

Directe borstreconstructie

Inhoud

Inleiding	4
Directe borstreconstructie	4
Schildwachtklieronderzoek	5
Eén of beide borsten	5
Tepel	5
Voor wie is deze methode geschikt?	5
Voor- en nadelen	5
Mogelijk aanvullende ingrepen	6
Aanpassing andere borst/borstverkleining/borstlift	6
Tepelreconstructie	6
Vorbereiding	7
Bloedverdunners	7
Aanschaf ondersteunende beha	7
Medische fotografie	7
Scheren oksels	7
De opname	8
De operatie	8
Na de operatie	9
Drain	9
Fysiotherapie	9
Expander	9
Gevolgen en risico's	10
Bloeduitstorting	10
Nabloeding	10
Infectie	10
Weefselversterf	10
Gevoel	10

Kapselvorming	10
Leefregels	11
Littekens	11
Controle	11
Contact	12
Vragen	12

In overleg met uw arts heeft u gekozen voor een directe (primaire) borstreconstructie. Dit betekent dat de oncologisch chirurg al het borstklierweefsel inclusief de afwijking verwijdert en de plastisch chirurg tijdens dezelfde operatiesessie een borstreconstructie uitvoert. In deze folder leest u meer over de operatie, zowel over de voorbereiding op de operatie als de opname en nazorg.

In een uitgebreid gesprek geeft de plastisch chirurg u uitleg over welke reconstructie en operatietechniek er bij u mogelijk is.

De keuze voor een directe of uitgestelde borstreconstructie en de operatietechniek zijn afhankelijk van verschillende factoren. Denk aan het type en stadium van de borsttumor, uw algemene gezondheidstoestand, uw leeftijd en leefstijl (bijvoorbeeld roken), de omvang van uw borst(en) en de kwaliteit van uw huid.

Er zijn verschillende mogelijkheden:

- directe 'oncoplastische' borstreconstructie
- directe huidsparende (en eventuele tepelsparende) borstreconstructies met prothese. Hierbij zijn verschillende technieken mogelijk
- uitgestelde borstreconstructie, hierbij zijn verschillende technieken mogelijk, onder andere door lichaamseigenweefsel te gebruiken uit buik of bil. Indien er voor deze behandeling wordt gekozen, zal de arts u hier verder over inlichten.

In deze folder zal het verder gaan over de directe huid- en eventuele tepelsparende borstreconstructie.

Directe borstreconstructie

Het doel van de reconstructie bij borstkanker is het zo goed mogelijk herstellen van de vorm van de borst. Een gereconstrueerde borst kan een echte borst natuurlijk niet vervangen en zal altijd, indien u een enkelzijdige reconstructie ondergaat, anders blijven dan uw andere borst.

Een directe huidsparende borstreconstructie met prothese is een goede optie wanneer:

- er bij u sprake is van een voorstadium van borstkanker (Ductaal Carcinoma in Situ, afgekort DCIS)
- u een tumor in een vroeg stadium heeft
- u draagster bent van een van de 'BRCA-genen'.

In deze gevallen is het verantwoord om zoveel mogelijk huid en eventueel de

tepel te sparen en te gebruiken voor de borstreconstructie. Ook wanneer u een relatief kleine cupmaat (A en B) heeft, geniet een prothese de voorkeur, aangezien een borstsparende behandeling in dat geval veelal geen fraaie resultaten geeft.

Schildwachtklieronderzoek

Voor een directe borstreconstructie met prothese komt u alleen in aanmerking als u niet bestraald bent geweest, en niet bestraald hoeft te worden. Bestraling van een prothese kan schrompeling van het kapsel veroorzaken. Bestralen kan nodig zijn wanneer er sprake is van kwaadaardige cellen in de klieren van uw oksel. Om er zo zeker mogelijk van te zijn dat dit niet het geval is, word er meestal vóór de operatie bij u een 'schildwachtklieronderzoek' gedaan. Zie hiervoor de aanvulling in uw Patiënten Informatie Map, schildwachtklier-procedure.

Eén of beide borsten

Een borstreconstructie zal over het algemeen aan één kant uitgevoerd worden. Dit is meestal het geval wanneer bij u een vorm van borstkanker is vastgesteld. Op termijn zal wellicht het volume van uw andere borst aangepast moeten worden, zodat er zoveel mogelijk symmetrie ontstaat.

Soms wordt een operatie tegelijkertijd aan beide borsten uitgevoerd, dan is er vaak sprake van zogenaamde 'preventieve borst amputatie'.

Tepel

Bij een borstamputatie met directe reconstructie kan vaak de tepel gespaard worden. Tijdens de operatie wordt het weefsel achter de tepel onderzocht. Als hier geen kwaadaardige cellen gevonden worden, blijft de tepel behouden.

Voor wie is deze methode geschikt?

- Vrouwen met een kleine tot middelgrote borst
- Vrouwen met een normaal gewicht
- Na verwijderen van de gehele borst, dus niet na een borstsparende operatie
- Vrouwen die niet bestraald hoeven te worden of bestraald zijn
- Vrouwen die geen eigen weefsel reconstructie kunnen ondergaan
- Vrouwen die roken en vrouwen met diabetes hebben een grotere kans op complicaties

Voor- en nadelen

De voordelen zijn van deze operatietechniek zijn:

- een relatief eenvoudige ingreep met een voorspelbaar resultaat
- de reconstructie kan in dezelfde operatie plaatsvinden waarbij het

tumorweefsel verwijderd wordt

- omdat de borstverwijdering en reconstructie in één operatie plaatsvinden, is er geen extra litteken nodig
- u heeft direct na de operatie weer wat vulling in de borst.

De nadelen zijn:

- er zijn twee operaties nodig wanneer er een tissue expander geplaatst is
- het vullen van de expander neemt enkele maanden in beslag
- er kan soms kapselvorming rondom de prothese ontstaan.

Mogelijk aanvullende ingrepen

Na een directe reconstructie is het mogelijk om ook nog aanvullende behandelingen te ondergaan. Uw arts zal deze mogelijkheden met u bespreken, waarna u zelf de keuze kunt maken of u deze behandeling(en) wilt ondergaan.

Aanpassing andere borst/borstverkleining/borstlift

Mocht er na de operatie een assymetrie van de borsten zijn, dan is het mogelijk om de gezonde borst aan te passen. Indien de ongelijkheid, met name qua volume, groot is, wordt meestal op een later moment een extra operatie uitgevoerd. Daarbij kan de andere borst aangepast worden.

Tepelreconstructie

De reconstructie van de tepel kan op verschillende manieren plaatsvinden:

- door middel van tatoeage
- het delen van de gezonde tepel (als deze groot genoeg is)
- door een tepelreconstructie.

Bij een tepelreconstructie wordt de huid van de gereconstrueerde borst opgericht, zodat er een knopje ontstaat. De tepelreconstructie vindt plaats onder plaatselijke verdoving.

Als de tepelreconstructie is voltooid, kan er een tepelhof omheen getatoeëerd worden. Meestal gebeurt dit een aantal maanden na de borstreconstructie.

Ook kan een uitwendige tepelprothese een goed alternatief zijn.

Vorbereiding

Bloedverduunners

Het is van belang dat u uw plastisch chirurg vertelt of, en zo ja welke, medicijnen u gebruikt. Als u bloedverdunnende middelen gebruikt, zoals Ascal/Acetylsalicylzuur of Plavix moet u hier, afhankelijk van het medicijn dat u gebruikt, zeven dagen voor de operatie mee stoppen om een bloeduitstorting/ bloeding te voorkomen. Als u daadwerkelijk met deze medicijnen moet stoppen, bespreekt de plastisch chirurg dit met u. Eventueel na overleg met de arts die deze medicijnen heeft voorgeschreven.

Indien u bij de trombosedienst komt voor de dosering van uw bloedverduunners zoals acenocoumarol, marcoumar, neem dan contact op met de trombosedienst. Zij geven u een recept Vitamine K die u 36-48 uur voor de operatie dient in te nemen.

Aanschaf ondersteunende beha

Het is belangrijk dat u na de operatie een goed steunende beha draagt. Een sportbeha is doorgaans goed geschikt.

Draag geen beha met beugel.

Er is een mogelijkheid om bij de ziekenhuisapotheek een geschikte beha aan te schaffen. U krijgt van de verpleegkundige consulent Mammacare hier over informatie.

Vergeet u niet de beha die u heeft aangeschaft mee te nemen naar de opname?

Medische fotografie

Voor en na operatie wordt er bij de medisch fotograaf een foto gemaakt van uw borsten om de uitgangssituatie en het resultaat vast te leggen.

Scheren oksels

De avond vóór de operatie moeten de oksels worden onthaard, dit mag u zelf doen.

De opname

Voor deze ingreep wordt u opgenomen op de verpleegafdeling waar u twee tot vier dagen verblijft. Dit hangt af van de tijd en de duur van de operatie.

U meldt zich op het afgesproken tijdstip (zie opnamebrief) in de centrale hal. Hier wordt u naar de juiste afdeling verwezen.

De verpleegkundige informeert u over het verloop van de dag en u wordt voorbereid op de operatie. Kort voor de operatie krijgt u een operatiejasje aan en brengt de verpleegkundige u naar de operatieafdeling. Hier wordt u overgedragen aan de anesthesiemedewerkers. De anesthesist zorgt voor de narcose en pijnstilling.

De operatie

De operatie wordt uitgevoerd door de oncologisch mammachirurg

(gespecialiseerd in borstkankeroperaties) en de plastisch chirurg. Uw plastisch chirurg komt voor de operatie langs om een werktekening op uw borsten te maken. U kunt dan ook nog uw eventuele vragen stellen.

De borstoperatie vindt plaats onder algehele narcose. De oncologisch chirurg is ongeveer 45 tot 60 minuten bezig om de tumor en het omliggende borstweefsel te verwijderen. Daarna neemt de plastisch chirurg het over om de reconstructie uit te voeren. Dit zal ook ongeveer 45 tot 60 minuten in beslag nemen

In totaal duurt de operatie ongeveer 120 minuten

Na de operatie

Na de operatie kunt u, indien u lichamelijke conditie dit toelaat, weer snel uit bed.

De operatiewond wordt afgedekt met pleisters, gazen en soms een drukverband. Soms zitten er hechtpleisters op de wond, deze kunt u gewoon laten zitten. De wond wordt gehecht met oplosbare hechtingen. Deze hechtingen hoeven niet verwijderd te worden. Het knoopje van de hechting wordt ongeveer twee weken na de operatie tijdens een polikliniekbezoek verwijderd.

Na de operatie heeft u een infuus waardoor u pijnbestrijding en antibiotica krijgt toegediend. Van de verpleegkundige hoort u wanneer het infuus verwijderd wordt.

Drain

In de geopereerde borst wordt een drain geplaatst om het wondvocht af te voeren.

Per dag controleert de verpleegkundige hoeveel vocht er bijkomt. De plastisch chirurg bepaalt wanneer de drain verwijderd wordt. De kans is groot dat u met drain naar huis gaat. Van de verpleegkundige krijgt u dan de nodige informatie mee.

Fysiotherapie

U dient de armbewegingen aan de geopereerde kant wat te beperken, zeker zolang er nog een drain aanwezig is. Zie hiervoor de aanvulling in uw Patiënten Informatie Map, 'Informatie en bewegadvies bij directe reconstructie'. Gedurende uw verblijf op de verpleegafdeling komt er een fysiotherapeute bij u langs om u hierbij te begeleiden. Deze geeft u ook een aantal oefeningen die u twee keer per dag dient uit te voeren.

Expander

Wanneer bij u een tissue expander is geplaatst, krijgt u desgewenst op de afdeling een tijdelijke, zachte borstprothese aangemeten. Deze kunt u in de beha dragen om het eventuele verschil tussen beide borsten op te vullen.

Gevolgen en risico's

Bloeduitstorting

Ook is er kans op een bloeduitstorting, deze verdwijnt vanzelf.

Nabloeding

Ondanks een zorgvuldig uitgevoerde operatie kan de wond in de uren na de operatie gaan bloeden zodat de borst binnen enkele uren groter wordt en de drains het bloed en wondvocht niet voldoende kunnen afvoeren. Dan moet u terug naar de operatiekamer om onder narcose de bloeding op te sporen en te stelpen.

Infectie

Bij een infectie is de wond rood en pijnlijk. U kunt koorts krijgen en zich ziek voelen. Neem indien u deze klachten heeft contact op met het ziekenhuis. Zie pagina 12 voor de contactgegevens.

De meeste kans op infectie ontstaat bij mensen die te zwaar zijn en/of roken. De kans op een infectie bij gebruik van een prothese is hoger als er sprake is van een hoog lichaamsgewicht of een grotere borst. In beide gevallen is het soms beter om te kiezen voor een uitgestelde reconstructie.

Weefselversterf

Wanneer de tepel gespaard kon blijven, kan soms toch de bloedvoorziening naar de tepel in gevaar komen. Heel zelden lijdt dit tot het afsterven van een deel van de tepel, er komt dan littekenweefsel voor in de plaats.

Weefselversterf kan ook optreden in de wondranden. Deze risico's zijn groter als u rookt, suikerziekte of overgewicht heeft.

Gevoel

Door het verwijderen van het borstklierweefsel verdwijnt het gevoel in de huid en tepel.

Kapselvorming

Rond een ingebrachte prothese vormt zich soms een bindweefselkapsel. Hierdoor kan de borst soms hard en pijnlijk aanvoelen op langere termijn. Zo'n harde en pijnlijke borst is te behandelen met behulp van een operatie waarbij het kapsel verwijderd wordt.

Mensen die roken lopen meer kans op complicaties. Het is daarom van belang om (tijdelijk) te stoppen met roken; vanaf enkele weken voor de operatie tot drie weken na de operatie.

Leefregels

Wat betreft het opbouwen van activiteiten en het uitbreiden/opbouwen van bewegen, zie hiervoor de aanvulling in uw Patiënten Informatie Map, 'Informatie en beweegadvies bij directe reconstructie'. Mogelijk heeft u ook aanvullende adviezen gekregen van de fysiotherapeut.

De verpleegkundige vertelt u meer over de wondzorg. Meestal zullen er hechtpleisters op de wond aanwezig zijn. Zolang de wond nog wat vocht produceert kunt u een los steriel gaasje in de beha dragen.

Draag de eerste zes weken het liefst dag en nacht een stevige beha om steun te geven aan de wonden. De plastisch chirurg zal aangeven als deze periode korter kan.

U mag 24 uur na de operatie (met drain) douchen.

Tot de wond genezen is raden we aan om niet in bad te gaan of te zwemmen. De genezing van de wond duurt gemiddeld drie tot vier weken.

Littekens

De wonden worden onder de huid gehecht, en de hechtingen lossen op den duur vanzelf op. Wanneer u net bent geopereerd zien deze wonden er als een streepje uit. De eerste drie maanden zijn de littekens rood van kleur, kunnen ze wat gezwollen zijn en kan u er vervelende steken in voelen. Na een aantal maanden worden de littekens rustiger. Pas na 1-1,5 jaar zijn de littekens helemaal uitgerijpt en nemen ze een huidskleur aan.

Mochten de littekens verdikt raken, dan is daar een behandeling voor mogelijk.

Controle

Bij uw ontslag uit het ziekenhuis krijgt u afspraken mee voor controles bij de oncologisch chirurg (hier hoort u ook de uitslag van het onderzochte weefsel), de plastisch chirurg, de verpleegkundig consulent Mammacare en de fysiotherapeut.

Wanneer een definitieve prothese is ingebracht krijgt u de prothese code mee.

Contact

Wanneer u tijdens de herstelperiode last krijgt van abnormale pijn, ernstige zwelling of koorts, neem dan tijdens kantoortijden contact op met de polikliniek plastische chirurgie, (0318) 43 52 70.

Ook kunt u tussen 9.00 - 9.30 uur telefonisch contact opnemen met de verpleegkundig consulent Mammacare, (0318) 43 57 40.

U kunt ook een e-mail sturen naar: mammacare@zgv.nl

Buiten kantoortijden kunt u contact opnemen met de afdeling Chirurgie Buik/Oncologie, (0318) 43 58 29.

Vragen

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen neem dan gerust contact op met de polikliniek plastische chirurgie of bij de verpleegkundig consulent Mammacare.