



Borstchirurgie

Operatie aan de borstklier

In deze brochure vind je algemene informatie over de borstchirurgie. Wat er precies gebeurt tijdens deze ingreep, verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Deze brochure geeft je toch al een idee van wat je mag verwachten als je een borstoperatie moet ondergaan.

Het is belangrijk dat je zelf achter een ingreep staat. Bij een geplande ingreep heb je ruim de tijd om na te denken. Gebruik die tijd om goed te overleggen. Laat je pas opereren wanneer je voldoende weet over alle mogelijkheden om je probleem te onderzoeken of behandelen. Daartoe dient onder andere deze brochure.

Alle opties kun je natuurlijk ook best met de gynaecoloog, je vertrouwensarts, bespreken.



VVOG

Vlaamse Vereniging voor **O**bstetrie en **G**ynaecologie

Partner voor vrouw
en vrouwenarts

Borstchirurgie

Deze patiëntenbrochure beschrijft een niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Een gynaecoloog kan hiervan geargumenteed afwijken wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog moet tegemoet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënte. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing volgens de beschrijving in deze brochure niet mogelijk is.

Er zijn twee soorten borstingrepen. De eerste soort omvat de puur esthetische operaties, zoals een borstverkleining of -vergroting. De tweede soort operaties voor een aandoening van de borst. In deze brochure hebben we het over die laatste soort. Je gynaecoloog zal je een dergelijke ingreep aanraden als er een letsel uit de borst verwijderd moet worden. Zo'n letsel is niet altijd kwaadaardig. Ook goedaardige letsels moeten soms weggehaald worden.

Een borstletsel kan op verschillende manieren verwijderd worden. De keuze van de operatie is afhankelijk van het goed- of kwaadaardige karakter van de aandoening.

Bij goedaardige aandoeningen neemt de gynaecoloog doorgaans enkel het letsel weg. Bij kwaadaardige aandoeningen zal men ofwel een borstsparende operatie ofwel een borstamputatie voorstellen. De arts houdt hierbij rekening met verschillende factoren: de uitbreiding van de ziekte buiten de borst, de grootte van de tumor, de aanwezigheid van weefsel dat later kwaadaardig kan worden, de grootte van de borst, de plaats van de tumor in de borst maar ook de persoonlijke voorkeur van de patiënte. Vergelijken met andere patiënten heeft dus weinig zin. Bij een kwaadaardig letsel gebeurt meestal ook een ingreep ter hoogte van de oksel.

De gynaecoloog zal op basis van de onderzoeksresultaten een ingreep voorstellen en uitleggen waarom voor deze ingreep wordt gekozen. Aarzel niet om meer uitleg te vragen.

DE BORST EN BORSTKANKER

De vrouwelijke borst is een onderhuidse klier omgeven door huid aan de voorzijde en de grote borstspier aan de achterzijde. Inwendig bestaat de borst vooral uit klier- en vetweefsel. Het klierweefsel bevat een twintigtal melkklieren waarvan het kanaal uitmondt in de tepel.

In de borst worden ook afvalstoffen en overtollig vocht aangemaakt en dat wordt door de lymfevaten in de borst naar de bloedsomloop gebracht.

De lymfevaten leiden naar lymfeklieren. Lymfeklieren bevatten verschillende soorten cellen die eiwitten aanmaken en indringers (bacteriën, virussen, kankercellen) aan-

vallen en vernietigen. Door een ontsteking of kanker zullen lymfeklieren vergroten.



▣ Anatomie van de borstklier ▣

Borstkanker kan via deze lymfebanen uitzaaien naar de lymfeklieren. Daarom is het belangrijk om te weten of de lymfeklieren aangetast zijn.

Als een kanker uitbreidt buiten de borst, spreekt men van 'metastasen' of uitzaaiingen. Bij borstkanker bevinden uitzaaiingen zich voornamelijk in de longen, het bot of de lever. Bij elk geval van borstkanker wordt altijd onderzocht of er uitzaaiingen zijn. Dat onderzoek bestaat uit een bloedonderzoek, een longfoto, een botscan en een leverechografie.

VOOR DE BORSTINGREEP

Een juiste diagnose stellen

Om welke afwijking gaat het?



▣ Tepelvochtverlies ▣

Je gynaecoloog kan door een klinisch onderzoek of een recent uitgevoerde mammo- en/of echografie een afwijking

in je borst opmerken. Het is belangrijk om te achterhalen of het om een goed- of een kwaadaardige aandoening gaat. Om een juiste diagnose te stellen moet het borstklierweefsel onderzocht worden.

Meestal zal de arts een prik of 'punctie' in het letsel uitvoeren en zo de aard bepalen. Deze diagnostische techniek heeft veel voordelen:

- De gynaecoloog weet dan precies over welke borstafwijking het gaat. Hij kan de borstingreep beter voorbereiden. Zo kan hij bijvoorbeeld dagheelkunde plannen bij goedaardige aandoeningen of bijkomend onderzoek doen in het geval van borstkanker.

- Voor de operatie kan de arts beslissen om je eerst een algemene therapie (chemo- of anti-vrouwelijkhormoontherapie) te geven. De weefselkenmerken van het letsel bepalen mee de keuze voor de ene of de andere behandeling.

- Bij goedaardige letsels is niet noodzakelijk een behandeling nodig.

Borstpuncties

Er bestaan vier soorten borstpuncties: de fijne naald punctie, de naaldbiopsie, de vacuüm geassisteerde naaldbiopsie en tenslotte de naaldlokalisatie.

Punctie betekent een prik om vocht uit het lichaam te verwijderen, biopsie betekent dat er een stukje weefsel uit het lichaam gehaald wordt.

- - Fijne naald punctie

De gynaecoloog prikt met een fijne naald in het borstletsel of in de vergrote lymfeklier. Met vocht gevulde letsels of 'cysten' worden met deze naald leeggezogen of 'geaspireerd'.

De **cellen** van borstletsels of lymfeklieren worden vervolgens microscopisch onderzocht in het labo.

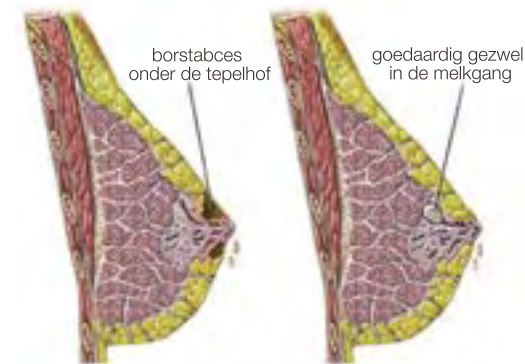
- - Naaldbiopsie

Onder plaatselijke verdoving wordt een stukje weefsel uit het letsel genomen met een holle naald van 1,5 à 3 mm diameter. De dokter gebruikt een echoografieapparaat om de naald tot tegen het letsel te brengen en haalt dan met een snelle beweging een stukje **weefsel** weg. Door de lokale verdoving en de snelle beweging is een naaldbiopsie zo goed als pijnloos.

- - Vacuüm geassisteerde naaldbiopsie

Naast de gewone naaldbiopsie kan men ook met de vacuüm geassisteerde naaldbiopsie of 'Mammotome®' een niet voelbaar letsel wegnemen voor onderzoek in het labo. Bij de vacuüm geassisteerde naaldbiopsie wordt onder plaatselijke verdoving een dikkere naald van 3 mm diameter echografisch in of tegen het letsel geplaatst. Het weefsel wordt in de naald gezogen en vervolgens losgesneden. Het weefselstukje wordt buiten het lichaam opgevangen. Zo kunnen er op meerdere plaatsen weefselfragmentjes die dicht tegen elkaar liggen, weggenomen worden.

Op die manier is het mogelijk om een zone van ongeveer 5 mm op 1 cm te onderzoeken.



▣ Frequente oorzaken van abnormaal tepelvochtverlies ▣

Sommige afwijkingen kan je met een echoografie niet zien. De biopsie kan dan ook onder 'stereotaxie' gebeuren. Stereotaxie betekent dat men radiografisch (en niet echografisch) de exacte locatie van een letsel kan berekenen. Dat gebeurt terwijl je op je buik op een speciale tafel ligt. De procedure gebeurt onder plaatselijke verdoving en duurt ongeveer een half uur. De radioloog maakt een kleine insnede van 5 mm in de huid om de naald in te brengen. Na een maand is er van dat litteken niets meer te zien. Als het volledige letsel op deze manier verwijderd wordt, laat de radioloog een titaniumclipje achter zodat de gynaecoloog later ook weet waar de afwijking zich bevond. Na een dag of vier is het resultaat van het microscopisch onderzoek bekend en naar je gynaecoloog verstuurd.

-- Naaldlokalisatie

Soms is een letsel niet voelbaar en moet het toch chirurgisch verwijderd worden. De gynaecoloog moet wel weten waar het letsel zich bevindt. De lokalisatie kan op verschillende manieren gebeuren. De radioloog kan een kleurstof injecteren of er wordt na een echografie een markering op de huid aangebracht. Maar de meest gebruikte methode maakt gebruik van een harpoennaald. Bij een harpoennaald fixeert een draad zich in het letsel. Het plaatsen van de naald gebeurt onder lokale verdoving. Daarna wordt er een röntgenfoto van de borst of 'mammografie' genomen. Op die mammografie is de naald duidelijk zichtbaar ten opzichte van het letsel. Zo kan de gynaecoloog zich beter oriënteren en via de draad het kleine letsel bereiken en wegnemen.



▣ Harpoennaald lokalisatie ▣

Verwikkelingen

De kans op verwikkelingen bij dergelijke procedures is klein. Hieronder beschrijven we kort de nevenwerkingen en beperkingen van een borstpunctie:

- Bij iedere procedure kan men toevallig een bloedvat raken. Hierdoor kan een kleine bloeding optreden met als gevolg een blauwe plek.
- Na een naaldbiopsie heb je meestal geen pijn. De zone rondom kan wel enkele dagen gevoelig zijn. In sommige gevallen kan een pijnstiller (zonder aspirine) nodig zijn. Bij een vacuüm geassisteerde naaldbiopsie treden er vaker pijnklachten op, meestal enkele dagen na de biopsie. Doorgaans is de pijn van korte duur, een pijnstiller is slechts zelden noodzakelijk.
- De zone van de biopsie kan geïnfecteerd raken, maar dat is zeer zeldzaam. De eerste dagen na de biopsie moet je de zone van de punctie goed in de gaten houden om eventuele roodheid vlug op te merken.
- Bij onverwachte problemen moet je steeds je gynaecoloog verwittigen. Het resultaat van de technieken is zeer betrouwbaar maar geeft nooit absolute zekerheid.

VERSCHILLENDE BORSTOPERATIES

Goedaardige letsels

Bij een goedaardige aandoening zal de gynaecoloog enkel het letsel wegnemen. Hij maakt daarvoor een insnede die zo klein mogelijk is en esthetisch het minst problemen veroorzaakt. Meestal zal men de operatie onder algemene verdoving of 'narcose' uitvoeren. Het verblijf in het ziekenhuis is over het algemeen beperkt tot een dag (dagkliniek). In sommige gevallen zal men na de ingreep een plastic buisje of mini-'drain' aanbrengen om het bloed en/of wondvocht af te voeren.



▣ Borstsparende heekunde ▣

Kwaadaardige letsels

-- Borstsparende operatie

Met borstsparende heekunde bedoelt men dat de gynaecoloog niet de volledige borst amputeert maar alleen het gezwel verwijdert. De gynaecoloog zorgt hierbij voor een veiligheidsmarge, hij neemt ook wat

gezond weefsel rondom de tumor weg. Men probeert zo weinig mogelijk borstweefsel te verwijderen, maar maximale veiligheid is uiteindelijk de grootste bezorgdheid van de arts. Na de borstsparende operatie moet een microscopisch onderzoek van de tumor uitmaken of het letsel voldoende breed is weggenomen. Slechts zelden toont dit onderzoek aan dat de tumor niet volledig verwijderd is. In dat geval is een tweede ingreep noodzakelijk. In overleg met de patiënte zal de gynaecoloog dan nog meer borstweefsel verwijderen of overgaan tot een borstamputatie.

Na een borstsparende operatie van een kwaadaardig letsel, krijg je gewoonlijk nog een nabehandeling met radiotherapie (bestraling). De volledige borst wordt dan bestraald en de plaats waar de tumor zat, krijgt een extra dosis stralen of 'boost'. De resultaten van borstsparende heekunde gecombineerd met radiotherapie zijn vergelijkbaar met die van een borstamputatie.

-- De borstamputatie of 'mastectomie'

Bij een borstamputatie wordt naast het borstweefsel ook de overliggende huid en de tepel weggenomen. De borstklier loopt door tot in de oksel. Na een borstamputatie hou je dus een vlakke borstkaswand over met een bij voorkeur horizontaal of schuin litteken van de middellijn tot de oksel. Hierop kan je eventueel een uitwendige borstprothese dragen.



▣ Borstampatie ▣

Verwikkelingen

Een operatie houdt altijd bepaalde risico's in maar gelukkig zijn ernstige complicaties zeldzaam. Hieronder vermelden we kort de verwikkelingen die bij een borstingreep kunnen voorkomen:

- de algemene risico's van een volledige verdoving of 'narcose': reacties op anesthesie, ademhalingsproblemen e.d
- een bloeding tijdens/na de operatie
- een wondinfectie na de operatie
- er kunnen vochtophopingen ontstaan die aangeprikt of gedraineerd moeten worden.

Okselklieruitruiming

Ook als de klieren in de oksel normaal aanvoelen, kunnen er microscopische uitzaaiingen aanwezig zijn. Daarom gebeurt bij een kwaadaardig letsel meestal ook een ingreep ter hoogte van de oksel om zoveel mogelijk okselklieren weg te nemen.

Eerst worden de lymfeklieren microsco-

pisch onderzocht. Het resultaat van dat onderzoek is belangrijk om de beste nabehandeling te kiezen. Als de lymfeklieren aangetast zijn, kan dat immers wijzen op micro-uitzaaiingen op afstand: in de longen, het bot of de lever.

- - Onmiddellijk na een okselingreep

Tijdens de operatie brengt men een drain aan om bloed en wondvocht uit de okselholte af te voeren.

Onder begeleiding van een kinesist start je voorzichtig met oefeningen om ervoor te zorgen dat je schouder niet verstijft.

Eens de drain verwijderd is, mag je je arm weer normaal gebruiken. Je kan de belasting van je arm best langzaam opdrijven.

Als je overdrijft, zal je arm gespannen en moe aanvoelen en je bovenarm en elleboog kunnen dan lichtjes opzwellen.

Tijdens de ingreep worden de huidzenuwen onvermijdelijk gekwetst. Daardoor heb je achteraf een slapend of tintelend gevoel aan de huid van de oksel, de binnenzijde van de bovenarm en de achterste okselplooi. Na verloop van tijd gaat dit gevoel meestal vanzelf over.

- - Gevolgen van een okselingreep op lange termijn

Door de ingreep op de okselklieren worden een deel van de lymfevaten van de arm onderbroken. Je arm kan daardoor gaan zwellen, men noemt dit 'oedeem' of 'lymf-oedeem'. Meestal valt die zwelling mee en wordt het niet als abnormaal beschouwd.

We spreken slechts van een echt lymfoedeem als de omtrek van je arm op verschillende plaatsen meer dan 2 cm toegenomen is. In dit geval is lymfedrainage aangeraden bij een ervaren kinesist die gespecialiseerd is in dit domein. Ook een aangepast steunverband voor de arm kan nuttig zijn. Heb je pijn of andere klachten, raadpleeg dan je gynaecoloog.

Vermijden van lymfoedeem

De volgende vier maatregelen kunnen een lymfoedeem helpen voorkomen na een ingreep aan de oksel:

- 1) vermijden van kwetsuur of (brand)wonde
- 2) vermijden van infectie
- 3) vermijden van afknellen van de arm door bijvoorbeeld te nauwe kledij
- 4) vermijden van te zware en te lang volgehouden (repetitieve) inspanningen van de arm.

Ondanks deze vier maatregelen kan een lymfoedeem zich toch nog ontwikkelen. De arm aan de kant van de okselingreep heeft een verhoogd risico op het ontstaan van een zwelling of infectie en een trauma kan dit bespoedigen. Elk trauma dat je kan voorkomen, zoals bijvoorbeeld een bloedafname, kan je dus best vermijden. Als aan beide oksels een ingreep heeft plaatsgevonden, kan een bloedafname nog altijd op een andere plaats zoals het onderbeen gebeuren. Een ingreep aan de oksel is echter geen strikte contra-indicatie voor een interventie aan de arm in kwestie.

De sentinelklierprocedure

De sentinelklier, ook wel schildwachtklier genoemd, is de eerste lymfeklier die via een lymfevat rechtstreeks in verbinding staat met de tumor. Vanuit de sentinelklier kunnen tumorcellen zich verspreiden naar de overige klieren. Als de sentinelklier borstkankercellen bevat, moeten de andere lymfeklieren best ook verwijderd worden. Als de sentinelklier daarentegen normaal is, is er geen verdere chirurgie in de oksel nodig.

De sentinelklierprocedure kan toegepast worden bij kleine borstkankerletsels. Voor de ingreep spuit de arts een radioactief gemerkte stof in de tumor of in de nabijheid van de tumor. Het product gaat via de lymfevaten naar de lymfeklieren zoals ook tumorcellen dat kunnen doen.

Met beeldvorming kan men de sentinelklier zichtbaar maken. Onder de plaats waar de sentinelklier zich bevindt, plaatst de arts een merkteken op je huid. Soms wordt ook tijdens de ingreep een blauwe kleurstof ter hoogte van de borsthuid ingespoten met hetzelfde doel, nl. het opsporen van de eerste drainerende lymfeklier.

Met de sentinelklierprocedure kan men een aantal patiënten een volledige okselklieruitruiming besparen. Maar men kan niet bij elke patiënte de sentinelklier terugvinden. Als dat het geval is, is een klassieke okselklieruitruiming onvermijdelijk.

BORSTRECONSTRUCTIES

Als je een borstamputatie moet ondergaan, kan je overwegen om tegelijkertijd of later een borstreconstructie te laten uitvoeren. Dit bespreek je best individueel met je gynaecoloog.



▣ Borstreconstructie ▣

PSYCHOLOGISCHE GEVOLGEN

De psychologische impact van borstkanker is zeer groot. Dat is vooral te wijten aan de negatieve bijklank die kanker nog altijd heeft. Wanneer kanker de borst treft, wordt bovendien geraakt aan het symbool bij uitstek van vrouwelijkheid, seksualiteit en moederschap.

Veel vrouwen die geconfronteerd worden met borstkanker zijn angstig of depressief, maar iedereen reageert anders op deze ziekte. Daarom maakt professionele psychologische begeleiding ook deel uit van de behandeling. Een goede gezondheid betekent immers dat je je zowel lichamelijk als geestelijk goed voelt.

De steun van naasten en zelfhulpgroepen is erg belangrijk. Je partner, kinderen en verdere omgeving worden ook geraakt

door de ziekte. De meeste partners zijn ook angstig of depressief, ze hebben slaapstoornissen of seksuele problemen ten gevolge van de ingreep. Besteed hier aandacht aan, want vooral je partner speelt een belangrijke rol gedurende de hele periode van behandeling en herstel.

Ongeveer 30% van de vrouwen met borstkanker heeft nog inwonende kinderen. Vaak hebben ze de neiging om de impact van de ziekte op hun kinderen te minimaliseren. Kinderen kunnen ook last hebben van slaap- en leerstoornissen, ze worden agressief of angstig. Probeer je kinderen met eenvoudige woorden te vertellen wat borstkanker betekent.

Aarzel niet om de hulp in te roepen van huisarts, specialist, psycholoog of andere hulpverleners.

Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, dan stel je die best aan je gynaecoloog.

Als het herstel na de operatie langer duurt of anders verloopt dan verwacht, bespreek je dat best met de gynaecoloog.

Als je na het lezen van deze brochure nog vragen hebt, dan stel je die best aan je gynaecoloog.

Borstchirurgie

Deze patiëntenbrochure kwam tot stand op initiatief van de 'Commissie patiëntenvoorlichting', in opdracht van de wetenschappelijke Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en werd goedgekeurd door de Raad van Bestuur op 24 juni 2005.

Commissievoorzitter: Johan Van Wiemeersch.

Verantwoordelijke commissieleden: Luc De Baene en Geert Debruyne.

Tekst, illustraties en foto's: subcommissie Senologie, Vlaamse Werkgroep Oncologische Gynaecologie.

Taalcorrectie: Hadewych De Prins.

De geldigheid van deze brochure eindigt uiterlijk vijf jaar na uitvaardiging.

Aanpassingen kun je lezen op de VVOG-website: <http://www.vvog.be>.

Deze brochure wordt gratis aangeboden door je gynaecoloog.



VLAAMSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Secretariaat: Azalealaan 10, bus 3, 9100 Sint-Niklaas

Tel. 03/776.03.64

Fax. 03/766.07.56

e-mail: vvog@online.be

<http://www.vvog.be>