Plastische heelkunde

Borstreconstructie

met eigen weefsel

Clinic | 12B

az Rivierenland

Clinic | 12B

PROF. DR. THIERRY TONDU
+32 473 64 22 14
t.tondu@clinic12b.be

DR. INA VRINTS
+32 486 75 87 92
ina.vrints@clinic12b.be

DR. FILIP THIESSEN
+32 496 69 50 99
filip.thiessen@clinic12b.be

DR. JANA VAN THIELEN
+32 479 83 37 26
jana.vanthielen@clinic12b.be

Deze brochure is bedoeld voor patiënten die informatie wensen over een reconstructie. Je vindt in deze brochure basisinformatie over de ingreep, de herstelperiode en mogelijke complicaties. Gezien elke persoon uniek is, is een raadpleging bij jouw plastisch chirurg onontbeerlijk voor een persoonlijke benadering en individueel behandelplan. We vragen jou dit boekje mee te brengen bij iedere consultatie voor verdere uitleg en planning van de afspraken.

Indien je meer informatie wenst, kan je terecht op de volgende websites:

- onze praktijk Clinic 12b: www.clinic12b.be
- Royal Belgian Society for Plastic Surgery: www.rbsps.org

Wat is een borstreconstructie?

Met de term 'borstreconstructie' bedoelt men herstel van de borst qua grootte en vorm. Het doel is een natuurlijk uitziende borst creëren die symmetrisch is aan de andere - gezonde of gereconstrueerde - borst. In de meeste gevallen dienen ook de tepel en het tepelhof gereconstrueerd te worden. Dit gebeurt meestal in een tweede fase, met aandacht voor symmetrie in grootte, positie en kleur.

Wie komt in aanmerking voor een borstreconstructie?

In principe komt elke patiënt in aanmerking voor een borstreconstructie, op voorwaarde dat de oorzaak (bv. borstkanker) onder controle is. Leeftijd op zich is geen reden om van een reconstructie af te zien. De algemene medische toestand is wel een meespelende factor, die vooral een beslissende rol zal spelen in de keuze van het type borstreconstructie. Gezien de brede waaier aan reconstructieve mogelijkheden, kan voor elke patiënt een oplossing op maat gevonden worden.

Waarom een borstreconstructie?

Het voornaamste doel van een borstreconstructie is de kwaliteit van leven voor de patiënt te verbeteren. Emotioneel gezien kan een borstamputatie of een vervormde borst een ernstige weerslag hebben op het algemeen functioneren van de patiënt. Studies hebben aangetoond dat reconstructie van de borst een gunstige invloed heeft op verschillende psychologische aspecten, zoals een verbeterd zelfbeeld, minder depressieve gevoelens en gedachten en herstel van de seksuele beleving. Vooral het feit dat men niet meer dagelijks wordt geconfronteerd met de uitwendige borstprothese en de hiermee gepaard gaande moeilijkheden qua kleding en fysieke activiteit, is voor vele patiënten een opluchting.

Wanneer kan ik mijn borst(en) laten reconstrueren?

Wat de timing van de borstreconstructie betreft, zijn er twee mogelijkheden:

- ofwel gebeurt de reconstructie tijdens dezelfde ingreep waarbij de tumor of volledige borst wordt verwijderd. Dit noemen we een onmiddellijke of primaire reconstructie.
- ofwel gebeurt de reconstructie op een later tijdstip tijdens een aparte ingreep, dit noemen we een laattijdige of secundaire reconstructie. In dit geval wordt aangeraden minstens 6 maanden te wachten na afwerken van de behandeling, om de weefsels en algemene fysieke toestand te laten herstellen.

De beslissing om voor een onmiddellijke dan wel laattijdige reconstructie te kiezen, gebeurt in overleg met de patiënt, gynaecoloog en plastisch chirurg. De aard van de tumor, de toestand van de klieren en de noodzaak tot bijkomende behandeling zijn de belangrijkste factoren die deze beslissing beïnvloeden. Elke optie heeft zijn voor- en nadelen, uiteraard speelt het standpunt van de patiënt ook een grote rol.

Hoe gebeurt een borstreconstructie?

De verschillende manieren om een borst te reconstrueren kunnen worden onderverdeeld in 2 grote groepen:

- reconstructie door middel van een implantaat of inwendige prothese
- reconstructie door middel van eigen weefsel of autologe reconstructie

In sommige gevallen wordt een combinatie van beiden toegepast. Onafhankelijk van het type borstreconstructie zijn er meestal meerdere ingrepen nodig om tot het eindresultaat te komen. In een eerste fase wordt het volume en indien nodig de huid van de borst gereconstrueerd. In een tweede fase worden eventuele correcties uitgevoerd van de vorm en/of het volume zodat beide borsten symmetrisch zijn. In een laatste fase wordt de tepel gereconstrueerd. Uiteraard is elke patiënt uniek en zal het behandelingsschema worden aangepast aan de noden en wensen van elk individu.

Borstreconstructie met implantaat: protheserecontructie

De eenvoudigste manier om het borstvolume te herstellen, is door middel van een implantaat of inwendige prothese. Borstprothesen bestaan uit een siliconen

omhulsel, gevuld met een gel van siliconen. Voor borstreconstructies worden de zogenaamde anatomische of druppelvormige prothesen gebruikt, omdat deze de vorm van een natuurlijke borst nabootsen. Deze prothesen bestaan in verschillende groottes en afmetingen, zodat men voor elke patiënt een gepaste prothese kan gebruiken.

Autologe reconstructie: flapreconstructie

Bij een borstreconstructie met eigen weefsel wordt een "flap" van huid, vet en soms spier getransfereerd van één zone van het lichaam naar de borstregio. Deze flap heeft een eigen bloedvoorziening, zodat het weefsel zacht en soepel blijft en kan ingroeien ter hoogte van de borst. Het resultaat van een flapreconstructie is natuurlijker dan een reconstructie met prothese.

De zone waar het weefsel genomen wordt, noemen we de donorzone. Indien deze zone zich dichtbij de borst bevindt, kan het bloedvat intact blijven en spreken we van een gesteelde flap.
Een voorbeeld hiervan is de latissimus dorsi flap: huid en onderhuids vet van de rug worden met de grote rugspier onder de oksel door naar voor verplaatst. Tegenwoordig bestaan er ook technieken om de rugspier te sparen, waardoor de last voor de patiënt en de kans op complicaties verkleinen.

Het **grootste voordeel** is dat deze ingreep technisch niet zo moeilijk is en dus van relatief korte duur. Patiënten die een langdurige ingreep niet aankunnen, komen vaak wel in aanmerking voor dit type reconstructie.

Een **nadeel** is dat de meeste mensen niet veel overtollige huid en vet op de rug hebben. De grootte van de borst die hiermee kan gemaakt worden, is dus meestal beperkt.

Indien de donorzone zich op een grotere afstand van de borstregio bevindt, moeten de bloedvaten worden doorgenomen en onder de microscoop verbonden worden met bloedvaten ter hoogte van de borst. Dit noemen we een vrije flap. Hiervoor is microchirurgie nodig.

De meest gebruikte flap is de DIEP-flap, waarbij huid en vetweefsel van de buikwand wordt gebruikt, zonder de buikspieren op te offeren. Deze flap is tegenwoordig de eerste keuze voor zowel eenzijdige als dubbelzijdige borstreconstructie, omdat de meeste vrouwen ter hoogte van deze regio een grotere hoeveelheid huid en vetweefsel kunnen missen. De borst die gecreëerd wordt met deze flap voelt heel natuurlijk aan en zal op termijn wat uitzakken, zoals elke gezonde borst doet. De aanwezigheid van de bloedvaten wordt vooraf gecontroleerd door een CT-scan.

Indien het weefsel van de buik niet kan gebruikt worden (bv. omdat de patiënt reeds een buikwandcorrectie heeft gehad) zijn er andere mogelijke donorzones: ter hoogte van de bil, de binnenzijde van de dij, de onderrug,... De plastisch chirurg zal per patiënt bekijken welke mogelijkheden bestaan.

Het **belangrijkste nadeel** van een microchirurgische reconstructie is de langere duur van de ingreep. Hierdoor is de herstelperiode ook langer. Ook bestaat het risico dat er zich een klonter vormt daar waar de bloedvaatjes aan elkaar zijn gezet. Er komt dan geen bloed meer in de flap, waardoor snel ingrijpen nodig is om de klonter te verwijderen.

De **voordelen** zijn dat geen inwendige prothese nodig is, de borst voelt natuurlijk aan en is warm, de vorm van de gezonde borst kan worden nagebootst en de gereconstrueerde borst zal mee verouderen net zoals de gezonde borst. Hierdoor zijn op lange termijn meestal geen correcties nodig, in tegenstelling tot een prothesereconstructie.

Combinatie van eigen weefsel met prothese

Wanneer de borstregio bestraald moet worden of bestraald is geweest, is de kwaliteit van de huid meestal onvoldoende voor een reconstructie met weefselexpander en/of prothese. Het risico op wondproblemen met infectie en verlies van de prothese tot gevolg, is te groot. Indien de patiënt echter geen vrije flapreconstructie wenst of niet in aanmerking komt, bestaat er toch een mogelijkheid om een mooie borst te reconstrueren. De grote rugspier wordt met een eilandje huid en vet naar voor verplaatst zodat er gezond en soepel weefsel ter hoogte van de borstregio komt.

Hieronder kan dan een weefselexpander en later een prothese worden geplaatst om het volume van de nieuwe borst te herstellen. Aangezien de prothese bedekt is met gezond, niet-bestraald weefsel, is de kans op complicaties kleiner.

In sommige gevallen wensen vrouwen een groter borstvolume na een volledige autologe borstreconstructie, bv. met een DIEP-flap. Dit is mogelijk bij slanke patiënten die een dubbelzijdige borstreconstructie nodig hebben. Na volledige heling van de flap kan dan tijdens een tweede ingreep een kleine prothese worden ingebracht onder de flap, om het volume van de borst te vergroten. Het resultaat blijft zeer natuurlijk uitzien doordat de prothese bedekt is met eigen weefsel.

Lipofilling

Lipofilling betekent letterlijk “vetvulling” en omvat de transfer van vet van de patiënt van de ene naar de andere plaats. Het vet wordt afgenomen door middel van liposuctie waar de patiënt vet op overschot heeft, meestal ter hoogte van de dijen, buik of de zogenaamde ‘lovehandles’. Het vet wordt gezuiverd en onmiddellijk met spuitjes ingebracht ter hoogte van de gewenste regio.

Het verschil met een flap-transplantatie is dat het vet geen eigen bloedvoorziening meebrengt. Dit is het **belangrijkste nadeel**. Het volume dat in één sessie kan ingebracht worden is dus beperkt. Ook kan een deel van het ingebrachte vet na enkele weken wegsmelten, zodat er iets minder volume overblijft dan initieel ingebracht.

Het **voordeel** is dat een dergelijke ingreep weinig ingrijpend is en vaak onder lokale verdoving kan plaatsvinden. De herstelperiode is heel kort. Lipofilling kan zo vaak herhaald worden als gewenst en kan gecombineerd worden met andere ingrepen. De chirurg kan ook kiezen hoe hij het vet verdeelt, zodat hij de vorm van de borst ook kan aanpassen.

Reconstructie van tepel en tepelhof

De laatste fase van de borstreconstructie is de reconstructie van de tepel. Dit gebeurt meestal een drietal maanden na de ingreep, wanneer patiënt en chirurg tevreden zijn over de vorm en symmetrie van de borst(en). Met een klein huidflapje wordt het reliëf van de tepel gecreëerd. Als deze littekentjes genezen zijn, wordt het tepelhof getatoeëerd als kers op de taart. De patiënt kan mee beslissen over grootte en kleur.

Over de ingreep

Hoe verloopt de hospitalisatie?

Het verloop van de hospitalisatie in geval van een onmiddellijke en laattijdige reconstructie is gelijkaardig. De dag voor de ingreep kom je op het afgesproken tijdstip naar de afdeling. Jouw plastisch chirurg maakt een tekening op de borst(en) en buik als voorbereiding op de ingreep. Indien je nog vragen hebt, kan je die op dit moment stellen.

De ingreep gebeurt onder algemene verdoving en duurt 5 à 7 uur voor één zijde en 8 à 10 uur voor een dubbelzijdige reconstructie. De eerste nacht na de ingreep blijf je op de uitslaapkamer of op een intensieve afdeling. De reden is dat de verpleging elk uur zal controleren of de flap mooi doorbloed blijft. De ochtend nadien kan je naar jouw eigen kamer, waar de flap nog elke twee uur wordt gecontroleerd.

De eerste dag na de ingreep zal je je nog moe en slapjes voelen. Je hoeft nog niet uit bed te komen, je mag wel drinken en lichte maaltijden eten. De tweede dag na de ingreep mag je met hulp van de verpleging uit bed. Indien dit vlot gaat, kan de blaassonde uit. Je zal nog verschillende buisjes (drains) hebben ter hoogte van buik en borst, dewelke rondwandelen niet vergemakkelijken, doch beweging wordt vanaf dit moment wel aangeraden. De dagen nadien zal je je nog snel vermoeid voelen na een inspanning (bv. het ochtendtoilet), maar dit zal elke dag beter en beter gaan. De drains en infusen worden vanaf dag 3 één voor één verwijderd. De meeste mensen verlaten het ziekenhuis na een 5 à 7 dagen.

Bijkomende ingrepen

De nieuwe borst is initieel nog gezwollen en de huid kan blauwe plekken vertonen. Bij afnemen van de zwelling en versoepelen van de littekens, zal de borst zijn definitieve vorm aannemen. Na een drietal maanden zijn vorm en volume van de nieuwe borst stabiel. Dan pas kan gekeken worden naar de symmetrie met de andere borst. Samen

met jouw chirurg bespreek je of eventuele bijkomende correcties nodig zijn, zoals vergroten/verkleinen van de andere borst, littekencorrectie, lipofilling,... Deze ingrepen duren meestal één, maximum twee uren en kunnen in dagziekenhuis gebeuren of met één overnachting in het ziekenhuis. Het herstel na de ingreep is ook veel vlotter dan na de reconstructie, de meeste mensen gaan na 2 weken terug aan het werk.

Reconstructie van tepel en tepelhof

Reconstructie van de tepel gebeurt door een klein huidflapje op zichzelf te plooien ter hoogte van de borst. De ingreep duurt ongeveer een half uurtje en kan eventueel onder lokale verdoving gebeuren. Na twee weken worden de hechtingen verwijderd en mag je douchen. Na volledige heling van de littekens, ten vroegste na 2 maanden, kan het tepelhof worden ingekleurd door middel van een medische tatoeage. Dit gebeurt onder plaatselijke verdoving op de praktijk.

Jouw chirurg zal je regelmatig opvolgen om eventuele ongewenste effecten of complicaties tijdig op te sporen en te behandelen. Indien je toch vragen hebt of ongerust bent, contacteer ons dan voor een vroegtijdige controle.

Wat zijn de risico's en ongewenste effecten van de ingreep?

Risico's op korte termijn:

- nabloeding (eerste 24 uur)
- infectie (eerste 3 tot 5 dagen)
- abnormale of vertraagde wondheling
- trombose van de anastomose: het belangrijkste risico van deze ingreep is dat er zich een klonter vormt in een van de vaatjes die het bloed naar de flap toe of van de flap weg voert. Het getransplanteerde weefsel krijgt dan niet genoeg zuurstof om te overleven. Om deze reden wordt de flap nauwgezet in het oog gehouden de eerste dagen na de ingreep. Bij tijdig reageren door middel van een heringreep, kan de bloedcirculatie zich nog herstellen.

Risico's op lange termijn:

- asymmetrie
- en autologe reconstructie gedraagt zich zoals een natuurlijke borst, zodat er op lange termijn zelden heringrepen nodig zijn.

Richtlijnen

Richtlijnen vóór de ingreep:

- eet of drink niet vanaf 6 uur vóór de operatie
- neem een douche op de dag van de ingreep
- breng geen make-up aan, verwijder nagellak, draag geen juwelen
- vermijd aspirine vanaf 10 dagen voor de ingreep
- stop met roken vanaf 4 weken voor de ingreep en dit tot minstens 4 weken erna.

Richtlijnen na de ingreep:

- Op de wondnaad wordt een weefsellijm aangebracht, waardoor je 2 dagen na verwijderen van de laatste drain een korte douche mag nemen. Nadien mag je de wondnaad kort ontsmetten met bv. Isobetadine.
- Na twee à drie weken mogen de hechtingen verwijderd worden. Vanaf dan mag je ook douchen zonder verband en de littekens inmasseren met de voorgeschreven littekencrème.
- Bij pijn mag je volgende medicatie nemen: Paracetamol 1 g, maximum 3x/dag, eventueel in combinatie met Ibuprofen 400 mg, maximum 3x/dag bij het eten. Vermijd aspirine en derivaten de eerste week na de ingreep.
- De meeste patiënten hebben meer last van de buik dan van de borst. De buik voelt in het begin strak aan, waardoor je de neiging kan hebben wat voorover gebogen te lopen. We raden gedurende 6 weken relatieve rust aan: geen zware lasten tillen en niet sporten. Na een maand je jouw activiteiten geleidelijk terug hernemen, met terugkeer naar normale activiteit vanaf 6 weken na de ingreep.
- Je zal merken dat je de eerste dagen en weken thuis nog snel vermoeid bent of je je minder lang kan concentreren. Dit is normaal. Bouw jouw activiteiten langzaam op en neem rust als je je moe voelt. Wat werkonbekwaamheid betreft, rekent je best minstens 2 maanden.

Contacteer jouw arts in geval van:

- toenemende zwelling aan één zijde, in combinatie met pijn
- koorts
- tekens van wondinfectie
- kortademigheid, pijn op de borst, hartkloppingen

Jouw afspraken

Voor de ingreep

eerste consultatie:
kennismaking en informatie over de ingreep: ..... / ..... / .....

tweede consultatie:
beantwoorden van vragen en plannen van de datum: ..... / ..... / .....

preoperatieve onderzoeken:

.....

.....

.....

De dag van de ingreep:

datum: ..... / ..... / .....
uur: .....
plaats: .....

Na de ingreep:

eerste controle na 1 week: ..... / ..... / .....
tweede controle na 2 weken:..... / ..... / .....
opvolging na 6 weken: ..... / ..... / .....
opvolging na 3 maanden: ..... / ..... / .....
verdere opvolging: ..... / ..... / .....

Hier noteer ik mijn eventuele vragen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CAMPUS RUMST

's Herenbaan 172 | 2840 Rumst
03 880 90 11 (algemeen)
03 880 91 90 (afspraken)

ref.: 50120930
versie: 16/03/2026
foto's & illustraties: Adobe stock
eigenaar: prof. dr. Thierry Tondu, plastisch chirurg
v.u.: Sofie Vermeulen, communicatie

az Rivierenland