

Borstkanker. Operatieve technieken en de verpleegkundige zorg.

Auteur: H. Ausems

Vertaald/bijgewerkt:

Nieuwsbrief: 1997

Pagina: 43-49

Jaargang: 4

Nummer: 3

Toestemming:

Illustraties:

Bijzonderheden:

Kernwoorden: borstkanker oncologische wond wondbehandeling operatieve behandeling huidverzorging voeding preventie bestraling
Verpleegkundige richtlijnen chirurgische behandeling van het mammacarcinoom Dijkhuis, G. In: Oncologica, no. 4, p. 27-28
Subjects: Richtlijnen Verpleging Borstkanker Behandeling Chirurgie Inhoud van de verpleegkundige richtlijn bij de chirurgische behandeling van borstkanker, poliklinische fase, opnamefase, pre + post-operatieve fase, pre-ontslagfase en ontslagfase Algemeen Ziekenhuis Bouwstenen voor verpleegkundig onderwijs J.H.J. de Jong Bohn, Stafleu en van Loghum Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer Fisher, B. In: New England journal of medicine, nov. 1995
Subjects: Borstampuatie Borstbesparende Behandeling Radiotherapie Borstkanker Vergelijking in overleving van borstkanker tussen de volgende behandelingsmogelijkheden: borstampuatie, borstsparende behandeling met radiotherapie, borstsparende behandeling zonder radiotherapie. Mamma-bestralingstechnieken vergeleken vergelijking tussen het AZVU en het AvL Heumen, M. van Wagenaar, A. In: Gamma, no. 11, 1994.

Literatuur:

Borstkanker treft veel vrouwen. Confrontatie met een borstkankerpatiënte is voor een vrouwelijke verpleegkundige daarom ook altijd een confrontatie met haar eigen angsten. Patiënten krijgen vanaf het moment dat ze een knobbelje ontdekken of te horen krijgen dat de mammografie iets afwijkends laat zien, te maken met veel medische informatie, maar ook met indianenverhalen uit de omgeving. Gestructureerd informeren met begrip voor de gevoelens van een patiënte, zijn dan ook sleutelwoorden bij de verpleegkundige zorg.

Cijfers en risicofactoren

Jaarlijks wordt bij ongeveer 10.000 vrouwen borstkanker vastgesteld. Veelal betreft dit mammacarcinoom, een kwaadaardige aandoening die zich verspreidt vanuit de borstklieren. Bij tepelcarcinoom (de ziekte van Paget) ontwikkelt de tumor zich in de melkgangen van de

tepel. Dit type carcinoom is echter uiterst zeldzaam.

Van de vrouwen met borstkanker overlijdt 25 procent binnen de vijf jaar en 35 procent binnen tien jaar. Borstkanker treft vooral vrouwen tussen de vijftig en zeventig jaar (zie taartdiagram). Volgens een aantal wetenschappers kan de vroegsterfte aan borstkanker met ongeveer dertig procent worden teruggedrongen, als minstens zeventig procent van de vrouwen in de genoemde leeftijdsgroep iedere twee jaar een mammografie laat maken. Een andere risicogroep vormen vrouwen met twee of meer vrouwelijke verwanten in de eerste lijn (dus moeder of zus) met borstkanker. Bij hen is onderzoek vóór het vijftigste jaar zinvol. Met een jaarlijkse mammografie en halfjaarlijks klinisch onderzoek moet dan vroeg begonnen worden. Als familieleden rond hun veertigste borstkanker hebben ontwikkeld, is het advies aan dochters of zusters om op hun 35ste met onderzoek te beginnen.

Er is nog geen theorie die verklaart waarom borstkanker bij vrouwen in Noordwest-Europa en Amerika (met ons land, Schotland en Scandinavië als koplopers) vaker voorkomt dan bij vrouwen in Azië en Afrika. Het zal 'iets' te maken hebben met voedings- en leefgewoonten. Japanezen die naar Amerika emigreren, ontwikkelen daar namelijk na verloop van tijd even vaak borstkanker als Amerikaanse vrouwen. Er zijn aanwijzingen dat een grote consumptie van dierlijke vetten en overgewicht na de menopauze het risico verhogen. Daarnaast zijn er signalen dat weinig menstruele cycli (bijvoorbeeld doordat een vrouw laat begint met menstrueren, lange cycli, veel zwangerschappen en een vroege menopauze), het risico verminderen. Borstkanker is meestal hormoongevoelig en waarschijnlijk stimuleert in dat geval een overmaat aan oestrogenen (die in vetweefsel worden aangemaakt) de groei van tumorcellen. Het is niet aangetoond dat het slikken van de pil het risico op borstkanker verhoogt. Hormoontherapie tijdens de menopauze geeft wel een iets verhoogd risico. Stevig drinken - regelmatig drie tot vijf glazen alcohol per dag - doet het risico ook toenemen. Matig zijn met vet en alcohol is daarom aan te raden.

Duidelijke risicofactoren zijn

- * vrouw zijn (slechts een op de honderd patiënten is man);
- * leeftijd (de kans neemt toe met het ouder worden);
- * borstkanker bij twee of meer eerstegraads verwanten en/of
- * draagster zijn van zogenoemde 'borstkankergenen' (BRCA 1 of BRCA 2);
- * eerder kwaadaardige aandoeningen in de borst gehad hebben;
- * eerdere bestraald zijn in het borstgebied.

Onderzoek en diagnose

In 85 procent van de gevallen meldt de vrouw zelf symptomen als het gevreesde knobbeltje, intrekking van de huid, een huidabces, chronische rode huid, (bloederig) vocht uit de tepel of een ingetrokken tepel. In de overige gevallen zijn er geen merkbare symptomen, maar wordt na een mammografie doorverwezen, omdat daarbij afwijkingen zijn gevonden. Tegenwoordig is het via de 'triple diagnostiek' in meer dan tachtig procent van de gevallen mogelijk de diagnose 'kwaadaardig' al voor de operatie te stellen. Triple diagnostiek houdt in:

- * klinisch onderzoek, waarbij (in liggende en staande positie) borsten en lymfeklieren nauwkeurig worden afgetast;
- * mammografie waarbij röntgenfoto's van de borsten in twee richtingen worden genomen en/of echo-onderzoek als mammografisch onderzoek minder betrouwbaar is. Jonge vrouwen hebben bijvoorbeeld vaak dicht klierweefsel waarin afwijkingen slecht zijn te onderscheiden;
- * cytologische punctie waarbij cellen worden verwijderd.

Leveren deze drie methoden niet alle dezelfde uitslag op, dan kan een biopsie waarbij weefsel (biopt) wordt verwijderd, uitsluitel geven. De chirurg verwijdert de zwelling, waarna de

patholoog-anatoom de vliedunne weefselmonsters (coupes) beoordeelt. Aan de hand van deze pathologisch-anatomische uitslag kan de chirurg eventueel overgaan tot het sluiten van de wond, een borstsparende operatie of een amputatie.

Er zijn twee manieren om een biopt te beoordelen. Vriescoups kunnen al tijdens de operatie microscopisch worden bekeken. Een volledig microscopisch onderzoek (via paraffinecoups) waarin alle kenmerken van de tumor worden bekeken, vergt ruim een week.

Curatieve combinaties

Op dit moment zijn ruim honderd behandelcombinaties voor borstkanker voorhanden. Het soort behandeling hangt af van de grootte van de tumor en het al dan niet aanwezig zijn van metastasen in de lymfeklieren. Hiervoor geldt wereldwijd de TNM (Tumor-Nodus-Metastase) indeling. Een standaard die ook vergelijking van resultaten mogelijk maakt. In principe wordt bij een beperkte borsttumor de behandeling curatief opgezet. Na verwijdering van de tumor (via een borstsparende operatie of amputatie), al dan niet in combinatie met bestraling en/of aanvullende behandeling met medicijnen, heeft de vrouw tachtig procent kans om vijf jaar, en zeventig procent kans om meer dan tien jaar te overleven. Op de adjuvante behandeling met medicijnen komen we in een later artikel uitgebreid terug.

Een borstamputatie (mastectomie) betekent het verwijderen van de hele borstklier met huid, tepel en tepelhof, het onderliggende spierblad en de lymfeklieren uit de oksel. Afhankelijk van de situatie krijgt de vrouw na de ingreep aanvullende radiotherapie. Intensiteit en duur van de bestraling varieert ook per patiënte. Bij een in situ (nog niet geïnfiltrerd in omringend weefsel) carcinoom is aanvullende radiotherapie na amputatie niet nodig. De tumor ontwikkelt zich dan namelijk in klierbuizen zonder het omringende weefsel te infiltreren. In situ carcinoom geeft zelden voelbare knobbels en wordt meestal via mammografie opgespoord. Omdat de tumorcellen zich via het klierbuizenstelsel kunnen uitbreiden, is ablatio mammae, een amputatie waarbij de klierschijf geheel (maar zonder lymfeklieren) wordt verwijderd, vaak de aangewezen behandeling. Bij een tumor kleiner dan drie centimeter, kan sparend behandelen verantwoord zijn.

Na een goede locale behandeling van een in situ carcinoom, is de vrouw in principe genezen. Voor patiënten is het echter moeilijk te begrijpen dat deze feitelijke voorloper van kanker, vaak toch zo'n ingrijpende, verminkende operatie vergt.

Borstsparende ingreep vergt standaard bestraling

Bij een borstsparende ingreep raakt de vrouw alleen de tumor en lymfeklieren uit de aangrenzende oksel kwijt. De chirurg verwijdert de tumor met een 'schil' van omringend gezond weefsel. Daarna volgt bestraling. Dit verkleint namelijk de kans op recidieven. Zonder bestraling treedt bij veertig procent van de vrouwen binnen tien jaar hernieuwde tumoruitgroei op. Met bestraling is dit minder dan tien procent. De radiotherapie die op een borstsparende ingreep volgt, krijgt de patiënte veelal in twee gedeelten:

- * uitwendige bestraling van de borst, die meestal gedurende vijf weken in 25 korte sessies iedere werkdag plaatsvindt;

- * aanvullende uitwendige bestraling van de tumorlocatie òf inwendige bestraling waarbij kleine hoeveelheden caesium of iridium tegen of in de tumorlocatie worden aangebracht. Tien procent van de patiëntes die voor een borstsparende ingreep in aanmerking komen, kiest toch voor een mastectomie, omdat ze dit als 'veiliger' ervaren. De overlevingskansen na een

mastectomie of borstsparende ingreep zijn echter hetzelfde.

Dr. Rutgers, oncologisch chirurg in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, Amsterdam: „Een borstsparende operatie is vrijwel altijd een optie als de tumor beperkt is. Toch wordt in het ene ziekenhuis slechts 22 procent van de T1 tumoren (=kleiner dan 2 cm) borstsparend behandeld, terwijl dit in een ander ziekenhuis op 65 procent ligt. Bij het praten over mogelijkheden, is de manier van aanbieden belangrijk. Artsen die een amputatie bespreken en tussen neus en lippen door zeggen: 'U kunt ook een borstsparende ingreep proberen', geven de patiënte geen keus. Verpleegkundigen horen vaak als eerste de vragen die een patiënte had willen stellen. Het is daarom belangrijk dat verpleegkundigen weten dat iedere vrouw met borstkanker een individueel probleem heeft dat een individuele oplossing behoeft. Er zijn geen dogma's meer, maar 115 verschillende behandelingsmogelijkheden die, afhankelijk van de tumorsoort, het stadium, leeftijd en conditie, kunnen worden toegepast. Neem daarom de tijd voor het doorgeven van informatie en vraag naar twijfels die bij een patiënte en de omgeving zijn opkomen. En wijs een vrouw die twijfelt op de mogelijkheid van een second option."

Een borstsparende operatie wordt **niet** uitgevoerd als:

- * de tumor te groot is in verhouding tot de borst, waardoor het risico op een slecht cosmetisch resultaat te groot is;
- * er meerdere tumoren aanwezig zijn. De kans op hernieuwde uitgroei is dan te groot (ongeveer veertig procent in de eerste tien jaar);
- * zich rond de tumor voorstadia van kanker bevinden, zoals bij het 'in situ' carcinoom;
- * de patiënte niet in staat is de bestraling te volbrengen;
- * de patiënte voor amputatie kiest.

Radiotherapie

Radiotherapie bestrijdt groei van tumorcellen. Uitwendige bestraling gebeurt tegenwoordig meestal via een zogenoemde lineaire versneller. In lineaire versnellers wordt met zeer hoge elektrische spanning straling opgewekt.

De spanning wordt gemeten in mega(=miljoen)volt en daarom ook wel 'megavolttherapie' genoemd. Inwendige bestraling (brachytherapie) dient om een extra dosering (boost) te geven. Dit gebeurt via het onder narcose plaatsen van holle naalden rond de tumorlocatie. Dit kan eventueel direct na het verwijderen van de tumor gebeuren. In zo'n geval kan de uitwendige bestraling plaatsvinden nadat de inwendige bestraling is afgerond en de patiënte is hersteld van de operatie.

De inwendige bestraling kan de patiënte in de meeste klinieken met 'after loading' techniek krijgen. De geplaatste naalden zijn via slangen verbonden aan apparatuur die het radioactief materiaal (iridium of microcaesium) op ieder gewenst moment in de naalden plaatst of opslaat. Tijdens bezoek en verzorging hoort het radioactief materiaal goed afgeschermd opgeborgen te zijn. Duur van de behandeling en dosering zijn via de computer berekend en onderbrekingen worden ook automatisch verrekend. De duur van de behandeling varieert van 24 tot 48 uur, afhankelijk van de dosis. De naalden kunnen er daarna zonder narcose uit. De patiënte is dan ook weer vrij van straling. Bij radiotherapie is het noodzakelijk om:

- * goed te informeren over type bestraling en huidverzorging;
- * te melden dat getekende lijnen die het bestralingsgebied afbakenen tijdens de kuur nooit weggewassen mogen worden;
- * te vertellen dat locatiebepalingen via de scan geen informatie geven over het al dan niet aanwezig zijn van metastasen;
- * patiënten te vertellen dat deze bestraling vaak moeheid, maar geen kaalheid geeft omdat het

bestralingseffect lokaal is.

Bij inwendige bestraling krijgt een patiënt 'kamerarrest' gedurende de bestraling en afscheidingsproducten en verband- en verzorgingsproducten moeten apart worden verwijderd. Maak na de kuur patiënten en bezoekers duidelijk dat de patiënte weer volledig vrij van straling is.

Hyperthermie is het bestralen met warmte. Hierbij wordt met behulp van geluidsgolven tumorweefsel tot 42-43 graden celsius opgewarmd. Deze techniek komt in aanmerking bij behandeling van lokaal recidiverende tumoren en geeft geen stralingsrisico's.

Huidverzorgingstips en voeding

De huid in het stralingsgebied heeft van deze behandeling te lijden en kan rood en pijnlijk worden. In een enkel geval ontstaan blaren die echter meestal vier tot zes weken na het staken van de bestraling genezen. Verzorgingsadviezen zijn:

- * was de bestraalde huid niet met zeep;
- * dep de huid droog of blaas de huid droog met een lauwe föhn;
- * poeder enkele malen per dag met ongeparfumeerd talkpoeder, (stop met poederen en raadpleeg de radiotherapeut als de huid opengaat);
- * gebruik geen gaas voor open plekken, maar scheurlinnen met eucerinezalf of vaseline;
- * plak geen pleisters gedurende de bestralingsperiode;
- * vermijd zonlicht, solarium of zonnebank.

Bestralen vergt energie en alle spanningen die het met zich meebrengt, kunnen een patiënte behoorlijk aangrijpen. Het is daarom zinnig om een patiënte vooraf voedingsinformatie te geven wanneer zij een alternatief dieet overweegt. Want dit is niet het juiste moment om te beginnen aan een streng dieet dat eenzijdig is en te weinig calorische waarde heeft.

Opnameprocedure

Neem ruim de tijd voor een ongestoord anamnesegeprek en informeer u van te voren via de status. Controleer of de patiënte de geplande ingreep overziet door haar te laten herhalen wat de arts heeft verteld. Geef daarna informatie over de ingreep en vertaal medische termen. En geef de patiënte de tijd om te vertellen hoe haar omgeving heeft gereageerd. Dit geeft u een indruk van beschikbare (of ontbrekende) mantelzorg. Geef haar in het geval van een borstsparende ingreep of amputatie pre-operatief informatie over vochtinfuus, drains en pijnbestrijding en bereid haar erop voor dat tijdelijke gevoelloosheid van arm en oksel erbij hoort. Bij een biopsie is het verstandig te benadrukken dat dit niet de hele behandeling is. Voor de betrokkenen is het echter geen kleine ingreep, omdat een biopsie kan leiden tot verder ingrijpen. Controleer ook of dit echt duidelijk is.

Vorbereiding en post-operatieve wondverzorging

Pre-operatief moeten okselharen en haartjes op de borst worden verwijderd. Patiënte kan dit eventueel zelf doen.

Realiseer u tijdens het voorbereiden dat dit voor een patiënte een emotioneel moment is. Zij neemt afscheid van haar gave borst. Emmie Stolwijk, oncologieverpleegkundige in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis in Amsterdam: „En dat moet je vooral niet bagatelliseren. Een

patiënte kan op dit moment zo gespannen zijn dat ze nauwelijks informatie opneemt. Knip de informatie die je vóór de operatie geeft, dan ook in stukjes en vertel niet meer dan op dat moment nodig is. Informatie is op het hele traject uiterst belangrijk, maar heeft pas effect als je deze gestructureerd toedient. En laat een patiënte net voor de operatie niet alleen modderen met het aantrekken van operatiekleding, maar help even. Post-operatief geldt dat je moet aftasten wat een patiënte aankan. Verzorg bijvoorbeeld deze patiënte de eerste dag op bed en laat haar niet alleen met een waskom. En laat iemand die zelfstandig naar de badkamer gaat, de eerste keer ook niet alleen. Want daar ziet ze in de spiegel die mutilerende wond. Plan het wisselen van verband samen met een patiënte en zorg voor priva-cy door bijvoorbeeld naar de badkamer uit te wijken als zij als enige borst-kankerpatiënte op een afdeling ligt. Want iedere vrouw heeft op dit moment recht op haar verdriet."

Wonddrainage

Verwijder verband en zeker pleisters zo snel mogelijk als de patiënte al radiotherapie heeft gehad. Er zijn verbandhemdjes, maar u kunt ook incontinentieroekjes verknip-pen (zie tekening).

De drains in borst en oksel (in geval van okseltoilet) voeren lymfevocht af. Controleer dit op hoeveelheid en kleur. Een eventuele verstopping of lekkage moet worden opgeheven. Bij weinig productie wordt een borstdrain vaak al de eerste of tweede dag verwijderd. De okseldrain blijft minimaal vijf dagen zitten tot de productie minder dan 25 cc is. In sommige instellingen is het beleid dat de okseldrain er pas na veertien dagen uit gaat. Dit is natuurlijk ook afhankelijk van de productie. Voctophopingen kunnen, vrijwel pijnloos, worden gepuncteerd. Het verwijderen van drains is zachtgezegd onplezierig. Vertel dus wat u doet terwijl u desinfecteert en hechtingen loshaalt.

Als de eerste verwijdering erg pijnlijk is, zal de patiënte bang zijn als u de tweede gaat verwijderen. U kunt haar in zo'n geval tevoren extra pijnstilling aanbieden. Verder is het belangrijk dat het tensie meten, bloed prikken of injecties geven niet aan de geopereerde kant gebeurt.

Na verwijdering van de drains dient u alert te blijven op voctophopingen (seroom). Als de borstdrain eruit is, kan de vrouw een gewone beha zonder beugels aan, de wond in de oksel hindert daarbij meestal niet. Na amputatie hoort vóór ontslag de tijdelijke prothese geregeld te zijn. Een 'gevulde' beha heeft namelijk niet alleen een cosmetische functie, maar voorkomt ook problemen met de houding.

Goed mobiliseren

Lymfoedeem en bindweefselvorming na okseltoilet zijn bekende complicaties. Om de arm te ontlasten, is het goed deze in bed en in de stoel met een kussen te ondersteunen. De arm hoeft echter niet hoog te liggen en de vrouw mag deze normaal gebruiken. Dat zal niet makkelijk zijn, omdat ook enkele gevoelszenuwen in de huid zijn doorgesneden. Goede pijnbestrijding is dan ook eerste hulp bij mobilisatie. Het weer goed gaan bewegen zal een patiënte voor een belangrijk deel zelf moeten oppakken. De fysiotherapeut komt niet in ieder ziekenhuis standaard aan het bed. En als een patiënte wordt ontslagen zonder drains en geen adl-hulp nodig heeft, komt er thuis geen wijkverpleegkundige die adviezen kan geven. In zo'n geval is het essentieel dat de patiënte weet dat zij zelf verantwoordelijk is voor deze nazorg. Patiënte dient dan te weten dat zwelling en/of ontstekingen van wondranden altijd snel gecheckt

moeten worden. Tevens is het belangrijk dat zij weet dat fysiotherapie de mobiliteit van de arm kan verbeteren en oedeem kan tegengaan. Fysiotherapie kan via de huisarts worden geregeld. Emotionele steun kan gegeven worden door lotgenoten. En die steun heeft een vrouw vaak hard nodig.

Belangrijke adressen in Nederland

Het Voorlichtingscentrum Nederlandse Kankerbestrijding geeft folders uit en geeft (op afspraak) persoonlijk advies.

De gratis infolijn 0800-0226622 is open op werkdagen van 10.00 tot 12.30 en van 13.30 tot 16.00 uur. Met uw voorlichtingsvragen kunt u hier ook terecht.

Het LCBB (Landelijk Contactorgaan Begeleidingsgroepen Borstkankerpatiënten), Postbus 289, 3000 AG Rotterdam, is dagelijks bereikbaar op 010-4365328.

Informatie over nascholing verstrekt het Integraal Kanker Centrum (IKC) in uw regio.

Belangrijke adressen in Vlaanderen

Coördinatiecomité van Zelfhulpgroepen voor vrouwen met Borstoperatie, p/a Amazone, Leopold II-laan 20, 9100 Sint-Niklaas, telefoon 03-7603640.

Leven zoals Voorheen (LZH), een door het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap erkende vrijwilligersorganisatie, wil vrouwen met borstkanker en een borstoperatie helpen om zo snel mogelijk weer te leven zoals voorheen. Deze organisatie werkt nauw samen met professionele instanties. Secretariaat: 9400 Ninove, Josee van Opstal, Rozelaarstraat 19, telefoon 054-327262.

Vlaamse Kankerliga, Koningstraat 217, B-1210 Brussel, telefoon 02-2276969.

Infomobiel Vereniging voor Kankerbestrijding, Leuvenseweg 479-493, B-1030 Brussel, telefoon 02-7336868.

KADER

De eerste confrontatie

Als een patiënte niet wil kijken naar de wond, kunt u deze tijdens het verzorgen omschrijven. Zeg niet dat een wond 'mooi' is, maar dat deze goed gaat genezen. Waarschuw voor verkleurde en gezwollen wondranden en vertel dat dit minder wordt. Probeer voor ontslag een tijdstip af te spreken waarop u samen kijkt en doe dit voordat een partner (of familielid) de wond ziet. En tast af of u hierbij juist wel, of juist niet aanwezig moet zijn.

KADER

Draagkracht

Het is belangrijk ook de huishoudelijke 'draagkracht' van een patiënte in te schatten. Een patiënte met een partner die kan inspringen, komt heel anders thuis dan een alleenstaande oudere vrouw. Informeer of er mantelzorg is en wijs op de mogelijkheid om tijdelijk de

warme maaltijd via 'Tafeltje-DekJe' te laten komen. Een goede voedingstoestand is immers erg belangrijk.

Hansje Ausems