



Borstkanker van diagnose tot herstel

**Borstkliniek
Turnhout - Herentals**

Inhoudstafel

	WELKOM	2
1.	WAT IS BORSTKANKER ?	5
2.	DE CHIRURGISCHE BEHANDELING	7
2.1	Borstsparende operatie	8
2.2	Reperage van niet-voelbare letsels	9
2.3	Schildwachtklierbiopsie	9
2.4	Borstamputatie	10
2.5	Okselklieruitruiming	11
3.	VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS	15
3.1	Voorafgaande onderzoeken	15
3.2	Veelgestelde vragen	16
4.	DE NABEHANDELING	20
4.1	Verskillende soorten nabehandeling	20
4.1.1	Lokale nabehandeling: radiotherapie	20
4.1.2	Algemene nabehandeling	22
5.	PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING	25
5.1	Borstkanker: een ingrijpend proces	25
5.2	De diagnose	25
5.3	De eerste reacties	25
5.4	Waar is praten goed voor?	26
5.5	De operatie	27
5.6	Tijdens de behandeling	28
5.7	Na de behandeling	28
5.8	Kinderen	29
5.9	Partner	30
5.10	Psychosociale zorg in de borstkliniek	31



WELKOM

Mevrouw, meneer,

U of uw familielid wordt in het ziekenhuis opgenomen voor een borstoperatie.

In deze brochure vindt u meer informatie over de behandeling en het herstel van borstkanker. De brochure besteedt aandacht aan zowel het medische, verpleegkundige als het psychosociale luik.

Tijdens uw verblijf in het ziekenhuis kunt u met al uw vragen terecht bij de behandelende artsen, de borstverpleegkundige, de psychologe of de verpleegkundigen op de afdeling. Zij helpen u graag verder.



V.l.n.r.: dr. Marc Martens, Hilde Janssen, dr. Michel Martens, Sara Coomans, dr. K. Geboers, dr. I. Cadron, dr. G. Pelgrims, dr. M. Bronckaers, dr. J. Meyskens, dr. D. Servaes (niet op de foto: Christine Leys, dr. I. Eerens, dr. V. Mol)

Als u voor of na uw verblijf in het ziekenhuis vragen hebt, kunt u steeds telefonisch contact opnemen via volgende telefoonnummers:

Borstchirurgen

Dokter M. Bronckaers
Dokter I. Cadron
Dokter D. Servaes

Dienst oncologie - radiotherapie

Dokter J. Meyskens
Dokter Michel Martens
Dokter Marc Martens
Dokter K. Geboers
Dokter G. Pelgrims

Borstkliniek (algemeen telefoonnummer)

014 40 69 02

Dienst medische beeldvorming

Dokter I. Eerens
Dokter V. Mol
Secretariaat

014 40 61 50

Verpleegafdeling heelkunde

Campus Sint-Jozef
Campus Sint-Elisabeth

014 44 42 81

014 40 66 01

Borstverpleegkundigen

Sara Coomans
Hilde Janssen

014 40 68 32

014 40 68 47

Psychologe

Christine Leys

014 40 68 40

Kinesithérapie

014 40 63 42

Bestralingsafdeling

014 40 69 02

Chemotherapie dagziekenhuis

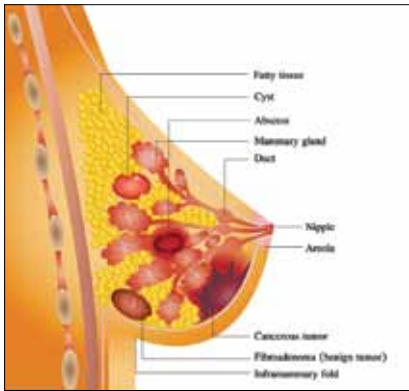
014 40 60 01



WAT IS BORSTKANKER ?

Borstkanker is de meest frequent voorkomende kanker bij vrouwen in Europa en Noord-Amerika. In België ontwikkelt 1 op 10 vrouwen borstkanker. Zo werd in België in 2008 bij meer dan 9600 personen borstkanker vastgesteld, waarvan 5528 in Vlaanderen. De oorzaak van borstkanker is vaak niet gekend. Wel bestaan er een aantal individuele risicofactoren waarvan de familiale voorgeschiedenis de belangrijkste is. De overgrote meerderheid is echter te wijten aan toeval. Slechts 5 à 10% van alle gevallen van borstkanker is erfelijk.

Borstkanker bij mannen is eerder zeldzaam en maakt slechts 1,5% uit van alle borstkankers. De behandeling bij mannen is in grote lijnen dezelfde als bij vrouwen.



Een tumor of kankergezwell is het gevolg van abnormale nieuwvorming van cellen door een ontspoorde celdeling. De snelheid waarmee dit gebeurt, is onder andere afhankelijk van het type kankercellen en van het stadium waarin de kanker zich bevindt. Het is daarom van groot belang dat tumoren zo vroeg mogelijk worden ontdekt, verwijderd en/of behandeld.

De diagnose wordt meestal bevestigd door een punctie van de tumor. Vooral een ingreep plaatsvindt, gaat men via een reeks onderzoeken eerst na of er uitzaaiingen (metastasen) zijn. Deze onderzoeken bestaan meestal uit een bloedname, radiografie van de longen, echografie van de lever en een botscan. Soms kunnen deze onderzoeken aangevuld worden met een CT-scan en/of PET-scan.

Bij de behandeling van borstkanker zijn verschillende medische disciplines betrokken: heelkunde, gynaecologie, medische beeldvorming, radiotherapie en medische oncologie. Bovendien bestaat er een nauwe samenwerking met de borstverpleegkundige, psychologe, kinesitherapeut en huisarts.



DE CHIRURGISCHE BEHANDELING

Inleiding

Een knobbeltje in de borst hoeft niet altijd een kwaadaardig gezwel of kanker te zijn. Het kan ook goedaardig zijn. Een voorbeeld hiervan is een fibroadenoma, het meest voorkomende goedaardige letsel in een borst. Het kan ook gaan om een ontsteking die gepaard gaat met een zwelling.

In bijna alle gevallen wordt de diagnose van borstkanker gesteld door een borstsonderzoek, een radiologisch onderzoek en een biopsie of punctie.

Iedere patiënt bij wie een tumor in de borst is vastgesteld, wordt besproken tijdens een multidisciplinair overleg. Dit wil zeggen dat artsen van verschillende medische disciplines hun inbreng doen en samen het behandelings-schema bepalen. De kern van het multidisciplinaire team zijn de borstchirurg of gynaecoloog, samen met de radioloog, radiotherapeut en oncoloog. Bij het multidisciplinair overleg zijn ook steeds de borstverpleegkundige en psychologe aanwezig.

Niet iedereen met een gezwel in de borst zal dezelfde operatie ondergaan. De keuze van de operatie hangt in eerste instantie af van het goed- of kwaadaardige karakter van de borstaandoening.

Bij de meeste goedaardige aandoeningen wordt alleen het gezwel zelf weggenomen (tumorectomie), of is zelfs geen operatie nodig.

Bij een kwaadaardig gezwel moet de arts rekening houden met het stadium van de ziekte, de grootte van de tumor, de grootte van de borst, de plaats van de tumor in de borst en andere factoren zoals leeftijd en bepaalde tumorkenmerken. In eerste instantie verwijdert men vaak alleen een klein stukje van het gezwel door middel van een biopsie, waarop dan vervolgens microscopisch onderzoek en bijkomende testen worden uitgevoerd. Op basis van deze resultaten bepaalt men nadien welke ingreep nodig is. Meestal gaat het om een borstsparende operatie of een borstamputatie (mastectomie). Bijna bij alle patiënten opereert men ook in de oksel, om één of alle okselklieren te verwijderen.

Hierna vindt u een overzicht van mogelijke ingrepen en wat ze voor de patiënt betekenen.

2.1

Borstsparende operatie

Bij een borstsparende operatie wordt de tumor ruim weggenomen, dat wil zeggen met een deel gezond borstklierweefsel, voor zover de arts dit met het blote oog kan beoordelen. Het microscopische onderzoek zal uiteindelijk moeten uitmaken of het gezwel voldoende ruim en dus veilig is weggenomen. Men noemt deze procedure een brede excisie, lumpectomie of tumorectomie.

Na de borstsparende operatie volgt altijd bestraling (radiotherapie) van de volledige borst, in combinatie met een extra dosis stralen op de plaats waar de tumor zich bevond. Enkel de combinatie van een borstsparende operatie en bestraling levert voor de patiënt een veilig resultaat op.



Het is belangrijk dat de patiënt op voorhand akkoord gaat met vijf tot zes weken bestraling na de ingreep. Indien de patiënt deze bestraling weigert, kan men geen borstsparende operatie uitvoeren. Een borstsparende ingreep kan ook niet wanneer verschillende tumoren in de borst aanwezig zijn, wanneer de tumor te groot is in verhouding tot de borst of wanneer het kwaadaardige gezwel na een borstsparende ingreep met bestraling toch is teruggekomen (recidief). In al deze gevallen vindt beter een borstamputatie plaats (zie 2.4).

Een zeldzame keer blijkt uit het microscopische onderzoek na een borstsparende ingreep dat de tumor niet volledig verwijderd werd. In dit geval moet, na overleg met de patiënt, in een tweede operatie een bredere wegname (resectie) of alsnog een borstamputatie worden uitgevoerd. De beslissing tot borstamputatie neemt men dus nooit tijdens de borstsparende ingreep!

Reperage van niet-voelbare letsels

Als het gezwel dat chirurgisch verwijderd moet worden niet direct voelbaar is, voert men eerst een reperage uit. Hierbij is het de bedoeling om de tumor exact te lokaliseren en aan te duiden, zodat de chirurg die correct kan wegnemen.

Er zijn twee manieren om een gezwel in de borst aan te duiden:

- Ofwel lokaliseert men de tumor tijdens een echografie en brengt men met stift een markering aan op de huid.
- Ofwel brengt men een metalen draadje doorheen de huid tot in de borsttumor aan. Dit gebeurt onder plaatselijke verdoving en is vergelijkbaar met de punctie die voor de ingreep werd verricht en tot de diagnose leidde.

Schildwachtklierbiopsie

Bijna bij alle patiënten is er ook een ingreep in de oksel nodig, voor het wegnemen van de schildwachtklier of om een volledige okselklieruitruiming (zie 2.5) uit te voeren.

Bij sommige patiënten moet enkel de schildwachtklier (sentinelklier) worden verwijderd. De schildwachtklier is de eerste klier in de oksel naar waar de tumorcellen uitgezaaid kunnen zijn.

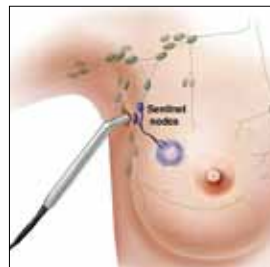
Hoe verloopt deze procedure?



De schildwachtklier wordt voor de ingreep lichtjes radioactief gemaakt door een licht radioactieve stof die men inspuit ter hoogte van de borsttumor. Deze stof, die niet gevaarlijk is voor de patiënt noch voor zijn omgeving, wordt via de lymfebanen vanuit de borst naar de oksel vervoerd en vervolgens vastgehouden in de schildwachtklier. Tijdens de operatie spoort men de radioactieve schildwachtklier met behulp van

een speciaal toestel op. Vervolgens wordt die samen met de borsttumor verwijderd.

Nog tijdens de ingreep voert men microscopisch spoedonderzoek uit op de schildwachtklier. Als uit dit onderzoek duidelijk blijkt dat er tumorcellen in de schildwachtklier aanwezig zijn, wordt onmiddellijk een volledige okselklieruitruiming uitgevoerd. Stelt men niet onmiddellijk tumorcellen vast, dan wachten de artsen de resultaten af van het verdere microscopische onderzoek van de klier. Dit onderzoek neemt enkele dagen tijd in beslag. Als de resultaten aantonen dat er toch tumorcellen aanwezig zijn, gebeurt in een tweede operatie toch nog een okselklieruitruiming.



Soms gebeurt het dat bij de patiënt geen schildwachtklier gevonden wordt, dit is echter zeldzaam. In dat geval voert men ook een volledige okselklieruitruiming uit.

2.4 Borstamputatie



Bij een borstamputatie (mastectomie) worden de volledige borstklier, de overliggende huid en de tepel met tepelhof weggenomen. Dit resulteert in een vlakke borstkaswand met een horizontaal of diagonaal lopend litteken vanaf de middellijn (borstbeen) tot aan de oksel. Hierop kan de patiënt een uitwendige prothese dragen. Dit is een (voorlopige) lichte prothese. Na zes weken kan de patiënt overschakelen op een uitwendige definitieve siliconenprothese.

Okselklieruitruiming

Zoals eerder beschreven, moeten alle klieren in de oksel verwijderd worden als de schildwachtklier is aangetast. Dit gebeurt echter ook om andere redenen (zeer groot gezwel, meerdere gezwellen, vroegere ingrepen, etc.). Ondanks het feit dat de klieren in de oksel normaal aanvoelen, kunnen er toch microscopisch kleine uitzaaiingen aanwezig zijn. Vergrote klieren kunnen dan weer tumorvrij zijn en alleen een reactie vertonen (bijvoorbeeld na een punctie). Het resultaat van het microscopische onderzoek van de klieren is voor de arts belangrijk en bepalend voor de verdere behandeling. Het aantal lymfeklieren in de oksel wisselt van patiënt tot patiënt. Gemiddeld neemt de arts bij een volledige okselklieruitruiming een twaalftal klieren weg.

Wat zijn de gevolgen van een okselklieruitruiming?

Onmiddellijke gevolgen

Drain

Vlak na de operatie brengt men een siliconenbuisje (drain) aan in de okselholte om bloed en wondvocht (lymfevocht) te verwijderen. De hoeveelheid wondvocht per dag en de totale duur van de drainage zijn initieel niet van belang. Gemiddeld kan de drain na twee weken worden verwijderd. Deze termijn kan oplopen tot vier weken.

Kinesitherapie

Om ervoor te zorgen dat de schouder niet verstijft, start de patiënt vrij snel na de operatie met voorzichtige oefeningen onder begeleiding van een kinesitherapeut.

Lymfedrainage

Na het verwijderen van de drain, mag de patiënt de arm weer normaal bewegen. Tegelijk start de kinesitherapeut met preventieve lymfedrainage. Bij ontslag uit het ziekenhuis krijgt de patiënt, indien nodig, een lijst mee van kinesitherapeuten die lymfedrainage in hun praktijk toepassen.

Slapend gevoel in arm

Doordat de huidzenuwen in de oksel tijdens de ingreep onderbroken werden, kan de patiënt in de huid aan de binnenzijde van de bovenarm ter hoogte van de oksel, een slapend of prikkelend gevoel onder vinden. Dit gevoel verdwijnt meestal en geeft zelden blijvende last.



Er is geen relatie tussen de ernst van de aandoening, het aantal aangetaste klieren en de kans op zwelling van de arm in de toekomst.

Gevolgen op langere termijn

Lymfoedeem

Een volledige okselklieruitruiming houdt een levenslang risico in op lymfoedeem (zwellen van de arm). Door de ingreep is de normale drainage van het eiwitrijke lymfevocht immers onderbroken. Eiwitten worden bijgevolg niet meer afgevoerd, trekken wondvocht aan en dat vocht stapelt zich op in de weefsels.

Bij de schildwachtklierbiopsie is de kans dat dit risico zich voordoet, minimaal. Bij een okselklieruitruiming is het risico tussen de 25 en 35%, en sterk afhankelijk van de leeftijd, het gewicht en het feit of de oksel al dan niet bestraald werd. Soms is het nodig om enkele preventieve maatregelen te nemen. Meer informatie hierover vindt u in de brochure 'lymfoedeem'.





VERBLIJF IN HET ZIEKENHUIS

Voorafgaande onderzoeken

Voor de opname

Sommige onderzoeken vinden plaats nog vóór de opname in het ziekenhuis:

- bloedname
- radiografie van de longen
- echografie van de lever
- botscan

Indien nodig, worden bijkomend een CT-scan, NMR-scan, PET-scan, electrocardiogram of bijkomend hart- of longonderzoek uitgevoerd.

Vooraleer u in het ziekenhuis opgenomen wordt, kunt u ook, indien u of uw arts dat nodig vindt, een afspraak maken bij de anesthesist. Die verschaft u meer uitleg over de wijze van verdoving (narcose) tijdens de ingreep. Indien u de avond voor de ingreep bent opgenomen, komt de anesthesist bij u op de kamer langs.

U moet voor de ingreep ook langsgaan bij uw huisarts om het preoperatieve dossier verder in te vullen.

Bij de opname

Als de tumor die de arts moet verwijderen niet direct voelbaar is, voert men een reperage uit waarbij de tumor exact gelokaliseerd en aangeduid wordt (zie 2.2). De reperage vindt plaats op de dag vóór de ingreep. U wordt in de namiddag opgenomen en blijft dan in het ziekenhuis.

Wordt bij u de schildwachtklier weggenomen (zie 2.3), dan moet u voor de exacte markering van deze klier de ochtend van de ingreep langsgaan op de dienst nucleaire geneeskunde.



3.2

Veelgestelde vragen

Hoe kan ik me op de opname voorbereiden?

Om infectie door kleine wondjes te voorkomen, vragen we de oksel niet te scheren. Dit wordt in het ziekenhuis gedaan door de verpleegkundige, net voor de ingreep. Het gebruik van ontharingscrème thuis mag wel. Het is wel aangewezen een bad of douche te nemen. Make-up, nagellak en ook de ringen aan beide handen moeten worden verwijderd. Het is belangrijk dat u uw toiletgerief en persoonlijke medicatie meebrengt naar het ziekenhuis.

Moet ik de inname van bloedverdunners stopzetten?

Als u een bloedverdunner inneemt, moet u dat steeds melden aan uw arts. Afhankelijk van het type bloedverdunner, zal u de inname ervan moeten stopzetten.



Kan ik nog medicatie innemen?

Indien u dit wenst, kunt u in overleg met uw arts of verpleegkundige een slaapmiddel innemen. De anesthesist bepaalt welke van uw eigen medicatie u moet innemen de ochtend van de ingreep. Het kan zijn dat u een uur voor de ingreep premedicatie krijgt. U wordt hier rustiger en soms wat slaperig van.

Mag ik nog eten voor de ingreep?

U blijft vanaf middernacht nuchter, dat wil zeggen dat u niet mag eten en/of drinken. Tijdens de ingreep krijgt u een infuus met het nodige vocht en medicatie.

Vanaf wanneer kan ik weer eten of drinken na de ingreep?

Als u goed wakker en niet misselijk bent en geen sliklast hebt, kunt u enkele uren na de ingreep al iets drinken. Eventueel kunt u 's avonds een lichte maaltijd eten. Over het algemeen krijgt u pas de volgende ochtend een ontbijt, dit om misselijkheid en braken te voorkomen.

Zal ik pijn hebben?

Het is niet uitgesloten dat u pijn ervaart. In de ontwaakruimte zal men regelmatig een pijnvaluatie doen aan de hand van een pijnscore. U krijgt systematisch een pijnstiller toegediend (via het infuus). Indien nodig kunt u pijnstilling bijvragen.

Mag ik na de ingreep uit bed ?

De dag van de ingreep blijft u best in bed. Toiletbezoek is eventueel toegestaan maar enkel onder begeleiding van een verpleegkundige. De ochtend na de ingreep mag u rondwandelen indien u hiertoe in staat bent. Meestal wordt eerst het infuus verwijderd.

Welk verband is er aanwezig op mijn borst ?

Na een borstamputatie is een drukkend verband aanwezig dat enkele weken ter plaatse blijft. Door deze band is er minder risico op vochtophoping.

Bij een borstsparende ingreep is een pleister ter hoogte van borst en oksel aanwezig en vaak ook een drukkend verband.



Wanneer de okselklieren werden verwijderd, zijn er één of twee drains aanwezig. Deze dienen om het overtollige lymfevocht en oud bloed te verwijderen. Als er minder dan 30 à 40 ml per dag uitkomt, mag de drain verwijderd worden. Dit gebeurt meestal op de raadpleging. De drains worden thuis verzorgd door de thuisverpleging.

Verbandwissel na borstamputatie

Eén of twee dagen na de ingreep zal de verpleegkundige en/of chirurg de wonde inspecteren. U hoeft op dat moment de wonde nog niet zelf te zien indien u dat niet wenst. Gun uzelf hierbij vooral tijd en geduld en kijk er pas naar wanneer u uzelf hiertoe in staat voelt. Het is echter wel aan te raden de confrontatie niet uit te stellen tot thuis. De verpleegkundige en de borstverpleegkundige begeleiden u hierbij. Ook uw partner kan heel wat steun voor u betekenen. Aarzel zeker niet om samen naar de wonde te kijken en uw gevoelens hier- rond te delen.

Mag ik mijn arm bewegen na de ingreep ?

U mag uw arm voorzichtig gebruiken, maar u vermijdt best hevige beweging en kracht. Om de arm beweeglijk te houden, zal de kinesitherapeut samen met u vrij snel na de ingreep aangepaste oefeningen doen. Deze oefeningen moet u thuis verderzetten.

Hoelang moet ik in het ziekenhuis blijven ?

Bij een borstsparende ingreep mag u één of twee dagen na de ingreep al naar huis.

Bij een borstamputatie blijven de meeste patiënten een vijftal dagen in het ziekenhuis.

Moet ik nog thuisverpleging krijgen ?

Na een borstamputatie en/of okselklieruitruiming komt de thuisverpleegkundige de wonden en drain(s) verzorgen. Soms moeten thuis ook nog spuitjes tegen flebitis (Fraxiparine® of Clexane®) gegeven worden, en dit gedurende een drietal weken. U krijgt instructies mee voor de thuisverpleging alsook een voorschrift voor apotheek en thuiszorg. De hoeveelheid vocht die uit de drain komt, kan dagelijks worden genoteerd.

Hoe kan ik mij wassen na de ingreep ?

Een douche nemen is toegestaan van zodra dit mogelijk is. Dit kan reeds de dag na de ingreep onder begeleiding van een verpleegkundige. Het nemen van een bad wordt best uitgesteld totdat de wonden volledig geheeld zijn.

Is mijn ziekte erfelijk ?

Borstkanker kan soms familiaal voorkomen. Indien u vragen hebt over de erfelijkheid, neemt u best contact op met uw behandelende arts. Indien nodig, kan men voor u een afspraak vastleggen bij prof. dr. Legius, een specialist in erfelijke aandoeningen (medisch geneticus).

Wanneer ga ik langs bij de huisarts ?

Voor de ingreep moet u langsgaan bij uw huisarts om het preoperatieve dossier verder in te vullen. Na de ingreep kunt u bij uw huisarts terecht voor wondcontrole of eventueel het verwijderen van de hechtingen. Wij zullen ervoor zorgen dat uw huisarts steeds goed op de hoogte is van uw zorgtraject in het ziekenhuis.



4

NABEHANDELING

De nabehandeling na een borstoperatie is van groot belang. Talrijke studies hebben immers een positief effect aangetoond op de overlevingskans of definitieve genezing.

4.1

Verschillende soorten nabehandeling

De nabehandeling bestaat uit een combinatie van verschillende methoden, afhankelijk van de aard, locatie en uitgebreidheid van de tumor, de algemene conditie en de leeftijd van de patiënt.

Er zijn twee vormen van nabehandeling: lokale en algemene nabehandeling.

- De lokale behandeling bestaat uit radiotherapie (bestraling). Deze is bedoeld om eventuele achtergebleven kankercellen in de borst of in het amputatielitteken te bestrijden. Zo wordt de kans op lokaal herval (recidief) geminimaliseerd en verbeteren de overlevingskansen.
- De algemene nabehandeling bestaat uit chemotherapie of hormonale therapie. Deze is gericht op de bestrijding van kankercellen die op het ogenblik van de diagnose langs de bloed- of lymfevaten uit het gezwel zouden kunnen zijn ontsnapt. Op dat moment zijn de cellen nog niet zichtbaar en kunnen ze dus nog niet worden opgespoord. Zichtbare uitzaaiingen daarentegen werden reeds uitgesloten aan de hand van de onderzoeken die voor de operatie al werden uitgevoerd.

4.1.1

Lokale nabehandeling: radiotherapie

Radiotherapie is een behandeling met ioniserende stralen om kankercellen te vernietigen. Bij radiotherapie wordt radioactieve energie in de vorm van een stralenbundel (te vergelijken met een lichtbundel) precies op de plaats van het gezwel of op de plaats waar het gezwel zich bevond, gericht. De stralen veroorzaken een beschadiging van het DNA of het erfelijk materiaal van de cel waardoor de cel zich niet meer kan delen. De bestraling kan van buitenaf komen (uitwendige bestraling) of van radioactief materiaal dat in de tumor werd ingebracht (inwendige bestraling).



Bij borstkanker wordt meestal uitwendig bestraald. Het gebied dat men bestraalt, verschilt per patiënt. Ook de duur van de behandeling, de intensiteit en het bestralingsschema (het aantal bestralingen) kunnen variëren. De bestraling op zich is pijnloos. In de loop van de behandeling kan de huid rood worden waardoor ze gevoeliger wordt, te vergelijken met zonnebrand.

4.1.2 Algemene nabehandeling

De algemene nabehandeling is noodzakelijk om uitzaaiingen naar andere delen van het lichaam te voorkomen. Of deze behandeling nodig is, hangt af van een aantal risicofactoren: de grootte van de tumor, de differentiatiegraad (agressiviteit van de tumor of de mate waarin de tumor nog op normaal borstklierweefsel lijkt), het aantal aangetaste okselklieren, de hormonale gevoeligheid van de tumorcellen en de leeftijd van de patiënt. Dit betekent dat meestal pas na de operatie met zekerheid gezegd kan worden welke algemene nabehandeling u best ondergaat. De verschillende specialisten in het multidisciplinaire overleg beslissen welke nabehandeling u zal krijgen en zullen dit een week tot tien dagen na de operatie met u bespreken.

a) Chemotherapie

De naam chemotherapie verwijst naar de kuur met geneesmiddelen die kankercellen vernietigen of de groei ervan afremmen. Over het algemeen worden deze medicijnen via een infuus gegeven. Meestal krijgt u daarvoor onder plaatselijke verdoving een poortkatheter. Dit is een onderhuidse katheter die een hele tijd kan blijven zitten en waarlangs de medicatie wordt toegediend. Een poortkatheter plaatst men onder plaatselijke verdoving in de operatiezaal.

Chemotherapie na een operatie is bedoeld om het risico te verkleinen dat de kanker terugkomt (dit noemt men adjuvante chemotherapie). Chemotherapie kan echter ook voor een operatie gegeven worden om het gezwel te verkleinen (dit wordt neoadjuvante chemotherapie genoemd).

Behalve de kankercellen tast chemotherapie ook andere gezonde, snel delende cellen aan (haarcellen en cellen van het maagdarmslijmvlies). Daardoor kunnen er tijdelijk bijwerkingen optreden: haarverlies, vermoeidheid, misselijkheid en braken, verminderde eetlust, ontstoken mond en verhoogde kans op infecties. Ze verschillen van persoon tot persoon en hangen onder andere af van de medicijnen, de hoeveelheid ervan en de behandelingsduur. Na de behandeling verdwijnen de meeste bijwerkingen.



Bepaalde neveneffecten kunnen echter langer aanslepen, zoals vermoeidheid, verminderde weerstand, smaakverandering, doof gevoel in de vingers en concentratiestoornissen.

Bij vrouwen die nog niet in de menopauze zijn, wordt de menstruatie tijdens de behandeling soms onregelmatig of blijft ze achterwege. Dat betekent echter niet dat er helemaal geen kans is op zwangerschap. Gebruik daarom best anticonceptiemiddelen, maar geen hormonale contraconceptie. Bij vrouwen boven de 45 blijft de menstruatie vaak definitief achterwege, ook na het einde van de chemotherapie.

b) Hormonale therapie

De belangrijkste vrouwelijke hormonen zijn oestrogeen en progesteron. De meeste borstkankers (70%) hebben deze hormonen nodig om te groeien en zijn dus hormonaal gevoelig. Op de kankercellen bevinden zich immers eiwitten, de zogenaamde receptoren, waaraan de oestrogenen zich kunnen vasthechten.

Tamoxifen® is een product dat sterk lijkt op oestrogeen en dat zich eveneens aan deze receptoren bindt. In tegenstelling tot oestrogeen, oefent Tamoxifen® echter geen groeibevorderende werking uit op kankercellen. Integendeel, het product blokkeert de groei. Daarnaast zijn er ook nog andere producten (aromatase inhibitoren) die de aanmaak van oestrogenen in het lichaam verminderen.

Tijdens de hormonale therapie worden deze producten (antihormonale medicatie) aan patiënten met borstkanker gegeven. Ze blokkeren immers de werking van de natuurlijke hormonen en houden zo de groei van de kankercellen tegen.

Indien de kankercellen geen progesteron of oestrogeenreceptoren hebben en dus niet hormonaal gevoelig zijn, heeft deze behandeling weinig zin en wordt ze niet toegepast.



PSYCHOSOCIALE ONDERSTEUNING

5

Borstkanker: een ingrijpend proces

5.1

Iedereen is het erover eens dat kanker meer is dan een lichamelijke aangelegenheid. U wordt tot in het diepste van uw wezen geraakt. Er zijn gevolgen voor partner, gezin en familie.

Het verwerken van dit ziekteproces van diagnose tot behandeling en de tijd erna, is voor iedereen anders. Toch zijn er een heleboel reacties, te nemen hindernissen of problemen die voor velen erg herkenbaar zijn.

De diagnose

5.2

De diagnose is een moeilijke, angstige en onzekere periode voor elke patiënt. Zelfs als de diagnose niet geheel onverwacht komt, blijft het een stresserende en ingrijpende gebeurtenis. De onzekerheid over wat er nu juist aan de hand is, hoe erg het is en wat er mogelijk aan gedaan kan worden, is soms lastiger te dragen dan de behandeling.

Eerste reacties

5.3

‘Waarom ik en waarom nu?’ is een vraag die bij velen opkomt. Ieder voor zich tracht hierop een antwoord te geven. Sommigen menen dat het aan hun gedrag in het verleden ligt, of in moeilijke gebeurtenissen die voorafgingen aan de diagnose. Dit zijn normale vragen die bij het verwerkingsproces horen. Wetenschappelijk onderzoek heeft echter nog steeds niet vastgesteld welke factoren borstkanker kunnen voorkomen of hoe de kanker ontstaat.

Voor het eerst horen dat er kanker werd ontdekt, is meestal niet iets waarop iemand voorbereid is. Gevoelens van shock en ongeloof komen vaak voor. Veel mensen zijn emotioneel en mentaal verlamd door het nieuws. Te maken krijgen met een levensbedreigende ziekte brengt allerlei gevoelens met zich mee: teleurstelling in het eigen lichaam, vooruitzichten op een agressieve en lange behandeling, angst voor pijn, angst om een last te zijn voor anderen, onzekerheid over genezingskansen,...

Het komt voor dat er niet alleen ongeloof is, maar ook ontkenning: ‘Het is niet waar/Het kan niet waar zijn’.



Ook dit is een normale reactie in het begin. Moeilijke boodschappen worden maar met mondjesmaat verwerkt. Pas als deze reactie lang aanhoudt en er geen andere reacties optreden, moet men zich zorgen maken.

5.4 Waar is praten goed voor?

Wat het ook is dat u zorgen baart, het is belangrijk om erover te praten, om het uit te spreken. Praten over gevoelens kan een grote troost bieden. Spreken over wat u belast en bang maakt, helpt om het beetje bij beetje in perspectief te plaatsen.

Uzelf niet toestaan om uw gevoelens aan anderen te tonen, betekent dat u er alleen voor staat. Veel mensen gaan ervan uit dat ze anderen niet kunnen belasten met zorgen en angsten die de ziekte met zich meebrengt. Zonder steun of toeverlaat kan echter niemand in deze periode. Als u praat over wat u meemaakt, zult u merken dat u niet alleen bent, dat er iemand is die luistert, die niet wegloopt en u kan geruststellen dat het helemaal niet raar is om angstig en ongerust te zijn. Uw angst blijft hierdoor binnen proporties.



Ook de mensen in uw omgeving vinden vaak moeizaam de houding waarmee ze u daadwerkelijk kunnen steunen. Ook zij hebben te kampen met angsten die ze vaak niet met u durven delen. Elkaar deze gevoelens tonen, kan beter zijn dan ze voor elkaar te verbergen. Het is hierbij goed mogelijk dat u zelf moet aangeven waarmee familieleden u het best kunnen helpen. Als u nood hebt aan een babbel of als u liever eens met rust gelaten wordt, zeg het dan ook duidelijk. Alleen dan is er een goede communicatie mogelijk en worden misverstanden voorkomen.

De operatie

Een operatie is nodig om de borsttumor te verwijderen. Door de operatie krijgt u de kans en tegelijk de opdracht om verder te leven met uw veranderd lichaam. Een stukje van uw lichaam opofferen is daarom niet makkelijk. Het betekent verlies en verlies gaat gepaard met rouw. Sommigen voelen zich in hun vrouw zijn aangetast of verliezen (tijdelijk) het gevoel seksueel aantrekkelijk te zijn.

Om dit verlies te verwerken, is het belangrijk om te rouwen. Dit betekent dat u het verdriet, de boosheid en de pijn durft/kunt toelaten. Het toelaten van deze moeilijke gevoelens in combinatie met het verleggen van de aandacht naar het leven dat verder gaat, maakt dat u op termijn het verlies een plaats kunt geven.

Een borstoperatie en zeker een amputatie hebben een weerslag op uw lichaam, op hoe u het ervaart, en dat maakt dat u anders naar uw lichaam kijkt. Dat kan uw eigenwaarde en uw zelfvertrouwen ondermijnen. U moet uw lichaam opnieuw leren aanvaarden en waarderen. Het helpt om naar het litteken te durven kijken, alleen of met uw partner. Vanaf de eerste dag na de operatie wordt u hierin aangemoedigd. Een borstprothese helpt u om de buitenwereld opnieuw tegemoet te treden.

Het is heel belangrijk om contact te blijven houden met de buitenwereld. Dit betekent in eerste instantie dat u uw familie en vrienden niet helemaal buitensluit. Dat er een lijn blijft met het gewone leven en alles wat daarbij hoort. Als u bezorgd bent over hoe de boel moet blijven draaien, in het huishouden en in uw werklevens, is het goed om u daarin (tijdelijk) te laten steunen. De borstverpleegkundige kan u daar mee op weg zetten.

5.6

Tijdens de behandeling

Tijdens de behandeling hebt u het gevoel dat er iets aan de bestrijding van de ziekte gedaan wordt. Ondanks de ongemakken van chemo- en radiotherapie, kunt u deze periode als erg zinvol ervaren. Er wordt gehandeld, er wordt opgetreden, u kunt wat doen, u kunt vechten.

Het is een periode met ups en downs, maar in zekere zin een actieve periode. Een tijd waarin u leeft volgens het schema van het ziekenhuis, waarin u ondersteund wordt door de mensen in het ziekenhuis en uw naaste omgeving. Allerlei gevoelens passeren de revue: opzien tegen een nieuwe afspraak, hoopvol zijn, uw motivatie kwijtraken, uitgeteld zijn, maar evengoed valt het allemaal wel mee en denkt u: 'Was het dat maar'. Aftellen hoort er sowieso bij.

Emotionele reacties tijdens de periode van behandeling houden meestal verband met verschillende soorten verlies: verlies van gezondheid en welbevinden, van onafhankelijkheid, van uw normale rollen binnen uw gezin en werksituatie, soms zelfs van vriendschappen, werk of inkomen.

Al deze soorten verlies zijn belangrijk om te erkennen en de pijn ervan toe te laten om zich daarna te richten op het veranderde leven en er opnieuw een soort evenwicht in te vinden.

5.7

Na de behandeling

De behandeling die erop gericht is de ziekte te overwinnen, is nu voorbij. U bent opgelucht en blij en uw omgeving heeft met u lang naar deze tijd uitgekeken. Toch kan het zijn dat uw emotionele herstel nog moet beginnen. De periode dat u vaak in het ziekenhuis kwam, kan u een gevoel van zekerheid of veiligheid gegeven hebben. Misschien voelt u zich soms aan uw lot overgelaten of doet het verminderen van de controles uw angst weer opleven dat er ongezien wat in uw lichaam groeit. Het kan jaren duren voor u echt durft te geloven in genezing. De schrik dat de ziekte in alle stilte verder uitzaait, wordt mettertijd milder maar laait op sommige momenten in alle heftigheid weer op, bijvoorbeeld bij controleonderzoeken, het opmerken van lichamelijke ongemakken of symptomen die al dan niet met de ziekte verband houden. Ook de confrontatie met of herinneringen aan de ziekte of de behandeling kunnen sterke reacties uitlokken.

Vragen als 'Zal de behandeling helpen of hoelang zal de behandeling helpen? Is alles nu weg?', kunnen de kop opsteken. Soms werkt angst (voor

herval) verlamdend of laat hij zich niet op de achtergrond dringen waardoor u niet meer geniet of geen beslissingen meer durft te nemen. Met angst omgaan kan een grote opdracht zijn, want het betekent leren leven met onzekerheid. Uzelf ontspannen, genieten van wat u prettig vindt en uw leven weer in handen nemen, zijn manieren om angst te laten wegebben.

Als de onzekerheid over uw lichaam te groot is, aarzel dan niet om uw medische controle te vervroegen. Zo zorgt u ervoor dat uw angst niet ontspooit en dat u realistisch blijft.

Het vertrouwen in de toekomst moet natuurlijk groeien, evenals de durf om opnieuw plannen te maken op lange termijn.

Kinderen

5.8

‘Wat vertellen we aan de kinderen?’ is voor ouders steeds een moeilijke vraag.

Kinderen, hoe klein ze ook zijn, merken het als er met hun ouders iets aan de hand is. Ze voelen de veranderingen aan en reageren hierop volgens karakter en leeftijd. Hoe kleiner ze zijn, hoe meer hun gedrag vertelt dat ze om aandacht vragen. Nachtmerries of buikpijn zijn hiervan een goed voorbeeld. Maar ook tieners kunnen in de knoop raken en het gevoel hebben dat het gezin beslag op hen legt, net nu ze hun vleugels beginnen uitslaan.

Het is altijd goed om een kind zoveel mogelijk de waarheid te vertellen. Zoveel als het aankan. Niets vertellen geeft het risico dat het kind zijn eigen invulling geeft aan het gebeuren en dat de fantasieën erger worden dan de werkelijkheid. Soms denkt een kind dat het zijn schuld is dat zijn moeder dit overkomt.

Het is belangrijk om de informatie aan kinderen stap voor stap te geven, op hun maat, en de vragen die ze stellen rustig te beantwoorden. Soms is het nodig om de uitleg die u geeft telkens opnieuw te doen, moeilijke zaken hebben tijd nodig om door te dringen.

Net als voor volwassenen is het goed dat kinderen hun gevoelens kunnen uiten. Het helpt hen als ouders of andere belangrijke volwassenen mee naar woorden zoeken voor wat ze voelen.



Uw emoties en die van uw partner of gezinsleden lopen niet altijd gelijk. De verschillen maken het soms moeilijk om erover te praten of elkaar te steunen. Zich realiseren dat de ander iets anders kan voelen op elk moment, helpt om elkaar te begrijpen. Het gebeurt dat gevoelens van partners in zo'n moeilijke periode over het hoofd worden gezien. Ze krijgen een aantal extra taken die anders door twee personen gedragen worden. Zo komen ze soms nauwelijks aan hun eigen emoties toe en zijn ze vaak alleen met de schrik dat ze diegene die hun dierbaar is, zullen verliezen.

Soms tracht men elkaar te sparen en maakt dit het praten moeilijk, hoewel gevoelens delen een grote opluchting kan zijn. Sommige mannen praten liever niet maar drukken zich uit in 'dingen doen'. Het is hun manier om betrokken te zijn. Omdat partners in deze periode zwaar belast worden en vaak minder emotionele steun krijgen, is het goed voor hen om naast de zieke partner nog andere steunpunten te hebben of te zoeken.

Door de operatie voelen sommige vrouwen zich aangetast in hun vrouw zijn, of voelen ze zich (tijdelijk) niet meer seksueel aantrekkelijk. Niet alleen het litteken staat het vrijen in de weg, maar ook de angst voor de toekomst en/of eventuele fysieke pijn. Het duurt soms een hele tijd vooraleer vrouwen kunnen accepteren dat hun partner echt met hen wil vrijen. In dit proces is het belangrijk dat u leert beseffen dat uw persoonlijkheid en wie u bent, niet afhankelijk is van het hebben van twee gawe borsten. Weet bovendien, als u het moeilijk hebt, dat er nog tal van andere mogelijkheden zijn om uiting te geven aan (seksuele) gevoelens, zoals strelen, knuffelen, intimiteit beleven, etc.



Psychosociale zorg in de borstkliniek

Tijdens de eerste gesprekken voorafgaand aan de diagnose, wordt u opgevangen door de artsen en de verpleegkundigen van de betrokken afdeling. Zij blijven uiteraard het aanspreekpunt bij problemen, voor informatie en ondersteuning.

a) Borstverpleegkundige

De borstverpleegkundige is een verpleegkundige met een speciale opleiding voor dit traject. Ze is er om u praktisch te ondersteunen en u emotioneel op weg te helpen om deze stressvolle periode zo optimaal mogelijk door te komen.

Wanneer de diagnose is gesteld en het verdere behandelingsschema aan u wordt voorgelegd, zal de borstverpleegkundige steeds aanwezig zijn. Zij is daar voor de eerste emotionele en praktische ondersteuning. Ze helpt de eerste heftige emoties bespreekbaar te maken en te uiten. Ze kijkt mee wat er aan ondersteuning in uw eigen omgeving beschikbaar is, helpt de veelheid aan informatie over de ziekte en behandeling te verduidelijken en ze verwijst door indien nodig.

Tijdens de hospitalisatie komt de borstverpleegkundige bij u langs met praktische informatie, om het ontslag en de thuiszorg te regelen. Tijdens de verdere behandeling (chemo-, radiotherapie) zal ze met u contact houden. Indien nodig, komt ze meerdere malen langs.

b) Psychologe

Om tal van redenen kan het zijn dat iemand (tijdelijk) meer ondersteuning nodig heeft. Dan zal de borstverpleegkundige contact opnemen met de psychologe van het team. De psychologe kan steun bieden in de verwerking van het rouwproces dat met de ziekte gepaard gaat. Ze kan u helpen om nieuwe invalshoeken te ontdekken of nieuwe vaardigheden te leren om met de gevolgen van de behandeling te leven.

Kanker krijgen zet uw leven op zijn kop. Ineens vindt u andere zaken belangrijker dan vroeger. Het kan een hele zoektocht zijn om de ziekte in uw dagelijkse leven een plaats te geven en opnieuw gelukkig te worden. De psychologe begeleidt u daarbij en helpt u op weg.



Doorheen het traject kunnen ook bij uw partner of kinderen vragen opduiken of hebben u en uw gezin misschien hulp nodig om gevoelens ten opzichte van elkaar te uiten. Ook alle leden van het gezin zijn welkom bij de psychologe.

Colofon:

V.U. Hans Ramaekers, algemeen directeur AZ Turnhout vzw

Michel Detailleur, algemeen directeur AZ St.-Elisabeth Herentals vzw

Ontwerp: ADworks bvba

Fotografie: Heidi Rombouts en Siemens

A Z St. - Elisabeth



AZ St.-Elisabeth Herentals vzw

Nederrij 133

2200 Herentals

Tel.: 014 24 61 11

Fax: 014 24 61 26



az turnhout

Campus Sint-Elisabeth

Rubensstraat 166

2300 Turnhout

Tel.: 014 40 60 11

Fax: 014 40 68 71

Campus Sint-Jozef

Steenweg op Merksplas 44

2300 Turnhout

Tel.: 014 44 41 11

Fax: 014 44 41 09

AZ Turnhout vzw

Maatschappelijke zetel: Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout