



Algemene borstreconstructie

In overleg met uw arts heeft u gekozen voor een directe (primaire) borstreconstructie. Dit betekent dat na het verwijderen van kwaadaardig borstweefsel door de oncologisch chirurg, de plastisch chirurg tijdens dezelfde operatiesessie een borstreconstructie uitvoert.

In deze folder leest u meer over de operatie, de voorbereiding op de operatie, de opname en de nazorg. De plastisch chirurg bespreekt met u welke operatie(s) bij u uitgevoerd gaat worden en zal deze aanvinken in deze folder.

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, zeker als u een enkelzijdige reconstructie ondergaat, anders blijven dan uw andere borst.

Keuze tussen directe of uitgestelde borstreconstructie

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

Er zijn verschillende mogelijkheden:

- directe “oncoplastische” borstreconstructie;
- directe huidsparende borstreconstructies met prothese (verschillende technieken mogelijk);
- directe wel of niet huidsparende borstreconstructie met een tissue expander;
- uitgestelde borstreconstructie (verschillende technieken mogelijk).

Directe borstreconstructie

Een directe “oncoplastische” borstreconstructie is een borstsparende behandeling. Deze kan worden uitgevoerd in de vorm van een borstverkleining en dus zonder prothese. U komt in aanmerking voor deze operatie wanneer u een grotere cupmaat (vanaf cup C of D) heeft.

Een andere oncoplastische techniek is reconstructie van de borst met weefsel uit de omgeving. Deze techniek is ook geschikt voor een kleinere borst. De weefsellap uit de omgeving, bestaande uit huid, onderhuids vetweefsel en bloedvaten, wordt door de plastisch chirurg uit bijvoorbeeld de rug, buik of oksel losgemaakt en naar de borst verplaatst. Veelgebruikte lappen zijn: TDAP, AICAP of LICAP.

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), of wanneer u een tumor in een vroeg stadium heeft. In dat geval is het verantwoord om zoveel mogelijk huid te sparen. Dat wil zeggen dat alleen de tepel samen met de borstklier wordt weggehaald. De rest van de huid, vaak inclusief de tepelhof, wordt dan gebruikt voor de borstreconstructie. Ook wanneer u een relatief kleine cupmaat heeft (A en B), geniet deze techniek de voorkeur. Dit omdat een borstsparende behandeling in dat geval veelal geen fraaie resultaten geeft. 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 kwaadaardige cellen in de klieren van uw oksel zitten. Om er zo zeker mogelijk van te zijn dat dit niet het geval is, wordt er meestal vóór de operatie bij u een schildwachtklieronderzoek gedaan.

Uitgestelde borstreconstructie

U komt voor een uitgestelde (secundaire) borstreconstructie in aanmerking, wanneer u naast de borstkankeroperatie een aanvullende behandeling nodig heeft (gehad), zoals bestraling.

Sommige reconstructietechnieken kunnen bovendien beter niet direct aansluitend plaatsvinden op de borstkankeroperatie waarbij het kwaadaardig borstweefsel verwijderd wordt. Uw plastisch chirurg zal deze technieken met u bespreken. Een uitgestelde borstreconstructie kan weken tot jaren na de eerste borstkankeroperatie uitgevoerd worden.

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”. Hiervoor komt u mogelijk in aanmerking wanneer u draagsters bent van een van de “BRCA-genen”, of wanneer borstkanker zeer vaak in uw familie voorkomt.

De operatie

De operatie wordt uitgevoerd door de oncologisch mammachirurg (gespecialiseerd in borstkankeroperaties) en de plastisch chirurg (gespecialiseerd in borstreconstructies). Zij worden daarbij ondersteund door een operatieteam.

De duur van de operatie is afhankelijk van het type en de uitgebreidheid van de operatie. In principe staat het operatieplan van tevoren vast. Toch zijn, ondanks alle onderzoeken voorafgaande aan de operatie, wijzigingen in het operatieplan niet altijd te vermijden. Mocht de operatie anders verlopen dan met u is afgesproken? Dan informeert de chirurg u hier na de operatie over.

Oncoplastische reconstructie

Bij deze operatie wordt de borstsparende operatie gecombineerd met een “gewone” borstverkleining. Hierbij wordt de tumor en het omliggend weefsel verwijderd. Vervolgens wordt de borst in de gewenste vorm en afmetingen gebracht. Daarna zal de plastisch chirurg de huid op de gewenste hoogte vastzetten.



Oncoplastische reconstructie d.m.v. borstverkleining.

Het voordeel van de oncoplastische reconstructie d.m.v. een borstverkleining is dat de borst een fraaie vorm heeft, en die ook

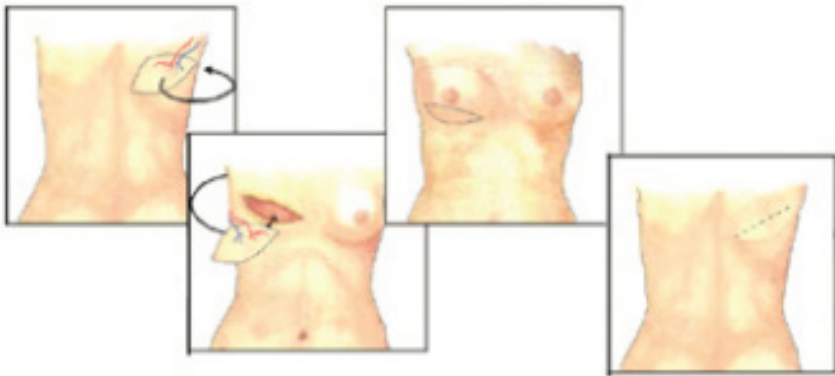
behoudt na de bestraling. Als het bestralen is afgelopen, kan de andere kant ook worden aangepast. Het nadeel van deze techniek is dat er in sommige gevallen alsnog een borstamputatie gedaan moet worden. Dit is noodzakelijk wanneer er een stukje tumor in de borst is achtergebleven (doordat er onvoldoende weefsel is weggehaald).

De oncoplastische reconstructie d.m.v. een “huidlap”

- TDAP-lap

De term TDAP-lap staat voor Thoraco Dorsal Artery Perforator lap. Dit is de naam van het bloedvat dat voeding geeft aan het weefsel van de rug en gebruikt wordt voor de borstreconstructie.

Bij deze operatie worden de bloedvaten, het vetweefsel en de huid ter hoogte van de grote rugspier (Latissimus Dorsi) gebruikt om het defect op de borst te corrigeren. Het bloedvat dat dit weefsel van voeding voorziet, komt vanuit de grote rugspier. Het bloedvat wordt tijdens de operatie vrij geprepareerd, zonder de spier te beschadigen. Als er genoeg lengte van het bloedvat is gecreëerd, wordt de huidlap met vetweefsel en bloedvat naar de borst gedraaid. Nadat dit is gebeurd en de TDAP-lap goed doorbloed is, wordt van de lap het ontbrekende deel van de borst gemodelleerd. Het doel: zorgen dat de contour van de borst zoveel mogelijk in harmonie is met de andere borst.



Oncoplastische reconstructie: TDAP-lap

LICAP- lap

De term LICAP-lap staat voor Lateral Intercostal Artery Perforator lap. Dit is de naam van het bloedvat dat voeding geeft aan het weefsel ter hoogte van de ribben naast de borst en gebruikt wordt voor de borstreconstructie. Bij deze operatie worden de bloedvaten, het vetweefsel en de huid naast de borst, langs de ribben, gebruikt om het defect op de borst te corrigeren. Het bloedvat dat deze lap van voeding voorziet, loopt tussen de ribben. Dit bloedvat wordt tijdens de operatie vrij geprepareerd. Zodra er genoeg lengte van het bloedvat is, wordt de huidlap met vetweefsel en bloedvat naar de borst gedraaid. Nadat dit is gebeurd en de LICAP-lap goed doorbloed is, wordt van de lap het ontbrekende deel van de borst gemodelleerd. Het doel: zorgen dat de contour van de borst zoveel mogelijk in harmonie is met de andere borst.



Oncoplastische reconstructie: LICAP-lap

AICAP-lap

De term AICAP-lap staat voor Anterior Intercostal Artery Perforator lap. Dit is de naam van het bloedvat dat voeding geeft aan het weefsel ter hoogte van de binnenzijde onder de borst en gebruikt wordt voor de borstreconstructie. Bij deze operatie worden de bloedvaten, het vetweefsel en de huid die aan de binnenzijde onder de borst zitten gebruikt om het defect op de borst te corrigeren. Het bloedvat dat deze lap van voeding voorziet, loopt vanuit de rechte buikspieren naar de ribben. Dit bloedvat wordt tijdens de operatie vrij geprepareerd. Als er genoeg lengte van het bloedvat is gecreëerd, wordt de huidlap met vetweefsel naar de borst gedraaid. Nadat dit is gebeurd en de AICAP-lap goed is doorbloed, wordt van de lap het ontbrekende deel van de borst gemodelleerd. Het doel: zorgen dat de contour van de borst zoveel mogelijk in harmonie is met de andere borst.

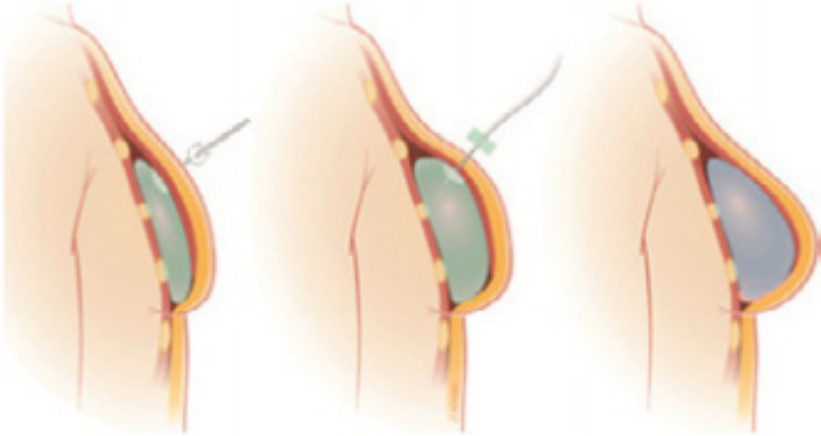


Oncoplastische reconstructie: AICAP-lap

Voordeel van een “huidlap” is dat eigen lichaamsweefsel wordt gebruikt. Deze techniek laat de diepergelegen spieren intact en leidt niet tot verlies van de spierfunctie. Deze operatie kan eventueel gecombineerd worden met het plaatsen van een tissue expander of prothese (mits u geen bestraling krijgt). Het nadeel is dat de operatie twee tot vier uur langer duurt en dat u een extra litteken krijgt op de plek waar de lap vandaan komt.

Directe reconstructie met “tissue expander” en prothese

Bij deze operatie wordt, aansluitend op de verwijdering van het borstweefsel en de tepel (de tepelhof kan soms gespaard worden), de “tissue expander” (een silicone ballonnetje) onder de borstspier ingebracht. Dit gebeurt omdat er te weinig huid is om meteen een prothese te kunnen plaatsen. Als de genezing normaal is verlopen, wordt na twee weken begonnen met wekelijks bijvullen van de tissue expander met zout-wateroplossing. Door druk ter plaatse wordt de huid uitgerekt.



Vullen van tissue expander

Na vier tot acht weken is de huid voldoende opgerekt om tijdens een tweede operatie een definitieve borstprothese te plaatsen. Dit gebeurt ongeveer drie maanden na de laatste vulling. De borstprothese kan rond of druppelvormig zijn en is meestal gevuld met silicone gel. In tegenstelling tot wat met enige regelmaat in de media wordt gemeld, is silicone een volkomen veilige stof.

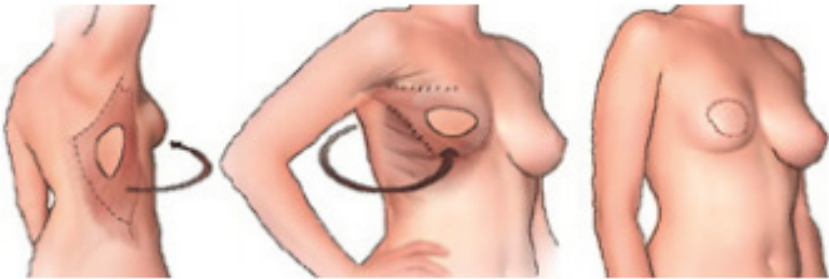


Reconstructie met prothese

Voordeel van deze vorm van reconstructie is dat het een betrekkelijk eenvoudige methode is. Bovendien kunt u twee tot vier weken na het voltooien van de reconstructie uw dagelijkse werkzaamheden weer hervatten. Een nadeel van deze vorm van reconstructie is dat er twee operaties nodig zijn. Ook neemt de reconstructie enkele maanden in beslag. Op lange termijn is bovendien soms wisseling van de prothese noodzakelijk door verschrompeling van het operatiegebied (kapselvorming).

Directe reconstructie met rugspiermethode en indien nodig prothese

Bij deze operatie wordt de “musculus Latissimus Dorsi” (de grote rugspier) gebruikt om een nieuwe borst te maken. De spier wordt losgemaakt van de rug. Vervolgens wordt de spier in de oksel “omgezwaaid” naar de voorkant van de borstkas om daar de nieuwe borst te maken. Omdat de spier niet veel volume heeft, kunnen op deze manier alleen kleine borsten worden gereconstrueerd. Bij grotere borsten kan deze methode worden gecombineerd met het plaatsen van een prothese onder de rugspier. Op deze manier wordt er meer volume verkregen.



Reconstructie met rugspiermethode

Het voordeel van deze techniek is dat eigen weefsel wordt gebruikt. Ook wordt er gezond weefsel naar het geopereerde gebied getransplanteerd. Daardoor treden in principe op lange termijn geen problemen meer op zoals verschrompeling van het operatiegebied. Nadeel is dat het een grotere operatie is die drie tot vier uur duurt. Ook moet u ongeveer een week opgenomen blijven en duurt het herstel iets langer. Er komt bovendien een extra litteken op de rug en een extra litteken op de nieuwe borst.

DIEP lap borstreconstructie (huid- en vettransplantatie van de onderbuik)

Bij de DIEP lap borstreconstructie wordt een nieuwe borst gemaakt met vet en huidweefsel van de buik. Het bijzondere van een DIEP lap borstreconstructie is dat bij de transplantatie van huid en vetweefsel van de onderbuik de dieper gelegen buikspieren gespaard worden. Om de buikspieren te kunnen sparen moeten de kleine bloedvaatjes (perforatoren) die door de spieren naar het vet en de huid lopen zorgvuldig worden vrij geprepareerd tot aan de hoofdvaten in de lies. Deze hoofdvaten worden doorgenomen en, na transplantatie van de DIEP lap naar de borstregio met behulp van de operatiemicroscoop, aangesloten op de bloedvaatjes naast het borstbeen. Als hierna de bloedcirculatie in de DIEP lap hersteld is wordt van de DIEP lap een borst gevormd.

De buikwond wordt direct gesloten en de navel wordt door een kleine huidopening naar buiten geleid en in gehecht. Het eindresultaat is een litteken in de bikinilijn en rondom de navel, zoals na een cosmetische buikwandcorrectie. De ingreep duurt ongeveer vijf tot tien uur, afhankelijk of het gaat om een eenzijdige of een dubbelzijdige ingreep.

Voorbereiding

Neem bij het eerste bezoek een lijst mee met uw medicijnen. Met name antistollingsmedicatie en hormonen zijn belangrijk om door te geven. Bepaalde medicijnen mag u in de periode rondom de borstreconstructie niet meer slikken. Het is ook belangrijk om uw medische voorgeschiedenis door te geven. Met name doorgemaakte buikoperaties, trombose- benen en longembolieën zijn van belang.

Daarnaast moet u minstens zes weken voor en na de operatie STOPPEN MET ROKEN. Nicotine vernauwt de bloedvaten, waardoor problemen bij de wondgenezing kunnen optreden. Voor operaties waarbij weefsel wordt verplaatst, is stoppen met roken een voorwaarde. Als u te zwaar bent, zal de plastisch chirurg u adviseren eerst af te vallen. Bij OVERGEWICHT neemt de kans op complicaties

namelijk flink toe. Daarnaast wordt u verzocht om een BH aan te schaffen, deze heeft u na de operatie nodig (deze informatie krijgt u nog toegereikt).

Voor de operatie wordt een bezoek gepland aan de polikliniek Anesthesie, een MRA om de bloedvaatjes in de buikwand goed in kaart te brengen en worden er gewone foto's gemaakt van de situatie voor de operatie en een afspraak bij de medisch fotograaf.

DIEP lap borstreconstructie (huid- en vettransplantatie van de onderbuik)



voor



na

Mogelijkheden en verwachtingen

Als u een borstreconstructie overweegt, is het belangrijk hierover reële verwachtingen te hebben. Een gereconstrueerde borst kan, afhankelijk van de gekozen techniek, in vorm en grootte verschillen van een natuurlijke borst. Daarnaast voelt de borst anders aan. Toch zijn vrouwen die een borstreconstructie

hebben ondergaan in het algemeen zeer tevreden met het uiteindelijke resultaat. Ze durven weer alles aan en voelen zich daardoor psychisch sterker.

Voor- en nadelen van een DIEP-lap borstreconstructie

Een groot voordeel van een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel bestaat uit het feit dat de nieuwe borst soepel, warm en lichaamseigen aanvoelt. Er bestaan geen complicaties op lange termijn voor de gereconstrueerde borst, zoals kapselvorming bij een borstreconstructie met prothese. Een ander voordeel is dat tijdens dezelfde ingreep de contour van de onderbuik wordt verbeterd door het wegnemen van het weefselsurplus. Nadelen zijn de relatief lange operatieduur, het ontstaan van een extra litteken op de onderbuik en blijvende gevoelsvermindering van de buikhuid.

Complicaties

Een DIEP lap borstreconstructie heeft dezelfde risico's als elke andere operatie. Er bestaat een kans op een nabloeding, een wondinfectie of weefselversterf (van vooral de buikhuid). De kans op deze laatste twee complicaties is ongeveer 30 MAAL GROTER BIJ ROKERS. Een weinig voorkomende (ongeveer 1 à 2%) maar dramatische complicatie bij de DIEP lap borstreconstructie is dat de doorbloeding van het verplaatste weefsel onvoldoende blijkt te zijn, wat kan leiden tot volledig afsterven van de DIEP lap. Andere zeldzame complicaties zijn longontsteking, trombosebeen of longembolie.

Vervolgcorrecties

Tepelreconstructie

Bij een borstamputatie wordt ook de tepel verwijderd. Dit omdat hier melkgangen bij elkaar komen en deze kwaadaardige cellen kunnen bevatten. De tepel kan op drie manieren worden gereconstrueerd: door middel van tatoeage, door het delen van de gezonde tepel (als deze groot genoeg is) of door een lokale reconstructie.

Bij een reconstructie wordt de huid van de gereconstrueerde borst opgericht. Zo ontstaat er een knopje. De reconstructie wordt uitgevoerd onder plaatselijke verdoving. Als de tepelreconstructie is voltooid, kan er een tepelhof omheen getatoeëerd worden.

Aanvullende ingrepen

Een eenzijdige borstreconstructie levert in de regel twee verschillende borsten op. Als de ongelijkheid, met name qua volume, groot is, wordt meestal op een later moment een extra operatie uitgevoerd. Daarbij kan de gezonde borst kleiner of groter gemaakt worden.

Links m.b.t. informatie over de borstprotheses en registratie middels DBIR

- Onderstaande link een bijsluiter die is opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Plastische chirurgie (NVPC)
https://www.nvpc.nl/Uploads/180104DOC-DEFINITIEF_chirurgische_bijsluiter_siliconen_borstimplantaten_4-oktober_2018.pdf
- Onderstaande link verwijst u naar de folder van DBIR, hierin wordt uitgelegd wat DBIR inhoudt, hoe u de registratie van uw implantaat kunt inzien en waar uw gegevens voor worden gebruikt
 - Nederlands: <https://dica.nl/media/2601/DBIR%20pati%C3%ABntfolder%20NL.pdf>
 - Engels: https://dica.nl/media/2602/DBIR%20patient%20folder_EN.pdf

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Locatie Enkhuizen

Molenweg 9b
1601 SR Enkhuizen
T. 0228 312 345

Locatie Hoorn

Maelsonstraat 3
1624 NP Hoorn
T. 0229 257 257

Locatie Purmerend

Waterlandlaan 250
1441 RN Purmerend
T. 0299 457 457

Locatie Volendam

Heideweg 1b
1132 DA Volendam
T. 0229 257 500

Postbus 600, 1620 AR Hoorn

www.dijklander.nl
info@dijklander.nl



FLD-01901-NL 08-12-2021