

## 13 Rekommandationer vedr. brystrekonstruktion

### 13.1 Brystrekonstruktion

Brystrekonstruktion efter behandling for brystkræft har været en mulighed for udvalgte patienter i flere årtier (40, 119). Det er dog først med fremkomsten af siliconebrystimplantatet for ca. 30 år siden (30), at metoden, specielt i udlandet, har vundet indpas. Siden er der sket en betydelig produktudvikling indenfor implantatsortimentet (17, 18, 26, 28, 39, 42, 63, 72, 91, 93), samtidig med at de plastikkirurgiske muligheder for vævsflytninger er øget (5, 63, 64, 76, 82, 101, 108, 116). Denne udvikling er også foregået i Danmark (9, 37, 60), hvor der de seneste 15 - 20 år har været en klar udvikling i retning af at flere og flere patienter får udført brystrekonstruktion et år eller mere efter mastektomi for brystkræft (3, 61, 62, 102). Selvom egentlige randomiserede studier savnes, synes en sådan sekundær rekonstruktion ikke at påvirke patientens prognose, og vanskeliggør ikke i væsentlig grad diagnostikken ved mistanke om recidiv, samtidig med at kvindens livskvalitet synes at forbedres (1, 14, 15, 21, 29, 44, 49, 77, 99).

I de seneste 2 årtier er der også fremkommet rapportering om patienter, der får udført primær rekonstruktion i umiddelbar forbindelse med mastektomien (4, 6, 8, 20, 41, 88, 118). Udviklingen på dette område er primært foregået i USA, men har også i Danmark været anvendt af plastikkirurgerne hos udvalgte patienter de sidste 15 - 20 år. Fra Rigshospitalet er publiceret et arbejde, hvor metoden har været anvendt hos en gruppe på 109 patienter med såvel invasiv cancer (heraf ca. 1/3 i højrisikogruppe) som carcinoma in situ (38).

Metoden synes sikker nok i relation til brystkræftbehandlingen (6, 12, 37, 51, 58, 65, 78, 79, 84, 85, 89, 94, 96, 103, 107, 117, 123). Således konkluderer forfatterne i en nylig publiceret engelsk oversigtsartikel (75), at der ikke er evidens for, at metoden rummer en risiko for, at patienten ikke får den relevante onkologiske behandling. Metodens begrænsning er væsentligst knyttet til det forhold, at strålebehandling (95) efter rekonstruktion har en negativ indflydelse på det kosmetiske resultat. Specielt primær rekonstruktion med protese har været anset for mindre egnet hos patienter, der efterfølgende skal modtage strålebehandling (43, 112, 115, 121), men der er også fremkommet oplysninger om mindre gode kosmetiske resultater efter strålebehandling hos patienter, der er primært rekonstrueret med egne væv (13, 111), ganske som det er kendt, at resultatet af en brystbevarende behandling på sigt influeres af den givne strålebehandling. Metodens fordele er imidlertid, at patienten spares for én større operation, at operationen er teknisk lettere, at der er bedre mulighed for et optimalt kosmetisk resultat, og at kvinden undgår de fysiske og psykosociale begrænsninger, som er relateret til at være mastektomeret, medens effekten på livskvaliteten relateret til kræftsygdommen ikke har ladet sig undersøge med konklusivt resultat i større patientmaterialer (1, 33, 44, 67, 83, 97, 99).

#### 13.1.1 DBCG's anbefalinger vedr. brystrekonstruktion

- Alle mastektomerede bør have information om muligheden for og tilbud om sekundær rekonstruktion (som varetages i plastikkirurgisk regi) inden for en toårig periode efter mastektomien.
- Primær rekonstruktion varetages i plastikkirurgisk regi (på landsdelsniveau) efter nærmere aftale med de visiterende/samarbejdende mammakirurgiske enheder og er et område, hvor der sker en fortsat kvalitetsudvikling.

## 13.2 Mål

Tab af brystet er en betydelig psykologisk, social og fysisk belastning (92). Det har betydning for den enkelte kvindes oplevelse af at være truet på livet af en kræftsygdom, kvindens kropsopfattelse (body image) og identitetsfølelse, rolle som seksualpartner, moder og mormoder, oplevelsen af vansir og ulyst ved at deltage i sportslige aktiviteter og offentlig badning (forlegenheden ved den flade thoraxvæg), samt besvær pga. indskrænkede muligheder for tøjvalg.

Målet med at gennemføre en brystrekonstruktion er at imødegå eller eliminere ovennævnte forhold af betydning for kvindens livskvalitet. Med de tilgængelige rekonstruktive teknikker er det muligt i vidt omfang at skabe en efterligning af brystfylden og areola-papillkomplekset, som med hensyn til størrelse, form, placering, ligevægt, ptose, konsistens, tekstur og farve nogenlunde svarer til kontralaterale mamma. Med BH vil kvinden i de fleste tilfælde kunne kamuflere evt. skævheder, uden at risikere pludselige tab af en ekstern protese og være mere frit stillet mht. tøjvalg og fritidsaktiviteter. En væsentlig del af de kvinder, der har gennemført en brystrekonstruktion, oplever en mindre væmmelse/forlegenhed ved egen krop (i spejlsituationen, overfor partner og børn og f.eks. ved offentlig badning), samt at dystre tanker om kræftsygdom og død er mindre påtrængende (33, 46).

## 13.3 Indikationer

Indikationen for at gennemføre en brystrekonstruktion beror på den berørte kvindes ønske/valg på basis af relevant og fyldestgørende information.

Der foreligger ikke videnskabelig dokumentation for, at brystrekonstruktion hverken forbedrer eller forværrer overlevelsen. Derimod synes brystrekonstruktion at højne livskvaliteten (67, 105, 120).

## 13.4 Primær brystrekonstruktion

I relation til brystkræft kan indikationen for primær brystrekonstruktion være:

- neoplasi (led i terapi ved invasiv cancer eller in situ carcinom) eller
- profylakse (kvinder med øget risiko for at udvikle brystkræft).

### 13.4.1 Neoplasi

#### *Invasiv cancer*

Ved invasiv cancer kendes sygdomsstadiet sjældent præcist præoperativt.

Interessen for primær brystrekonstruktion vil naturligt være størst hos yngre og midaldrende kvinder (29, 38). Der er ikke videnskabelige holdepunkter for, at begrænse anvendelsen af primær brystrekonstruktion af biologiske grunde. Når det gælder invasiv cancer, har DBCG ikke overordnet fastlagt indikationerne. Det er op til det enkelte center selv at definere hvilke typer patienter, der kan tilbydes denne form for kirurgi.

For at undgå at senere udvikling af lokalrecidiv og behandlingen heraf vil kompromittere den udførte rekonstruktion, må primær brystrekonstruktion anbefales reserveret til en gruppe af patienter, hvor risikoen for lokalrecidiv i løbet af de første 10 år postoperativt er beskeden. I forbindelse med overvejelser, om en patient kan tilbydes primær rekonstruktion, skal onkologerne inddrages i beslutningen.

### *DCIS*

Ved DCIS (98) kan der, når forandringerne er enten anatomisk udbredte/centralt placeret eller cellulært aggressive, være indikation for at foretage primær brystrekonstruktion. Der foretages sædvanligvis simpel, hudsparende mastektomi uden axilexirese (se afsnit 10.6 "Kirurgisk behandling").

#### **13.4.2 Profylakse**

Hos kvinder med øget risiko for at udvikle brystkræft kan der i udvalgte tilfælde være grundlag for at overveje/gennemføre mastektomi, således som det bl.a. fremgår af det program for klinisk og genetisk rådgivning af kvinder med familiær forekomst af cancer mammae, som i 1999 er udformet af DBCG's genetiske udvalg (32) (se kapitel 14 "Genetisk udredning og rådgivning").

Hos kvinder, som efter genetisk rådgivning (16, 24, 31, 36, 50, 52, 71, 80, 104) ønsker forebyggende operation vil primær brystrekonstruktion være et relevant behandlingstilbud (45, 53, 54).

Det vides (54), at profylaktisk mastektomi nedsætter risikoen for udvikling af brystkræft betydeligt (op mod 90%). Det er imidlertid vanskeligt, præcist at angive risikoen for udvikling af brystkræft hos den enkelte kvinde (86, 114), selvom beregning af den individuelle risiko kan foretages efter forskellige algoritmer (48, 100), der tager hensyn til kvindens alder og kendte risikofaktorer. En øget risiko kan næppe i sig selv afgive indikation for profylaktisk mastektomi og primær brystrekonstruktion. Kvindens ønske, cancerfrygt og eventuelle konkurrerende lidelser/faktorer vil ofte spille afgørende ind (53). Afhængig af risikoens størrelse vil en betydelig overbehandling finde sted, med en ikke helt ubetydelig morbiditetsrisiko.

Muligheden for at indgå i et screeningsprogram og dermed muligheden for, at en evt. cancer opdages i tidligt stadium, som i flertallet af tilfældene vil tillade behandling med lumpektomi, er dog ikke attraktiv for alle, selvom behandlingen er langt skånsommere end (evt. bilateral) primær brystrekonstruktion eller for den sags skyld mastektomi, og selvom risikoen kan nedsættes væsentligt (50%) med antiøstrogen behandling/oophorectomi.

##### **13.4.2.1 Profylaktisk kirurgi**

Tilbuddet om profylaktisk kirurgi bør formentlig være tilgængeligt for den relativt lille gruppe kvinder, som efter moden overvejelse ønsker en sådan behandling, men denne bør foregå protokolleret og på grund af det beskedne antal klienter være centraliseret til de plastikkirurgiske afdelinger, som i forvejen har stor erfaring med primær brystrekonstruktion.

Målgruppen er:

1. Kontralateral "profylaktisk primær brystrekonstruktion" hos kvinder med unilateral mammasygdom:
  - Kvinder, som er genbærere med unilateral DCIS eller invasiv cancer.
  - Kvinder med familiær forekomst af brystkræft (genstatus ej kendt) med unilateral DCIS eller invasiv cancer.
2. Bilateral "profylaktisk primær brystrekonstruktion" hos kvinder med øget risiko for at udvikle brystkræft:
  - Indikationerne fremgår af afsnittet om genetisk udredning i kapitel 14.

## 13.5 Sekundær brystrekonstruktion

I relation til brystkræft kan indikationen for sekundær brystrekonstruktion være forventning om bedre livskvalitet som følge af sekundær brystrekonstruktion efter gennemført mastektomi eller lumpektomi.

### 13.5.1 Postmastektomirekonstruktion

Der foreligger ikke prospektivt randomiserede undersøgelser, der klart viser en forbedret livskvalitet hos kvinder, som har fået foretaget en sekundær brystrekonstruktion. Der foreligger resultater fra en del retrospektive og prospektive opgørelser, som sandsynliggør høj patienttilfredshed med operationen, mindre sygdomsoptagethed og oplevelsen af større frihed (uafhængighed af ekstern protese og større tøjvalgsmulighed). Der foreligger endnu ingen danske arbejder, som belyser disse problemer.

Sekundær brystrekonstruktion kan initieres så snart arrene er modnet 3 - 6 mdr. efter gennemført mastektomi og/eller efter afsluttet cytotoxisk kemoterapi og evt. adjuverende strålebehandling. Sekundær brystrekonstruktion kan rent teknisk næsten altid gennemføres med de til rådighed stående moderne teknikker. Rekonstruktion med protese/ekspansion kan gennemføres såfremt vævene er nogenlunde ubeskadigede af den foretagne mastektomi.

Hvis mastektomifeltet er præget af fibrose, pectoralis major muskulaturen partielt denerveret eller evt. reseceret, mastektomicatricen stram evt. med dybdeadhæreencer, og/eller der er givet strålebehandling, er det vanskeligt regelmæssigt at opnå acceptable resultater med proteserekonstruktioner. I stedet må det anbefales at anvende protese og lapplastik eller lapplastik alene.

### 13.5.2 Postlumpektomirekonstruktion

I ca. 5% af lumpektomier bliver det kosmetiske resultat utilfredsstillende med betydelig deformering og asymmetri. I sådanne tilfælde kan det være relevant, at foretage en partiel brystrekonstruktion med autologt væv (feltet sjældent egnet til proteseimplantation). Metoderne er principielt de samme, som anvendes ved egentlig brystrekonstruktion. I op mod 10% af tilfældene er der asymmetri af lettere grad, og patienten kan, hvis behovet er tilstede, behandles vha. en kontralateral mammaplastik.

## 13.6 Kontraindikationer

Hvad enten det drejer sig om primær eller sekundær brystrekonstruktion kan følgende kontraindikationer for brystrekonstruktion opstilles:

- avanceret sygdom/inoperabel tumor,
- urealistisk forventning om resultatet,
- psykisk sygdom, som forhindrer Kooperation,
- AT/konkurrerende lidelse, som udgør væsentlig operativ/anæstesiologisk risiko
- adipositas med BMI > 30 (22, 66).

Herudover afhænger rekonstruktions-metoden bl.a. af:

- patientens kropsbygning og bryststørrelse,
- kvaliteten af arret efter en evt. brystkræftoperation,
- om der tidligere er givet strålebehandling,
- om der planlægges strålebehandling,
- om der er egnet hudoverskud i brystregionen,

- om der er egnet hudoverskud på donorstederne for de almindeligt anvendte lapper til rekonstruktionen,
- cicatricer efter evt. tidligere operationer, med begrænsning af donorsteds muligheder,
- komplicerende sygdomme f.eks. diabetes mellitus, cardio-pulmonale lidelser, vasculær insufficiens, reumatiske/autoimmune lidelser,
- tobaksforbrug (23, 124),
- adipositas med BMI 25 - 30 (66).

Hertil kommer patientens ønsker om rekonstruktion med eller uden protese, placering af ar efter anvendelse af eget væv mm.

### 13.7 Metoder

Brystrekonstruktion er en stadietopdelte proces og omfatter flere operationer:

#### 3. Rekonstruktion af brystfylde:

- proteseimplantation
- implantation af expansionsprotese (27, 60, 62)
- autologt væv (lapplastik)\* suppleret med proteseimplantation
- autologt væv (lapplastik)\* uden supplerende protese.

#### 4. Rekonstruktion af areola-papil kompleks.

#### 5. Evt. korrektion af kontralaterale raske bryst for at skabe symmetri.

\*) De mest anvendte lapper i Danmark er:

- Göteborg-lappen (den laterale, thorakale, fasciokutane lap) (57, 73)
- LD-lappen (den musculocutane **L**atissimus **D**orsi lap)(34, 35)
- TRAM-lappen (**T**ransverse **R**ectus **A**bdominis **M**usculocutaneous flap) (5, 7, 25, 55, 56).

Göteborg-lappen anvendes kun ved sekundær rekonstruktion oftest i kombination med en protese, mens LD-lappen anvendes ved både primær og sekundær rekonstruktion ofte i kombination med protese. TRAM-lappen anvendes ved både primær og sekundær rekonstruktion oftest uden samtidig protese. Der kan under særlige omstændigheder anvendes andre lapper end de nævnte (2, 11, 59, 87).

Ved primær brystrekonstruktion kan hudsparende mastektomi være en integreret del af rekonstruktionen. Herunder sikres primært den nødvendige radikalitet, men et *sine qua non* er også den skånsomme preparation af recipientstedets væv enten for en proteseimplantation eller for en lapplastik, således at helingskomplikationer specielt svt. mastektomilapperne (og dermed risiko for tab af rekonstruktionen eller uheldig udsættelse af start på evt. adjuverende onkologisk behandling) eller skader på recipientstedets fødekar for en fri lap minimeres.

Ikke alle patienter ønsker eller behøver alle operationerne og hos nogle kan operationerne hensigtsmæssigt udføres samtidigt. Et rekonstruktionsforløb varer ca. 1/2 - 3/4 år, men kan være længere afhængig af bl.a. rekonstruktionsmetoden og evt. komplikationer ved de enkelte operationer.

#### 13.7.1 Bivirkninger og komplikationer.

De almindeligste bivirkninger er smerter og ubehag, sensibilitetsforstyrrelser og ødem omkring arene/operationsfeltet. Generne er stærkest umiddelbart postoperativt og klinger af som regel i løbet af uger til måneder, men kan være permanente i forskellig grad.

De hyppigste komplikationer er:

- sårinfektion (< 2%),
- blødning med hæmatom, som skal udtømmes (< 2%),
- nekrose med forsinket sårheling evt. med fedtnekroser (især ved rekonstruktion med eget væv (stillet TRAM-plastik (69)),
- randnekroser, der opheler spontant ses hos 5 - 15%, partielle lapnekroser der kræver sekundær kirurgi ses hos <5% og totale laptab hos < 1%.

På længere sigt er der risiko for at en brystrekonstruktion ved hjælp af protese kan give anledning til lokale komplikationer. Sommetider sker der en uhensigtsmæssig ardannelse omkring protesen, således at denne ændrer form og konsistens, såkaldt:

- kapselskrumpning, af klinisk betydning hos op til 40% uden strålebehandling i forløbet og hos op til 70% med strålebehandling i forløbet.

Brystproteser er, uanset at de er beregnede til at være livstidsholdbare, udsat for en vis slitage og vil med årene kunne gå i stykker, førende til:

- proteseruptur (incidensen er ikke kendt),
- vævsskrumpninger relateret til strålebehandling med deformation og øget vævskonsistens i det bestrålede operationsfelt (skrumpning af bryst rekonstrueret med eget væv) ses hos < 25%,
- donorstedssequelae (for TRAM-lappens vedkommende evt. bugvægssvaghed (47, 70, 122)).

Disse komplikationer kan behandles, og resultatet kan som regel blive tilfredsstillende, selv om der undervejs opstår komplikationer. Men, i sjældne tilfælde kan rekonstruktionsprocessen mislykkes, således at behandlingen må opgives.

### 13.8 Organisation

Siden DBCG's start i 1977 er der sket en meget positiv udvikling, dels mht. erkendelsen af den betydning, tabet af et bryst kan have for den berørte kvinde (indførelsen af brystbevarende behandling), dels mht. at inddrage de plastikkirurgiske rekonstruktionsmuligheder til gavn for brystkræft-patienten.

Det er dog først indenfor de senere år, at brystrekonstruktion har fundet vej til publikationer vedrørende overordnede organisatoriske retningslinier/anbefalinger om brystkræftbehandling (10, 19, 81, 113). Ifølge anbefalinger fra BASO bør: "All patients should have the opportunity to receive advice on reconstructive breast surgery where appropriate. If this is not available within the Breast Unit the Breast Team should have a recognized line of referral to a breast or plastic surgeon with particular expertise in breast reconstruction." (109, 110).

I Danmark er der enighed om, at brystrekonstruktion er en plastikkirurgisk specialopgave (37), hvilket også fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning om lands-landsdelsfunktioner. Da brystkræftkirurgien er spredt på langt flere afdelinger end plastikkirurgien og ofte ikke findes på samme sygehus, er der behov for, at kvinder med behov for eller ønske om brystrekonstruktion (primær eller sekundær) kan visiteres til de plastikkirurgiske afdelinger, som kan formidle den nødvendige information til patienten, varetage det fulde spektrum af brystrekonstruktioner (med proteser eller ekspansionsproteser, autolog vævsflytning inkl. mikrokirurgi) og den nødvendige opfølgende kontrol i samarbejde med onkologisk afdeling. En sådan

visitation kan iflg. gældende lov ske indenfor kautionsystemet (landsdelsniveau for primær brystrekonstruktion og for sekundær brystrekonstruktion med autologt væv; basisniveau for sekundær brystrekonstruktion med protese/ekspansionsprotese).

### **13.8.1 Samarbejdet mellem plastikkirurgiske og brystkirurgiske afdelinger.**

Husaftaler om opgavefordelingen i samarbejdet mellem den plastikkirurgiske afdeling og den brystkirurgiske afdeling ved primær brystrekonstruktion hos kvinder med nydiagnosticeret brystkræft kan indgås, når blot det tilgodeses, at specialistniveauet i forhold til behandling, pleje, kontrol, uddannelse, udvikling af kvalitetssikring og forskning kan opretholdes.

### **13.8.2 DBCG's anbefalinger vedr. organisation**

1. Der skal etableres et formaliseret samarbejde mellem den plastikkirurgiske og den brystkirurgiske afdeling. Der skal aftales visitationsregler og kriterier for henvisning af patienter til den plastikkirurgiske afdeling, ligesom der skal indgås aftale om en arbejdsfordeling mellem de to discipliner.
2. Brystkirurgen har ansvaret for den diagnostiske udredning, den ablative del af indgrebet, opfølgende cancerkontrol herunder visitation til onkologisk afdeling og indberetningen til DBCG. Plastikkirurgen er ansvarlig for det rekonstruktive indgreb og den heraf nødvendige opfølgende kirurgiske kontrol.
3. Hvis særlige lokale forhold er en hindring for et formelt samarbejde mellem en brystkirurgisk og en plastikkirurgisk afdeling – selv indenfor samme hospital, må der udarbejdes klare aftaleregler for visitation, kriterier for henvisninger til de to discipliner, forløbsansvar, samarbejdet med DBCG og patientopfølgningen. Aftalen skal indberettes til DBCG sekretariatet.
4. DBCG må anbefale, at mastektomi med primær brystrekonstruktion samles på ganske få steder for at opretholde ekspertise og sikre træning og uddannelse af plastikkirurgerne. Hertil kommer, at DBCG samarbejdet kræver særlig indsigt og erfaring, som bedst opnås ved samling af funktionen.

### **13.8.3 Rekonstruktionsbehov**

Der optræder i Danmark ca. 3.800 nye tilfælde af brystkræft om året. De fleste behandles primært kirurgisk (ca. 90%) heraf ca. 75% med mastektomi og ca. 25% med lumpektomi. Der findes principielt ingen aldersgrænse for brystrekonstruktion, selvom interessen er størst blandt yngre kvinder (medianalder ca. 48 år, spændvidde 26 - 77 iflg. hidtidige danske erfaringer med brystrekonstruktion).

Ud fra en samlet vurdering kan det skønnes, at ca. 1.000 – 1.200 brystkræftpatienter om året vil være potentielle kandidater til brystrekonstruktion. For tiden gennemføres i hospitalsregi 250 - 300 brystrekonstruktioner om året i Danmark, heraf knap 100 primære rekonstruktioner.

Risikoen for lokalrecidiv bør være begrænset, således at kun en lille del af kvinderne risikerer, at rekonstruktionen kompromitteres af en evt. behandling for lokalrecidiv, men der findes principielt ingen biologisk grænse for at gennemføre brystrekonstruktion relateret til sygdommens aggressivitet/ patientens prognose, når blot canceren er operabel/er under kontrol.

Behovet for brystrekonstruktion relateret til behandling for invasiv brystkræft er, som det fremgår, vanskeligt at vurdere præcist, men vil utvivlsomt være stigende i de nærmeste år, også selvom mammografiscreening skulle blive indført i flere regioner.

Hertil kommer et behov relateret til behandlingen af DCIS og relativt sjældne tilfælde af profylaktisk kirurgi.

#### 13.8.4 Patientinformation

I relation til operation for brystkræft, har alle kvinder ret til information om mulighederne for brystrekonstruktion (74). Informationen bør gives på kvalificeret niveau, således at der er mulighed for individuel rådgivning, hvilket kan ske ved at henvise patienterne til konsultation i de plastikkirurgiske afdelinger, der varetager det fulde spektrum af brystrekonstruktioner.

DBCG anbefaler derfor, at der i afdelingerne findes skriftlig generel information om brystkræft og behandlingsmulighederne, som kan udleveres til patienterne tidligt i udredningsforløbet (sædvanligvis i kirurgisk afdeling), samt skriftlig generel information om brystrekonstruktion, som udleveres til de kvinder, som spontant eller efter forespørgsel, udtrykker interesse for denne mulighed og ønsker henvisning til plastikkirurgisk afdeling (kan udleveres enten i kirurgisk eller i plastikkirurgisk afdeling).

Såfremt en patient beslutter sig for primær brystrekonstruktion, er der ofte brug for 1 - 2 konsultationer i plastikkirurgisk afdeling til endelig planlægning af behandlingsstrategi. Herefter medgives patienterne skriftlig information om indlæggelse, operationsdato, den konkrete operation, det forventede forløb og opfølgende kontrol.

#### Referencer

1. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36: 1938-43.
2. Allen RJ, Tucker C. Superior gluteal artery perforator free flap for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1207-12.
3. Andersen M, Kramhøft M, Krag C. Brystrekonstruktion efter mastektomi. II. Anvendelse af muskulokutan lapplastik uden kunststof protese. *Ugeskr Læg* 1988; 150: 2571-75.
4. Bailey MH, Smith JW, Casas L et al. Immediate breast reconstruction: Reducing the risk. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 845-51.
5. Banic A, Boeckx W, Greulich M, Guelinckx P, Marchi A, Rigotti GH, Tschopp H. Late result of breast reconstruction with the free TRAM flaps: prospective multicentric study. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1195-204.
6. Barreau-Pouhaer L, Zekri A, Lehmann A, Petit JY. Immediate breast reconstruction: indications and technics. Apropos of 120 cases treated at the Institut Gustave-Roussy. *Ann Chir Plast Esthet* 1989; 34: 97-102.
7. Beasley ME, Hartrampf CR. The pedicled TRAM flap for delayed breast reconstruction. *Plast Surg Techn* 1995; 1: 173-83.
8. Beasley ME. The pedicled TRAM as preference for immediate autogenous tissue breast reconstruction. *Clin Plast Surg* 1994; 21: 191-205.
9. Blichert-Toft M, Hesselov I. Kirurgisk behandling af cancer mammae - er der fremskridt? *Ugeskr Læg* 1995; 157: 1011.
10. Blichert-Toft M, Smola MG, Cataliotti L, O'Higgins. Principles and guidelines for surgeons – management of symptomatic breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1997; 23: 101-9.
11. Blondeel PN. One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience. *Br Plast Surg* 1999; 52: 104-11.
12. Bobin JY, Delay E. Plastic surgery and breast cancer. Are there contraindications to plastic surgery. *Ann Chir Plast Esthet* 1992; 37: 673-81.
13. Bostwick, J. Discussion of "Postoperative adjuvant irradiation: Effects on transverse rectus abdominis muscle flap breast reconstruction". *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 318-20.
14. Brandberg Y, Malm M, Blomqvist L. A prospective and randomised study "SVEA", comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life and cosmetic result. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 66-74.



15. Brandberg Y, Malm M, Rutqvist LF, Jonsson E, Blomqvist L. A prospective randomised study (named SVEA) of three methods of delayed breast reconstruction. Study design, patients' preoperative problems and expectations. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1999; 33: 209-16.
16. Burke W, Daly M, Garber J, Botkin J, Kahn MJ, et al. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. II. BRCA1 and BRCA2. Cancer Genetics Studies Consortium. *JAMA* 1997; 277: 997-1003.
17. Burkhardt BR, Demas CP. The effect of Siltex texturing and povidone-iodine irrigation on capsular contracture around saline inflatable breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 123-8.
18. Caffee HH. Discussion of "The effect of Siltex texturing and povidone-iodine irrigation on capsular contracture around saline inflatable breast implants". *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 129-30.
19. Cancer guidance sub-group of the clinical outcomes group (NHS). Improving outcomes in breast cancer. The manual. Leeds: NHS Executive, 1996. Cat 96 CCOO21.
20. Castelló JR, Garro L, Nájera A, Mirelis E, Sánchez-Olaso A. Immediate breast reconstruction in two stages using anatomical tissue expansion. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 2000; 34: 167-71.
21. Cederna PS, Yates WR, Chang P, Cram AE, Ricciardelli EJ. Postmastectomy reconstructions: comparative analysis of the psychosocial, functional and cosmetic effects of transverse rectus abdominis musculocutaneous flap versus breast implant reconstruction. *Ann Plast Surg* 1995; 35: 458-68.
22. Chang DW, Wang B-G, Robb GL, Reece GP, Miller MJ, Evans GRD, Langstein HN, Kroll SS. Effect of obesity on flap and donor-site complications in free transverse rectus abdominis myocutaneous flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 103: 1640-8.
23. Chang DW, Reece GP, Wang B, Robb GL, Miller MJ, Evans GRD, Langstein HN, Kroll SS. Effect of smoking on complications in patients undergoing free TRAM flap breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 2374-80.
24. Chlebowski RT. Reducing the risk of breast cancer. *New Eng J Med* 2000; 343: 191-8.
25. Clugston PA, Gingrass MK, Azurin D, Fisher J, Maxwell GP. Ipsilateral pedicled TRAM flaps: The safer alternative? *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 77-82.
26. Collis N, Coleman D, Foo ITH, Sharpe DT. Ten-year review of a prospective randomized controlled trial of textured versus smooth subglandular silicone gel breast implants. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 786-91.
27. Collis N, Sharpe DT. Breast reconstruction by tissue expansion. A retrospective technical review of 197 two-stage delayed reconstructions following mastectomy for malignant breast disease in 189 patients. *Br J Plast Surg* 2000; 53: 37-41.
28. Collis N, Sharpe DT. Recurrence of subglandular breast implant capsular contracture: Anterior versus total capsulectomy. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 792-7.
29. Contant CM, van Wersch AM, Wiggers T, Wai RT, van Geel AN. Motivations, satisfaction and information of immediate breast reconstructions following mastectomy. *Patient Educ Couns* 2000; 40: 201-8.
30. Cronin TD, Gerow F. Augmentation mammoplasty: a new "natural feel" prosthesis. In: Transactions 3. International Congress Plastic Surgery. Excerpta Medica. Amsterdam, 1964, 41-9.
31. Croyle RT, Lerman C. Risk communication in genetic testing for cancer susceptibility. *J Natl Cancer Inst* 1999; 25: 59-66.
32. DBCG's genetiske udvalg. Program for klinisk og genetisk rådgivning ved familær forekomst af cancer mammae, november 2002.
33. Dean C, Chetty U. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet* 1983; 459-62.
34. Delay E, Jorquera F, Lucas R, Lopez R. Sensitivity of breasts reconstructed with the autologous latissimus dorsi flap. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 302-9.
35. Dellon AL. Discussion of "Sensitivity of breasts reconstructed with the autologous latissimus dorsi flap". *Plast Reconstr Surg* 2000, 106: 310-2.
36. Eisen A, Weber BL. Prophylactic mastectomy –the price of fear. *New Eng J Med* 1999; 340: 128-37.
37. Elberg JJ, Blichert-Toft M, Drzewiecki KT. Primær brystrekonstruktion efter mastektomi for cancer mammae. *Ugeskr Læg* 1995; 157: 1013-6.
38. Elberg JJ, Mollerup CL, Dahlstrom KK, Ravnsbaek JD, Drzewiecki KT, Rank FE, Blichert-Toft M. Primary breast reconstruction in connection with mastectomy for breast cancer. Indication, procedure and immediate surgical results. *Ugeskr Læg* 2000; 162: 2550-3.
39. Elkowitz A, Colen S, Slavin S, Seibert J, Weinstein M, Shaw W. Various methods of breast reconstruction after mastectomy: An economic comparison. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: 77-83.
40. Elliot LF, Hartrampf CR. Breast reconstruction: Progress in the past decade. *World J Surg* 1990; 14: 763-75.

41. Elliott LF, Eskenazi L, Beegle PH, Podres PE, Drazan L. Immediate TRAM flap breast reconstruction: 128 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: 217-27.
42. Evans GRD, Kroll SS. Choice of technique for reconstruction. *Clin Plast Surg* 1998; 25: 311-6.
43. Evans GRD, Shusterman MA, Kroll SS et al. Reconstruction and the radiated breast: Is there a role for implants? Discussion: Spear SL, Maxwell GP. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 1111-8.
44. Francelli S, Leone MS, Berrino P, Passarelli B, Capelli M, Baracco A, Morasso G, Santi PL. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissue versus prostheses. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1213-8.
45. Frost MH, Shaid DJ, Sellers TA, Slezak JM, Arnold PG, Woods JE et al. Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy. *JAMA* 2000; 284: 319-24.
46. Jørgensen S. Primær brystrekonstruktion. Psykologiske forhold. Ph.D.-afhandling, 2001, Københavns Universitet.
47. Futter CM, Webster MH, Hagen S, Mitchell SL. A retrospective comparison of abdominal muscle strength following breast reconstruction with a free TRAM or DIEP flap. *Br J Plast Surg* 2000; 53: 578-83.
48. Gail MH, Brinton LA, Byar DP et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1879-86.
49. Georgiade GS, Riefkohl R, Cox E et al. Long-term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy. *Plast Reconstr Surg* 1985; 76: 415-22.
50. Gerdes A-MA, Rasmussen K, Graversen HP, Kronborg O, Qvist N, Holm NV, Axelsson CK, Rose C, Ahrons S, Dyreborg U, Hørder M. Cancergenetisk rådgivningsklinik. *Ugeskr Læg* 1998; 160: 1145-50.
51. Godfrey PM, Godfrey NV, Romita MC. Immediate autogenous breast reconstruction in clinically advanced disease. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1039-44.
52. Gronau KA, Semple JL. A guide to establishing the risk for breast cancer in the plastic surgery patient. *Ann Plast Surg* 2000; 45: 554-9.
53. Hatcher MB, Fallowfield L, A'Hern R. The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semistructured interviews. *Br Med J* 2001, 322: 1-6.
54. Hartmann LC, Shaid DJ, Woods JE, Crotty TP, Myers JL, Arnold PG, Petty PM, Sellers TA, Johnson JL, McDonnell SK, Frost MH, Jenkins RB. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. *New Eng J Med* 1999; 340: 77-84.
55. Hartrampf CR, Bennet GK. Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient: A critical review of 300 patients. *Ann Surg* 1987; 205: 508-15.
56. Hartrampf CR. Breast reconstruction with living tissue. Raven Press, New York 1991.
57. Holmstrom H, Lossing C. The kateral thoracodorsal flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1986; 77: 933-43.
58. Kjølner KH, Krag C, Friis S. Silikone brystimplantater og brystkancer. *Ugeskr Læg* 1997; 159:1744-8.
59. Koshima I, Inagawa K, Yamamoto M, Moriguchi T. New microsurgical breast reconstruction using free paraumbilical perforator adiposal flaps. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 61-5.
60. Kraemer O, Andersen M, Siim E. Breast reconstruction and tissue expansion in irradiated versus not irradiated women after mastectomy. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1996; 30: 201-6.
61. Krag C. Breast reconstruction after mastectomy. *Acta Oncologica* 1988; 27: 687-90.
62. Kramhøft M, Andersen M, Krag C. Brystrekonstruktion efter mastektomi. I. Proteseimplantation forudgået af vævseksponation. *Ugeskr Læg* 1988; 150: 2568-71.
63. Kroll SS, Evans GRD, Reece GP et al. Comparison of resource costs between implant – based and TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97: 364-72.
64. Kroll SS, Evans GRD, Reece GP et al. Comparison of resource costs of free and conventional TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98: 74-7.
65. Kroll SS, Ames F, Singletary SE et al. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 172: 17-24.
66. Kroll SS, Netscher DT. Complications of TRAM flap breast reconstruction in obese patients. *Plast Reconstr Surg* 1989; 84: 886-92.
67. Kroll SS. Immediate breast reconstruction reduces the trauma of mastectomy. *Oncology* 1991; 36: 6-8.
68. Kroll SS. Discussion of "Late results of breast reconstruction with free TRAM flaps: A prospective multicentric study". *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1205-6.
69. Kroll SS. Fat necrosis in free transverse rectus abdominis myocutaneous and deep inferior epigastric perforator flaps. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 576-83.

70. Lejour M, Dome M. Abdominal wall function after rectus abdominis transfer. *Plast Reconstr Surg* 1991; 87: 1054-61.
71. Lerman C, Narod S, Schulman K, Hughes C, Gomez-Caminero A et al. BRCA1 testing in families with hereditary breast-ovarian cancer. A prospective study of patient decision making and outcomes. *JAMA* 1996; 275: 1885-92.
72. Little JW, Golembe EV, Fisher JB. The "living bra" in immediate and delayed reconstruction of the breast following mastectomy for malignant and nonmalignant disease. *Plast Reconstr Surg* 1981; 68: 392-403.
73. Lossing C, Elander A, Holmstrom H. Capsular contracture after breast reconstruction with the lateral thoracodorsal flap. *Aesthetic Plast Surg* 1989; 13: 81-4.
74. Lov om patienters retsstilling, Lov nr. 482 af 1.juli 1998.
75. Malata CM, McIntosh SA, Purushotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Br J Surg* 2000; 87:1455-72.
76. McCraw JB, Horton CE, Grossman JAI, Kaplan I, McMellin A. An early appraisal of the methods of tissue expansion and the transverse rectus abdominis musculocutaneous flap in reconstruction of the breast following mastectomy. *Ann Plast Surg* 1987; 18: 93-102.
77. McGrath MH, Stevens L. Discussion of "A prospective and randomised study "SVEA", comparing effects of three methods for delayed breast reconstruction on quality of life, patient-defined problem areas of life and cosmetic result". *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 75-6.
78. Mellemkjær L, Kjølner K, Friis S, McLaughlin JK, Høgsted C, Winther JF, Breiting V, Krag C, Kjær SK, Blot WJ, Olsen JH. Cancer occurrence after cosmetic breast implantation in Denmark. *Int J Cancer* 2000; 88: 301-6.
79. Morrow M. Discussion of "Recurrence of breast carcinoma following immediate reconstruction: A 13-year review". *Plast Reconstr Surg* 1994; 93 107-8.
80. Møller P, Evans G, Haites N et al. Guidelines for follow-up of women at high risk for inherited breast cancer: Consensus statement from the Biomed 2 Demonstration Programme on inherited breast cancer. *Disease Markers* 1999; 15: 207-11.
81. National Kræftplan: Status og forslag til initiativer i relation til kræftbehandlingen. Sundhedsstyrelsen, februar 2000.
82. Nieminen T, Asko-Seljavaara S, Suominen E, Kuokkanen H, von Smitten K. Free microvascular TRAM flaps: Report of 185 breast reconstructions. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1999; 33: 295-300.
83. Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery. A comparison of three surgical procedures. *Cancer* 201; 91: 1238-46.
84. Noguchi M, Fukushima W, Ohta N, Koyaaski N, Thomas M, Miyazaki I, Yamada T, Nakagawa M. Oncological aspects of immediate breast reconstruction in mastectomy patients. *J Surg Oncol* 1992; 50: 241-6.
85. Noone RB, Frazier TG, Noone GC, Blanchet NP, Murphy JB, Rose D. Recurrence of breast carcinoma following immediate reconstructions. A 13-year review. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 96-106.
86. Olsen JH, Seersholm N, Boice JD, Kjær SK, Fraumani JF. Cancer risk in close relatives of women with early-onset breast cancer – a population-based incidence study. *Br J Cancer* 1999; 79: 673-9.
87. Paletta CE, Bostwick J, Nahai F. The inferior gluteal free flap in breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1989; 84: 875-85.
88. Petit JY, Barreau-Pouhaer L, Lê MG, Lehman A, Rietjens M. Reconstruction mammaire immediate. *Ann Chir* 1989; 45: 383-8.
89. Petit JY, Lê MG, Rietjens M, Contesso G, Lehman A, Mouriessse H. Does long-term exposure to gel-filled silicone implants increase risk of relapse after breast cancer. *Tumori* 1998; 84: 525-8.
90. Petit JY, Rietjens M, Garusi C, Greuze M, Perry C. Integration of plastic surgery in the course of breast conserving surgery for cancer to improve cosmetic results and radicality in tumor excision. *Rec Result Cancer Res* 1998; 152: 202-11.
91. Pouhaer LB, Sarfati I, Missana MC, Petit JY, Lê MG. Cosmetic result and complications in breast cancer patients after total mastectomy with circular incision and immediate reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 1324-7.
92. Poulsen B, Graversen HP, Beckman J, Blichert-Toft M. A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *Eur J Surg Oncol* 1997; 23: 327-34.
93. Rheingold LM, Yoo RP, Courtiss EH. Experience with 326 inflatable breast implants. *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 118-22.
94. Ross AC, Rusnak CH, Hill MK, Naysmith JD, Taylor SL, Dunlop V, Hayashi AH. An analysis of breast cancer surgery after free transverse rectus abdominis myocutaneous (TRAM) flap reconstruction. *Am J Surg* 2000; 179: 412-6.

95. Rubin P, Casarett GW. Clinical radiation pathology as applied to curative radiotherapy. *Cancer* 1968; 22: 767-72.
96. Sandelin K, Billgren AM, Wickman M. Management, morbidity and oncologic aspects in 100 consecutive patients with immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 1998; 5: 159-65.
97. Schover LR, Yetman RJ, Tuason LJ, Meisler E, Esselstyn CB, Grundfest-Broniattowski S, Dowden RV. Partial mastectomy and breast reconstruction. A comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image and sexual function. *Cancer* 1995; 75: 54-64.
98. Schwartz GF, Solin LJ, Olivotto IA, Ernster VL, Pressman P and the Consensus Conference Committee. The consensus conference on the treatment of In situ ductal carcinoma of the breast, 22-25 april 1999. *The Breast* 2000; 9: 177-86.
99. Shain WS, Wellish DK, Pasnau RO, Landsverk J. The sooner the better: a study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed breast reconstruction. *Am J Psych* 1985; 142: 40-6.
100. Shrag D, Kuntz KM, Garber JE, Weeks JC. Life expectancy gains from cancer prevention strategies for women with breast cancer and BRCA1 or BRCA2 mutations. *JAMA* 2000; 283: 617-24.
101. Shusterman MA, Kroll SS, Weldon ME. Immediate breast reconstruction: Why the free TRAM over the conventional TRAM flap? *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 255-60.
102. Siim E, Krag C. Brystrekonstruktion efter mastektomi. *Ugeskr Læg* 1988; 150: 714-7.
103. Slavin SA, Schnitt SJ, Duda RB, Houlihan MJ, Koufman CN, Mor P, Troyan SL, Goldwyn RH. Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction: on risks and aesthetic results in patients with early stage breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 49-62.
104. Solomon JS, Brunnicardi CF, Friedman JD. Evaluation and treatment of BRCA-positive patients. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 714-9.
105. Stevens LA, McGrath MH, Druss RG et al. The psychological impact of immediate breast reconstruction for women with early breast cancer. *Plast Reconstr Surg* 1984; 73: 619-24.
106. Stranz G, Petri E, Hergert M. Breast-saving therapy and primary reconstruction with latissimus dorsi flap combined with radiotherapy. *Zentralbl Gynaekol* 1999; 121: 479-83.
107. Styblo TM, Lewis MM, Carlson GW, Murray DR, Wood WC, Landry JL, Hughes L, Nahai F, Bostwick J. Immediate breast reconstruction for stage III breast cancer with transverses rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flaps. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 375-80.
108. Taylor GI, Palmer JH. The vascular territories (angiosomes) of the body: Experimental study and clinical applications. *Br J Plast Surg* 1987; 40: 113-24.
109. The BASO Breast Specialty Group. The British Association of Surgical Oncology Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the UK (1998 revision). *Eur J Surg Oncol* 1998; 24: 464-76.
110. The Breast Surgeons Group of the British Association of Surgical Oncology (BASO). Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the United Kingdom. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21(suppl. A): 1-13.
111. Tran NV, Evans GRD, Kroll SS, Baldwin BJ, Miller MJ, Reece GP, Robb GL. Postoperative adjuvant irradiation: Effects on transverse rectus abdominis muscle flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 313-7.
112. Vandeweyer E, Deraemaeker R. Radiation therapy after Immediate breast reconstruction with implants. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 56-8.
113. Vejledning om diagnostisk udredning af patienter med symptomer på eller hvor der er rejst mistanke om brystkræft, 2.reviderede udgave oktober 1999, Sundhedsstyrelsen.
114. Verhoog LC, Brekelmans CTM, Seynaeve C, Meijlers-Heijlboer EJ, Klijn JGM. Contralateral breastcancer risk is influenced by the age at onset in BRCA1-associated breast cancer. *Br J Cancer* 2000; 83: 384-6.
115. von Smitten K, Sundell B. The impact of adjuvant radiotherapy and cytotoxic chemotherapy on the outcome of immediate breast reconstruction by tissue expansion after mastectomy for breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1992; 18: 119-23.
116. Watterson PA, Bostwick J, Hester R, Bried JT, Taylor GI. TRAM flap anatomy correlated with a 10-year clinical experience with 556 patients. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95:1185-94.
117. Wey PD, Highstein JB, Borah GL. Immediate breast reconstruction in the high-risk adjuvant's? *Ann Plast Surg* 1997; 38: 342-4.
118. Wickman M, Jurell G, Sandelin K. Technical aspects of immediate breast reconstruction – two year follow-up of 100 patients treated consecutively. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1998; 32: 265-73.
119. Wickman M. Breast reconstruction, past achievements, current status and future goals. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1995; 29: 81-100.
120. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth RS, Goldfarb S, Izenberg PH, Houin HP, Shaheen KW. Prospective analysis of psychosocial outcomes in breast reconstruction:

- one-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1014-25.
121. Young VL. Discussion of "Radiation therapy after immediate breast reconstruction with implants. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 59-60.
  122. Zienovicz RJ, May JW. Hernia prevention and aesthetic contouring of the abdomen following TRAM flap breast reconstruction by the use of polypropylene mesh. *Plast Reconstr Surg* 1995; 96: 1346-50.
  123. Zimmerman RP, Mark RJ, Kim AI, Walton T, Sayah D, Juillard G, Nguyen M. Radiation tolerance of transverse rectus abdominis myocutaneous free flaps used in immediate breast reconstruction. *Am J Clin Oncol* 1998; 21: 381-5.
  124. Zimmermann-Nielsen E, Dahl M-B, Graversen HP. Konsekvens af tobaksrygning på incidens af randnekrose efter mastektomi. *Ugeskr Læg* 1997; 159: 4974-6.