
Vaktpostlymfeknute

REDAKSJONELT

SCHLICHTING E

BABOVIC A

KÅRESEN R

Påvisning av såkalt vaktpostlymfeknute (sentinel node) kan være et gjennombrudd for kirurgisk onkologi

En vaktpostlymfeknute defineres som den første lymfeknuten som mottar lymfedrenasje fra en tumor. Metastasing til regionale lymfeknuter hos pasienter med tidlig påvist cancer, er den beste prognostiske markør vi har i dag.

Vaktpostlymfeknutekonseptet baserer seg på at tumorceller spres via lymfesystemet. Det forutsetter videre at vaktpostknuten i alle fall midlertidig representerer en effektiv barriere for kreftceller som transporteres via lymfekar. Cabanas viste i 1977 at preoperativ lymfangiografi med kontrast kunne kartlegge vaktpostknuten ved peniscancer (1), mens Morton i 1992 dokumenterte nytteverdien av metoden hos pasienter med malignt melanom (2). Vaktpostknuten ble visualisert preoperativt ved hjelp av blåfarge som ble satt intradermalt rundt tumor. Ved forsiktig disseksjon kunne han følge lymfekanalen gjennom fettvevet og til den regionale lymfeknutestasjon hvor en eller flere knute(r) var farget blå. Han gjorde et fullstendig lymfeknutetoalett etter at vaktpostknuten var tatt ut. Vaktpostknuten ble funnet hos 82% av 237 pasienter. 5% av pasientene som hadde positive lymfeknuter i totalpreparat hadde falskt negativ vaktpostknute. Senere har metodeutviklingen skutt fart og interessen for metoden er spesielt stor i forbindelse med brystkreft og malignt melanom. Den utprøves imidlertid også for peniskreft, gynekologisk cancer, hode- og halsneoplasmer og tykktarmskreft.

Påvisning av vaktpostknuten kan også skje ved hjelp av isotop som settes rundt tumor. Benyttes isotop, er det en fordel å gjøre preoperativ lymfoscintigrafi for å se om en eller flere vaktpostknuter kan påvises og hvor de er lokalisert. På operasjonsstuen benyttes en gammadetektor (håndholdt instrument) for å finne området med høyest radioaktivitet utenfor tumor for å kunne dissekere etter vaktpostknute i dette området. Samtidig bruk av blåfarge og radioaktivitet øker deteksjonsraten av vaktpostknuten. Denne kan sendes til frysesnitt og undersøkes på forekomst av metastaser.

Det rapporteres i flere studier at vaktpostknuten påvises hos 95-100% av pasientene med en falskt negativ rate under 5% (3, 4). Mange sentre i utlandet har tatt konsekvensene av dette og utelater lymfeknutetolett der vaktpostknuten ertumorfri ved endelig histologi. Kirurgien blir dermed mindre omfattende med alle de positive konsekvenser det innebærer. Ikke nok med det, overlevelsen kan muligens også bedres! Dersom det bare tas ut en eller to vaktpostlymfeknuter, kan disse undersøkes ekstra grundig, f.eks. med immunhistokjemi. Det er vist at man slik kan fremme påvisningen av metastaser. Derved forbedres stadielinndelingen og flere pasienter kan få tilbud om adjuvantbehandling (5).

Ved Ullevål sykehus har vi det siste året erfart at det ikke er gjort i en håndvending å lære seg metoden. Vi har funnet vaktpostknuten hos 30 av de 41 første brystkreftpasientene. 11 pasienter hadde metastaser til aksillen. Hos fire av disse pasientene viste vaktpostknuten bare mikrometastaser. Det er internasjonalt ingen enighet om hvilken fremgangsmåte som er å foretrekke. Det diskuteres f.eks. hvilken type radioaktivt materiale (partikkelstørrelse, injeksjonssted, mengde) som er best egnet, definisjonen av vaktpostknute(r), gammaprobens egenskaper og bruk, omparasternale vaktpostknuter skal fjernes, frysensnittdiagnostikken og eksklusjonskriterier (tidligere kirurgi i området, multisentriske cancer, palpable regionale lymfeknuter, alder). Internasjonalt ser det ut til å være konsensus om at den enkelte kirurg bør ha gjort minst 30 fortløpende operasjoner og funnet vaktpostknute hos minst 25 av dem før selvstendig utførelse og utelatelse av lymfeknutetolett der vaktpostknuten ikke viser metastase. I USA arrangeres det jevnlig kurs for kirurger som ønsker å lære seg teknikken og på Internett kan pasientene se hvilke kirurger som behersker dette. Mange pasienter krever der at denne metoden benyttes. Vi vil ikke anbefale at for mange sykehus i Norge bruker tid og ressurser på utprøving av metoden. Det bør satses på opplæring ved enkelte sentre. De som starter utprøving må gjøre komplette lymfeknutetolett i læreperioden, ha fortløpende registreringer og ikke utelate aksilletolett før ovennevnte kvalitetskrav er tilfredsstillt.

Vi synes bruk av lymfoscintigrafi er en stor fordel og sykehus som ønsker å anvende metoden bør derfor ha en nukleærmedisinsk avdeling. Med økende andel små tumorer (screening) og dermed færre pasienter med regionale metastaser, kan det bli problematisk å gi tilstrekkelig opplæring i lymfeknutetolett til alle generelle kirurger. Tverrfaglig samarbeid mellom patolog, nukleærmedisiner og kirurg er en stor fordel. Metoden kan altså skape en fornyet debatt om sentralisering av visse former for onkologisk kirurgi (6).

Påvisning av vaktpostlymfeknuter har potensial til å redusere behandlingstid og morbiditet samt bedrestadielinndelingen, men flere randomiserte studier er i gang for å avklare metodens endelige plass i kirurgisk onkologi. Sykehus som tar metoden i bruk må dokumentere at de tilfredsstillt allment aksepterte kvalitetskrav før man avstår fra lymfeknutetolett som konsekvens av negativ vaktpostknute. Innen få år vil trolig påvisning av vaktpostlymfeknuter og mikrometastaser i beinmarg være den beste bakgrunn for valg av adjuvantbehandling for flere store kreftformer.

Ellen Schlichting

Almira Babovic

Rolf Kåresen

Ellen Schlichting (f. 1957) er spesialist i gastroenterologisk kirurgi og overlege vedGastrokirurgisk avdeling, Ullevål sykehus

Almira Babovic (f. 1959) er spesialist i nukleærmedisin og overlege ved Nukleærmedisinskavdeling, Ullevål sykehus

Rolf Kåresen (f. 1940) er spesialist i gastroenterologisk kirurgi, sjeflege for Ullevålsykehus og medlem av Norsk Brystkreft Gruppe

LITTERATUR

1. Cabanas RM. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer* 1977; 39: 456-6.
2. Morton DL, Wen DR, Wong JH, Economou JS, Cagle LA, Storm FK et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. *Arch Surg* 1992; 127: 392-9.
3. Pijpers R, Borgstein PJ, Meijer S, Hoekstra OS, van Hattum LH, Teule GJJ. Sentinel node biopsy in melanoma patients: dynamic lymphoscintigraphy followed by intraoperative gamma probe and vital dye guidance. *World J Surg* 1997; 21: 788-93.
4. Krag D, Weaver D, Ashikaga T, Moffat F, Klimberg S, Shriver C et al. The sentinel node in breast cancer. *N Engl J Med* 1998; 339: 941-6.
5. Giuliano AE, Dale PS, Turner RR, Morton DL, Evans S, Krasne DL. Improved axillary staging of breast cancer with sentinel lymphadenectomy. *Ann Surg* 1995; 222: 394-401.
6. Blichert-Toft M. "The sentinel node" - et nyt kirurgisk princip. *Ugeskr Læger* 1999; 161: 2339.

Publisert: 30. mai 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.