

Klinisk brystundersøgelse

Peer M. Christiansen & Jens Peter Garne

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Kirurgisk Afdeling L, Mamma-endokrinkirurgisk Sektion

Klinisk brystundersøgelse (KBU) består af inspektion og palpation.

Indikation

Der er indikation for at foretage KBU hos enhver kvinde med symptomer fra brystet. Er der hos kvinder uden symptomer fundet indikation for at foretage billediagnostisk undersøgelse, bør dette altid være forudgået af KBU. Dette gælder dog ikke for kvinder, der deltager i mammografiscreeningsundersøgelser. Hos personer med øget brystkræftisiko som f.eks. hos arveligt belastede indgår KBU i den systematiske overvågning, typisk med årlige undersøgelser [1].

Forberedelse af patienten

Enhver undersøgelse af mamma forudgås af en omhyggelig anamnese. Denne skal bl.a. afdække resultater af tidligere brystundersøgelser, såvel kliniske som billediagnostiske. Der udspørges om relevante brystsymptomer såsom ændret udseende af brystet, tilstedeværelse af knuder, smerter og ømhed, kløe og forekomst af sekretion (spontan eller provokeret, blodig eller serøs). Patientens risikoprofil estimeres ved udspørgen om tidligere benigne og maligne brystforandringer, tidligere operationer i brystet samt alkoholvaner, og der optages gynækologisk anamnese, herunder spørges der om brug af hormonel antikonception og hormonel substitution i klimakteriet. Derudover skal der foreligge en omhyggelig familieanamnese.

Procedure

Inspektion

Undersøgelsen foretages i et veloplyst lokale, som er tilstrækkelig varmt til, at patienten uden fysisk ubehag kan undersøges med overkroppen afklædt. Undersøgelsen indledes med patienten siddende på en brik i opret stilling med armene ned langs siden og undersøgeren siddende lige overfor. Først foretages inspektion, hvor der noteres eventuel forskel i form og størrelse brysterne imellem. Der ses efter synlige forandringer på brysterne inklusive papil og areola i form af rødme, sårdannelse og retraktion af hud eller papil. Ved hudforandringer noteres, om der foreligger temperaturøgning. Man beder herefter patienten om at løfte armene op over hovedet (Figur 1), og man iagttager, om der herved opstår asymmetriske formforandringer eller retraktion som tegn på en underliggende tumor.

Palpation

Palpation af brystet påbegyndes med patienten siddende. Selve palpationen foregår bimanuelt, idet man med en hånd over og en under brystet systematisk palperer brystvævet igennem (Figur 2). Symmetri kan vurderes ved samtidig palpation af de to bryster med hver sin hånd (Figur 3). Hvorvidt en tumor er fikseret til den underliggende muskulatur, kan vurderes ved at bevæge den i forskellige retninger henover brystvæggen, mens pectoralmusklen er spændt (Figur 4).

De regionale lymfeknudestationer aksillært, periklavikulært og på halsen undersøges også bedst med patienten i siddende stilling. Aksillen palperes bedst, når patienten har armen afslappet, eventuelt med en hånd på undersøgerens skulder (Figur 5). Det er normalt at kunne palpere små bløde lymfeknuder (LN), hvorimod hårde LN taler for metastaser. Ved fund af malignitetssuspekteret LN vurderes det, om disse er fikserede til omgivelserne eller til hinanden som et konglomerat. Fund af palpable LN periklavikulært eller på den nedre del af halsen taler stærkt for metastasering (Figur 6).

Herefter lader man patienten lægge sig på briksen, og brystet palperes igen systematisk igennem. For at udstrække brystet maksimalt over thoraxvæggen og dermed få så tyndt mammaparenkym som muligt at palpere lader man patienten placere hænderne skiftevis bag hovedet (Figur 7), evt. lægges en skråpude under thorax på den side, som skal palperes. Der palperes bedst med flad hånd, således at det primært er fingerpulpae på 2.-4. finger, der berører brystet. Fingrene flyttes hen over brystet, mens der foretages små cirkulære bevægelser.

Lige under papillen er brystvævet mindre tæt, idet det her mest udgøres af udførsels gange. En tumor i dette område kan være vanskelig at palpere. Undersøgelsen afsluttes derfor med at undersøgeren samtidig presser papillen indad på begge sider for at vurdere, om der er lige »tomt« på begge sider (Figur 8).

Beskrivelse af fund

Beliggenheden af synlige og/eller palpable forandringer beskrives ud fra urskiven og antal cm fra papillen eller areolkanten. Et af de vigtigste elementer i undersøgelsen af palpable forandringer er at vurdere, om der foreligger en egentlig knude eller en mere diffus uregelmæssighed. Så snart der er tale om en knudedannelse, skal undersøgeren vurdere, om denne er benign, suspekt eller malign. Den typiske benigne knude har en glat overflade og »smutter« under undersøgerens fingre, hvorimod den typiske maligne knude er uregelmæssig og forekommer fikseret til det omgivende brystvæv. En sådan vurdering kræver dog erfaring. Ved forekomst af åbenlyst maligne eller malignitetssuspekteret forandringer vurderes det, om der er tegn på indvækst i hud eller thoraxvæg (Figur 4).

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KLINISK PROCEDURE

Figur 1. Brystet inspiceres, mens patienten løfter armene op over hovedet. Dette kan afsløre indtrækning eller asymmetri, hvis der er en underliggende tumor.



Figur 2. Med patienten i siddende stilling palperes hvert bryst systematisk igennem.



Figur 3. Ved samtidig palpation af de to bryster vurderes symmetri af kirtelsubstansen.



Figur 4. Patienten presser hænderne mod hofterne for derved at spænde pectoralmusklerne. Der inspiceres for reaktion eller asymmetri, og en palpabel tumor bevæges i forskellige retninger for at vurdere, om der foreligger fiksering til muskulaturen.



Figur 5. Palpation af aksillymfeknuderne foretages bedst, når patienten slapper af i armen og eventuelt lægger en hånd på undersøgerens skulder. Denne lægger med den ene hånd et let pres mod skulderen eller mod forreste aksilfold for derved at bringe aksilindholdet ned mod den palperende hånd, der først føres højt op imod aksiltoppen for derefter langsomt at bevæges ned over brystvæggen. Forstørrede lymfeknuder vil under denne manøvre kunne føles, når de smutter under fingrene mod de underliggende costae.

Figur 6. Undersøgelse for forstørrede lymfeknuder omfatter også de supra- og infraklavikulære regioner, som palperes, mens patienten slapper af i arm og skulder. Forstørrede lymfeknuder under klaviklen ligger i aksillens niveau III.



Figur 7. Palpation med patienten liggende foretages bedst, når patienten lægger hånden bag hovedet, hvilket leder til øget prominens af regionen og udstrækker brystet over brystvæggen. Brystet palperes systematisk igennem, mens der foretages små cirkulære bevægelser med fingrene.



Figur 8. Den retropapillære region undersøges ved samtidigt at presse papillerne indad på begge sider. Forskelle i konsistensen kan være betinget af en underliggende tumor.



VIDENSKAB OG PRAKSIS | EVIDENSBASERET MEDICIN

Kommentarer

Man skal altid være opmærksom på, at kvinden selv er den, der bedst kender sine bryster, og føler hun en knude, bør billediagnostik som regel udføres, selv om klinikerne ikke har fundet noget suspekt.

KBU indgår som det ene af de tre elementer i tripeldiagnostikken, hvor de øvrige elementer er billediagnostik (mammografi og ultralydskanning) og i den klassiske form cytologisk undersøgelse af finnålsaspirat. Det er dog alment accepteret at erstatte finnålsaspiration med grov nålsbiopsi. Hos yngre patienter under 30 år udgøres billediagnostikken fortrinsvist af ultralydskanning. Denne strategi er udførligt beskrevet andetsteds [1], men her er det vigtigt at huske på, at en forudsætning for dette diagnostiske koncept er, at der ved hver af disse undersøgelser er foretaget en vurdering af, om forandringen er benign, suspekt eller malign. Tripeldiagnostikken forudsætter også, at enhver tumor undersøges såvel klinisk som billediagnostisk. Hverken KBU eller billediagnostik kan stå alene i disse situationer.

KBU kan ikke anvendes til at foretage systematisk befolk-

ningsscreening med [2]. Hertil er sensitiviteten af undersøgelsen for lav. Den er nede på under 20% ved tumorer <0,5 cm og stiger til ca. 60% hvis tumor er >2 cm stor [3]. Specielt hos yngre kvinder og hos overvægtige har metoden begrænset værdi, hvorimod udbyttet er fundet at være større hos ældre kvinder (>70 år) [4].

Korrespondance: Peer M. Christiansen, Mamma-endokrinkirurgisk Sektion, Kirurgisk Afdeling L, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital, DK-8000 Århus C. E-mail: peer.christiansen@dadlnet.dk

Antaget: 2. april 2005

Interessekonflikter: Ingen angivet

Retningslinjerne er godkendt af Dansk Mammakirurgisk Selskab

Litteratur

1. DBCG-retningslinier 2001. København: Danish Breast Cancer Cooperative Group – DBCG, 2002.
2. Saslow D, Hannan J, Osuch J et al. Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA Cancer J Clin* 2004;54:327-44.
3. Oestreicher N, White E, Lehman CD et al. Predictors of sensitivity of clinical breast examination (CBE). *Breast Cancer Res Treat* 2002;76:73-81.
4. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? *JAMA* 1999;282:1270-80.

Regional anæstesi til sectio

Overlæge Yvonne H. Rasmussen

H:S Hvidovre Hospital, Anæstesiologisk Afdeling 532

Indtil 1980'erne var den foretrukne anæstesimetode generel anæstesi til både akutte og elektive sectioner. Engelske opgørelser, the Confidential Enquiries into Maternal Death [1], som siden starten af 1950'erne er blevet offentliggjort hvert tredje år, placerede generel anæstesi som den tredjehyppigste årsag til moderens død. Hovedparten af disse dødsfald skyldtes intubationsproblemer i forbindelse med generel anæstesi. Dette førte til rekommandationer om så vidt muligt at undgå generel anæstesi og foretage sectio i regional anæstesi (epidural eller spinal).

Det var primært epiduralbedøvelse, der blev anvendt, på grund af høj frekvens af postspinal hovedpine (PDPH) med de daværende spinalnåle (G 22-25, skærende). Efter fremkomsten af mindre spinalnåle (G 25-27, stump) er frekvensen af PDPH reduceret til ca. 1,5% [2].

Spinalanæstesi er nu den foretrukne anæstesiform til både akut og elektivt sectio. Dette gælder både for udenlandske og danske forhold [3, 4]. Spinalanæstesi er teknisk let at anlægge, virker hurtigt og giver en intens blokade med anvendelse af

små doser lokalanæstetika. Hypotension hos moderen er dog fortsat et stort problem.

Epiduralanæstesi (EA) er teknisk lidt sværere at anlægge, har længere anslagstid, og det er nødvendigt at bruge større doser lokalanæstetika. Til gengæld er EA mere styrbart, kan suppleres, hvis der er behov for det, og kan anvendes til postoperativ smertebehandling. EA anvendes i dag ofte til sectio, når patienten i forvejen har fået anlagt en fødeepidural. Desuden kan der være specielle patologiske tilstande, der gør, at EA foretrækkes (præeklampi, intrauterin vækstretardering, hjertesygdom osv.).

De to bedøvelser kan desuden kombineres, hvor den hurtige effekt af spinalen benyttes samtidig med muligheden for supplement i epiduralen til fortsat anæstesi/analgesi [5].

Sectiofrekvensen er stigende både herhjemme og i udlandet [3, 4]. I Danmark er sectiofrekvensen øget fra 11,1% i 1982 til 19,6% i 2003 [6], og den stiger fortsat.

Den historiske udvikling har vist en ændring fra EA som den foretrukne anæstesiform til spinalanæstesi. I analysen vurderes den relative effektivitet og bivirkninger af spinalanæstesi versus EA til sectio.

Cochrane-analysens design og resultater

Søgning foregik i the Cochrane Pregnancy and Childbirth