SINT-FRANCISCUS ZIEKENHUIS
aan jouw zijde!

BORSTRECONSTRUCTIE

Borstreconstructie

Helaas komt borstkanker vaak voor en wordt er vastgesteld dat één vrouw op negen het risico loopt om hierdoor getroffen te worden tijdens haar leven.

Wanneer borstkanker bij jou wordt vastgesteld, dien je bijgestaan en begeleid te worden door een multidisciplinair team van medische professionals. Enkel zo kan de meest optimale verzorging verzekerd worden.

Dit team bestaat meestal uit de volgende specialisten:

- een radioloog gespecialiseerd in borstaandoeningen
- een gynaecoloog / borstchirurg
- een plastisch chirurg
- een oncoloog
- een radiotherapeut indien nodig
- een verpleegkundige van de borstkliniek / psycholoog / kinesitherapeut.

Vóór de reconstructie

Mastectomie

Afhankelijk van het type van mastectomie (borstamputatie), wordt de reconstructie en het esthetisch resultaat van de gereconstrueerde borst bepaald. De gynaecoloog / borstchirurg heeft samen met jou besproken welk type van mastectomie bij jou noodzakelijk is.

Hierbij zijn er de volgende mogelijkheden:

- traditionele mastectomie, met volledige verwijdering van het borstweefsel, een brede lap huid rond de tumor en de tepel en het tepelhof (gekleurd oppervlak rond de tepel)
- huidsparende mastectomie, waarbij de huid van de borst zo goed mogelijk behouden blijft, maar niet de tepel en het tepelhof
- tepel- / tepelhofsparende mastectomie, waarbij het volledige 'omhulsel' van de borst gespaard wordt
- borstlift / borstverkleining .

Borstsparende behandeling (tumorectomie)

Bij een aantal borstkankers kan de behandeling borstsparend: de borstchirurg neemt dan niet het volledige borstweefsel weg, maar enkel de tumor en een veiligheidsmarge van gezond weefsel. Vaak is er in die gevallen een bestralingstherapie na de operatie noodzakelijk. Vroeger werd deze methode enkel gebruikt om heel kleine gezwellen of knobbeltjes te behandelen. Dankzij de 'oncoplastische' chirurgie kan deze techniek nu vaker toegepast worden.

Bij een tumorectomie met brede marge (wegname beperkt tot de tumor) of een kwadrantectomie (wegname van een kwart van de borst), kan het klierweefsel meteen na de verwijdering van de tumor gemodelleerd worden. Op die manier blijft de welving van de borst in de mate van het mogelijke behouden, waarbij de oncologische zorg uiteraard primeert.

Na wegname van de tumor en na radiotherapie, kan de borst soms zichtbare vervormingen vertonen. Enkele voorkomende problemen zijn deuken in de borst, asymmetrie van de borsten, hardheid en veranderingen in de huidpigmentatie. Dergelijke vervormingen kunnen achteraf gecorrigeerd worden door middel van diverse plastische en reconstructietechnieken.

De reconstructie zelf

Na het uitvoeren van een (partiële) borstamputatie zijn er heel wat mogelijkheden om er terug een esthetisch mooi resultaat van te maken.

Een borstreconstructie is bij vele vrouwen tot op hoge leeftijd mogelijk en heeft tot doel de borst(en) haar (hun) normale vorm, uiterlijke kenmerken, symmetrie en grootte terug te geven na een borstamputatie of borstsparende operatie.
De borstreconstructie bestaat meestal uit verscheidene operaties, die in fasen worden uitgevoerd. De reconstructie, die voor één enkele of voor beide borsten mogelijk is, kan meteen van start gaan of tot een latere datum worden uitgesteld.

Eén van de eerste beslissingen die een patiënte in overleg met haar plastisch chirurg moet nemen, betreft het type borstreconstructie dat zij zal ondergaan.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een borst te reconstrueren. We maken hierbij vooral een onderscheid in technieken waarbij er prothesen gebruikt worden of waarbij er lichaamseigen weefsel gebruikt wordt. In sommige gevallen, is een combinatie van beide aangewezen.
Deze keuze verschilt per patiënt en zal de plastisch chirurg samen met jou bespreken. De techniek met lichaamseigen weefsel wordt vaak flap-reconstructie of reconstructie door middel van het overbrengen van een huidflap genoemd. Bij de keuze van de reconstructietechniek dient rekening gehouden te worden met het type borstamputatie, de kankerbehandeling en de lichaamsbouw van de vrouw.

De reconstructie kan tijdens de operatie waarbij de tumor wordt weggenomen of op een later tijdstip plaatsvinden als de patiënte hersteld is van de amputatie. Dit hangt ook af van eventuele radio- of chemotherapie.

Soorten borstreconstructies

MET BUIKWEEFSEL (DIEP FLAP / SIEA FLAP / TRAM FLAP)

Een vaak uitgevoerde ingreep is de DIEP-flap reconstructie, waarbij er uitsluitend met lichaamseigen weefsel gewerkt wordt.
De chirurg gebruikt buikweefsel om de borstvorm te reconstrueren. Aangezien lichaamseigen weefsel van de patiënte wordt aangewend, lijkt de gereconstrueerde borst erg natuurlijk. Het litteken bevindt zich laag op de onderbuik en loopt van het linker- tot rechterbekken.

Je komt in aanmerking voor dit type reconstructie als je:

- wenst dat lichaamseigen weefsel wordt aangewend voor borstreconstructie; geen implantaatreconstructie wilt of niet voor die techniek in aanmerking komt;
- voldoende onderbuikwandweefsel hebt om één of twee borsten te reconstrueren;
- voordien geen buikoperaties hebt ondergaan;
- vroeger een bestralingstherapie van de borstwand hebt ondergaan;
- een mislukte implantaatreconstructie achter de rug hebt;
- een onmiddellijke reconstructie ondergaat op het ogenblik van een huidsparende borstamputatie;
- een laattijdige reconstructie ondergaat na een borstamputatie.

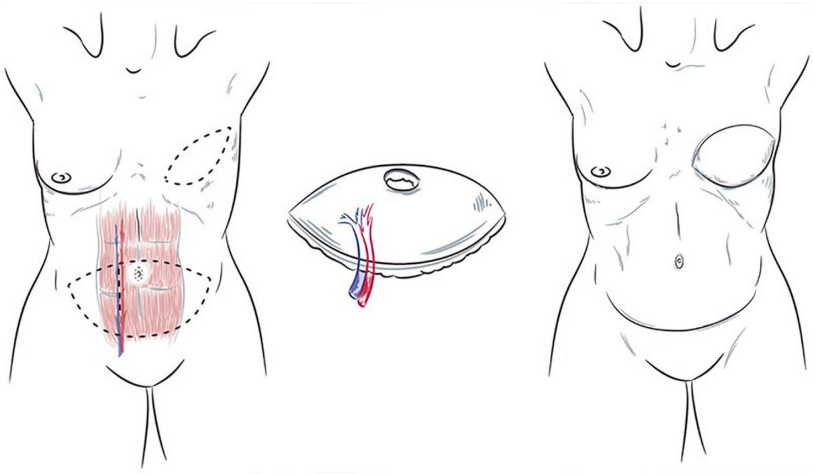
Bij de DIEP flap borstreconstructie wordt een nieuwe borst gemaakt met huid en vetweefsel van de buik. Hierbij worden de onderliggende rechte buikspieren gespaard. Vooraf wordt een CT scan van de buik gemaakt om de kleine bloedvaatjes in de buikwand in kaart te brengen.

Er worden kleine bloedvaatjes (perforanten) opgezocht die lopen vanuit de huid, door het vetweefsel via de spieren tot aan de hoofdbloedvaten in de lies. Deze bloedvaatjes worden zorgvuldig vrijgelegd waarbij de spieren dus gespaard blijven.

Nadat de bloedvaatjes doorgenomen worden ter hoogte van de hoofdvaten, wordt de DIEP flap naar de borstregio gebracht. De bloedvaatjes worden door middel van de operatiemicroscoop aangesloten op de bloedvaatjes in de borst naast het borstbeen (de anastomose wordt uitgevoerd). Hierbij moet er soms een stukje rib worden weggenomen om zo een beter zicht op de bloedvaatjes in de borst te verkrijgen.

Als de bloedcirculatie naar de DIEP flap goed werkt, wordt door middel van 'shaping' van de flap een borst gevormd. Hierna wordt het defect ter hoogte van de buik gesloten. De navel wordt via een kleine huidopening naar buiten gebracht en verder vastgehecht. Uiteindelijk gaat er ter hoogte van de buik een litteken in de bikinilijn en rond de navel aanwezig zijn.

Deze uitgebreide ingreep duurt toch snel een 6-8uur.



Het is noodzakelijk om reële verwachtingen te hebben over de borstreconstructie! Hierbij is het belangrijk te weten dat de gereconstrueerde borst kan verschillen in vorm, grootte en aanvoelen ten opzichte van een natuurlijke borst. De meeste vrouwen die een borstreconstructie laten uitvoeren zijn heel tevreden met het uiteindelijke resultaat. Dit leidt vaak tot meer zelfzekerheid en een mentale boost.

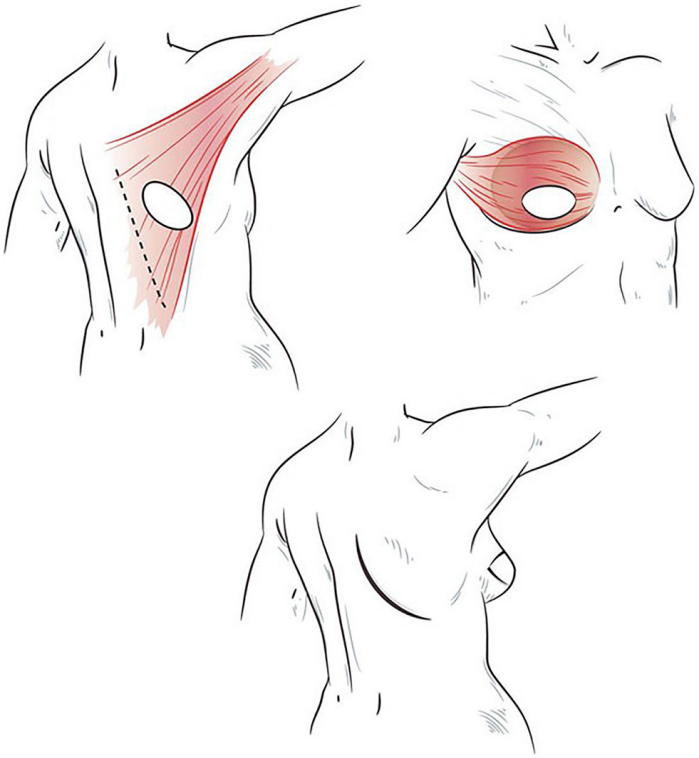
Bij sommige vrouwen is deze DIEP flap reconstructie geen optie of niet de beste optie, dit zal de chirurg met je bespreken en indien nodig, aangeven welke optie dan wel voor jou geschikt is.

MET DE BREDE RUGSPIER (LATISSIMUS DORSI-FLAP)

De chirurg gebruikt de brede rugspier om de borstvorm te reconstrueren. Op het ogenblik van de borstreconstructie wordt de flap van de rug van de patiënte losgemaakt. Meestal wordt de brede rugspierflap gecombineerd met een weefselexpander of een implantaat om tot een beter esthetisch resultaat te komen. De flap bestaat uit zacht weefsel dat een borstvorm met een natuurlijker uiterlijk kan opleveren dan wanneer enkel een implantaat wordt gebruikt.
Afhankelijk van de lichaamsbouw van de vrouw kan het litteken op de rug diagonaal of horizontaal zijn. Vaak kan het verborgen worden onder het bandje van een beha.

Je komt in aanmerking voor dit type reconstructie als je:

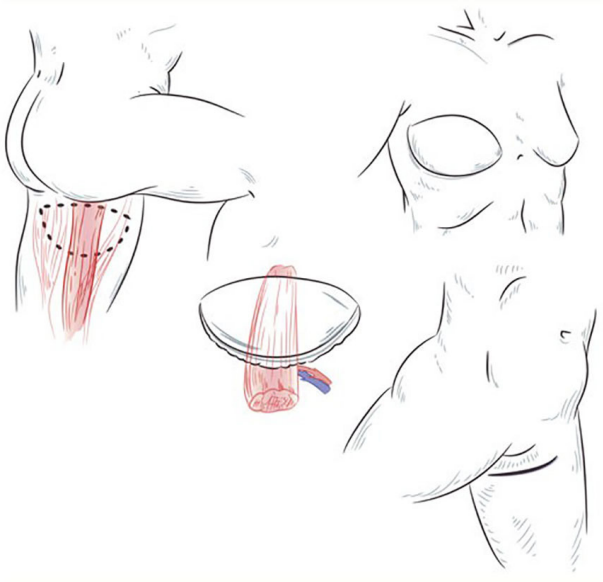
- slank bent en jouw borsten een klein volume hebben;
- vroeger bestraald werd en een implantaatreconstructie ondergaat;
- niet in aanmerking komt voor andere types van borstreconstructie met lichaamseigen weefsel;
- een gedeeltelijke borstreconstructie ondergaat om een onvolkomenheid na een tumorectomie (een wegname van de tumor in combinatie met radiotherapie) te corrigeren;
- een dunne huid hebt die extra moet worden bedekt voor een implantaat;
- een natuurlijker uiterlijk van de gereconstrueerde borst wenst dan met een implantaat alleen kan worden verkregen.



MET DIJWEEFSEL (TMG-FLAP)

Bij deze operatie wordt huid- en vetweefsel van de binnenzijde van de dij getransplanteerd naar de borst. Een deel van de gracilisspier (een secundaire spier van de dij) wordt daarbij meegenomen in de flap, samen met diens bloedvaten om de spier te voeden.

Het litteken bevindt zich aan de binnenkant van de dij en loopt van voor in de lies tot achteraan onder de bilplooi. Dat litteken kan met normaal ondergoed worden bedekt.



Het verloop voor en na de reconstructie met eigen weefsel?

Voorbereiding

- Voor deze ingreep onder algemene verdoving dien je nuchter te zijn.
- Een tijdige rookstop is erg belangrijk om wondhelingsproblemen te voorkomen. Verder vernauwt nicotine de bloedvaten waardoor de anastomosen kunnen falen. Voor operaties waarbij weefsel wordt verplaatst, is stoppen met roken minsten 6 weken, voor en na de ingreep, een voorwaarde! Dit geldt ook voor het gebruik van nicotinepleisters.
- Bij het nemen van bloedverdunners dien je deze tijdig te stoppen, bespreek dit zeker met de chirurg tijdens de raadpleging.

Postoperatief verloop

- Je blijft gedurende 3-5 dagen in het ziekenhuis. Gedurende de eerste dagen zal de flapreconstructie nauwkeurig gecontroleerd worden op de aanwezigheid van een goede doorbloeding.
- Het is erg belangrijk zo snel mogelijk na de ingreep te bewegen (binnen de pijngrenzen), dit om oa trombose te voorkomen.
- De eerste 6 weken mag je geen beha dragen. Wel een strak zomertopje, bijvoorbeeld met spaghettibandjes.
- Je mag gedurende 6 weken geen zware (sportieve) inspanningen leveren. Verder geldt er gedurende die periode een hefverbod en mag je geen zware lasten tillen.
- Na deze reconstructie is er meestal na enkele maanden nog een (of twee) corrigerende ingreep nodig ter symmetrisatie. Dit is een kortere ingreep die in het dagziekenhuis plaatsvindt.
- Ten slotte kan er nog een tepelreconstructie uitgevoerd. Dit kan onder plaatselijke verdoving, een drietal maanden na de laatste correctieve ingreep. Uiteindelijk kan er dan ook nog een tepeltatoeage plaatsvinden; niet eerder dan 4 maanden na de tepelreconstructie.

Mogelijke complicaties

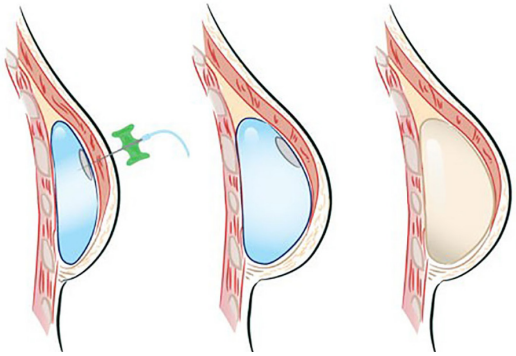
Zoals bij elke operatie, geeft deze ingreep een risico op bloeding, infectie of een verstoorde wondheling. Een weinig voorkomende (ongeveer 1 à 2%) maar dramatische complicatie bij de DIEP flap borstreconstructie is dat de doorbloeding van het verplaatste weefsel onvoldoende blijkt te zijn, wat kan leiden tot volledig afsterven van de flapreconstructie.

Verder is het erg belangrijk tijdig te mobiliseren gezien er anders een groter risico bestaat op longontsteking, longembolen of trombosen in het been.

Reconstructie met implantaten

Weefsel expander (tissue expander)

Deze stapsgewijze methode houdt in dat er in eerste instantie een tijdelijke weefselexpander wordt geplaatst. Dit laat toe om de huid beetje bij beetje los te maken en zo een zachte holte te creëren waarin later het implantaat met siliconen zal komen.



Enkele weken na de plaatsing van de expander, wanneer de patiënte voldoende hersteld is van de operatie, wordt gestart met het uitrekken van het weefsel. Deze ingreep kan in de spreekkamer van de chirurg uitgevoerd worden.

Wanneer het weefsel voldoende uitgerekt is, dienen er enkele weken gewacht te worden vooraleer de huid zich aangepast heeft. Hierna wordt de expander tijdens een korte ingreep (dagopname) vervangen door het permanente implantaat (de silicone prothese).

Onmiddellijke reconstructie met implantaat

Bij sommige patiënten kan de reconstructie met implantaat "in één enkele keer" gebeuren. Met deze techniek wordt meteen na de borstamputatie een permanent implantaat ingebracht zonder dat een weefselexpander gebruikt moet worden. Hoewel het gebruik van een expander vermeden kan worden, hebben sommige patiëntes nog een tweede ingreep nodig.

Een onmiddellijke reconstructie kan enkel plaatsvinden bij patiënten met een zeer goede huidkwaliteit, dit zal samen met de chirurg bekeken worden.

Je komt in aanmerking voor de hogervermelde procedures als je:

- niet in aanmerking komt voor een reconstructie met lichaamseigen weefsel
- geen reconstructie met lichaamseigen weefsel wenst
- geen aangetast weefsel in het gebied van de borstamputatie hebt
- nooit bestraald werd ter hoogte van de borst of de borstwand
- een reconstructie ondergaat onmiddellijk na een tepel-/tepelhofsparende borstamputatie
- een operatie aan de andere borst wenst te ondergaan om de symmetrie te verbeteren.

Het verloop voor en na de reconstructie met implantaten?

Voorbereiding

- Voor deze ingreep onder algemene verdoving dien je nuchter te zijn.
- Een tijdige rookstop is erg belangrijk om wondhelingsproblemen te voorkomen. Door het roken kunnen de wonden openvallen en de implantaten bloot komen te liggen; iets dat we absoluut willen vermijden.
- Bij het nemen van bloedverdunners dien je deze tijdig te stoppen, bespreek dit zeker met de chirurg tijdens de raadpleging.

Postoperatief verloop

- Je blijft gedurende enkele dagen in het ziekenhuis. Je gaat de eerste dagen wel last hebben ter hoogte van de borstspier.
- Je mag gedurende 6 weken geen zware (sportieve) inspanningen leveren.
- Het is erg belangrijk zo snel mogelijk na de ingreep te mobiliseren (binnen de pijngrenzen), dit om oa trombose te voorkomen.
- Na deze reconstructie is er na enkele maanden meestal nog een (of twee) corrigerende ingreep nodig ter symmetrisatie. Dit is een kortere ingreep die in het dagziekenhuis plaatsvindt.
- Indien de huid voldoende dik is, kan er een tepelreconstructie uitgevoerd worden. Anders wordt er enkel een (3D-) tepeltatoeage aangeraden.

Mogelijke complicaties

Zoals bij elke operatie, geeft deze ingreep een risico op bloeding, infectie of een verstoorde wondheling. Een goede hygiëne en wondzorg is belangrijk om te voorkomen dat de wonden openvallen en de implantaten bloot komen te liggen.
Verder is het erg belangrijk tijdig te mobiliseren gezien er anders een groter risico bestaat op longontsteking, longembolen of trombosen in het been.

Secundaire ingrepen

Doorgaans wordt een borstreconstructie in verschillende stappen uitgevoerd. Er is bijna altijd meer dan één operatie nodig om een optimaal resultaat te verkrijgen, zelfs wanneer de reconstructie meteen na een borstamputatie gebeurt.

Operatie van de andere borst

De symmetrie met de gereconstrueerde borst kan bereikt worden door de andere borst te verkleinen, te liften of door middel van een implantaat te vergroten.

Implantaatcorrecties

Veel voorkomende correcties van implantaatreconstructies hebben tot doel afwijkingen in de contouren of plooien weg te werken, of de vorming van littekenweefsel rond de prothese te verhelpen bij vrouwen die bestraald werden.

Correctie van reconstructie met eigen weefsel

Na een reconstructie met lichaamseigen weefsel moet dikwijls een tweede operatie worden uitgevoerd om de borst haar finale contouren te geven en de tepelhof (gekleurd oppervlak rond de tepel) te reconstrueren.

Reconstructie van de tepelhof

De reconstructie van de tepelhof is de laatste chirurgische fase van de borstreconstructie. De tepelhof wordt gereconstrueerd door middel van de verplaatsing van een klein stukje lokale huid of een greffe.

Tepeltatoeage

Het laatste onderdeel van de borstreconstructie is het tatoeëren van de tepelhof. Deze snelle, eenvoudige ingreep is normaal gezien pijnloos.

Aantekeningen

Aantekeningen

Publicatiedatum: Oktober 2021, dienst plastische chirurgie
Sint-Franciscusziekenhuis
P. Paquaylaan 129 | 3550 Heusden-Zolder
Tel. 011 71 50 00 | Fax. 011 71 50 01 | www.sfz.be