

Sessie: Preventieve operaties

Themamiddag Wil ik het weten? En dan?
28 september 2013

Met elkaar. Voor elkaar.

Sessie: Preventieve operaties (plenair)

Door: prof. dr. Marian Mourits (hoogleraar gynaecologische oncologie in het UMCG te Groningen en hoofd van de polikliniek voor familiale gynaecologische kanker) en drs. Hein ter Linden (plastisch chirurg in het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist)

Datum & tijd: 28 september 2013, 16.10-17.00

Prof. Dr. Marian Mourits

Dr. Marian Mourits is hoogleraar gynaecologische oncologie in het UMCG te Groningen en hoofd van de polikliniek voor familiale gynaecologische kanker. Zij vertelt deze middag over preventieve eierstokverwijdering.

Indicatie preventieve eierstokkanker

De indicatie voor preventieve eierstokverwijdering bestaat in principe bij BRCA gendragers op het moment dat zij hun kinderwens afgesloten hebben en de adviesleeftijd bereikt hebben. Bij draagsters van een mutatie in het BRCA 1 gen wordt geadviseerd vanaf de leeftijd van 35 jaar de eierstokken en eileiders te laten verwijderen, voor draagsters van een mutatie in het BRCA 2 gen wordt dit vanaf de leeftijd van 40-45 jaar geadviseerd. Als in de familie vaker eierstokkanker (2 of meer 1^e/2^e graads familieleden) of borst- en eierstokkanker voorkomt zonder dat er een aantoonbare mutatie is, kan ook een indicatie bestaan tot preventieve eierstokverwijdering. De indicatie hiervoor wordt gesteld door een multidisciplinair team. Dit is wel een lastige keuze voor vrouwen, omdat zonder mutatie in de familie, de kans ook 50% is dat je het voor niets doet.

Leeftijd

Hiervoor werden de grafieken getoond met de cumulatieve incidentie van de kans op eierstokkanker, gebaseerd op de cijfers van vrouwen in het UMCG te Groningen. Hierin werd zichtbaar dat bij dragerschap van het BRCA 2 gen de kans op het krijgen van eierstokkanker vóór de leeftijd van 40 jaar heel klein is, maar dat vanaf die tijd de kans toe gaat nemen (tot ongeveer 20 procent > 70 jaar). Na het 50^e levensjaar stijgt het risico sneller. .

Voor BRCA 1 mutatiedraagsters geldt dat de kans op eierstokkanker op jonge leeftijd klein is, maar dat vanaf 36-37 jaar de kans toeneemt tot 45-60 procent > 70 jaar.

De kans op overlijden in geval van eierstokkanker is ruim 80%. Daarom bestaat het advies preventief de eierstokken te laten verwijderen en de ziekte niet af te wachten. De gemiddelde leeftijd waarop dit in het UMCG wordt gedaan is 41 jaar. Dit is een relatief jonge leeftijd in vergelijking met andere ziekenhuizen.. Dit komt omdat in het UMCG zeer directief gecounseld wordt, dwz het advies gegeven wordt dat je er op tijd bij moet zijn. Het verwijderen van de eierstokken/eileiders heeft echter ook veel nadelen. Het is belangrijk deze nadelen zo veel mogelijk te benoemen en waar mogelijk te beperken. Nazorg na een preventieve operatie kan helpen om beter met de bijwerkingen en klachten om te gaan. Door het verwijderen van de eierstokken vóór de

overgang wordt ook de kans op borstkanker verlaagd, en wel met 30-50%, dus bijna gehalveerd.

Natuurlijk blijft het altijd de keuze van de vrouw en wordt door de arts alleen advies en informatie gegeven.

Therapeutische eierstokverwijdering

Het preventief verwijderen van de eierstokken wordt soms ook gedaan als onderdeel van behandeling van borstkanker. Dit is met name het geval bij hormoongevoelige borstkanker. Door de verwijdering van de eierstokken wordt de hormoonproductie gestopt. Daarom wordt het advies tot therapeutische eierstokverwijdering gegeven bij vrouwen met een hormoongevoelige borstkanker. Deze vrouwen mogen dan ook geen hormonale vervangers gebruiken.

Procedure

Preventieve eierstokverwijdering vindt plaats in dagbehandeling onder narcose. In principe is het een kijkoperatie (laparoscopie). Via een kijkbuis kun je met een camera in de buik kijken. Dan wordt de buik opgeblazen met CO₂ (koolzuurgas). Hierdoor heeft de arts goed zicht. Vervolgens worden de eierstokken en de eileiders weggehaald. Het is belangrijk dat de eileiders ook mee gaan, omdat men denkt dat eierstokkanker in een groot percentage van de gevallen in de eileider ontstaat.

Het weefsel dat verwijderd wordt, wordt altijd naar de patholoog gestuurd. Deze bekijkt dunne plakjes weefsel onder de microscoop. Het is belangrijk dat de patholoog zowel de eileiders als de eierstokken goed bekijkt (volgens een bepaald protocol) Gekeken wordt of er sprake is van occulte kanker. Dit is een nog niet met het blote oog zichtbare kanker. In 2-12% van de gevallen wordt een occulte kanker gevonden in preventief verwijderd weefsel. Belangrijk is dat dit niet door de patholoog gemist wordt, omdat het dan eigenlijk geen preventieve operatie was en mogelijk aanvullende behandelingen nodig zijn. Na de operatie duurt het herstel 1-2 weken. De operatie is een veilige operatie. Wel moet uiteindelijk bij 1-2% van de vrouwen een buikoperatie plaatsvinden in plaats van een kijkoperatie. Dit komt met name voor bij vrouwen die al eerder een operatie gehad hebben.

In het UMCG wordt bij slechts 1-1,5% occulte kanker gevonden. Dit percentage is zo laag, omdat op een relatief jonge leeftijd geopereerd wordt. Korte tijd voor de operatie wordt ook met een echo en door middel van bloedonderzoek gekeken of er niet toch al kanker aanwezig is. In dat geval wordt een ander type operatie uitgevoerd. Occulte kanker ten tijde van de preventieve operatie wordt over het algemeen alleen gevonden bij vrouwen met een BRCA 1 mutatie, die ouder zijn dan 40 jaar.

Klachten op korte termijn

Na een preventieve eierstokverwijdering kom je direct in de overgang. Je krijgt een laatste onttrekkingsbloeding na een paar dagen (hetzelfde als na het stoppen met de pil). Daarna zijn er geen hormonen meer in je lichaam

aanwezig die het slijmvlies in de baarmoeder kunnen stimuleren om opnieuw op te bouwen. Er vindt daarna dus ook geen bloeding meer plaats. Verder kunnen er opvliegers ontstaan doordat er geen hormonen meer zijn. Dit kan al na 3 dagen optreden. Opvliegers kunnen je warm en zweterig maken en slaapstoornissen geven omdat je er wakker van kunt worden. Ook kunnen gewrichtsklachten ontstaan en verminderde seksuele belangstelling.

De verscheidenheid aan klachten worden veroorzaakt doordat er op verschillende organen receptoren (ontvangers) zitten voor de boodschapper, het oestrogeen (hormoon). Deze organen merken daardoor dat er geen 'boodschapper' meer is. Deze receptoren zitten onder andere in de hersenen (temperatuur centrum, je zin in vrijen), in het borstklierweefsel (je borsten worden slapper), in je baarmoeder (geen bloedingen meer) en in je gewrichten (je krijgt stijvere gewrichten bij langer zitten).

Op seksueel gebied kunnen na de (acute) overgang verschillende klachten ontstaan. Seksueel functioneren kent verschillende domeinen: verlangen, opwinding, lubricatie (het vochtig worden), orgasme, satisfactie (tevreden zijn) en pijn/ongemak. Na een preventieve eierstokverwijdering op premenopauzale leeftijd, gaan vaak het verlangen, de lubricatie en satisfactie omlaag en neemt de pijn/ongemak toe.

Hormoonvervangers

Aan de bovenstaande ongemakken kan wat gedaan worden. Eén op de drie vrouwen heeft al borstkanker gehad, twee op de drie vrouwen niet. Die twee op de drie vrouwen die nog geen borstkanker hebben gehad, kunnen hormoonvervangers krijgen om het verlies aan hormoonproductie tijdelijk op te vangen.

De vraag is dan hoe het zit met de hormonen en de extra kans op borstkanker. Doordat je eigen hormonen weggehaald worden en je slechts een beetje bijgeeft, zorg je dat je uiteindelijk zelfs iets minder hormonen overhoudt dan je in eerste instantie had. De kans op borstkanker neemt dus af door het verwijderen van de eierstokken, maar neemt weer iets toe door het geven van hormoonvervangers. Wel blijft de totale kans iets lager dan de kans voor de preventieve eierstokverwijdering. De keuze voor wel of geen hormoonvervangers is een persoonlijke keuze. Realiseer je daarbij dat de kwaliteit van leven ook belangrijk is. (Je kans op borstkanker was al hoog en zal nooit laag worden). Dat je met de hormoontabletten weer richting het oude hoge risico gaat is iets waar je mee om moet gaan en waar je ook maatregelen voor moet nemen (screening of preventieve borstampuatie).

Hormoonvervangers hebben een positieve invloed op de overgangsklachten. Echter je zult niet helemaal klachtenvrij worden. Daarom is het belangrijk je goed voor te laten lichten. Er is onderzoek gedaan naar de invloed die preventieve eierstokverwijdering heeft (met de daarbij behorende klachten) op de algemene kwaliteit van leven. Hieruit bleek dat het geen negatief effect heeft. De angst die weg is door het verwijderen van de eierstokken weegt kennelijk op tegen de toename van hormonale en seksuele symptomen.

Belangrijk is dat ieder individu gebalanceerde informatie krijgt om eigen keuzes hierin te kunnen maken. Ook de timing van je beslissingen is belangrijk: wat past bij jou in welke fase van je leven.

Klachten op lange termijn

Osteoporose (botontkalking) wordt met name als probleem op de lange termijn genoemd. In het UMCG is een onderzoek gedaan naar de botten van ruim 220 vrouwen die een preventieve eierstokoperatie hebben gehad < 50^e jaar. Hieruit bleek dat de invloed van preventieve eierstokverwijdering op osteoporose meevalt. Wel hadden deze vrouwen iets vaker botbreuken gehad dan vrouwen in een controlegroep. Veel botproblemen kun je waarschijnlijk voorkomen door een gezonde leefstijl. Deze houden in: bewegen, af en toe de buitenlucht in als het zonnig is, in de winter vitamine D slikken, voldoende kalk innemen (kaas, melkproducten), niet roken, niet te veel alcohol en niet teveel koffie. Daarnaast wordt wel genoemd dat na preventieve eierstokverwijdering de kans op hart- en vaatziekten vergroot zou zijn. Hier is echter nog heel weinig over bekend.

Overwegingen wel/niet gebruiken hormoonvervangers

In principe zijn hormoonvervangers veilig om te gebruiken voor vrouwen die géén borstkanker gehad hebben en die < 50 jaar zijn. Het is een vervanger van wat normaal aanwezig is, alleen wordt het nu op een andere manier gegeven. Het is effectief voor alle overgangsklachten. De bijsluiters van de hormoontabletten zijn gericht op vrouwen ouder dan 50 jaar en zijn dus niet op alle punten van toepassing op vrouwen < 50 jaar. Bijsluiters voor vrouwen van 35-50 jaar zijn er niet.

Ben je onder de 45 en heb je geen borstkanker gehad? Dan wordt geadviseerd hormoonvervangers te gebruiken. Tussen de 45 en 50 moet je zelf een afweging maken, bijvoorbeeld op basis van klachten.

Heb je borstkanker gehad, dan wordt hormoon suppletie niet geadviseerd, integendeel. Het wordt afgeraden. Bij veel klachten kun je je arts bezoeken om te zoeken naar niet-hormonale oplossingen voor je klachten.

Luister bij het advies om wel of geen hormoonvervangers te gebruiken naar de artsen, niet naar de farmaceutische industrieën (die vaak een rooskleurig beeld geven van de bijwerkingen).

Niet-hormonale alternatieven

Naast de hormoontabletten bestaan nog een aantal niet-hormonale mogelijkheden voor de klachten.

Opvliegers:

- Niet-hormonale middelen (homeopathisch. Is niet bewezen effectief, maar de suggestie dat het helpt zorgt al dat het helpt)
- Cognitieve gedragstherapie (hierover is recent een studie geweest in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis)
- Leefstijladviezen

Seksualiteit:

- Counseling (als je last hebt van niet veel zin hebben, vraag dan of je partner het initiatief vaker wil nemen. Dit kan al helpen)
- Glijmiddel
- Lokale oestriol (dit is een lichtgevoelig hormoon. Dit middel mag lokaal na borstkanker ook gedurende 6 weken gebruikt worden)

Osteoporose:

Regel van 5: niet roken, niet te veel alcohol en koffie drinken, ga sporten, vitamine D, 5 melkproducten per dag eten

Drs Hein ter Linden

Drs. Hein ter Linden is plastisch chirurg in het Diaconessenhuis Utrecht/Zeist. Tijdens de presentatie zijn verschillende methoden van borstreconstructies getoond. Hieronder volgt een korte samenvatting van wat aan de orde gekomen is tijdens de presentatie.

Via de site www.brca.nl -- congres – Themadag 2013 – Programmatoelichting is een link te vinden naar Dropbox. Vanaf hier zijn diverse bestanden te downloaden. Deze bevatten de presentatie, verschillende afbeeldingen die voorbeelden tonen van de diverse mogelijke borstreconstructies en de tekst die de uitleg bij de presentatie geeft.

Na doorverwijzing naar de plastisch chirurg zul je op de polikliniek langs komen. Daar zullen de mogelijke behandelopties besproken worden, foto's worden gemaakt en mogelijke complicaties besproken. Gedurende het jaar na de reconstructie kunnen nog eventuele overige kleine correcties plaatsvinden (bijvoorbeeld een tepel tatoeage).

Tijdens de presentatie heeft Ter Linden de verschillende mogelijkheden van de primaire reconstructie laten zien. Primaire reconstructie is een reconstructie direct aansluitend aan de operatie waarin het borstklierweefsel wordt weggehaald. De mogelijkheden zijn:

Implantaat: deze wordt direct geplaatst.

Expander: dit is een stevig ballonnetje met een vulnippel. Deze wordt tijdens de operatie plat ingebracht met soms iets vulling. In de weken na de operatie wordt wekelijks via de vulnippel de expander extra gevuld. Hoeveel per keer toegevoegd wordt, hangt af van wanneer de patiënt druk (en geen pijn!) begint te voelen. De huid/weefsel worden zo langzaam opgerekt. Zodra de gewenste grootte bereikt is, kan met een tweede korte operatie een definitief implantaat worden ingebracht.

Rugspier methode: hierbij wordt een van de rugspieren gebruikt voor de reconstructie. Vaak wordt ook een ovaalvormig huid-vet-eiland op de spier vast gelaten om deze aan de borst toe te voegen. De rugspier wordt op voor een deel dus losgemaakt zodat de spier onderhuids kan worden doorgevoerd naar de borstregio. De doorbloeding van de spier en het eiland blijft daarbij intact.

DIEP-methode: dit wordt ook wel de buik-methode genoemd. De huid-vet laag van de onderbuik kan gebruikt worden om een nieuwe borst te maken. Daarvoor worden een slagader en een ader geselecteerd en vervolgd tot in de rechte buikspier richting de lies. Bij voldoende lengte van de bloedvaten worden deze doorgenomen en kunnen deze, tezamen met de huid-vet-laag, weer worden aangesloten aan de bloedvaten naast het borstbeen. Daarna kan dan van dit weefsel een nieuwe borst worden gemaakt. Bij voldoende vetweefsel van de buik kunnen ook 'grote' borsten gemaakt worden, of zelfs twee tegelijk.

Naast de DIEP zijn er nog enkele methoden om een borstreconstructie te maken met vrij weefsel transplantatie: bijvoorbeeld van de bil of de binnenzijde van het bovenbeen.

Nadat de borstreconstructie is uitgevoerd zullen vaak later nog aanvullende ingrepen poliklinisch uitgevoerd worden. Om een paar te noemen:

Een tepel- en tepelhofreconstructie met bijvoorbeeld een zogenaamde 'fleur de lis';.Eigen weefsel van de borst wordt zo gevouwen dat er een tepel ontstaat. Deze wordt na verloop van tijd wel duidelijk kleiner. Ook kan een stukje oorlel worden gebruikt. Dit kan overigens niet bij iedereen. Of tatoeëren of een combinatie van eerder genoemde technieken is ook mogelijk.

Correctie van littekens en onvolkomenheden zijn soms ook nodig. Daarbij kan ook gebruik gemaakt worden van de zogenaamde Lipofilling (= opzuigen van vetweefsel en elders weer inspuiten).

Deze themadag is gefinancierd door Pink Ribbon.

