

Chirurgie

Goede uitleg is de helft van de verwerking

Een knobbeltje in de borst blijkt kanker.

Zo'n diagnose verandert je leven. Het zet je wereld op zijn kop. In dit wankele emotionele evenwicht moet je in staat zijn rationale beslissingen te nemen over welke behandeling je kunt en wilt ondergaan: bestraling, chemotherapie, hormoontherapie, een chirurgische ingreep; borstamputatie of borstsparend.





Borstkanker

Chirurgie

Voorwoord Ria Bremer

De deur werd bijna voor mijn neus dichtgesmeten. Het was 1975. Ik was met een cameraman op stap voor een tv programma over het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Het was iets nieuws dat vrouwen een oproep kregen om zich te laten onderzoeken, en lang niet iedereen vond het een goed idee. Deze dame duidelijk ook niet. Ze had inderdaad zo'n formulier gekregen. Twee weken geleden, zei ze, en ze had het direct verscheurd. Ze wilde niets weten... helemaal niets... Ik probeerde haar nog te zeggen dat het juist zo belangrijk is in een zo vroeg mogelijk stadium mogelijke problemen te ontdekken. Dat dan de genezingskansen veel groter waren, maar de deur sloeg hard in het slot.

Het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is inmiddels voor vrouwen van 50 tot 75 jaar landelijk ingevoerd. Tachtig procent geeft nu gehoor aan de oproep. Vroegtijdige opsporing van deze in ons land meest voorkomende vorm van kanker leidt tot aantoonbaar minder sterfte aan borstkanker: na de start van het landelijk bevolkingsonderzoek nam de sterfte af met 1,7% per jaar (The Lancet, mei 2003). Dit

soort cijfers kon ik in 1975 in die deuropening niet geven. Evenmin kon ik iets zeggen over erfelijkheid, zelfonderzoek, verschillende therapieën, borstsparende chirurgische ingrepen, lotgenotencontact, patiëntenverenigingen, folders en boeken.

Er is veel veranderd. Er zijn nieuwe behandelingen en onderzoekers over de hele wereld buigen zich nog altijd over oorzaak en de best mogelijke therapie. Als patiënt, partner, familie of belangstellende mogen we meeluisteren en meekijken. We staan niet meer aan de zijlijn. Gelukkig maar. Deze brochure is daar een voorbeeld van. De patiënt praat, denkt en beslist mee. Ze wordt begeleid door speciale teams. Kan zelf kiezen wat ze wel en niet wil, en kan kiezen op basis van uitgebreide informatie.

De onzekerheid na een diagnose borstkanker is groot. De deskundigen zullen er, ook in deze brochure, alles aan doen om die onzekerheid zoveel mogelijk weg te nemen. Het zoeken naar informatie is vaak niet te stoppen. Met alle vormen van communicatie en kennis binnen handbereik is een sturing naar zinvolle informatie van groot belang. Borstkanker en Chirurgie is daar een onderdeel van.

Inhoud

De chirurg-oncoloog aan het woord	4
Een dalend sterftecijfer	6
Goed luisteren	8
De diagnose	9
De behandeling	10
Chirurgie	12
Adjuvante therapie	15
Palliatieve therapie	19
Andere mogelijkheden	20
Nacontrole	23
Reconstructie na amputatie	26
De verpleegkundige aan het woord	28
Ervaringsdeskundigen aan het woord	31
Verklarende woordenlijst	48
Colofon	52

De chirurg-oncoloog aan het woord

4

Dr. E.J.Th. Rutgers is als chirurg-oncoloog werkzaam in het Nederlands Kankerinstituut, het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam

Bronvermelding:

Boek: *Chirurgie*, onder redactie van prof. dr. H.J. Bonjer e.a. (hoofdstuk *Knobbel in de borst*, geschreven door Dr. E.J.Th. Rutgers), Bohn Stafleu Van Loghum (2002).

diagnose

“Noem het probleem zo eenvoudig mogelijk bij de naam. Een tumor betekent niets anders dan een knobbel in de borst. Dat zegt niets over de aard daarvan. Lang niet iedere knobbel in de borst is kanker, maar verreweg de meeste vormen van borstkanker presenteren zich als een knobbel in de borst,” zegt hij aan het begin van ons gesprek. Rutgers is een man van helder taalgebruik.

Hij probeert ook zoveel mogelijk vakjargon te vermijden. “Het is ontzettend belangrijk dat de patiënte goed begrijpt wat er met haarzelf, met haar lichaam aan de hand is. Daar moet je als arts heel duidelijk in zijn.” Als de *diagnose** borstkanker eenmaal gesteld is, dan is de eerste vraag altijd: “dokter, wat kan eraan gedaan worden. Kan ik beter worden?” Het is de taak van de specialist om zo goed mogelijk in begrijpelijke taal uit te leggen welke behandelingen er nodig zijn, waarom, wat de werking van de behandeling is, wat de bijwerkingen zijn, en welke alternatieve mogelijkheden er zijn. Daarnaast moeten de behandelingen zo goed mogelijk uitgevoerd worden en op elkaar aansluiten.

Rutgers is van mening dat een diagnose in een zo kort mogelijke tijd en met het juiste onderzoek gesteld moet worden. “Je moet de patiënte niet langer belasten dan nodig is. Het is tenslotte al moeilijk genoeg als je te horen krijgt dat je borstkanker hebt.”

In aansluiting op een diagnostisch onderzoek (meestal

(*) alle cursieve woorden kunt u terugvinden in de verklarende woordenlijst op bladzijde 48-50.

bestaande uit een *mammografie*, *echografie* en *cytologische punctie* of een *histologische punctie* (*dikke naaldbiopsie*), is er direct een informatiegesprek over de behandeling van de borstkanker als deze diagnose helaas gesteld is. Rutgers: “Daar moet je geen dagen mee wachten. Ik plan altijd meteen een gesprek. En de vrouw moet ook terecht kunnen bij een mammacare-verpleegkundige, die speciaal is opgeleid om borstkankerpatiënten goed te begeleiden en te steunen.”

Rutgers vindt het een uitdaging een heldere uitleg te geven. “Een goede uitleg is al de helft van de verwerking. Je moet als patiënte weten wat er aan de hand is, welke behandelingen er mogelijk zijn en wat daar de consequenties van zijn. De chirurg-oncoloog is er de meest aangewezen persoon voor. Vaak vindt dat plaats met ondersteuning van een mammacare-verpleegkundige of een andere oncologisch specialist, zoals een radiotherapeut of een internist-oncoloog. Als het maar duidelijk en helder uitgelegd wordt, en de patiënte vertrouwen heeft in de behandelaars. Dat betekent ook dat ze haar vragen durft te stellen. Na dat eerste gesprek geef ik altijd informatie op papier mee zodat dat thuis nog eens rustig gelezen kan worden. En ik maak een afspraak voor een tweede gesprek, ongeveer een week later, waarbij ik de vrouw aanraad iemand mee te nemen. Haar partner bijvoorbeeld of een goede vriend of vriendin. En als ze vragen heeft, is het goed dat ze die op papier zet. Uit ervaring weet iedereen dat je soms vragen vergeet te stellen. Dan loopt een gesprek toch weer anders dan je gedacht had. En zit je thuis weer met die vergeten vraag. Dit is mijn manier. Een andere chirurg of radiotherapeut pakt het misschien anders aan. Dat geeft niet, als de vrouw maar duidelijk weet waar ze aan toe is. Mocht een tweede gesprek niet worden aangeboden, dan raad ik vrouwen altijd aan om zo’n vervolggelsgesprek aan te vragen. Ze hebben er recht op.”

mammografie

echografie

cytologische punctie en

histologische punctie

Een dalend sterftecijfer

6

Volgens Rutgers zijn de genezingskansen tegenwoordig aanzienlijk. In de jaren zestig overleed uiteindelijk de helft van de patiënten aan de gevolgen van borstkanker. Nu is dat zo'n 30%. Dat is goed nieuws. Hoe komt dat nu? Er zijn verschillende redenen. Ten eerste is er het Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker, waardoor bij veel vrouwen boven de vijftig jaar borstkanker in een vroeg -geneesbaar- stadium wordt ontdekt. Ten tweede zijn vrouwen in het algemeen de laatste twintig tot dertig jaar zelfbewuster geworden, ze gaan sneller naar de dokter als ze iets in hun borst voelen. Vroeger, als de knobbel kwaadaardig bleek te zijn, werd de vrouw altijd 'gestraft' met een borstamputatie; dat was toen niet zo'n best vooruitzicht om naar de dokter te gaan. Tegenwoordig kunnen veel vrouwen borstsparend behandeld worden. Bovendien zijn de genezingskansen beter. Er is dus een veel beter vooruitzicht, waardoor vrouwen minder angstig zijn om naar de dokter te gaan. Dan komen we op de derde oorzaak waarom meer patiënten genezen, namelijk de aanvullende behandeling (adjuvante) met chemotherapie of hormonale therapie. Bij de meeste patiënten wordt een combinatie van behandelingen geadviseerd: een operatie, bestraling, chemotherapie en/of hormonale therapie. In welke volgorde deze therapieën worden toegepast, maakt voor de kans op genezing niets uit. Of we nu eerst chemotherapie toepassen, dan een chirurgische ingreep uitvoeren en vervolgens bestralen of net andersom. Het maakt geen verschil. De volgorde van behandelen, en welke behandelingen, wordt bepaald door bijvoorbeeld de tumorgrootte en of er lymfeklieruitzaaiingen zijn. Ook hoe de kwaadaardige cellen er uitzien bepaalt de combinatie van behandelingen.

stadium

borstsparend

adjuvante behandeling

bestraling

chemotherapie

Vooral in die situatie, waarin we altijd aanvullende chemotherapie adviseren (bij grotere tumoren of lymfeklieruitzaaiingen bij patiënten jonger dan zo'n 65 jaar) ben ik zelf voorstander van de zogenaamde *neoadjuvante chemotherapie*. Chemotherapie vóór de *chirurgie*, dat heeft enkele voordelen: je kunt aan de tumor zien of de chemotherapie werkt, verder worden grotere tumoren vaak kleiner door de chemotherapie, waardoor er toch een borstsparende behandeling mogelijk is. In sommige gevallen verdwijnt de tumor zelfs! Verder zien vrouwen het soms als een voordeel dat de chemotherapie alvast achter de rug is. Dan hoeft dat er na de operatie niet nog eens achteraan. In de meeste gevallen kan er dan een borstsparende operatie worden uitgevoerd. Er zijn natuurlijk altijd 'mitsen en maren'. Zoals een erg grote tumor waardoor er een cosmetische verminking zou volgen of wanneer er al eerder bestraald is, maar over het algemeen moet een borstsparende operatie altijd overwogen worden." Mocht er toch een amputatie moeten plaatsvinden, en er is geen directe reden voor bestraling achteraf, dan is Rutgers van mening dat de vrouw direct informatie moet krijgen over onmiddellijke reconstructie. "Daar is namelijk geen enkel oncologisch bezwaar tegen, als je maar al de nodige behandelingen geeft."

neoadjuvante chemo-
therapie
chirurgie

Goed luisteren

8

uitzaaiingen

lymfeklieren

Controle is vervolgens van belang om een eventuele tweede tumor in het resterende borstklierweefsel of de andere borst vroeg te ontdekken. Of mogelijke terugkeer van de ziekte op dezelfde plaats, het zogenaamde lokaal recidief. Rutgers: “Maar niet om *uitzaaiingen* te zoeken. Uitzaaïingen laten zich namelijk niet vroeg ontdekken. Als uitzaaiingen van borstkanker in het lichaam (dus niet in de *lymfeklieren!*) eenmaal waarneembaar zijn, dan zijn daar wel helpende behandelingen voor, maar helaas geen genezende. Het heeft dan ook geen zin om koste wat het kost de uitzaaiingen op te sporen met bloedonderzoek, röntgenfoto's of scans bij elke controle als er geen klachten zijn. Dat geeft geen voordelen en mogelijk zelfs nadelen. Want door al dit routine-onderzoek komen ook afwijkingen aan het licht die in eerste instantie verdacht zijn voor uitzaaiingen, maar later door iets anders (goedaardigs) blijken te zijn veroorzaakt. Dit soort vals-positieve bevindingen geven natuurlijk heel veel onrust. Pas als er daadwerkelijk klachten zijn, moet er actie ondernomen worden. Dan moet de patiënte ook snel bij haar specialist op de polikliniek terecht kunnen om de aard van die klacht verder uit te laten zoeken. Vaak blijkt het dan toch om iets ‘gewoons’, iets goedaardigs te gaan. Slechts een enkele keer blijken de klachten door uitzaaiingen te worden veroorzaakt. Als dat zo is, kan er gericht worden behandeld. Zolang dat niet het geval is, zou je je als vrouw niet onnodig zorgen moeten maken. En moet je als arts ook niet willen behandelen. Dat is pure onnodige belasting van de patiënte. Als je dit goed aan de patiënte uitlegt, geeft dat heel veel rust. En dat is verschrikkelijk belangrijk. Evenals een goede begeleiding in de tijd na alle behandelingen.

Vraag de vrouw hoe het met haar gaat, of ze weer werkt, hoe het verwerkingsproces verloopt en waar ze nu voor haar gevoel staat in de wereld. En luister naar wat ze daarover te vertellen heeft. De patiënte moet altijd met vragen bij je terecht kunnen en als arts moet je ook direct ingaan op klachten. Een kwestie van duidelijk zijn en goed kunnen luisteren. Ook dat is een taak van de chirurg.”

Goede uitleg is de helft van de verwerking

De diagnose

Een knobbel in de borst is zorgelijk. Toch is het belangrijk te weten dat bij meer dan 99 procent van de vrouwen jonger dan dertig jaar het om een goedaardige aandoening gaat. Een dominante melkklierschijf bijvoorbeeld. Of een cyste. Bij vrouwen ouder dan vijftig jaar is er een kans van tien procent dat het om een kwaadaardig gezwel gaat.

Om een juiste diagnose te kunnen stellen, zijn er verschillende onderzoeksmogelijkheden. Een mamмоgrafie, echografie, cytologische punctie, histologische punctie (dikke naald biopsie) of een *chirurgisch biopt* en eventueel een *MRI-scan* kunnen duidelijkheid geven over de aard van de knobbel. Blijkt deze kwaadaardig te zijn dan zijn er vele behandelingen mogelijk, waarvan chirurgie er één is.

*chirurgisch biopt
MRI-scan*

Feiten

- In Nederland wordt jaarlijks bij 10.000 vrouwen borstkanker geconstateerd.
- Ongeveer 1 op de 9 vrouwen krijgt in haar leven te maken met borstkanker.
- Zo'n 30-35 procent overlijdt vroegtijdig aan de gevolgen van borstkanker.
- Tweejaarlijkse screening door middel van een mammografie bij vrouwen tussen de 50 en 75 jaar, geeft een daling in het sterftecijfer aan borstkanker te zien bij deze groep van ongeveer 20 tot 30 procent.

De behandeling

Er zijn verschillende behandelingen mogelijk. In de meeste gevallen gaat het om een combinatie van chirurgie, radiotherapie en een adjuvante hormonale of chemotherapie.

Welke behandeling het meest effectief is, zal worden overlegd in een multidisciplinair team (chirurg-oncoloog, radioloog, patholoog, radiotherapeut, internist-oncoloog, mammacare-verpleegkundige). Er zal altijd worden gekozen voor een behandeling die:

- de kans dat het plaatselijk gezwel in borst of borstwand of in de regionale lymfeklieren terugkeert zo klein mogelijk maakt. Met een behandeling die zo min mogelijk verminkingen of bijwerkingen geeft.
- een zo goed mogelijke inschatting geeft van eventuele kansen op uitzaaiing van de ziekte, zodat een juiste

keus gemaakt kan worden voor een adjuvante behandeling (chemotherapie of *hormoontherapie*). Daarmee kan namelijk het risico op uitzaaiing verkleind worden en de overlevingskans vergroot.

hormoontherapie

De keuze

Nadat de patiënte de diagnose goed heeft begrepen en van de verschillende specialisten goede informatie heeft gehad over de behandelingsmogelijkheden, bepaalt deze patiënte uiteindelijk zelf welke behandeling zij voor haarzelf het beste vindt. Dit kan een borstsparende behandeling zijn, of een amputatie, of eerst chemotherapie, of juist geen chemotherapie en een hormonale behandeling.

Omdat in Nederland het behandelprotocol op basis van heel veel wetenschappelijk onderzoek zogenaamd 'evidence based' is vastgesteld, zullen de meeste patiënten een behandeladvies krijgen dat gebaseerd is op de beste inzichten. Daarom kiezen ook veel patiënten die behandeling die volgens het Nederlandse behandelprotocol het beste bij hun situatie past.

Als de diagnose borstkanker (een zogenaamd invasief mammacarcinoom, de kwaadaardige cellen die zijn uitgegaan van de borstkliercellen en die in het weefsel rond de melkklieren zijn ingegroeid) is gesteld, dan zijn er twee operatieve mogelijkheden om de kanker in de borst te verwijderen: een borstsparende behandeling of een borstamputatie. In geval van borstkanker behoort in principe altijd de hele borst behandeld te worden. Bij een borstamputatie is dat vanzelfsprekend, maar dat betekent een grote verminking. Bij borstsparende behandeling wordt de tumor weliswaar uit de borst gehaald, maar dan volgt er altijd aanvullende bestraling, waardoor ook heel de borst behandeld wordt. Het is belangrijk te weten dat de mogelijkheid van een borstsparende behandeling te allen tijde overwogen moet worden.

Borstsparend

Er wordt gekozen voor een borstsparende operatie wanneer met een ruime verwijdering van het borstkankergezwel, er een voldoende of goed cosmetisch resultaat kan worden bereikt. Verder moet de kans op terugkeer van de ziekte daarmee tot een minimum worden beperkt.

Bij een borstsparende behandeling wordt de tumor in de borst met een rand van zeker één centimeter gezond aanvoelend borstklierweefsel door de chirurg uit de borst weggenomen. Dit wordt cosmetisch zo netjes mogelijk gedaan, maar er is altijd wel iets te zien: natuurlijk het litteken, en soms ook wel in meer of mindere mate een indeuking of verandering van de vorm van de borst. Na deze operatie volgt altijd bestraling.

De voorwaarden voor een borstsparende behandeling zijn voldoende tot goed cosmetisch resultaat en het risico op terugkeer van de plaatselijke tumor moet kleiner zijn dan vijftien procent binnen tien jaar na behandeling.

Het risico op terugkeer van kwaadaardige cellen in de borst hangt af van een aantal factoren. Als er meer dan één tumor aanwezig is, de patiënt jonger is dan 40 jaar, de snijvlakken niet schoon blijken en als er geen bestraling wordt gegeven.

Borstamputatie

Bij een borstamputatie wordt de hele borst(klier) met overliggende huid weggenomen. Er wordt gekozen voor een amputatie wanneer de tumor zo groot is dat een sparende operatie een erg groot litteken zou opleveren waardoor het er gewoon niet mooi uit komt te zien. Of wanneer het om een relatief grote tumor in een kleine borst gaat. Of als er twee of meer tumorhaarden aanwezig zijn, het tumorweefsel zich heeft verspreid, de snijvlakken tumorweefsel bevatten, of als de borst eerder bestraald is geweest.

Uit studies is gebleken dat de overlevingskans na een borstsparende behandeling even goed is als na een borstamputatie. Ook tien tot twintig jaar na de behandelingen.

Uitzaaiingen in de lymfeklieren

Of er nu wordt gekozen voor een borstsparende behandeling of een amputatie, het is in beide situaties van belang te onderzoeken of de kanker zich heeft verspreid in de lymfeklieren: of er lymfeklieruitzaaiingen zijn. Eén van de methoden om daar achter te komen is

het volledig wegnemen van de okselklieren. Al het vetweefsel wordt dan uit de oksel verwijderd. De patholoog onderzoekt al de lymfeklieren uit dit weefsel op de aanwezigheid van kankercellen in de lymfeklieren. Een andere mogelijkheid is de Schildwachtklierprocedure (SWK). Dit is een techniek waarbij die lymfeklieren kunnen worden opgespoord die in directe relatie staan met de tumor. In de tumor wordt een kleine hoeveelheid licht radioactief eiwit gespoten, meestal een dag voor de operatie. Deze vloeistof zal zich via lymfebanen in de eerste lymfeklieren ophopen. Met een scan kan dit in beeld worden gebracht en kunnen de schildwachtklieren worden opgespoord. Even voor de operatie, als de vrouw al onder narcose is, wordt in of bij de tumor blauwe kleurstof gespoten die de lymfebanen naar de schildwachtklier en de klier zelf doen verkleuren. De chirurg kan nu de blauw-verkleurde lymfeklieren wegnemen en heeft ook de mogelijkheid om met een gevoelige stralendetector de lymfeklieren op te sporen. Deze schildwachtklieren zijn dan de lymfeklieren waarin de uitzaaiingen van de borstkanker het eerst terechtkomen. Als na onderzoek blijkt dat deze klieren niet zijn aangetast, is de kans dat andere okselklieren zijn aangetast zodanig klein, dat een volledige okselklierverwijdering niet nodig is.

Zijn die uitzaaiingen er wel, dan wordt een verdere aantasting van andere okselklieren geschat op zo'n veertig procent en worden de okselklieren volledig verwijderd. Een enkele keer wordt voor bestraling van de oksel gekozen.

De schildwachtklierprocedure biedt dus de mogelijkheid een volledige okselklierverwijdering achterwege

te laten. Dit is van belang omdat verwijdering ervan voor complicaties kan zorgen zoals pijn, problemen met de beweging van het schoudergewricht of lymfoedeem in de arm. Fysiotherapie kan veel verhelpen, maar het is natuurlijk beter deze problemen zo veel mogelijk te voorkomen.

Onderzoek van de lymfeklieren is van belang omdat dit een betere genezingskans in het gebied van de lymfeklieren geeft, en ook omdat het een verhoogde overlevingskans geeft.

Adjuvante therapie

Na een chirurgische ingreep wordt vaak adjuvante therapie aangeraden:

chemotherapie, hormonale therapie, bestraling, of een combinatie hiervan. De medicijntherapie (chemotherapie of hormonale therapie) heeft tot doel mogelijk uitgezaaide kwaadaardige cellen in het lichaam te doden. We weten nu eenmaal dat bij een deel van de patiënten na enkele jaren, en soms wel na tien jaar, uitzaaiingen in het lichaam tevoorschijn komen. Dit kan op verschillende plaatsen zijn, zoals in de botten, de longen, of de lever. Deze uitzaaiingen moeten van het eerste borstkankergezwell vandaan gekomen zijn, voordat deze chirurgisch verwijderd is en bestraald, en zich ergens in het lichaam genesteld hebben. Deze microscopische uitzaaiingen zijn niet te ontdekken met ons huidige bloedonderzoek, scans, röntgenonder-

zoek of wat dan ook. Dus bij de behandeling van de eerste borstkanker weet je niet wie die uitzaaiingen nu wel heeft, en wie niet. Het risico daarop kan slechts worden ingeschat met behulp van statistische rekenmethoden die gebaseerd zijn op de behandelresultaten van patiënten die eerder zijn behandeld. Medici noemen dat het bepalen van de prognose van een patiënt. Factoren waarmee de prognose zo goed als mogelijk wordt ingeschat zijn: het al of niet aanwezig zijn van lymfeklieruitzaaiingen en het aantal lymfeklieruitzaaiingen, de grootte van het borstkankergezwel, de groeiwijze van het borstkankergezwel (goed of slecht gedifferentieerd, het aantal celdelingen dat in de tumor wordt gezien), de leeftijd van de patiënte en de hormoongevoeligheid.

Met adjuvante chemotherapie en/of hormonale therapie kan het risico dat de ziekte binnen tien jaar terugkomt, met zo'n vijftien tot wel vijftig procent worden verminderd. Het effect (het resultaat) van deze aanvullende chemotherapie of hormonale therapie kan dus bij de individuele patiënte nergens aan afgemeten worden. Ook na afloop van de behandeling kan je niet zeggen of het geholpen heeft. En ook als een patiënte na tien tot vijftien jaar goed en wel in leven is, kun je nog niet zeggen of dat door de chemotherapie is gekomen. Het zou ook kunnen dat de kwaadaardige cellen zich nooit hadden uitgezaaid en zich in het lichaam hadden genesteld. Het is wel bekend dat wanneer uitzaaiingen eenmaal waarneembaar zijn, er met chemotherapie of hormonale therapie geen genezing meer mogelijk is (zie eerder). Dat is dan ook de reden dat de chemotherapie en hormonale therapie meteen na de eerste behandeling worden gegeven (de adjuvante therapie),

waarmee wel meer genezingen bereikt kunnen worden. Er is dus een groot verschil tussen de zogenaamde adjuvante chemotherapie of hormonale therapie (met als doel een extra genezingskans te bieden), of de zogenaamde 'palliatieve' chemotherapie of hormonale therapie bij aangetoonde uitgezaaide borstkanker met als doel klachten zo lang mogelijk te verlichten.

Chemotherapie

Chemotherapie bestaat uit een behandeling met medicijnen die de kwaadaardige cellen doden. Volledige genezing is mogelijk, maar er zijn mogelijk enkele nare tijdelijke bijwerkingen. Ook de weerstand daalt tijdelijk na toediening.

Hormonale therapie

Een hormonale therapie wordt met name toegepast wanneer het hormoongevoelige tumorcellen betreft. Deze cellen bevatten dan oestrogeen- en/of progesteronreceptoren. Wanneer dit is aangetoond, is het van belang de oestrogeenproductie zoveel mogelijk te verminderen of de receptoren te blokkeren. De cellen zullen zich dan met moeite nog kunnen delen en verdwijnen op den duur. Tamoxifen is het bekendste medicijn om dit te bereiken. Tegenwoordig zijn er ook medicijnen die de aanmaak van oestrogeen blokkeren (anti-aromatase middelen). Deze anti-aromatase medicijnen kunnen afhankelijk van uw type borstkanker worden voorgeschreven in plaats van tamoxifen of na 2-3 jaar of 5 jaar tamoxifen gebruik voor een optimale behandeling.

Als de eierstokken nog werken (de vrouw menstrueert nog), dan wordt ook de functie van de eierstokken stil-

*Zie ook borstkanker &
Hormoontherapie*

gelegd, en daarmee de oestrogeenproductie. Dit kan door een operatieve verwijdering, of door middel van bestraling, of met medicijnen die de werking van de eierstokken stilleggen (de zogenaamde LHRH-agonisten).

Gunstige resultaten

Aanvullende therapieën hebben al zodanig gunstige resultaten opgeleverd dat de risico's om aan borstkanker te overlijden enorm verlaagd zijn. Met andere woorden: de overlevingskansen zijn aanzienlijk! Hier volgen enkele getallen.

De kansen om binnen tien jaar na adjuvante therapie te overlijden vermindert bij:

- Hormonale behandeling met eenderde
- Chemotherapie bij premenopauzale patiënten met eenvierde
- Chemotherapie bij postmenopauzale patiënten met eenachtste
- Een combinatie van chemotherapie en hormonale therapie, met name bij patiënten met een hormoongevoelige tumor, kan leiden tot een sterftekansvermindering (binnen tien jaar) van zo'n vijftig procent.

De sterftekans aan een borsttumor kan met vijftien tot vijftig procent worden verminderd door chemotherapie, hormonale therapie of een combinatie hiervan.

Aanvullende bestraling

Wanneer de tumor groter is dan vijf centimeter of wanneer er meer dan drie lymfeklieren blijken aange-tast is de kans op terugkeer van de plaatselijke ziekte na amputatie meer dan vijftien procent binnen tien jaar. Aanvullende bestraling kan dat risico met meer dan de helft verkleinen!

Na een borstsparende operatie volgt vrijwel altijd bestraling.

Of de kanker ooit nog zal terugkomen, plaatselijk of als uitzaaiing in het lichaam, is – ondanks de gunstige werking van de verschillende behandelingen – nooit met zekerheid van te voren in te schatten. Met statistische gegevens kan het een en ander worden voorspeld, maar honderd procent zekerheid is er nooit. Als de tumor zich toch heeft uitgezaaid, naar bijvoorbeeld de botten, de longen, hersenen of lever, en deze uitzaaiingen zijn waarneembaar geworden, is genezing niet meer mogelijk en wordt de zogenaamde palliatieve behandeling ingezet. Dat betekent dat iedere behandeling als doel heeft zo veel mogelijk de lasten te verlichten die de ziekte met zich meebrengt.

Bij een uitgezaaide ziekte kan bijvoorbeeld chemotherapie leiden tot een verkleining van de uitzaaiing en daarmee de klachten verlichten, of ook doen verdwijnen, en ook het leven verlengen. Er is niet een standaardbehandeling te noemen. Soms wordt radiotherapie toegepast als de uitzaaiingen het centrale zenuwstelsel hebben bereikt, er druk is op het ruggenmerg, er botbreuken dreigen te ontstaan die nare gevolgen kunnen hebben, er borstvliesontsteking of ontsteking van het hartzakje ontstaat of als uitzaaiingen niet reageren op chemo- of hormonale therapieën. In andere gevallen kan worden gekozen voor een chirurgische ingreep. Of voor hormonale- (oestrogeen- en/of progesteronpositieve tumor, een lang ziektevrij interval, uitzaaiingen in de weke delen en/of bot) of chemotherapie.

Andere mogelijkheden

20

carcinoma in situ

Een tumor is nooit hetzelfde. Ze kan zich in vele hoedanigheden manifesteren en zich anders gedragen. Dat vraagt om een behandeling 'op maat'. Kwaadaardige cellen die eerst ontstaan uit de melkbuiscellen en daar blijven (een zogenaamde ductaal *carcinoma in situ*, de kwaadaardige cellen groeien in de melkbuisjes en blijven daar op hun plaats), vragen om een andere aanpak dan kwaadaardige cellen die in de melkklierkwabben groeien.

Grote niet uitgezaaide tumor

Bij een niet uitgezaaide tumor die zo groot is dat volledige chirurgie niet direct mogelijk is, wordt neo-adjuvante therapie toegepast. Dit is chemotherapie nog voordat de operatie plaatsvindt. Het doel is de tumor kleiner te maken, zodat deze alsnog in zijn geheel weggenomen kan worden. De behandeling is voorts hetzelfde. Ofwel er wordt een borstsparende behandeling uitgevoerd of een amputatie.

Na neo-adjuvante chemotherapie wordt de tumor heel vaak kleiner, soms verdwijnt deze helemaal.

DCIS

Een Ductaal Carcinoom In Situ (DCIS) is een voorloper van borstkanker dat regelmatig voor komt, en dat ook wel melkgangkanker wordt genoemd. Er ontwikkelen zich kwaadaardige cellen in de melkgangen.

Deze vorm van kanker wordt vrijwel alleen ontdekt bij het maken van een mammografie. Er is geen sprake van een knobbel, maar men spreekt over 'kalkspatjes'.

De tendens is dat men steeds vaker borstsparend handelt, maar wel een flinke hoeveelheid weefsel verwijderd om er zo zeker mogelijk van te zijn dat de zieke cellen zijn weggenomen. Blijkt het te gaan om een gebied dat groter is dan vijf centimeter, dan wordt voor een amputatie gekozen. De okselklieren zijn ongeschonden omdat melkgangkanker zich niet verspreidt. Ondanks een ruime borstsparende operatie is er altijd een behoorlijk risico, zo'n vijftien procent binnen vijf jaar na de behandeling, op terugkeer van de melkgangkanker of dat deze zelfs uitgebreider –invasief– is geworden. Dit risico kan met veertig procent worden gereduceerd als er aanvullend bestraald wordt. Dit geldt alleen na een borstsparende operatie.

LCIS

Als LCIS wordt ontdekt, wordt de vrouw geadviseerd zich regelmatig te laten controleren. Bij een Lobulair Carcinoom In Situ (LCIS) vormen zich kwaadaardige cellen in de melkklierkwabben. Het is een signaal dat er mogelijk in de toekomst borstkanker kan ontstaan. Deze aandoening is nauwelijks zichtbaar te maken en wordt soms per toeval ontdekt, als er bijvoorbeeld borstweefsel om een heel andere reden microscopisch wordt onderzocht. Het geeft alleen aan dat er verhoogd risico op het ontwikkelen van een tumor bestaat. Als LCIS wordt ontdekt, wordt de vrouw geadviseerd zich regelmatig te laten controleren.

Locally advanced mammacarcinoom

Er is sprake van een locally advanced mammacarcinoom, ofwel lokaal gevorderde tumor, wanneer deze groter is dan vijf centimeter, in de huid of in de

borstwand is ingegroeid of zweert. Er zijn uitzaaiingen in de huid aanwezig in het borstgebied en er zijn sterk vergrote en met elkaar vergroeide lymfeklieren in de oksel. De borst is gezwollen en rood van kleur.

Het risico op uitzaaiingen bij deze vorm van tumorweefsel is groot en moeilijk te controleren. In principe wordt allereerst gekozen voor chemotherapie alvorens te gaan opereren. De tumor wordt kleiner en de borst zal er rustiger uitzien. Dan volgt in de meeste gevallen een borstamputatie. Heel soms een borstsparende operatie. De borstwand en de regionale lymfekliergebieden worden vervolgens bestraald. Als de tumor hormoongevoelig blijkt, krijgt de vrouw ook vijf jaren hormonale behandeling.

Hematogeen gemetastaseerde mammacarcinoom

Via de bloedbaan kunnen kwaadaardige cellen zich door het lichaam verspreiden. Dan volgt altijd een behandeling die palliatief van aard is. Dat betekent dat het niet zozeer gaat om genezing, maar om zolang mogelijk de symptomen van de uitzaaiingen te lijf te gaan en het aantal bijwerkingen zo klein mogelijk te houden (zie verder palliatieve therapie).

Controle na behandeling, regelmatig lichamelijk onderzoek en een jaarlijkse mammografie is niet alleen belangrijk om eventueel terugkeer van de ziekte tijdig op te sporen of complicaties te behandelen, maar ook om psychosociale ondersteuning te kunnen bieden. En niet te vergeten om in kaart te kunnen brengen wat het resultaat is van de behandeling.

Het is ook van belang om uitzaaiingen tijdig te ontdekken. Hierbij dient wel een kanttekening geplaatst te

worden. Aanvullend onderzoek om uitzaaiingen op te sporen heeft namelijk alleen zin wanneer er daadwerkelijk sprake is van klachten. Zijn die er niet dan heeft verder onderzoek, wat vaak belastend is voor de patiënte (botonderzoek, botscaans, leverecho's), niet veel zin.

Controle

Lichamelijke zorg

Lymfeedeem van de arm, pijnklachten rond de (verwijderde) borst of problemen met het schoudergewricht en schade na bestraling zijn de meest voorkomende complicaties die om nazorg vragen. We zetten ze hier even op een rij.

Om lymfeedeem te voorkomen is het belangrijk de arm goed te gebruiken, alleen te ontzien voor flinke inspanning en het is verstandig hygiënische maatregelen te nemen zodat er geen ontsteking kan ontstaan. Als er geen lymfeedeem is, en er zijn geen klachten van de arm, wordt geadviseerd de arm zoveel mogelijk normaal te gebruiken. Als er lymfeedeem is, kan een fysio- of huidtherapeut helpen door middel van het toepassen van manuele lymfedrainagetherapie. Ook kan compressietherapie met zwachtels of steunkousen het probleem verminderen.

De pijn na okselklierverwijdering, of borstampuatie, in de oksel of in de borstwand, als gevolg van het door

Uit onderzoek is gebleken dat vrouwen die routinematig onderzoeken ondergingen om eventuele uitzaaiingen op te sporen, geen betere levensverwachting hadden dan vrouwen die alleen bij klachten werden onderzocht.

snijden van de gevoelszenuwen naar de borst zijn moeilijk te behandelen. Het is van groot belang dat de patiënte de oorzaak van de pijn goed begrijpt. Het gaat er niet om dat de kanker is teruggekomen, dat er iets aan het ontsteken is, of dat er iets kapot gegaan is. Het is in feite een soort fantoom ('spook') pijn. Deze pijn wordt tegenwoordig omschreven als neuropatische pijn. 'Gewone' pijnstillers als paracetamol of ibuprofen hebben veelal vrijwel geen effect op deze pijn. Sommige anti-epileptica kunnen een pijnstillend effect hebben. Recentelijk zijn er middelen geregistreerd specifiek voor de behandeling van neuropatische pijn. Bij de één werkt het ene middel beter dan bij een ander. Soms werken geen van de middelen goed of zijn de bijwerkingen te vervelend. Verder kan zenuwstimulatie (de zogenaamde 'TENS'-behandeling) met elektroden op de huid goed werken. Een ervaren pijnarts kan veel patiënten voor een groot deel van hun klachten afhelpen. Verder is het heel belangrijk dat de patiënte de arm goed blijft gebruiken (ook al kan dat soms de pijn verergeren). Want een goede functie van de arm is heel belangrijk.

Na een borstsparende operatie kan door de operatie en de bestraling een lelijke verlittekening in de borst en huid ontstaan. Dit noemen we fibrose. Dit gebeurt ongeveer bij één op de vijf à zes patiënten. Het is moeilijk te voorkomen en het is moeilijk te voorspellen of zich dit wel of niet voor zal doen. Als het heel lelijk is, kan met plastische chirurgie verbetering

bereikt worden. Daarvoor zijn wel grotere operaties nodig. Beschadiging van het longweefsel na bestraling wat tot benauwdheid kan leiden, is veelal tijdelijk van aard en verdwijnt weer.

Schouderfunctiestoornissen kunnen worden verholpen met revalidatietechnieken, onder begeleiding van een fysiotherapeut.

Geestelijke zorg

Vermoeidheid en verwerkingsproblemen zijn veel voorkomende klachten na een behandeling. Ook kan angst voor terugkeer van de ziekte een rol spelen. Evenals spanningen en onzekerheid. En zelfs een depressie kan zich voordoen.

Het is daarom van groot belang dat de patiënte bij iemand terecht kan bij wie ze haar problemen kan uiten. Bij iemand die luistert en eventuele adviezen kan geven. Dat kan de chirurg zijn, maar zeker ook de mammacare-verpleegkundige.

Een groot deel van de problematiek kan worden voorkomen wanneer de patiënte goed op de hoogte wordt gebracht van haar ziekteproces en zij weet wat de mogelijke behandelingen zijn, de mogelijke consequenties en waarom voor die ene behandeling wordt gekozen. Datzelfde geldt voor de controle achteraf. Waar dient het toe en wat is mogelijk en niet mogelijk, nodig en niet nodig.

Controleschema

Er bestaat een standaard-controleschema voor vrouwen die voor borstkanker zijn behandeld. Dat wil echter niet zeggen dat vaker of juist minder vaak voor controle komen, uitgesloten is. De patiënte mag absoluut haar wensen op dat gebied kenbaar maken. Het is

anamnese

wel belangrijk te weten dat dit voor de genezingskansen niet veel zal uitmaken. Daarom wordt veelal het standaard-controleschema gevolgd. Dit houdt in dat er de eerste twee jaar na behandeling één keer in de vier maanden een poliklinisch bezoek voor anamnese en lichamenlijk onderzoek plaatsvindt. Daarna één keer in het halfjaar, oplopend tot één keer in de vijf jaar en één keer in de tien jaar. Screening op een kwaadaardigheid in het resterende borstklierweefsel wordt als volgt geadviseerd: vrouwen tot zestig jaar eens in het jaar een mammografie en onderzoek door een arts. Na het zestigste jaar (tot zo'n vijfenzeventig, tachtig jaar) eens in de twee jaar een mammografie en een lichamenlijk onderzoek.

Reconstructie na amputatie

Het is natuurlijk heel persoonlijk hoe een vrouw omgaat met het feit dat haar borst is geamputeerd. De een vindt het vreselijk de borst te moeten missen, en kan er moeilijk mee omgaan. De ander vindt het ook erg, maar stapt er sneller overheen. Er zijn tegenwoordig mogelijkheden om comfortabele uitwendige protheses te gebruiken. Maar ook een reconstructie is mogelijk.

Veelal blijkt dat vrouwen die een onmiddellijke reconstructie van de borst ondergaan, minder problemen achteraf kennen. Het leven zonder borst is hen tot op zekere hoogte bespaard gebleven. Een onmiddellijke reconstructie is mogelijk wanneer er na amputatie niet

bestraald hoeft te worden. De borstamputatie en het aanbrengen van de inwendige prothese vindt tijdens een en dezelfde operatie plaats. Dat kan door middel van een borst van eigen weefsel of een siliconen prothese. In dat laatste geval wordt er eerst een tissue expander geplaatst waarna er na zes tot negen maanden een definitieve prothese ingebracht wordt. Ook kan een reconstructie later plaatsvinden. Als er bijvoorbeeld een verhoogd risico op terugkeer van de ziekte bestaat, is het aan te raden eerst goede controles uit te voeren en bij het verder uitblijven van problemen bijvoorbeeld één tot twee jaar na de amputatie een reconstructie te doen.

Feiten op een rij

- 1 op de 9 vrouwen krijgt in haar leven te maken met borstkanker
- Vrouwen tussen de 50 en 75 jaar worden iedere twee jaar gescreend, vrouwen tussen de 40 en 50 jaar met een verhoogd risico (erfelijke of hormonale factoren) worden ieder jaar gescreend
- De basis voor het stellen van de diagnose bestaat uit drie vormen van onderzoek: lichamelijk onderzoek, mammografie en/of echografie en cytologische en/of histologische naaldbiopsie. Dit wordt ook wel de triple diagnostiek genoemd.

De verpleegkundige aan het woord

28

Antoinette van der Veen (42) is verpleegkundige op de polikliniek chirurgie van het Academisch Ziekenhuis Groningen. “Ik zit 24 jaar in het vak en heb op een gegeven moment bewust voor de oncologie gekozen. Waarom? Je maakt heel verdrietige situaties mee, maar je kunt te allen tijde iets voor de patiënten betekenen. Gewoon door deze mensen je volle aandacht te geven. Soms kan een schoon bed, een slokje water of even een praatje deze mensen enorm opbeuren. Daar doe je het voor.”

Antoinette is regelmatig betrokken bij diagnose-gesprekken die de chirurg met de patiënte voert. “Er zijn twee mogelijkheden waarop de vrouwen bij ons binnenkomen. Of na een bevolkingsonderzoek waarbij de mammografie een oneffenheid laat zien, of de vrouwen hebben thuis zelf iets in hun borst gevoeld. In sommige gevallen volgt dan de eendagsdiagnostiek. Binnen vier uur ondergaat de vrouw een volledig onderzoek en wordt, aan het einde van de dag, de uitslag aan haar bekend gemaakt. Dat is een zware dag, maar het is in veel gevallen prettiger zo’n dag door te gaan, dan steeds voor een afspraak naar het ziekenhuis terug te moeten.

Als het om kanker blijkt te gaan, wordt tijdens het gesprek met de chirurg -waar ik als verpleegkundige bij aanwezig ben- een voorstel voor behandeling gedaan. De ene chirurg kan het heel goed uitleggen en dan kun je als verpleegkundige wel eens denken: ‘wat kan ik hier nog aan toevoegen’. Maar in de meeste gevallen ben je hard nodig en neem ik de vrouw na zo’n gesprek nog even apart en vraag haar of ze alles begrepen heeft. Ik neem dan nogmaals de voorgestelde behandeling door en leg de opnameprocedure uit. En

ik beantwoord de vragen die de vrouw heeft. Dat kunnen allerlei vragen zijn. Een veel gehoorde opmerking van vrouwen is: 'als ik maar geen uitzaaiingen heb en als het maar goed te behandelen is'. Dan komt de angst om de hoek kijken en daar moet je als verpleegkundige met de vrouw goed over praten. Een week later volgt er nog eens een uitgebreid gesprek. Ook geef ik de vrouw altijd een telefoonnummer mee van het verpleegkundige spreekuur. Ze moet weten dat ze ons altijd kan bereiken."

Informatie uitwisselen

"Iemand met de diagnose kanker, blijft zo'n tien jaar lang aan het ziekenhuis verbonden. En daarom is het goed zoveel mogelijk van ze te weten. Dat is wel eens moeilijk omdat je op een gegeven moment de patiënte moet overdragen aan de verpleging. Na een operatie, tegenwoordig vaak een borstsparende ingreep, komen ze weer terug op de polikliniek en heb je toch een stukje gemist. We zijn momenteel hier in het ziekenhuis druk bezig om uit te zoeken op welke manier de terug-overdracht zo goed mogelijk kan plaatsvinden. Een efficiënte manier waarop je met elkaar de juiste informatie uitwisselt. Als je veel voor een patiënte wilt betekenen, moet je exact weten wat er in die tussentijd is gebeurd.

Natuurlijk leer je iemand in de loop der tijd steeds beter kennen. Patiënten wennen ook zelf aan het feit dat ze kankerpatiënt zijn. Ze worden er rustiger onder. Toch mag je als verpleegkundige niet verslappen. Je kunt deze mensen nooit loslaten. Want iedere keer als ze op controle komen is er die angst en de stress: 'als de foto maar goed is'.

Ook na een behandeling laat je de patiënte niet zomaar naar huis gaan. Ik attendeer ze er altijd op dat ze recht hebben op thuishulp. Dat ze begeleiding kunnen krijgen van de thuiszorg. Een wijkverpleegkundige neemt dan als het ware onze taak over. Soms is het belangrijk omdat de vrouw na behandeling last krijgt van een enorme vermoeidheid, maar het kan ook gewoon om een praatje zijn.

We hebben heel goede contacten met de thuiszorg. Korte lijnen, zullen we maar zeggen. En dat werkt heel efficiënt. Datzelfde geldt voor het contact met het Borstprothese Informatiecentrum. Ook daar informeren we vrouwen over. Zo kun je de patiënten een heel eind op weg helpen.”

Adri (57) nam onbevangen deel aan een bevolkingsonderzoek. Niet veel later ontving ze de uitslag per post. Er bleek op de foto iets te zien waarvan niet direct duidelijk was, wat het precies kon zijn. Na onderzoek in het ziekenhuis bleek het om een kleine tumor te gaan van ongeveer één centimeter in doorsnee. Kwaadaardig.

Adri koos voor een borstsparende operatie. Voor de zekerheid werden ook alle lymfeklieren weggenomen. Achteraf bleken die vrij te zijn.

Adri is na de operatie nog 37 keer bestraald en ze moet nog vijf jaar lang het anti-hormoon tamoxifen slikken.

Jolanda (43) voelde een knobbeltje in haar borst. Ter grootte van een knikker. Omdat haar moeder op haar 48ste overleed aan borstkanker, ging er bij haar direct een belletje rinkelen. Ze liet zich onderzoeken en het bleek om een tumor te gaan van zo'n zeven millimeter in doorsnee.

Jolanda koos voor een borstsparende operatie en ze werd erna nog 35 keer bestraald. Het schildwachtklieronderzoek wees uit dat de lymfeklieren schoon waren. Na de bestralingsperiode bleek er echter met de tepel van haar geopereerde borst iets niet in orde te zijn. Al eerder had Jolanda gezien dat de tepel af en toe bloedde bij bijvoorbeeld het afdrogen na het douchen, maar nu leek dat veel erger te zijn. Op een gegeven moment was de hele toplaag van de tepelhuid aangetast. Het bleek te gaan om de ziekte van Paget, een kwaadaardige aandoening van de tepel. Eigenlijk een oppervlakkig gelegen tumor. Jolanda's borst werd daarna geheel verwijderd.

Lily (53) had nog maar net een baarmoederoperatie achter de rug toen ze een knobbeltje in haar borst ontdekte. En nog maar een paar dagen ervoor had ze een goede uitslag gekregen na deelname aan een bevolkingsonderzoek. Zelfs op de foto's die niet veel later in het ziekenhuis werden gemaakt, was niets te zien. Maar een punctie wees uit dat hier wel degelijk sprake was van kwaadaardige cellen. Het ging om een hormoongevoelige tumor van anderhalve centimeter in doorsnee.

Haar borst werd geheel verwijderd. Ook werden er zeventien lymfeklieren weggenomen. Omdat er uitzaaiingen zaten in de onderste lymfeklier, onderging Lily nog een half jaar lang een chemokuur.

Lily wacht nu op de uitslag van een onderzoek naar aanleiding van pijn in haar rug. Er zijn een botscan en een MRI-scan gemaakt waarna een cyste werd ontdekt. Maar er was nog iets te zien op de foto's dat de artsen niet direct konden thuisbrengen.

Annete (34) lag onder de zonnebank toen ze een pijnlijke steek in haar borst kreeg. Niet veel later voelde ze een hard knobbeltje in haar borst, met de omvang van een knikker. De huisarts hield het op een cyste, maar Annete was niet gerustgesteld en stuurde aan op verder onderzoek in het ziekenhuis. Na een mammografie en een echo werd duidelijk dat het om kwaadaardige cellen ging. Drie dagen voordat er nog een punctie zou worden genomen, voelde ze een tweede knobbeltje. Dit keer onder haar oksel. De uitslag na de punctie was duidelijk: een kwaadaardige tumor en ook de lymfeklieren waren aangetast. Het eerste advies luidde: borstamputatie. Maar het werd uiteindelijk een borst-

sparende operatie. En alle lymfeklieren werden weggenomen. Daarna onderging Annete nog vier chemokuren en 35 bestralingen.

De diagnose

'In de brief die ik ontving na het bevolkingsonderzoek stond dat er iets op de foto te zien was, maar dat men er nog niets over kon zeggen. Het moest eerst nader onderzocht worden. Ik heb toen direct de huisarts gebeld die nog van niets wist. Hij kreeg de brief pas in de middag. Ik had de post al in de ochtend ontvangen. Ik ben direct naar het ziekenhuis doorgestuurd. Ik was er vrij laconiek onder. Als er iets niet goed zit, dan moet het maar zo snel mogelijk weggehaald worden, was mijn motto. Het bleek om een kleine tumor te gaan die ver achter in mijn borst zat, bijna tegen het bot aan. Vandaar dat ik het nooit zelf heb kunnen voelen. De tumor was zo moeilijk te lokaliseren dat ook de huisarts en de chirurg het niet konden voelen. Een punctie was daardoor ook moeilijk uit te voeren, want waar moet je prikken? Er is toen op de ouderwetse manier, door middel van het gebruik van een rasterwerkje, bepaald waar de tumor ongeveer kon zitten. Ik ben toen drie dagen opgenomen tijdens welke ze op zoek zijn gegaan naar de tumor. De uitslag was ongunstig. Het bleek om een kwaadaardig gezwel te gaan. Niet veel later is er een borstsparende operatie uitgevoerd. Ik dacht: eraf kan altijd nog. Voor de zekerheid zijn ook de lymfeklieren weggehaald.'

Adri

'Ik heb mijn moeder op jonge leeftijd aan borstkanker verloren, dus ik ben er altijd alert op geweest. Ik controleerde mijn borsten iedere maand. Toen ik een knobbeltje voelde, ben ik direct op de huisarts afgestapt. Er werd ook snel gehandeld. Een punctie, mammografie en een echo. Maar daarna moest ik een week wachten op de uitslag. Ik had intuïtief al het gevoel dat het niet goed zat. En dat bleek ook zo te zijn. De tumor was klein, maar wel kwaadaardig.

De schildwachtklierprocedure wees uit dat de klieren schoon waren. De okselklieren zijn dus blijven zitten. Maar de klachten aan mijn tepel zorgden voor een volgend probleem. Ik had al eerder geconstateerd dat mijn tepel wel eens bloedde. Tijdens de bestraling na de borstsparende operatie had ik er meer last van. Op een gegeven moment was de hele toplaag van de tepel eraf. Ik las toen een tekst over de ziekte van Paget, en sprak erover. Maar de artsen meenden dat dat het niet kon zijn.

Ik kreeg toen iets om er overheen te leggen zodat het niet weer open zou gaan, maar dat werkte compleet averechts. Doordat er vanaf toen geen zuurstof meer bij kon, ging het ontsteken. Het begon te etteren. De dermatoloog werd er bijgehaald. Die meende dat er niet veel aan gedaan kon worden. Een punctie doen via een open wond was vrijwel onmogelijk. Maar ik wilde dat er iets zou gebeuren, dus heb ik mijn huisarts opnieuw ingeschakeld. Hij heeft de dermatoloog laten weten dat het zo niet verder kon. Er is toen toch een punctie gedaan. Het bleek inderdaad de ziekte van Paget te zijn, tumoren in de melkkliertjes. Toen is de borst helemaal weggehaald.'

Jolanda

'Zes weken na een baarmoederoperatie was ik bij de gynaecoloog. Hij zei dat ik weer in bad mocht. Toen ik in bad zat, voelde ik een knobbeltje in mijn borst. Je kon het zelfs zien zitten. En dat terwijl ik een paar dagen daarvoor nog deel had genomen aan een bevolkingsonderzoek en de uitslag goed was!

Mede daardoor heb ik er nog een maand mee doorgelopen, maar uiteindelijk ben ik toch naar de huisarts gegaan. Al snel zat ik in het ziekenhuis. Een mammografie, echo en een punctie waren snel gedaan en twee dagen later volgde de uitslag. De punctie gaf een slechte uitslag te zien, op de foto's was daarentegen niets te zien geweest. En dat terwijl het om een tumor ging van anderhalve centimeter groot. Later vernam ik dat bij tien procent van de gevallen een tumor niet op de foto te zien is en alleen met een punctie aangetoond kan worden. Ik zat daarbij.

Mijn borst is niet veel later helemaal weggenomen en omdat de schildwachtklierprocedure toen nog niet werd uitgevoerd, werden er direct zeventien lymfeklieren weggenomen. Later bleken er uitzaaiingen te zijn waarvoor ik een chemokuur moest volgen. Een half jaar lang kreeg ik in het ziekenhuis medicijnen toegediend via een infuus en thuis slikte ik dagelijks vier tabletten.'

Lily

'Ik deed regelmatig borstonderzoek. Toen ik een knobbeltje voelde, dacht ik direct: dit is mis!' Ik belde meteen de huisarts, die helaas op vakantie was. Zijn vervanger meende dat het om een cyste ging. Ik moest maar even afwachten. In ieder geval tot na de eerstvolgende menstruatie. Ik zou twee weken moeten wachten, maar een week later heb ik mijn eigen huisarts

alsnog gebeld. Die ging op de mening van zijn collega af en meende eveneens dat het om een cyste ging. Na mijn menstruatie ben ik terug gegaan en toen pas meende hij dat het geen cyste was.

Dezelfde week nog ging ik naar het ziekenhuis en werden een mammografie en een echo gemaakt. De huisarts belde me met de uitslag: het was een kwaadaardige tumor. Na een punctie was het zeker. Ook bleken mijn lymfeklieren te zijn aangetast. Ze spraken over een tumor van 9 bij 3 bij 1 millimeter en een kalkafzetting van zo'n drie centimeter, de zogenaamde kalkspatjes. Drie weken later zou ik worden geopereerd. Omdat ik kleine borsten heb, en de tumor in verhouding nogal groot was, zou mijn borst worden geamputeerd. En alle lymfeklieren zouden worden verwijderd. Daar moest ik me dan maar bij neerleggen.

Drie weken later was het zo ver. Omdat ik vernam dat een andere chirurg de operatie zou doen, wilde ik hem nog wel even van tevoren spreken. Tot mijn grote verbazing wilde hij een borstsparende operatie doen. Als de snijranden schoon zouden zijn, was dat een prima optie. Als dat laatste niet zo was, dan moest er alsnog een amputatie plaats vinden.

Die amputatie bleek niet nodig. Ik heb mijn borst nog. Toen ik uit de narcose kwam zat er een klein pleister-tje op de rand van de tepel en dat was alles.'

De mededeling en de keuze

'Natuurlijk had de huisarts mij de mededeling moeten doen dat er iets op de foto te zien was. Maar ik had als eerste de uitslag in huis. Dat was niet zo netjes, maar dat is allemaal achteraf gepraat.

Ik heb naar aanleiding van de diagnose veel gesprek-

ken gevoerd met de chirurg. Mijn man was daar ook steeds bij en een bevriende oncoloog. Ik kreeg veel steun en begrip en met 'kindertekeningen' is mij alles uitgelegd.

Met zijn allen kwamen we tot de conclusie dat mijn borst niet direct helemaal verwijderd hoefde te worden. Maar ik moest zelf beslissen. Ik kreeg drie tot vier dagen bedenktijd. Wilde ik een borstsparende operatie of wilde ik dat mijn borst volledig werd verwijderd. Ik koos voor een borstsparende operatie. Eraf kan altijd nog, dacht ik.

Omdat de tumor zo moeilijk te localiseren was, was het onmogelijk de schildklierwachtprocedure uit te voeren en heeft men voor de zekerheid alle lymfeklieren weggenomen.

Ik ben dus, even nadat de diagnose was gesteld, goed begeleid om een juiste keuze te kunnen maken. Maar de zorg erna viel nogal tegen. Ik had vooral veel praktische vragen en daar kon niemand antwoord op geven. Gelukkig is er in veel ziekenhuizen nu een mammacare-verpleegkundige waar je met dat soort vragen heel goed terecht kunt. Die heb ik echt gemist.'

Adri

'Die week wachten op de uitslag was afschuwelijk. Je wilt gewoon snel zekerheid en als het mis is wil je dat de zieke cellen zo snel mogelijk uit je lichaam verdwijnen. Bovendien werd het feit dat het mis was, me nogal afstandelijk en zakelijk medegedeeld. Dat nam ik de chirurg wel kwalijk. Inmiddels heb ik een goede band met hem opgebouwd en heeft hij alle aandacht voor mij, maar die start was uiterst beroerd. Gelukkig was het gesprek met de mammacare-verpleegkundige

daarna heel goed. Ze legde uit wat er zou gaan gebeuren en wat ik kon verwachten. Ik kreeg ook veel folders van haar mee, zodat ik alles nog eens rustig na kon lezen. Dat maakte veel duidelijk en stelde me een beetje gerust.

Toen moest ik zelf de keuze maken: een borstsparende operatie of de borst helemaal verwijderen. Ik hoefde daar niet zo lang over na te denken. Uit ijdelheid koos ik voor het eerste. De consequentie was wel dat ik na de operatie nog zes en een halve week bestraald moest worden, maar daar ben ik goed doorheen gekomen. Ik heb een heel gevoelige huid, maar met behulp van veel talkpoeder, wat ik er drie keer per dag opdeed, is de huid heel mooi gebleven.

De tweede diagnose, dat ik de ziekte van Paget had, werd me veel moeizamer meegedeeld. Zowel de chirurg als de dermatoloog wilden er maar niet aan en toen er uiteindelijk toch een punctie was gedaan om zekerheid te krijgen, moest ik ruim twee weken op de uitslag wachten. Daar kwam nog bij dat, toen ik eenmaal op gesprek mocht komen, de dermatoloog eerst nog naar het laboratorium moest bellen voor de uitslag. Toen ze me vertelde dat het inderdaad Paget was, nam ze direct erna de telefoon op en ging uitgebreid aan een andere patiënt uitleggen dat er met haar niets aan de was. Die had dus een goede uitslag gekregen. En ik zat daar maar te wachten op het verdere verhaal. Hoe nu verder?, spookte het door mijn hoofd. Maar op die vraag kon ze na dat telefoongesprek geen antwoord geven. Dat was een vraag voor de chirurg, zei ze me. Ik was toen totaal uit het veld geslagen. Helemaal toen de dermatoloog een briefje uitschreef met daarop de diagnose en een verkeerde naam. Het zette me vol-

ledig op het verkeerde been en ik dacht: zie je wel. Het betreft een ander. Ik heb het haar toen nog eens nadrukkelijk gevraagd en het enige wat ze deed was de naam veranderen in mijn naam. Verslagen ben ik toen direct naar de mammacare-verpleegkundige gelopen. Zij heeft me verder geholpen.'

Jolanda

'De chirurg vertelde dat de uitslagen elkaar nogal tegenspraken, maar dat het toch mis was. De foto's lieten een schone borst zien, de punctie vertelde dat het anders was. Ik heb toen voor een amputatie gekozen. Ik was er heel nuchter onder, maar toen ik daarna een chemokuur moest ondergaan was ik meer van mijn stuk gebracht. Ik vond het vreselijk om iedere dag die tabletten te slikken. Ik had echt het gevoel dat ik medicijnen innam die mijn lichaam kapot maakten. Dat dit ook de gezonde cellen aantastte. Ik stond soms echt te kokhalzen bij het innemen ervan.

Dat ik er toch doorheen ben gekomen en ondanks alles vrij nuchter bleef, heeft ook zeker te maken met het feit dat ik heel goed kan opschieten met de chirurg. Hij heeft mij gerust kunnen stellen. Ik mag hem altijd belen. Het is een heel meelevende man.'

Lily

'Ik leek in eerste instantie geen keuze te hebben. Die borst moest eraf. Ik ben ontzettend kwaad geweest op zowel de huisarts als de chirurg die me in eerste instantie zou opereren. Eerst dacht de huisarts aan een cyste en vervolgens vertelt de chirurg me dat mijn borst eraf gaat. Er leek geen discussie mogelijk. Ik had me er maar bij neer te leggen. Die hele communicatie daarover verliep slecht.

En toen dat gesprek met die andere chirurg die uiteindelijk de operatie zou uitvoeren. Die wilde de gok wel wagen en een borstsparende operatie doen. Ik wist niet wat ik hoorde. Ik heb nog een second opinion aangevraagd want ik dacht nog wel: veiligheid gaat boven het cosmetische aspect. Maar als het de verkeerde keuze was geweest, was alsnog mijn borst verwijderd. Dus ik was blij met deze optie. En het is heel erg mooi gedaan. Ik ben wel van mening dat het te veel van de chirurg afhangt of je wel of niet je borst behoudt. En dat kan natuurlijk niet. '

Annete

De emoties

'Het is natuurlijk als een klap op je kop, als je hoort dat het niet goed is. En het heeft me veel energie gekost om er weer bovenop te komen. Het ergste vond ik de bestralingen erna. In het begin ging het nog wel, maar na tien keer weet je het wel en voelde ik vooral de onmacht. Er gebeurt iets met je, waar je maar geen grip op kunt krijgen.

Toen de bestralingen achter de rug waren, was ik erg moe. Pas na een korte vakantie, kwam ik er weer een beetje bovenop. En kon ik het redelijk achter me laten. Ik doe nu veel vrijwilligerswerk. En mijn man en ik kiezen nu vooral voor elkaar.'

Adri

'Ik was echt heel boos na dat zogenaamde gesprek met de dermatoloog en ook de chirurg heb ik het een en ander kwalijk genomen. Vooral dat hij mijn veronderstelling dat ik wel eens de ziekte van Paget kon hebben, niet serieus nam. Maar daar heeft hij later zijn

excuses voor aangeboden en inmiddels begeleidt hij me heel goed en heb ik een fijne band met hem. Daarnaast ken ik natuurlijk ook angst. Na de bestraling bleek mijn tepel niet in orde en het eerste wat ik dacht was: 'zie je wel. Nu is er zelfs bestraald en zit het er nog. Dit wordt mijn laatste kerst'. Ik was zowel verdrietig als boos.

Als ik naar mijn twee kinderen keek, schoot de gedachte door mij heen wat zij zonder mij zouden moeten. Ik voelde me machteloos. Er was echter ook opluchting toen de borst helemaal was weggenomen. 'Het is weg!', dacht ik.'

Jolanda

'Ik was zelf niet echt van de uitslag geschrokken. Ik was eigenlijk heel rustig. Ik heb wel even gehuild, maar dat had zeker te maken met het feit dat ik nog erg labiel was na de baarmoederoperatie. Ik heb toen veel bloed verloren, dus lichamelijk was ik zeker nog niet de oude.

Ik heb veel steun aan mijn geloof. Het is me overkomen en ik ben er van overtuigd dat daar een bedoeling achter zit. En dat ik me er geen zorgen over hoeft te maken. Zo stel ik me op en als het straks met mijn rug niet in orde is, heb ik ook daar vrede mee.

Dit gevoel heeft ook te maken met het feit dat ik in de periode dat het zo mis ging, veel lieve mensen om me heen had. En nog. Dat helpt me er doorheen.

Natuurlijk had ik mijn moeilijke momenten, vooral tijdens de chemokuur toen ik moe en misselijk was. Maar alle positieve aandacht heeft me heel erg gesterkt.'

Lily

'Ik was natuurlijk kwaad op mijn huisarts. En later over de manier waarop ik in het ziekenhuis te horen kreeg dat de borst eerst wel en later weer niet verwijderd zou worden. Maar het is toch vooral de angst die overheerst. Nu nog. Ik ben bang dat het weer terugkomt. Als ik zo'n dag heb waarop die angst naar boven komt, dan zit ik op de bank en kom ik er niet meer af. Bovendien ben ik op dit moment mijn haren kwijt, dus dat werkt ook niet echt mee om er op uit te gaan. Ik heb daar echt moeite mee.'

Annete

Het lichaam

'Er zit een behoorlijk litteken op mijn geopereerde borst. Deze borst is een stuk kleiner dan de gezonde borst. In het begin dacht ik nog: ach, dat valt wel mee. Maar toen was de borst nog behoorlijk opgezet als gevolg van de bestralingen.

Ik heb het even zo gelaten, maar ik ging me al snel irriteren aan het afzakkende bh-bandje. En als ik iets met een ronde hals droeg zakte mijn shirtje aan de ene kant veel meer af dan aan de kant van de gezonde borst.

Nu heb ik een 'hulpstuk'. Een soort opvulling zodat de borsten gelijk in omvang zijn. Het voelt als een soort kipfilet in een plastic zakje. Dat lijkt vreemd, maar het werkt prima.'

Adri

'Ik heb nu een litteken vanaf het midden van de borstkas tot onder mijn oksel. Ik had het heel moeilijk toen ik de na de borstsparende operatie onder de douche stond. Ik was er erg van in de war. Het zag er allemaal

zo misvormd uit. Na de borstamputatie daarentegen, had ik dat veel minder. Dat komt misschien omdat ik het ooit bij mijn moeder heb gezien, die haar beide borsten moest missen.

Ik maak nu gebruik van een plakprothese en dat bevalt prima. Ik ben daar ook heel goed bij begeleid door de verpleegkundige. Ze heeft me laten zien wat mogelijk is en ik kreeg adressen van zaken waar ik terecht kon voor een prothese. Ook daar werd ik fantastisch geholpen.

Ik draag strakke hemdjes. En sport er zelfs mee. Ik kan alleen geen heel lage halsjes dragen, want ik heb geen decolleté meer. En als je bukt is dat ook geen gezicht. Maar daar zit ik verder niet mee.

Ik ga zelfs weer naar de sauna. Dat deed ik altijd al en drie maanden na de operatie werd ik door een vriendin overgehaald weer mee te gaan. Het was heel even moeilijk, maar ik zette me er snel overheen. Ik vind het nu heerlijk om te gaan. Ja, mensen kijken even, maar ze smoezen niet. Eigenlijk hoop ik dat meer lotgenoten dat doen. Ook als ze een borst missen. Het ontspant en geeft je een goed gevoel.'

Jolanda

'Er zit nu een vrij mooi litteken op de plaats waar eerder mijn borst zat. Weliswaar behoorlijk groot, maar niet lelijk. Het litteken voelt echter nog wel pijnlijk aan en ik kan mijn arm niet helemaal meer omhoog krijgen. Ik draag een lichtgewicht prothese in mijn bh. En dat gaat prima. Ik zwem er zelfs mee. Ik koop wel altijd heel goede bh's. Vooral sportbh's met brede banden zijn heel geschikt.'

Lily

'Na de borstsparende operatie was de plaats waar de tumor had gezeten keurig opgevuld met een gaasje. In de loop van de tijd moet dat zich weer gaan vullen met eigen weefsel en verdwijnt het gaasje vanzelf. Omdat ze op de rand van de tepel een opening hebben gemaakt, is er van het litteken ook nauwelijks iets te zien. Dus daar ben ik allemaal heel tevreden over. Waar ik nu vooral mee zit is dat ik kaal ben. Overdag draag ik een sjaal om mijn hoofd. Thuis doe ik de sjaal wel eens af, maar dat vind ik toch naar. Ik heb wel een pruik, maar dat vind ik niks. Afgelopen week heb ik voor het eerst boodschappen gedaan met die pruik op.'

Annete

De relatie

'Mijn man heeft er geen problemen mee en steunt mij door dik en dun.'

Adri

'Mijn man had er in het begin minder moeite mee dan ik. Toen ik nog maar pas mijn borst moest missen, geneerde ik me nog wel eens. En kleepte me dan in het donker uit. Nu is dat voorbij en ik heb het zelfs aan mijn kinderen van dertien en zestien jaar laten zien. Ze reageerden heel goed. Ze zeiden zelfs: 'we hebben liever een mamma met één borst, dan geen mamma'. En mijn vrienden lieten me ook weten dat het aan mijzelf niets af deed. Je bent gewoon jezelf nog, meenden ze.

Dat alles neemt echter niet weg dat ik het er best wel eens moeilijk mee heb. Voor 's morgens bij het opstaan denk ik nog wel eens: 'moet ik daar de rest van mijn leven mee door?'. Maar over het algemeen heb ik het

goed geaccepteerd. En dat geldt ook voor de mensen om mij heen.'

Jolanda

'Mijn man heeft altijd erg meegeleefd en ik heb veel steun aan hem. Hij was erg bezorgd en is dat eigenlijk nog. Hij belt mij iedere dag vanaf zijn werk of alles goed gaat.'

Lily

'Mijn partner vindt mijn borst nog heel mooi na die operatie. Toen er sprake van was dat die borst eraf zou gaan, hebben we er samen afscheid van genomen. Onder de douche. Ook hebben we er foto's van gemaakt. Het was echt iets van ons samen. Een heel mooi proces. Een goed afscheid. Juist daarom was het een hele omschakeling toen we vernamen dat er een borstsparende operatie kon plaatsvinden.'

Annete

De toekomst

'Ik zie de toekomst best zonnig tegemoet. Dat heeft zeker te maken met het feit dat mij heel duidelijk is uitgelegd wat er precies gaande was en is. De eerste twee jaar moet ik ieder half jaar voor controle en daarna ieder jaar een keer. Ook de gezonde borst wordt dan uitvoerig gecontroleerd. Dat geeft me een goed gevoel. Daardoor maak ik me niet zo veel zorgen.'

Adri

'Ik kijk heel wisselend tegen de toekomst aan. Als ik een dag erg moe ben dan zie ik het uiteraard somberder in dan een dag waarop ik me beter voel. Maar de

gedachte dat ik toch weer voor heel lang heb bijgetekend, wint het van de somberheid.

Ik ben helaas wel afgekeurd. Ik werkte altijd in een bibliotheek en dat werk was heel belangrijk voor me. Maar door de beperkingen in het bewegen van mijn arm en niet zwaar mogen tillen, concentratieproblemen en vermoeidheid, kan ik dat werk niet meer doen. Gelukkig kan ik me er goed bij neer leggen dat werken niet meer lukt. Nu gaan mijn gezin en mijn familie en vrienden voor. Ze zijn heel belangrijk voor me.

Ik leef ook veel bewuster en geniet meer van kleine dingen. Afspraken maken doe ik wel, maar niet meer voor volgend jaar.'

Jolanda

'Ik ben na de operaties nooit meer echt de oude geworden. Ik ben erg moe en tillen en bukken gaan niet meer. Ik doe nu nog vrijwilligerswerk en voel me daar heel goed bij. Natuurlijk is er wel de angst dat het misschien ook in de andere borst zit of dat er andere uitzaaiingen zijn, maar ik laat me er niet door uit het veld slaan. Ik ben absoluut niet bang voor de toekomst. Het leven gaat gewoon verder.

Er is wel iets veranderd. Ik leef veel bewuster en geniet er meer van. Van mijn kleinkinderen bijvoorbeeld en we gaan wat vaker op vakantie. Ik heb een heel positieve instelling en durf ook best plannen te maken.'

Lily

'Ik ben angstig. In het begin dacht ik nog: dit is gewoon even een nare onderbreking van mijn dagelijkse leven. Maar inmiddels beschouw ik niets meer als vanzelfsprekend. Ik ben gewoon echt bang dat ik doodga. Dat

gevoel is heel sterk als ik naar mijn kinderen kijk. Ik heb twee jongens van 6 en 10 jaar. Ik wilde voorkomen dat ze op school zouden zeggen: hun moeder heeft kanker, dus ze gaat dood. Dat wilde ik voor zijn, dus heb ik de jongens zoveel mogelijk over de ziekte verteld, in fases, en ze overal bij betrokken. De jongste vertelt nu alles in de klas. 'Mijn moeder krijgt chemo. Dat maakt zieke cellen dood, maar ook gezonde cellen. Dus heeft ze nu een sjaal om haar kop omdat ze kaal is.' En thuis zeggen ze dan: doe die sjaal maar af hoor mam. De jongste meent zelfs dat ik er zonder die sjaal wel 'vet maf' uitzie.'

Annete

Adjuvante behandeling

Een behandeling na de operatie met een hormoontherapie of chemotherapie die werkzaam is door het hele lichaam, al dan niet in combinatie met bestraling bij patiënten met kanker.

Anamnese

Voorgeschiedenis van de ziekte.

Bestraling

Het toedienen van een hoge dosis agressieve straling op de plaats waar de kanker gezeten heeft.

Borstsparend

Een operatie om een knobbeltje uit de borst te verwijderen waarbij de borst niet wordt afgezet, maar waarbij de hele borst blijft zitten.

Carcinoma in situ

Afwijkende cellen die zich nog niet tot een knobbeltje hebben samengevoegd en die het nabij gelegen weefsel niet hebben aangetast.

Chemotherapie

Het gebruik van chemische geneesmiddelen om kanker te behandelen. Vaak worden er cytotoxische middelen (=producten die specifieke cellen vernietigen) gebruikt.

Chirurgie

Een operatie om het verdachte weefsel (knobbeltje) weg te halen.

Chirurgisch biopt

Stukje weefsel van het verdachte gebied wegsnijden voor onderzoek.

Cytologische punctie en histologische punctie

Met een dunne naald worden cellen verkregen die op een objectglaasje worden uitgesmeerd. Met speciale kleuring kan snel (binnen dertig minuten) de aard van de verkregen cellen worden beoordeeld. Als er met deze punctie niet genoeg cellen worden verkregen of als deze niet goed beoordeelbaar zijn, dan kunnen met een speciale dikkere naald onder lokale verdoving

pijpjes weefsel uit de verdachte afwijking worden genomen. In deze biopten kan de histologische samenhang van het weefsel microscopisch worden beoordeeld. De bewerking en beoordeling van een dikke naaldbiopt duren langer (minimaal 48 uur).

Diagnose

Het vaststellen van een bepaalde ziekte.

Echografie

Met behulp van een echogeleide transducer met contactgelei op de huid wordt een beeld verkregen. Hiermee kan soms beter borstweefsel in beeld worden gebracht. Met echografie kan worden beoordeeld of een tumor werkelijk afgrensbaar is of dat het alleen borstklierweefsel betreft, of de tumor solide en glad begrensd is (b.v. fibroadenoom) of vocht bevat en glad begrensd is (cyste) of solide is en onregelmatig begrensd met een zogenaamde slagshaduw (duidend op kwaadaardigheid).

Hormoontherapie

Behandeling van een ziekte met gebruik van hormonen.

Intraveneus

Toediening direct in de aderen per injectie of infuus.

Lymfeklieren

Clusters van goed gedefinieerd weefsel die langs de lymfebanen van het lichaam liggen; de grootste bron van witte bloedlichaampjes die het lichaam tegen schadelijke stoffen beschermen.

Mammografie

De borst wordt met enige druk tussen twee perspexplaten geklemd, waarna met een geringe hoeveelheid stralen een röntgenfoto wordt gemaakt. Meestal wordt van iedere borst een foto in twee richtingen gemaakt (van boven naar beneden, van opzij of schuin).

MRI-scan

Magnetic Resonance Imaging m.b.v. magnetische resonantie kunnen alle delen van het lichaam worden

onderzocht: nauwkeuriger dan röntgen.

Neoadjuvante chemotherapie

Een behandeling met chemotherapie voordat de operatie, al dan niet met bestraling, plaatsvindt.

Screening

Systematisch onderzoek van individuele mensen om vast te stellen of zij een bepaald ziektebeeld hebben of om te bepalen of zij een vergroot risico hebben om een bepaalde ziekte te ontwikkelen.

Stadium

Een fase in het verloop van de ziekte.

Triple diagnostiek

De combinatie van lichamelijk onderzoek, beeldvorming van de borst en een cytologische of histologische punctie biopsie wordt triple diagnostiek genoemd.

Zijn alle drie de onderzoeken verdacht of bewijzend voor een kwaadaardig gezwel dan is de diagnose 'borstkanker' honderd procent zeker.

Geven alle drie een andere testuitslag die de aard van de knobbel verklaart, dan is borstkanker uitgesloten.

In het geval van twijfel dient òf een histologische dikke naald biopsie (indien er alleen een cytologische punctie was gedaan) òf een chirurgische biopsie te worden verricht. Een negatieve cytologische punctie of een negatieve mammografie alleen sluit borstkanker niet uit.

Uitzaaiingen

De overdracht van de ziekte – in het geval van kanker – van cellen, van een orgaan of gedeelte van het lichaam naar een ander gedeelte, dat niet direct in contact staat met het eerste.

BorstkankerVereniging Nederland
Postbus 8065,
3503 RB Utrecht
Secretariaat, tel. 030 2917222, fax: 030 2917223
Lotgenotencontact: tel. 030 2917220 (10.00-13.00 uur)
E-mailadres: info@borstkankervereniging.nl



Deze brochure is een service van Pfizer Oncology en is een onderdeel van een reeks brochures over borstkanker. Voor meer informatie over borstkanker kunt u ook terecht op de website www.chirurgenoperatie.nl.

Eindredactie

Ria Bremer en Dr. E.J.Th. Rutgers

Uitgever, opmaak en productie

DCHG, Haarlem

Tekst

Julia van Bohemen

Deze uitgave is tot stand gekomen in samenwerking met de BorstkankerVereniging Nederland en de chirurg oncoloog Dr. E.J.Th. Rutgers, verpleegkundige Antoinette van der Veen en de ervaringsdeskundigen Adri, Jolanda, Lily en Annete.

Copyright© 2006

Pfizer bv

Deze PDF is alleen voor persoonlijk gebruik voor bezoekers van de site van de BorstkankerVereniging Nederland. Deze PDF mag niet voor commercieel gebruik worden aangewend. Tekst, opmaak en ontwerp blijven eigendom van Pfizer bv.

De uitgever en redactie zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud.

Borstkanker & Chirurgie

Brochures met informatie en ervaringsverhalen.
In deze serie gaat het over alle mogelijke behandelingen en lichamelijke en geestelijke gevolgen van de diagnose borstkanker. Voor iedereen die zelf of in zijn/haar omgeving met borstkanker te maken krijgt. Omdat een goede uitleg al de helft van de verwerking kan zijn.

