

De autologe borstreconstructie

borstreconstructie met eigen weefsel

INLEIDING

Een borstreconstructie met eigen weefsel zal huid- en vetweefsel elders verwijderen in het lichaam en transplanteren naar de borstregio.

Een borstreconstructie met **eigen weefsel** is te verkiezen boven een reconstructie met een **prothese**. Een prothese is vreemd materiaal en uw lichaam reageert hierop door littekenweefsel aan te maken; op lange termijn kan dit leiden tot ongemak, koud aanvoelen van de borst en vervorming van de borst.

Met eigen weefsel wordt een natuurlijk ogende borst gereconstrueerd; de borst voelt warm aan en heeft een natuurlijke vorm.

Nadeel aan een reconstructie met eigen weefsel is uiteraard dat men een gezonde plaats in het lichaam “opoffert” om de borst te reconstrueren. Uit deze plaats (buik, bil of rug) wordt huid- en vetweefsel verwijderd om de borst te reconstrueren. Het sluiten van deze plaats zal natuurlijk leiden tot een litteken. Eén van de belangrijkste zaken die men voor ogen moet houden bij een reconstructie met eigen weefsel is de patiënte zo weinig mogelijk last (men spreekt van “morbiditeit”) te bezorgen na de wegname van dit weefsel.

Een borst kan onmiddellijk gereconstrueerd worden op het moment dat de borstklier verwijderd wordt (mastectomie) of ze kan laattijdig gereconstrueerd worden nadat eerder in het verleden de mastectomie uitgevoerd werd. Men spreekt respectievelijk van een **primaire** of **secundaire** reconstructie. Patiënten die hun borst vroeger lieten reconstrueren met een prothese en de prothese nu laten vervangen door eigen weefsel ondergaan een **tertiaire** reconstructie.

VOOR DE INGREEP

Iedere patiënt is uniek met zijn eigen medische of chirurgische voorgeschiedenis. Ook de anatomie is uniek en kan sterk verschillen van persoon tot persoon. Vandaar dat er ook sprake is van een zeer gepersonaliseerde aanpak gebaseerd op leeftijd, medische aandoeningen, vroegere chirurgische ingrepen, persoonlijke wensen en haalbaarheid van de ingreep.



U wordt minstens twee maal gezien op de raadpleging vooraleer een beslissing wordt genomen aangaande de ingreep. Zo heeft u ook voldoende tijd zich te beraden over de ingreep en eventuele bijkomende vragen te stellen. Informeer u grondig over de mogelijkheden, mogelijke risico's en eventuele alternatieven.

De chirurg bekijkt of een ingreep met eigen weefsel haalbaar is op basis van uw voorgeschiedenis, eventuele vroegere bijkomende behandelingen (radiotherapie) en uw klinisch voorkomen. Een klinische onderzoek bekijkt of er voldoende weefsel is ter hoogte van de buik (DIEP flap), rug (LUMBAR flap) of bilstreek (SGAP flap).

Bij een **onmiddellijke reconstructie** dient geen huid hersteld te worden want de oorspronkelijke huid van de borst kan bewaard worden. Enkel de borstklier wordt verwijderd indien dit oncologisch aanvaardbaar is. Bij preventieve borstamputatie omwille van genetische belasting is dit zeker het geval. Bij een **laattijdige reconstructie** (borst werd in het verleden verwijderd) dient in de meerderheid der gevallen de huid mee gereconstrueerd te worden.

Uw **medische voorgeschiedenis** wordt grondig doorgenomen en risicofactoren aangehaald (roken, ouderdom, aandoeningen, diabetes, zwaarlijvigheid,...). Belangrijk is dat u goed begrijpt hoe de ingreep verloopt en wat de planning is. Informeer u grondig vooraleer de beslissing genomen wordt en schrijf al uw vragen op. De patiënt wordt minstens 2 maal op de raadpleging gezien om duidelijk geïnformeerd te worden.

Indien besloten wordt de borst te reconstrueren met een DIEP, LUMBAR of SGAP flap zal de chirurg een **angio CT scan** onderzoek aanvragen. Dit onderzoek visualiseert alle bloedvaten ter hoogte van de weefselflap en bepaalt de locatie, de kwaliteit en het verloop van deze bloedvaten (perforanten genoemd). U wordt na dit onderzoek terug gezien op de raadpleging om de resultaten te bespreken. Dit onderzoek vindt plaats in het Stedelijk Ziekenhuis te Aalst. De radioloog heeft er een jarenlange ervaring opgedaan met dit onderzoek en is de pionier van dit onderzoek dat samen met de dienst plastische chirurgie van het UZ Gent werd geïntroduceerd.

DE INGREEP

Een **unilaterale** borstreconstructie (één borst) duurt gemiddeld 4 tot 6 uur.

Een **bilaterale** borstreconstructie (beide borsten) duurt tot 8 uur. Mensen maken zich dikwijls ongerust over de duur van de ingreep maar dit is verwaarloosbaar. Belangrijk is dat de ingreep onder goede omstandigheden verloopt. Net voor de ingreep zal de chirurg enkele aantekeningen maken op de borst alsook op de plaats waar het weefsel verwijderd wordt (buik, rug of bil). Een LUMBAR of



SGAP flap begint in buiklig om de flap te verwijderen. Nadien wordt de patiënte gedraaid in ruglig om de eigenlijke reconstructie uit te voeren. Bij een DIEP flap verloopt alles uiteraard in ruglig. De avond van de ingreep verblijft men 1 nacht op de dienst intensieve zorgen of de ontwaakzaal (PACU). Dit heeft niets te maken met de zwaarte van de ingreep maar is enkel aangewezen omdat de verpleging getraind is om de doorbloeding van de flap te beoordelen. De borstreconstructies die goed blijven gedurende de eerste nacht blijven over het algemeen goed postoperatief. Bijkomend voordeel is dat de ontwaakzaal of intensieve zorgen gelegen is bij het operatiekwartier. Mochten er zich problemen voordoen met de doorbloeding van de weefselflap kan onmiddellijk ingegrepen worden en gaat geen tijd verloren met het transport van de patiënte van de kamer naar het operatiekwartier.

Daags nadien mag u naar de kamer en het **verblijf in het ziekenhuis** bedraagt een vijftal dagen. Op regelmatige tijdstippen zal de verpleging de doorbloeding van de flap blijven beoordelen. Onmiddellijk na de ingreep is dit om het uur en vanaf dag 1 na de ingreep wordt dit herleid tot een controle om de 2 uur en de daaropvolgende dagen om de 3 à 4 uur.

NA DE INGREEP

De **revalidatie** na een borstreconstructie bedraagt **6 weken** en is sterk individueel verschillend. Gedurende die periode dient u sportactiviteiten te mijden en geldt een hef- en tilverbod. Kleine huishoudelijke taken kunnen toegestaan worden maar probeer vooral te herstellen van de ingreep en voorzie wat hulp de eerste 2 weken na de ingreep. U mag geen autorijden gedurende 3 weken na de ingreep. Ook wordt een steunbh aangemeten die gedurende d 3 weken dient gedragen te worden dag en nacht. Nadien mag een beugelbh gedragen worden. Roken is absoluut uit den boze en gaat zorgen voor een zeer slechte wondgenezing en afsterven van weefsels.

BIJKOMENDE CORRECTIES

Na de eigenlijke borstreconstructie wordt er 6 maanden gewacht vooraleer bijkomende ingrepen plaats vinden. Dit om de wonden te laten helen en de weefsels te laten versoepelen. Na die rustperiode zal gekeken worden welke ingrepen moeten gebeuren om een symmetrie te bekomen tussen de gereconstrueerde borst en de gezonde borst. Dit kan bestaan uit het verkleinen, liften of vergroten van de gezonde borst of uit het corrigeren van de gereconstrueerde borst. Na deze correcties zal een 2-tal maand nadien de tepelreconstructie uitgevoerd worden.



MOGELIJKE COMPLICATIES

Mogelijke complicaties bij microchirurgie zijn: volledig verlies van de flap (1 à 2 %) (hoger bij SGAP of LUMBAR gezien technisch moeilijker), deels afsterven van de flap (5%) (omwille van anatomie), flebitis (3%), longembolie (< 0.5 %), wondproblemen of infectie. Buikwandverzwakking is duidelijker minder in vergelijking met de TRAM flap ingreep (0.3 - 0.8%). Huidnecrosis van de mastectomie kan ook voorkomen bij agressieve wegname van de borstklier. Complicaties zijn frequenter bij patiënten met zwaarlijvigheid, diabetes of na bestraling. Roken is een absolute tegen indicatie om de ingreep uit te voeren. Ook ex-rokers blijven gevoelig voor een verhoogd risico op complicaties (slechte bloedvaten). Het is belangrijk bij overgewicht uw gewicht onder controle te krijgen of op aanraden van de chirurg wat gewicht te verliezen; dit draagt zeker bij tot het succes van de ingreep evenals uw postoperatief herstel.

TERUGBETALING

Volgens de nieuwe wetgeving is een borstreconstructie met eigen weefsel aan de hand van microchirurgie **volledig terugbetaald**. Er worden geen esthetische erelonen aangerekend.

