



EEN PREVENTIEVE AMPUTATIE – van beide borsten of van de gezonde borst na borstkanker in de andere borst – overwegen we daarom alleen bij vrouwen met een verhoogd borstkankerrisico.



GETTY



Door al die nieuwe evoluties zullen we borstkanker alsmaar doeltreffender én met minder snijden kunnen bestrijden. ”

BODYTALK EXPERT JAN LAMOTE,
VAN 2009 TOT 2019 COÖRDINATOR VAN DE BORSTKLINIEK VAN UZ BRUSSEL

BORSTKANKERCHIRURGIE: TEN DODE OPGESCHREVEN?

Voor al agressieve tumoren slinken vaak sterk door preoperatieve chemo. Soms lijken ze op de beeldvorming zelfs volledig te zijn verdwenen. Toch doet men dan alsnog een borstoperatie om wat borstklierweefsel weg te snijden rond het clipje waarmee de tumor vóór de chemo werd gemarkeerd. Want alleen microscopisch onderzoek kan uitsluitsel geven of de tumor volledig weg is. “Uiteraard zouden we dat liever kunnen verifiëren zonder te snijden. Zoals via biopsieën of ‘puncties’ in de regio van dat clipje. Alleen, hoeveel moet je er daarvan dan doen om – met grote zekerheid – geen tumorcellen te missen? Een studie van The University of Texas MD Anderson Cancer Center gaat na of 12 van die biopsieën volstaan.”

Tegelijk zal deze studie, waarvan de resultaten tegen 2028 worden verwacht, ook klaarheid brengen over een ander verbeterpunt. Tijdens een borstoperatie gaat men vandaag standaard na welke lymfeklieren als eerste het lymfevocht van de tumor draineren. Deze ‘schildwachtklieren’ – 1 tot enkele per borst – worden weggenomen voor microscopisch onderzoek. Als in maximaal 2 schildwachtklieren tumorcellen worden gevonden, laat men de andere okselklieren met rust. Radiotherapie is dan even doeltreffend en heeft een aanzienlijk minder groot risico op bijwerkingen, zoals lymfoedeem of ‘een dikke arm’ (zie ook boek*).

De beslissing om al dan niet een volledige okselklieruitruiming te doen valt dus pas op het moment van de borstoperatie. “*Tenzij* bij de borstkan-



*LYMFOEDEEM NA
BORSTKANKER.
ZORGVERLENER EN
PATIËNT OOG IN
OOG MET DIKKE
ARM.
PIERRE LIEVENS &
JAN LAMOTE

STANDAARD
UITGEVERIJ, 2010.
(ALLEEN NOG VIA
BIBLIOTHEEK OF
TWEDEHANDS
VERKRIJGBAAR)

ONTBOEZEMINGEN

Wat beweegt er binnen het domein van de therapeutische en reconstructieve chirurgie bij borstkanker? Een verhelderend gesprek met chirurg Jan Lamote, die van 2009 tot 2019 coördinator van de borstkliniek van UZ Brussel was.

TEKST > AN SWERTS

Patiënten met borstkanker die een borstoperatie moeten ondergaan komen inmiddels al met een kans van minimaal 2 op 3 in aanmerking voor een borstsparende ingreep. Een volledige amputatie is nog nodig als, bijvoorbeeld, de tumor in de borst sterk verspreid zit, of het weg te nemen volume vrij groot is in verhouding tot het totale borstvolume. “We kunnen al tot een vierde van de borst wegnemen met alsnog een esthetisch aanvaardbaar resultaat”, vertelt Jan Lamote. “Dat danken we vooral aan de ontwikkeling in de

OVER CHIRURGIE

afgelopen 15 jaar van de oncoplastie: de combinatie van oncologische en plastische chirurgische technieken, waardoor we de anatomische vorm van de borst tijdens een borstsparende ingreep beter kunnen behouden. Maar gelukkig worden de weg te nemen volumes ook alsmaar kleiner. We kunnen tumoren alsmaar beter in beeld brengen, lokaliseren en afbakenen, én achtergebleven tumorcellen doeltreffender vernietigen met radiotherapie. Bovendien kunnen we al veel tumoren, nog voor de ingreep, enigszins verkleinen met chemotherapie.”

kerdiagnose al verdachte okselklieren worden opgemerkt, aangeprikt, en na microscopisch onderzoek aangetast bevonden”, zegt Jan Lamote. “Dan beslissen we – op dat moment al – om later, bij de borstoperatie, sowieso een volledige okselklieruitruiming te doen. Dus zónder het effect van de preoperatieve chemo af te wachten! In die Amerikaanse studie daarentegen *markeert* men de klieren die bij de diagnose al zijn aangetast. En wanneer later, bij de borstoperatie, dan blijkt dat er uitsluitend schildwachtklieren gemarkeerd zijn, kan men via de schildwachtklierprocedure nagaan of een volledige okselklieruitruiming nog wel nodig is! In het beste geval behoudt de patiënt niet alleen de volledige borst, maar ook alle okselklieren, op de schildwachtklieren na. Door al die nieuwe evoluties zullen we borstkanker alsmaar doeltreffender én met minder snijden kunnen bestrijden.”





► RECONSTRUCTIE MET PROTHESE OF EIGEN WEEFSEL

Hoopgevend nieuws dus, maar vooralsnog ondergaan de meeste borstkankerpatiënten een borstoperatie. Ongeveer een vijfde van hen kiest voor een borstreconstructie. De keuze voor een reconstructie – opnieuw een heelkundige ingreep – is uiteraard geen lichte beslissing en vraagt om een goed informatief gesprek over de opties. En dit nog vóór de oncologische ingreep, omdat de reconstructie soms gelijktijdig kan gebeuren.

Jan Lamote: “In ongeveer de helft van de reconstructies wordt nog voor de klassieke reconstructie met een prothese, in de holte achter de borstspier, gekozen. Meestal plaatst men eerst een tijdelijke ‘expanderprothese’, die regelmatig met vloeistof wordt bijgevuld, om de borstspier en de huid geleidelijk uit te rekken. Enkele maanden later, wanneer ook de radiotherapie achter de rug is, volgt dan de definitieve prothese, gevuld met siliconen of fysiologisch water. Maar geleidelijk aan zijn meer patiënten voor een reconstructie met eigen weefsel gaan kiezen. Hierbij worden huid, vetweefsel en een paar bloedvaten weggesneden op een donorplek – meestal de onderbuik. Om vervolgens de ‘vrije flap’ op de borstwand te leggen en de bloedvaten weer aan te sluiten op bloedvaten van de borst. Het is best mogelijk dat we zelfs nog evolueren naar een reconstructietechniek waarbij stamcellen uit eigen vet in de geopereerde borst worden gespoten. En wel samen met een dragende structuur, die hen helpt te overleven en hen stimuleert om

WIE IS?



Jan Lamote

- Opleiding: geneeskunde met specialisatie heelkunde, VUB 1985
- Diensthoofd Oncologische, Thorax- en transplantatie Heelkunde UZ Brussel van 2009 tot 2014
- Diensthoofd Heelkunde UZ Brussel 2015 tot 2019
- Coördinator Borstkliniek UZ Brussel: van 2009 tot 2019
- President Belgisch Genootschap Heelkunde 2017-2018

vetcellen te worden, te groeien en te delen.”

De reconstructie met eigen weefsel duurt gemakkelijk enkele uren en is chirurgisch veel complexer dan deze met een prothese. “Het terugbetaalde honorarium is hieraan inmiddels aangepast”, vertelt Jan Lamote. “Maar zoals altijd is het verstandig om te vragen naar een prijsraming voor de ingreep en je eigen bijdrage als patiënt.”

WIKKEN EN WEGEN

Om weloverwogen voor een van de reconstructietechnieken te kiezen – als beide een optie zijn – moet je uiteraard ook weet hebben van de mogelijke verwickelingen. “Hoe vaak die voorkomen, is niet eenvoudig in enkele cijfers uit te drukken, omdat ze behalve met de techniek ook met persoonsgebonden factoren samenhangen”, merkt Jan Lamote op. “Praat hierover met de plastisch chirurg, maar algemeen kunnen we alvast dit meegeven. Een prothese is lichaamsvreemd materiaal, waardoor er net na de ingreep meer kans is op infecties en vocht-oophopingen. Vroeg of laat gaat het littekenweefsel rond de prothese verdikken, verharderen en in meer of mindere mate samentrekken, wat vervormingen en pijnklachten kan geven. Door slijtage kan de prothese bovendien gaan lekken of scheuren, en na zo’n 7 tot 10 jaar moet ze sowieso worden vervangen. Een reconstructie met eigen weefsel voelt en oogt natuurlijker en gaat levenslang mee, maar je moet langer van de ingreep herstellen en littekens op de donorplek erbij nemen. Net na de ingreep is er meer kans op trombose, vooral op de plaats waar bloedvaten met elkaar werden verbonden. In zeldzame gevallen kan de bloedvoorziening dan niet hersteld worden en gaat het getransplanteerde weefsel verloren.”

PREVENTIEVE AMPUTATIE

Een borstoperatie en -reconstructie blijven vooralsnog ingrepen die niet vrij zijn van verwickelingen. “Een preventieve amputatie – van beide borsten of van de gezonde borst na borstkanker in de andere borst – overwegen we daarom alleen bij vrouwen met een verhoogd borstkankerrisico”, besluit Jan Lamote. “Zoals bij vrouwen die drager zijn van een afwijking in het BRCA1- of BRCA2-gen, of die geen drager zijn maar wel een groot familiaal risico hebben.” ■



DE KEUZE VOOR EEN RECONSTRUCTIE
– opnieuw een heelkundige ingreep – is geen lichte beslissing en vraagt om een goed informatief gesprek over de opties.