

## Nya lovande operationsmetoder vid bröstcancer

II Operationsmetoderna vid bröstkirurgi kännetecknas av i princip två alternativ, antingen tas hela bröstet bort (mastektomi) eller cirka 20 procent av bröstet (partiell mastektomi). Många patienter erbjuds mastektomi – även när en exstirpation av bröstet på endast 30–40 procent skulle krävas eftersom det kosmetiska resultatet vid bröstbevarande kirurgi i sådana fall blir mycket dåligt.

Två nya metoder vid bröstcancer har utvärderats vid en bröststenhet i England: »skin-sparing mastectomy« (SSM) med direktrekonstruktion med en s k latissimus dorsi-lambå och partiell mastektomi med en s k latissimus dorsi miniflap-rekonstruktion (LDMF).

106 sjukdomsfria patienter (57 SSM och 49 LDMF) som opererades med en bröstrekonstruktion mellan 1991 och 1999 deltog i en retrospektiv studie. Me-

deluppföljningstiden var 42 (variationsvidd 6–102) månader. Metoden innebar att man använde m latissimus dorsi från ryggen och förflyttade den till bröstområdet. Man mätte kirurgiska komplikationer, funktionella besvär, kosmetiskt resultat och psykologisk morbiditet.

SSM var sämre än LDMF med tanke på de postoperativa komplikationerna (14 mot 8 procent), behov av ytterligare kirurgisk intervention (70 mot 12 procent), känsla i bröstvårtan (98 mot 2 procent) samt nedsatt aktivitet (73 mot 54 procent). Det gällde även det kosmetiska resultatet, som bedömdes av en panel.

Författarna konkluderar att LDMF är förenat med färre kirurgiska och fysiska besvär än SSM. Den psykologiska morbiditeten var låg vid båda operationsmetoderna.

De flesta bröstcentra i Sverige byggs

ut så att allt fler onkoplastiska ingrepp kan utföras. Införandet av hudsparande mastektomi (SSM) och bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi) med tillförsel av egen vävnad är två mycket tilltalande metoder. Metoderna kräver plastikkirurgisk kompetens och/eller specialutbildade bröstkirurger. En stor fördel med metoderna är att båda tål postoperativ strålbehandling utan att det kosmetiska resultatet nämnvärt påverkas.

**Leif Perbeck**

*leif.perbeck@hs.se*

*Gendy RK, et al. Impact of skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction and breast-sparing reconstruction with miniflaps on the outcomes of oncoplastic breast surgery. Br J Surg 2003;90(4):433-9.*

## Diagnos av epifysglidning i proximala femur

II Glidning av caput femoris-epifysen, innebär att denna rotationsglider bakåt i förhållande till collum femoris. Det drabbar barn i åldern 8–16 år med markant övervikt för pojkar. Det ger smärtor i höften och ned mot knät. Ingen lokal svullnad, ömhet eller missfärgning syns, och patienten får ofta endast ett tröstande besked att det går över efter vila.

Så sker också ofta för en tid, men sedan kan besvären återkomma med vekkors eller upp till ett års intervall. Om glidningen fortsätter finns risk för en betydande felställning medförande invaliderande höftbesvär.

Röntgenundersökning är det bästa hjälpmedlet för diagnos, men den kräver kunskap. Det är svårt att få korrekt diagnos om man inte använder korrekt projektion. Lauenstein [1] visade redan 1901 hur man under genomlysning kunde utåtrotera och elevera femur till ett läge som ger en exakt sidobild av collum. Bilden är dock olämplig för att bedöma eventuell epifysglidning. Många använder emellertid ännu idag en projektion av bäckenet och proximala femur som sedan 1920-talet kommit att kallas Lauensteins läge eller »frog-leg position« för diagnos av epifysglidning och Perthes sjukdom. Eftersom läget inte är exakt definierat är det endast slumpvis som mindre förändringar diagnostiseras. Även vid större glidningar kan diagnosen missas; det händer att en så stor epifysglidning som 25° förbises.



Bild hämtad från YHT, youth hip triangle, ett hjälpmedel för tagning av rätt sidobild, mätning av glidningsvinkeln och bedömning av erhållet mätvärde. YHT kan beställas via dr Jan Wallin, Östra sjukhuset, Göteborg.

Med rätt bild skulle färre missar göras, och det finns ett enkelt sätt att hitta korrekt vinkel för benet. På en sidobild, där benet (med knäleden flekterad 90°) utåtroterats 90° och femur eleverats 25°,

kan rotationsglidning ganska exakt mätas, och diagnos ställas även på patientens andra ännu symptomfria höft. Glidningen är alltid bilateral [2], och många ortopedier spikbehandlar därför båda höfterna för att förebygga fortsatt glidning. Vi har beskrivit hur glidningsgraden mäts och bedöms.

I samma artikel [2] beskrivs och avbildas en YHT (youth hip triangle), som är ett enkelt hjälpmedel för tagning av rätt sidobild, mätning av glidningsvinkeln och bedömning av erhållet mätvärde. YHT är ett hjälpmedel för pålitlig och kostnadseffektiv diagnos, i alla dessa avseenden bättre än vad som visats för undersökning med ultraljud, DT och MR.

**Lars Billing**

*vilding@swipnet.se*

**Björn Henriksson**

**Jan Wallin**

1. Lauenstein C. Nachweis der Kocher'schen Verbiegung des Schenkelhalses bei der Coxa Vara durch Röntgen-Strahlen. *Beitr Klin Chirurg* 1901;28:61-4.
2. Billing L, Bogren HG, Wallin J. Reliable X-ray diagnosis of slipped capital femoral epiphysis by combining the conventional and a new simplified geometrical method. *Pediatr Radiol* 2002;32(6):423-30.