

Het keuzeaanbod van borst-reconstructie

Reconstructie als vervolgstap op borstamputatie. Met welke vragen en overwegingen krijg je dan te maken? Wat zijn de mogelijkheden en in hoeverre passen die voor jou? Plastisch chirurg Arjen van Turnhout licht toe.

Tekst: Jac. Janssen ~ Foto: Suzanne Blanchard
Illustraties: KWF

Het gesprek waarin je hoort dat je borst wordt afgezet, besluit meestal met de mededeling: 'U kunt een borstreconstructie overwegen en daarvoor verwijzen we u naar de plastisch chirurg.' De verzekering vergoedt alle reconstructies na borstkanker. Om de borstkankerpatiënt meer houvast te geven bij alle keuzes die gemaakt moeten worden, wordt namens het MUMC gewerkt aan een keuzehulp voor operaties aan de borst, inclusief de keuzemogelijkheden bij reconstructie. Dit keuze-instrument komt naar verwachting begin 2013 beschikbaar. De mogelijkheden om borstreconstructie uit te voeren verschillen echter per ziekenhuis. Bij twijfel kun je altijd een second opinion vragen in een ander ziekenhuis.

Directe reconstructie: mogelijkheden en bezwaren

Eerst moet worden bepaald wanneer je in aanmerking komt voor reconstructie: direct of secundair (een tijd na de borstamputatie). Direct betekent: tijdens dezelfde operatie als de amputatie. Voordeel daarvan is dat je niet later nog een operatie hoeft te ondergaan. Psychologische winst is bovendien dat

je niet uit de operatie ontwaakt zonder borst.

Welke keuzemogelijkheden zijn er bij een directe reconstructie?

'Huidsparend met implantaat is de meest voorkomende behandeling,' zegt Arjen van Turnhout. 'Bij de borstamputatie proberen we huid te sparen en zo mogelijk de tepel. Blijft er voldoende huid over, dan plaatsen we het implantaat in de vrijkomende ruimte.' Bij deze "eenvoudige procedure" komt het implantaat onder de borstspier. Bij onvoldoende huid kan een tissue- of weefselexpander worden aangebracht. Dat is een onderhuids ballonnetje dat steeds met wat meer vloeistof wordt gevuld om de huid geleidelijk op te rekken. Dit wordt later vervangen door een definitief implantaat.

Implantaten

Implantaten zijn de definitieve prothesen die in de geamputeerde borst worden aangebracht. Recentelijk was er onrust door lekkende implantaten van het merk PIP, maar deze worden inmiddels niet meer gebruikt. Voor meer info zie het webadres in het kader op pagina 26. Definitieve zoutwatergevulde implantaten

worden zelden toegepast bij reconstructies. Gebruikelijk zijn zakjes van stevig siliconenrubber, gevuld met siliconengel. Ze zijn snel en gemakkelijk toepasbaar en doorgaans veilig.

Is de kans groter dan vijftig procent dat je na de borstamputatie bestraald moet worden, dan is directe reconstructie met een implantaat geen optie. 'Door bestraling (radiotherapie) vormt zich meer bindweefsel rond het implantaat. Dat maakt het resultaat minder fraai. Het kan ook hard en onnatuurlijk aanvoelen.'

Iets vaker dan andere operaties geeft de directe reconstructie complicaties, meestal in de vorm van wondinfecties of afsterven van huid. Van Turnhout: 'Dat gebeurt vaker bij rokers, doordat nicotine de doorbloeding van de huid ongunstig beïnvloedt.' Ook overgewicht en grote borsten bemoeilijken directe reconstructies. 'Grote borsten zijn moeilijker na te maken. Soms moeten we de gezonde borst verkleinen om balans te bereiken. Dat vergt een extra ingreep in de gezonde borst. Het is daarom belangrijk de haalbaarheid van symmetrie vooraf te bespreken.'

Eigen weefsel

En als je niets voelt voor een implantaat? 'Enkele ziekenhuizen bieden directe reconstructie met eigen weefsel. Zo'n operatie duurt echter vijf tot acht uur. Aangezien er binnen zes weken oncologisch geopereerd moet worden, is het in de meeste ziekenhuizen onmogelijk om zo snel een operatiekamer de hele dag te reserveren.' Verder blijft het risico bestaan dat er alsnog bestraald moet worden. Weefsel kan daarvoor beschadigd worden en minder fraai ogen. 'Overigens kan een implantaat na directe reconstructie ooit worden vervangen door eigen weefsel.'

Indirecte reconstructie, voor- en nadelen

Vanaf een half jaar na de borstamputatie en na de behandeling kan meestal een secundaire (uitgestelde, indirecte) reconstructie plaatsvinden. De kans op complicaties is kleiner dan bij directe reconstructie, het aantal mogelijkheden groter. Omdat de secundaire reconstructie vooruit is te plannen, zijn methodes met eigen weefsel minder be-



'Belangrijk is dat de patiënt zelf de keuze voor reconstructie maakt.'

Arjen van Turnhout werkt sinds 2006 als plastisch chirurg in Tergooiziekenhuizen locatie Hilversum. Van Turnhout bekwaamde zich in het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis in borstreconstructie bij borstkanker.

zwaarlijk. Daarbij kan de plastisch chirurg beschikken over buik-, bovenbeen- of bilvet. In Nederland wordt meestal de buikweefselmethode gebruikt. 'Een bestaand litteken op je buik kan een bezwaar daartegen zijn. Verder moet je voldoende vetweefsel hebben. Wie geen extra littekens wil, kiest niet voor eigen weefsel,' zegt Van Turnhout. 'Verdere nadelen: extra ziekenhuisopname en een operatie die lang kan duren en waarvan je moet herstellen. Ook is er geen huid van de borst meer beschikbaar.' Maar er zijn ook voordelen. 'Er valt meer te kiezen voor de patiënt. En eigen weefsel voelt warmer, zachter en natuurlijker aan.'

Mogelijke secundaire reconstructies

Na amputatie kan een eenvoudige reconstructie worden verricht met een weefselexpander die uiteindelijk wordt vervangen door een definitief implantaat. Dit type reconstructie gebeurt niet na bestraling van de borstkas.

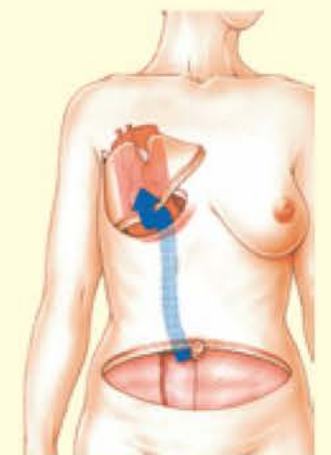
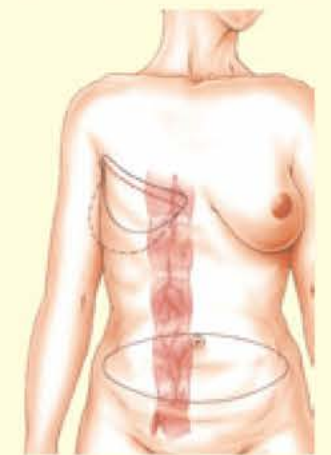
Er zijn grofweg vier mogelijkheden met eigen weefselverplaatsing: TD-flap, LD-flap, TRAM-flap, en DIEP-flap. 'Bij de Thoraco Dorsale- of TD-flap verplaatsen we huid en onderhuids vet van de zijkant borstkas naar de borst.'

Voor meer volume of overhang van de borst biedt de LD-flap (Latissimus Dorsi of rugspiermethode) soelaas. 'Daarbij wordt een rugspier onderhuids naar de borst verplaatst. Bij de TD-flap gebruiken we altijd een prothese, bij de LD-flap vaak. Behalve wanneer de borsten klein genoeg zijn om het verschil op te vangen zonder extra vulling of met alleen lipofilling.' (Zie verderop).

De derde mogelijkheid is de TRAM-flap, de oorspronkelijke buikweefselmethode. 'In een operatie van plusminus vier uur worden spierweefsel met huid, vet en bloedvaten onderhuids naar de borst gebracht. Nadeel is dat dit de buikwand verzwakt. Deze kan worden versterkt met een kunststof mat.'

De vierde, tegenwoordig vaker toegepaste methode is de DIEP-flap, een operatie van vijf tot acht uur. 'De plastisch chirurg maakt vet en huid uit de buik los, compleet met bloedvaten die daarna worden aangesloten op bloedvaten in de borstregio. Voordeel is dat de spier wordt gespaard. Niet alle ziekenhuizen bieden deze micro-vaatchirurgie. Mede daardoor kent deze methode een wachlijst van gemiddeld anderhalf jaar.'

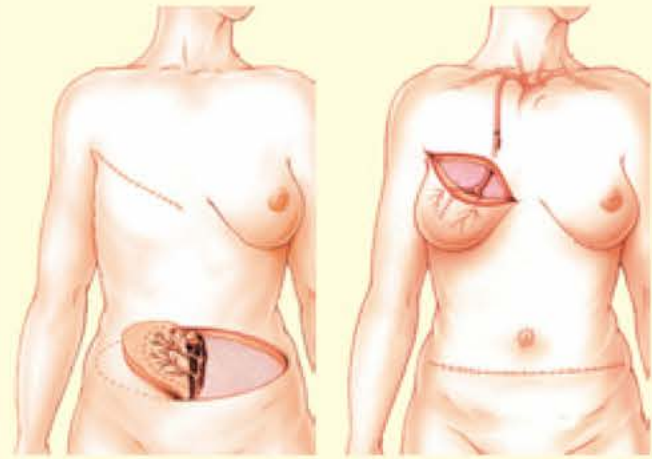
TRAM-flap



Bij de TRAM-methode worden huid, vetweefsel, spier en bloedvaten onderhuids (zie pijl) overgebracht naar de plaats waar de nieuwe borst gemaakt wordt.

>>

DIEP-flap



Bij de DIEP-methode worden vetweefsel en huid uit de buik en bloedvaten uit de buikspier losgemaakt (l). Deze bloedvaten, die vetweefsel en huid van bloed voorzien, sluit men aan op de bloedvaten achter het ribkraakbeen (r).

Beide buikweefselmethoden veroorzaken een groot horizontaal litteken op de (onder) buik. Het verplaatste weefsel kan soms (gedeeltelijk) afsterven. De kans hierop is gemiddeld twee tot vijf procent – maar bij rokers is die kans aanmerkelijk groter door de slechtere doorbloeding. Sommige plastisch chirurgen eisen daarom dat een patiënt drie maanden voor de operatie stopt met roken.

Er bestaan ook eigen weefsel-reconstructies met bil- en bovenbeenvet (SGAP-/IGAP- en TMG-flap). Deze methodes vol-

gen dezelfde principes van weefselverplaatsing als de DIEP-flap, maar worden minder frequent toegepast.

Tepel(hof)reconstructie

Vaak gaat de tepel verloren bij een amputatie, evenals de tepelhof: de gekleurde ring rondom de tepel. Een 'nieuwe' tepel kan worden gemaakt door insnijden en verplaatsen van huid op de borst zelf, of door een stukje tepel van de gezonde borst over te nemen. Een alternatief is medische tatoeage, waarmee ook een tepelhof kan worden gesimuleerd. ●

Lipofilling

Arjen van Turnhout is een pleitbezorger van lipofilling (of lipografting): het injecteren van eigen lichaamsvet (uit buikweefsel) in het bindweefsel van de borst, voor of na de reconstructie. 'Deze aanvullende techniek verbetert de soepelheid van het weefsel en corrigeert volumeverschil en vorm, zoals deuken in de borst. Het "bandgevoel" na amputatie kan ermee worden verminderd. Ook kan het de armheffing verbeteren wanneer die door verlittekening was beperkt. Lipofilling komt in de nieuwe landelijke richtlijn voor borstreconstructie.'

Meer informatie:

- www.chirurgenoperatie.nl/pagina/borstkanker/borstreconstructie.php
- www.borstkanker.net/reconstructie.php
- Over PIP-implantaten: www.nvpc.nl/nieuws_detail.php?nieuws_id=143

Keuze-aanbod bij borstreconstructie

methode	eigen weefsel	prothese (implantaat)	voordeel	nadeel
huidsparend met implantaat	meestal niet	ja	• één operatie	• grotere kans op complicaties
tissue-expander (niet na bestraling)	vaak wel	ja	• eenvoudig • geen extra litteken	• cosmetisch minder fraai
TD-flap	met implantaat	ja	• eenvoudig • klein extra litteken	• weinig overhang borst • extra litteken borstkas
LD-flap	met implantaat	vaak wel	• korte OK-tijd	• litteken op rug
TRAM-flap	volledig eigen	nee	• natuurlijk aanvoelend	• verzwakte buikwand • litteken buik
DIEP-flap (TMG/SGAP)	volledig eigen	nee	• natuurlijk aanvoelend	• lange OK-tijd • kans op weefselafsterving • extra litteken