

Het probleem

Borstreconstructie bestaat uit het reconstrueren van een nieuwe borststructuur op de plaats waar de borst werd verwijderd tijdens een borstamputatie. Als een patiënte kiest voor een borstreconstructie, moet ze twee belangrijke beslissingen nemen.

De eerste keuze is deze tussen onmiddellijke reconstructie op het ogenblik van de mastectomie of een laattijdige (secundaire) reconstructie.

De tweede keuze is het gebruik van lichaamsvreemd materiaal (prothesen) of met lichaamseigen weefsel.

Voor meer informatie over deze keuze verwijzen we naar onze folder "Borstreconstructie".

Deze folder behandelt specifiek reconstructies met lichaamseigen weefsels. Deze techniek resulteert meestal in een natuurlijk uitziende en aanvoelende reconstructie en er worden geen lichaamsvreemde voorwerpen in het lichaam gebracht. De tepel kan op het ogenblik van de reconstructie worden gecreëerd (of tijdens een volgende ingreep). Laattijdige complicaties bij deze techniek zijn quasi uitgesloten



LD Flap

De "LD flap" gebruikt de "Musculus Latissimus Dorsi " (een spier gesitueerd in de bovenste helft van de rug) om een nieuwe borst te reconstrueren.

Deze spier wordt naar voren gedraaid om meestal eveneens een prothese te bedekken en deze prothese te beschermen voor haar mogelijke gekende nadelen. Soms volstaat enkel huid en spier om volumesymmetrie te verkrijgen en moet geen prothese worden gebruikt maar meestal heeft de spier onvoldoende volume om een symmetrisch resultaat te geven.

Samen met de spier kan eveneens huid en vet worden verplaatst om het tekort aan huid ter hoogte van de borstregio op te vullen.

Er wordt een insnijding gemaakt onder het schouderblad en er is dus ook een litteken op de rug na de ingreep. Dit litteken op de rug kan zeer belangrijk en erg storend zijn, zeker indien er getracht wordt om zoveel mogelijk weefsel te verplaatsen samen met de latissimus dorsi-spier om zodoende een prothese te kunnen vermijden.

Deze ingreep duurt 2 tot 3 u.

TRAM Flap

De "TRAM flap" gebruikt één van de rechte buikspieren. Deze lopen in verticale richting van het borstbeen tot het schaambeentje. De spier wordt, samen met vetweefsel en huid (in de vorm van een ellips tussen navel en schaambeentje) naar de borst verplaatst en in een borstvorm gemodelleerd.

In dit geval spreken we van een "gesteelde TRAM flap" omdat het weefsel "gesteeld" blijft aan het lichaam en zijn bloedvoorziening (en dus overleving) krijgt via deze rechte buikspier.

Als nadeel noteren we een bloedvoorziening van mindere kwaliteit waardoor soms delen van de flap afsterven (huid- en vetnecrose tot 20%) en het feit dat één rechte buikspier wordt opgeofferd. Hierdoor kunnen zwakte van de buikwand en soms breuken optreden.

Bijna altijd is de mogelijke activiteit van de patiënt na de ingreep verminderd.

De operatie duurt 3 tot 5 uur.

Vrije Flap (TRAM en TMG) en Vrije Perforator Flap: DIEP, SIEA, s-GAP

Hierbij worden vet en huid (en soms een heel klein stukje spier) van een ander lichaamsdeel volledig losgemaakt ("vrij" van het lichaam) en met een aan- en een afvoerend bloedvat verplaatst naar de borst.

Het andere lichaamsdeel kan bijvoorbeeld de buik (vrije TRAM) zijn of een bil (vrije GAP). Omdat de bloedtoevoer en -afvoer hier moet worden doorgesneden en worden hersteld op de plaats waar het weefsel wordt ingeplant (de borstregio), moet deze ingreep gebeuren door een plastisch chirurg die gespecialiseerd is in microchirurgie. Een belangrijk nadeel is nog steeds dat een hoeveelheid (alhoewel kleiner dan in de gesteelde TRAM-flap) spierweefsel wordt opgeofferd indien een TRAM-flap wordt gebruikt voor de reconstructie. TRAM flappen zijn omwille van dit functioneel nadeel in onze dienst dan ook volledig verlaten.

Een verdere ontwikkeling bestaat uit het verplaatsen van enkel huid en vet met zijn aan- en afvoerend bloedvat. Dit kan eveneens gebeuren vanuit de buik- (vrije DIEP of vrije SIEA) of bilstreek (vrije s-GAP). Deze laatste ingrepen (met uitzondering van een TMG flap) offeren geen spierweefsel op en kunnen dus de mobiliteit van het lichaam niet beïnvloeden. Hierdoor recupereren de patiënten snel en volledig. De moeilijkheid van de ingreep bestaat uit de vrij secure dissectie van de bloedvaten uit het spierweefsel of uit het omgevende vetweefsel en faalt ongeveer in 2%. Wanneer we dit vergelijken met de problemen die mogelijk optreden na een prothesereconstructie zien we dat de belangrijkste complicatie van een reconstructie door middel van prothesen, namelijk kapselcontractuur optreedt in 30-40% van de patiënten en dit onmiddellijk na de reconstructie of ook nog op latere datum. Dit omdat de bestralingsletsels onomkeerbaar zijn.

De ingreep duurt 6 uur.

Het grote voordeel van een perforatorflap schuilt in de stabiliteit van de reconstructie. Wanneer de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen (één week na de ingreep) zullen haast geen complicaties meer optreden en zal de reconstructie een zeer stabiel verder verloop kennen, te vergelijken met de nog gezonde, niet geopereerde borst. Ander voordeel van een eigen weefselreconstructie d.m.v. een perforatorflap is dat deze een "warme" borst levert daar waar een prothese altijd koud aanvoelt omwille van het feit dat de prothese geen doorbloeding kent en dus ook geen lichaamstemperatuur kan aannemen.

Na een eigen weefselreconstructie is het, in tegenstelling tot een prothesereconstructie, zelden aangewezen een correctie uit te voeren aan de andere, nog gezonde borst omdat met een eigen weefselreconstructie de andere borst goed kan worden nagebootst. De hoeveelheid eigen weefsel kan immers worden gemodelleerd zodat deze de vorm van de andere borst aanneemt. Dit uiteraard in die gevallen waar één borst dient te worden gereconstrueerd.

Indien twee borsten dienen te worden gereconstrueerd is het bekomen resultaat ook steeds natuurlijker vergeleken met een prothese omdat het eigen weefsel veel gemakkelijker in een bepaalde vorm kan worden gebracht.

Verder zal de met eigen weefsel gereconstrueerde borst een perfect fysiologisch verloop kennen in de volgende levensjaren d.w.z. indien de patiënt gewicht wint of verliest zal de reconstructie (de karakteristieken van het vet daar waar het weefsel vandaan komt d.w.z. buik, bil of lies blijven bewaard) in volume toenemen of afnemen. Verder zal de eigenweefselgereconstrueerde borst wat verder naar beneden zakken, net als de andere borst, naarmate de leeftijd van de patiënt toeneemt. Een prothese-gereconstrueerde borst daarentegen zal steeds hetzelfde blijven zowel in volume als in positie als in vorm.

Bij vragen of opmerkingen staan we ter beschikking voor u tijdens onze spreekuren.



Plastisch chirurgen



Dr. L. Lefèvre



Dr. G. Van Eeckhout



Dr. M. Vandevoot



Dr. G. Fabré

Secretariaat Plastische Heelkunde

Tel 053 72 43 76

info@plast-chirurgie.be

<http://www.plast-chirurgie.be>

Campus Aalst

Moorselbaan 164 - 9300 Aalst

Campus Asse

Bloklaan 5, 1730 Asse

Campus Ninove

Biezenstraat 2, 9400 Ninove





Disclaimer

De informatie in deze brochure is van algemene aard en is bedoeld om u een globaal beeld te geven van de zorg en voorlichting die u kunt verwachten. In iedere situatie, en dus ook de uwe, kunnen andere adviezen of procedures van toepassing zijn. Deze brochure vervangt dus niet de informatie die u van uw behandelend arts reeds kreeg en die rekening houdt met uw specifieke toestand. Zijn er na het lezen van deze brochure nog vragen schrijf deze eventueel op en bespreek ze in ieder geval met uw behandelend arts.

Versie 19/02/2019

Goedgekeurd door dokter Lefèvre