. lingualis i forbindelse med tandbehandling, bør der gennemføres røntgen af mandibula og eventuel knogleskintigrafi med henblik på at afdække en eventuel lokal årsag til symptomet. Det næste trin i diagnostik er magnetisk resonans (MR)-skanning med gadolinium, der er en sensitiv metode til diagnostik af n. mentalis-involvering [4]. Hvis disse undersøgelser er negative, bør man gå videre med en systemisk undersøgelse for cancer. Mistanken om paraneoplasi styrkes ved påvisningen af anti-Ho- og anti-Yu-antistoffer, men efter vores erfaring kan man ofte ikke påvise disse antistoffer ved klare paraneoplastiske syndromer som for eksempel cerebellar degeneration. Den systematiske

undersøgelse bør inkludere røntgen af thorax og ultralydundersøgelse af abdomen, og hvis disse er negative, bør der udføres en helkrops-PET med fluorodeoxyglukose.

Ved bilateral n. mentalis-afektion bør helkrops-PET med fluorodeoxyglukose udføres, hvis rutineundersøgelserne, røntgen af thorax og ultralydundersøgelse af abdomen viser normale forhold.

I det her beskrevne tilfælde var den bilaterale n. mentalis neurit et såkaldt »vagtpostsymptom«, der ledte til opsporing af en cancer, der var operabel.

Korrespondance: Peer Tfelt-Hansen, Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital, DK-2600 Glostrup. E-mail: tfelt@int.uni2.dk

Antaget: 20 marts 2006
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Darnell RB, Posner JB. Paraneoplastic syndromes involving the nervous system. *N Eng J Med* 2003;349:1543-54.
2. Candler PM, Hart PE, Barnett M et al. A follow up study of patients with paraneoplastic neurologic disease in the United Kingdom. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:1411-5.
3. Gastaut JL, Michel B. Mental neuropathy. *Presse Med* 1984;13:1071-4.
4. Laurencet FM, Anchisi S, Tullen E et al. Mental neuropathy: report of five cases and review of the literature. *Crit Rev Oncol Hematol* 2000;34:71-9.
5. Massey EW, Moore J, Schold SC Jr. Mental neuropathy from systemic cancer. *Neurology* 1981;31:277-81.

Sentinel node ved lokalrecidiv af mammacancer efter brystbevarende operation

Overlæge Dorthe Teillum, overlæge Niels Kroman & klinikchef Esbern Friis

Rigshospitalet, Brystkirurgisk Klinik

Resume

Behandlingen af lokalrecidiv efter brystbevarende operation for mammacancer er simpel mastektomi. Der fremlægges to sygehistorier, hvor man ved recidiv har fundet *sentinel node* (SN). I den første sygehistorie, hvor aksillen tidligere var rømmet, blev der fundet en rask SN. I den anden sygehistorie, hvor der to år tidligere kun var fjernet en SN, blev der fundet en ny SN med mikrometastaser og i aksilfedtet 11 raske lymfeknuder. Det anbefales at anvende SN-teknik med aksilbackup ved recidiv.

Behandlingen af lokalrecidiv af mammacancer (RMC) efter brystbevarende operation (BCS) er mastektomi. Hvis aksillen ved primæroperationen er rømmet for mindst ti lymfeknuder, lades den urørt ved recidivoperationen. I øvrige tilfælde røm-

mes aksillen uden forudgående forsøg på *sentinel node* (SN)-identifikation. Der foreligger ikke systematiske data om lymfedrænen fra mamma efter operation i aksillen i lyset af den viden, SN-identifikation har givet os.

Sygehistorier

I. En 52-årig kvinde havde biopsiverificeret RMC profund for cikatricen i højre mammas øvre laterale kvadrant. Der var ingen palpable eller ultrasonisk suspekter lymfeknuder i aksillen, og røntgen af thorax og leverenzymmer gav ikke mistanke om dissimineret. Elleve år tidligere var der foretaget BCS, hvor aksillen var rømmet for 18 raske lymfeknuder. Postoperativt var der givet adjuverende strålebehandling og fem års endokrin terapi.

Ved reoperationen blev der efter præoperativ information og accept anvendt SN-procedure. Der blev fjernet en SN, og patienten blev mastektomeret. SN var mærket med ^{99m}Tc-Nanocoll i alt 118Mebq injiceret i fire depoter periareolært dagen før operationen. En lymfesintigrafi efter to timer viste en lymfeknude i højre aksil. Under anæstesi blev der ti minut-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK



Figur 1. Højre aksil med øvre laterale del af incisionen til mastektomi. Lavt, centralt i aksillen ses den grønne *sentinel node*. Kranialt for papillen ses arret efter den tidligere udførte lumpektomi.

ter forud for hudincisionen tillige givet 0,5 ml New Patent Blue intradermalt lige lateralt for lumpektomicikatricen. Lavt bag forreste aksillærfold (Figur 1) blev der fundet en blå lymfeknude med tælleletal >1.000, restaktivitet <10, målt med Neoprobe 2000. Peroperativt frysesvar: lymfeknude uden malignitet, hvilket siden blev bekræftet i parafinpræparationen.

II. En 48-årig kvinde havde biopsiverificeret RMC i venstre mammas øvre laterale kvadrant. Der var ingen mistanke om spredning til aksillymfeknuder eller disseminering. Tre år tidligere var der foretaget lumpektomi i den øvre mediale kvadrant og gennem en tværinckision lavt i aksillen fjernet en SN uden metastaser. Postoperativt var der givet adjuverende strålebehandling.

Ved reoperationen var patientinformation og SN-identifikation som beskrevet i sygehistorie I. Der blev fundet en SN beliggende foran forreste aksillærfold. Histologisk undersøgelse viste mikrometastase i SN og 11 raske lymfeknuder i aksilfedtet fra niveau I og niveau II.

Diskussion

SN-teknikken anses i Danmark for at være en veldokumenteret metode til aksilstatuering, forudsat der ikke tidligere er opereret i aksil eller øvre laterale kvadrant af mamma. Ved recidiv er problemstillingen som ved primæroperationen, nemlig hvorvidt det drejer sig om lokaliseret eller dissimineret sygdom. Uanset om der ved den primære operation er foretaget SN-procedure eller aksildissektion, er spørgsmålet, om der dannes en de novo-SN, om denne kan identificeres, og om dens status er udtryk for patientens sande nodalstatus med samme sikkerhed, som når proceduren anvendes ved en primær operation.

I den første sygehistorie, hvor der forud var fjernet 18 lymfeknuder, kunne man forvente, at der var fjernet så meget i

den aksil, at dette tilfælde ville falde inden for de ca. 50%, hvor man ifølge litteraturen ikke kan finde en de novo-SN [1-5]. Det var derfor overraskende, at lymfe fra mamma kun skulle blive filtreret gennem én lymfeknude endda beliggende et let tilgængeligt sted. En forklaring kunne være, at den ellers grundige aksilrømning gennem separat incision 11 år tidligere var påbegyndt for proksimalt, således at den primære aksilstatuering trods det høje antal lymfeknuder ikke havde indeholdt SN. Ved reoperationen ville SN sandsynligvis være blevet fjernet sammen med det laterale, proximale mammavæv, men ved en standardudskæring var det ikke sikkert, at den ville være blevet identificeret af patologen. Under indførelsen af SN-teknikken fandt man, at <5% af patienterne havde metastaser til øvrige aksillymfeknuder, hvis SN var fundet negativ, når der blev lavet aksilrømning som backupprocedure. Det vides ikke, hvor høj raten er af ikkerepræsentative aksilrømninger gennem separate incisioner. For at indsamle viden om lymfedræningen efter aksiloperation og sikre en mere præcis diagnostik må SN-teknikken inkl. lymfeskindtografi anbefales anvendt også ved recidiver, og resultaterne må registreres. I tilfælde, hvor der tidligere er foretaget sufficient aksildissektion efter gældende retningslinjer, bør der efter fornyet aksilstatuering med SN kun foretages yderligere aksilkirurgi i tilfælde af metastase i SN og klinisk mistanke om metastatiske lymfeknuder. Hvis tidligere SN-statuering var negativ, bør man forsøge at gentage SN, men indtil teknikken er evalueret, må den suppleres med konventionel aksilrømning.

Korrespondance: *Dorthe Teilum*, Brystkirurgisk Klinik, Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: dorthe.teilum@rh.regionh.dk

Antaget: 20. november 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Dinan D, Nagle CE, Pettinga J. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy in women with an ipsilateral second breast carcinoma and a history of breast and axillary surgery. *Am J Surg* 2005;190:614-7.
- Intra M, Trifiro G, Galimberti V et al. Second axillary sentinel node biopsy for ipsilateral breast tumour recurrence. *Br J Surg* 2007;94:1216-9.
- Newman EA, Cimmino VM, Sabel MS et al. Lymphatic mapping and sentinel lymph node biopsy for patients with local recurrence after breast-conservation therapy. *Ann Surg Oncol* 2006;13:52-7.
- Port ER, Garcia-Etienne CA, Park J et al. Reoperative sentinel lymph node biopsy: a new frontier in the management of ipsilateral breast tumor recurrence. *Ann Surg Oncol* 2007;14:2209-14.
- Taback B, Nguyen P, Hansen N et al. Sentinel lymph node biopsy for local recurrence of breast cancer after breast-conserving therapy. *Ann Surg Oncol* 2006;13:1099-104.