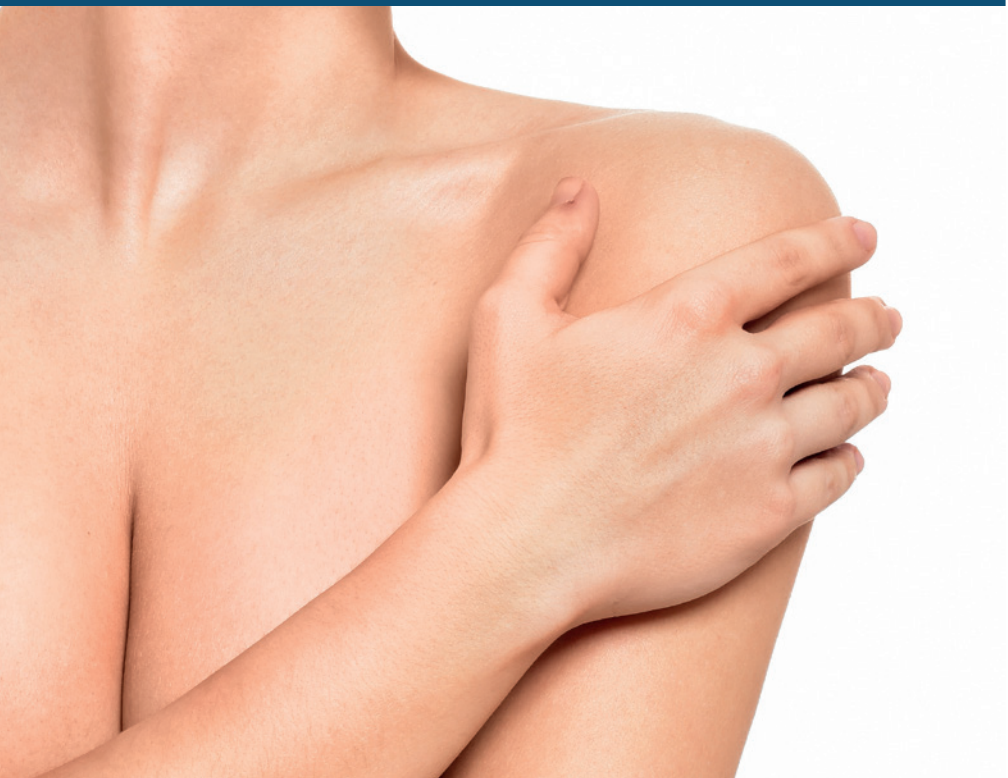
az sint-lucas
BRUGGE

BORSTKLINIEK

Borstreconstructie met lichaamseigen weefsel



Afscheid van mijn borst

VOOR DE LAATSTE KEER

Voor de laatste keer samen slapen
Voor de laatste keer samen onder de douche

Voor de laatste keer verhul ik je in mijn lingerie
Voor de laatste keer geliefkoosd

Bedankt voor de mooie tijd
Bedankt voor het voeden van mijn dochter

Binnenkort nemen we afscheid
Ik raak je kwijt
Moeilijk, maar noodzakelijk
en ik weet het zeker, ik krijg geen spijt.

Desiree, Borstkanker: de strijd van en voor mijn leven! (2010)

Borsten worden beschouwd als een symbool van vrouwelijkheid en schoonheid. Enerzijds zijn ze een symbool van het moederschap, anderzijds vormen ze de focus bij seksuele intimiteit. Vandaar dat de diagnose van borstkanker je als vrouw raakt in het diepste van je fysieke en psychische integriteit. Je staat net dat deel van je lichaam af dat zo belangrijk is voor een volwaardig vrouwelijk zelfbeeld.

Na een borstamputatie is het belangrijk het contact met je lichaam, je vrouw-zijn terug te vinden. Gevoelens van angst, schaamte, onzekerheid, boosheid en frustratie kunnen de revue passeren. Je wordt als vrouw letterlijk en figuurlijk uit je evenwicht gebracht.

Juist daarom kiezen sommige vrouwen die een borstamputatie hebben ondergaan om een reconstructie te laten uitvoeren. Andere vrouwen verkiezen dan weer om een uitwendige borstprothese te dragen. Wat voor de ene vrouw een ideale oplossing is, is dat niet noodzakelijk voor de andere. Het belangrijkste is dat elke vrouw die voor borstkanker behandeld wordt, de verschillende behandelings- en reconstructiemogelijkheden kent en op basis van goede informatie haar persoonlijke keuze maakt. Als blijkt dat een reconstructie je op weg kan helpen om je eigenwaarde terug te vinden, dan is dit een ingreep die zeker te overwegen is.

Een borstreconstructie kan getroffen patiënten helpen om zich opnieuw “compleet” te voelen, de ongemakken van een uitwendige prothese overbodig te maken, geen vestimentaire problemen meer te ondervinden en zich opnieuw comfortabel te voelen in alle mogelijke omstandigheden van het dagelijkse leven.

Daarom willen wij, als borstverpleegkundigen, je via deze brochure de informatie aanbieden die noodzakelijk is om een beslissing te nemen over het uitvoeren van een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel.

Wat is een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel?

Het doel van een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel is een borst te maken die de vorm en de grootte van de andere borst of van de verwijderde borsten zo goed mogelijk benadert.

Bij een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel wordt huid- en vetweefsel van de buik, de dij of de bil genomen. Er worden geen lichaamsvreemde voorwerpen in het lichaam gebracht.

Wie komt in aanmerking?

Een borstreconstructie met lichaamseigen weefsel is mogelijk bij elke patiënte die dat wenst, ongeacht haar leeftijd, mits toestemming van de behandelend arts.

Wanneer kom je in aanmerking?

Korte tijd of vele jaren na de borstamputatie (secundaire borstreconstructie)

Een borstreconstructie kan korte tijd of vele jaren na de borstamputatie plaatsvinden. De keuze van het tijdstip is afhankelijk van de nabehandeling, je leefgewoonten en je persoonlijke keuze:

- Als je werd bestraald, moet je minstens 6 maanden wachten voor je een borstreconstructie mag ondergaan.
- Als je werd behandeld met chemotherapie, moet je wachten tot je bloedwaarden genormaliseerd zijn (4 à 5 weken na toediening van de laatste chemotherapie).
- Als je rookt, moet je zeker 6 maanden voor de borstreconstructie stoppen met roken.
- Ben je na de nabehandeling nog niet onmiddellijk aan een borstreconstructie toe, kan je gerust nog even wachten.

Onmiddellijke borstreconstructie (primaire borstreconstructie)

Een onmiddellijke borstreconstructie is mogelijk bij vrouwen:

- die hun borsten preventief laten verwijderen vanwege een erfelijke aanleg voor borstkanker. De bekendste genetische afwijkingen zijn BRCA-1 en BRCA-2, CHEK-2 en PALB2, maar naarmate genetische afwijkingen meer bestudeerd worden, komen er ook meer erfelijke aandoeningen aan het licht.
- die een borstamputatie ondergaan vanwege een voorstadium van borstkanker, met name het ductaal (melkgang) carcinoma in situ of DCIS, of het lobulair (melklier) carcinoma in situ of LCIS. Bij deze vormen van borstkanker is immers meestal geen radiotherapie nodig.
- die een laattijdige borstreconstructie langs één zijde (na een borstamputatie) ondergaan en ondertussen de andere zijde preventief laten verwijderen.

Een onmiddellijke reconstructie gebeurt altijd na grondig overleg tussen de patiënte, de behandelend arts en de plastisch chirurg.

Op raadpleging bij de plastisch chirurg

De plastisch chirurg zal samen met jou de beste techniek kiezen en die zorgvuldig met je bespreken, alsook de mogelijke complicaties die kunnen optreden. Als je op raadpleging komt, is het belangrijk dat je alle medische informatie bezorgt aan de plastisch chirurg:

- Je medische voorgeschiedenis zoals radiotherapie, chemotherapie, allergieën …
- Je medicatiegebruik zoals hormonale therapie, bloedverdunners, antidiabetica …
- Je eventuele rookgewoonten.

Als je dit wenst, kan een operatiedatum afgesproken worden. Wachtlijsten waren vroeger vaak maandenlang, maar worden tegenwoordig zo kort mogelijk gehouden.

De plastisch chirurg zal je aanraden om voor de operatie nog eens langs te gaan bij je behandelende arts. Hij zal met jou ook bespreken welke preoperatieve onderzoeken er eventueel nog moeten gebeuren. Meestal is het nodig een specifieke scan uit te voeren om een zicht te hebben op de bloedvaten in de buik of bil.

Welke technieken worden gebruikt ?

In deze brochure bespreken we de drie meest gebruikte technieken. Als je niet in aanmerking komt voor één van deze technieken, zal de plastisch chirurg de techniek die bij jou wordt toegepast uitvoerig met je bespreken.

Borstreconstructie met weefsel van de buik: de DIEP-flap of SIEA-flap

Bij deze methode wordt ter hoogte van de onderbuik huid en vet met een aan- en afvoerend bloedvat losgemaakt en naar de borst verplaatst. De naam DIEP verwijst naar de afkorting van het gebruikte bloedvat (de Deep Inferior Epigastric Perforator) en niet naar de “diepte” van de operatie!

De rechte buikspieren worden intact gelaten zodat de functie ervan volledig bewaard blijft. De bloedvaten die nodig zijn voor de bloedvoorziening van de flap worden meticuleus vrijgemaakt uit de rechte buikspieren. Bij een DIEP-flap wordt een dieper gelegen bloedvat vrijgemaakt en bij een SIEA-flap een oppervlakkig gelegen bloedvat. Een oppervlakkig gelegen bloedvat kan enkel gebruikt worden als het een voldoende grote diameter heeft. Deze techniek geeft minder kneuzing van de buikspieren en laat je sneller herstellen, maar slechts weinig mensen hebben dit bloedvaatje van voldoende diameter.

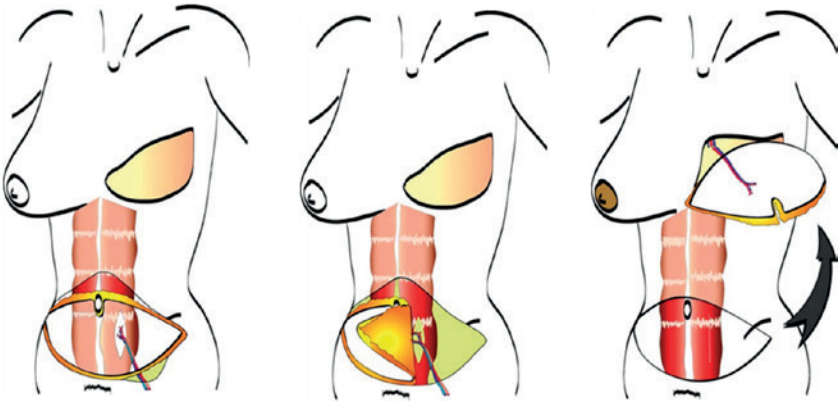
Vervolgens wordt ter hoogte van de borstkas, tussen de ribben, een bloedvat vrijgemaakt waarop het bloedvat van de flap wordt aangesloten. Dit gebeurt onder een operatiemicroscoop. Op die manier wordt de bloedcirculatie in het getransplanteerde weefsel hersteld en kan de flap op zijn nieuwe plaats ingroeien. Tenslotte wordt met het getransplanteerde weefsel een borst gecreëerd. We trachten onmiddellijk om een zo goed mogelijke symmetrie met de andere borst te bereiken. Vervolgens wordt de navel opnieuw ingeplant nadat het bovenste gedeelte van de buik is ondermijnd en naar beneden is gebracht.

De huid zal littekens van de amputatie en van de reconstructie vertonen.

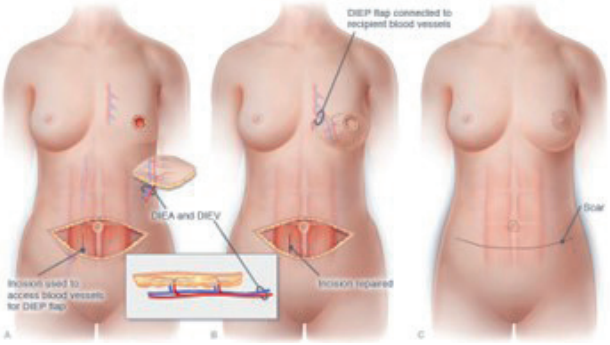
Bij een secundaire reconstructie (na een eerdere mastectomie) zal zich ter hoogte van de borst het oude litteken van de borstamputatie bevinden en daaronder zal nog een litteken te zien zijn dat doorloopt in de borstplooi. Je kan dit een beetje vergelijken met een herstelling aan een kledingstuk, waarbij een lapje bijvoorbeeld op een elleboog wordt gestikt.

Bij een primaire reconstructie (tijdens dezelfde operatie als de mastectomie) kan veel meer van de originele huid van de borst bewaard worden en zijn de littekens beperkter. We behouden dan zoveel mogelijk de enveloppe van de borst en vervangen enkel de inhoud.

Op de onderbuik loopt een horizontaal litteken van de ene heupkam naar de andere. Het litteken is zo laag mogelijk gelegen zodat het onder een slip of bikini kan worden verstopt. De littekens zullen vervagen met de tijd. Door het wegnemen van vetweefsel in de buik zal de buik na de ingreep vlakker en meer gespannen aanvoelen.



De vrije DIEP-flap (Blondeel, 2007)

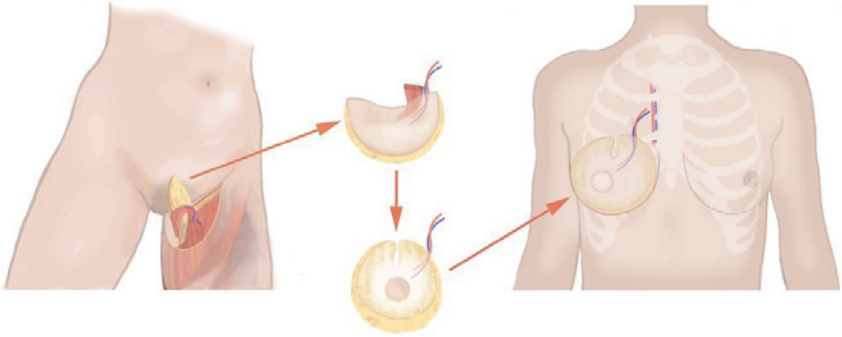


Borstreconstructie met weefsel van de binnenzijde van de dij: de TMG-flap of de PAP-flap

Soms is de DIEP/SIEA-flap door omstandigheden niet mogelijk, bijvoorbeeld na een eerdere buikwandcorrectie of uitgebreidere buikoperaties, of als een eerdere reconstructie met een DIEP/SIEA-flap is mislukt. Vaak wordt dan voorgesteld om het lossere weefsel aan de binnenzijde van de dij te gebruiken. De meest beproefde techniek, de TMG-flap (Transverse Myocutaneous Gracilis), maakt gebruik van een spiertje, de gracilisspier, met overliggende huid en vetweefsel. Dit spiertje maakt deel uit van de spiergroep aan de binnenzijde van de dij, de adductoren, en kan gemist worden omdat de andere spieren van de spiergroep de functie ervan overnemen.

Een recentere evolutie van deze techniek is de PAP-flap (Profunda Artery Perforator). Deze techniek maakt enkel gebruik van het huid- en vetweefsel van de mediale dij, zonder het spiertje.

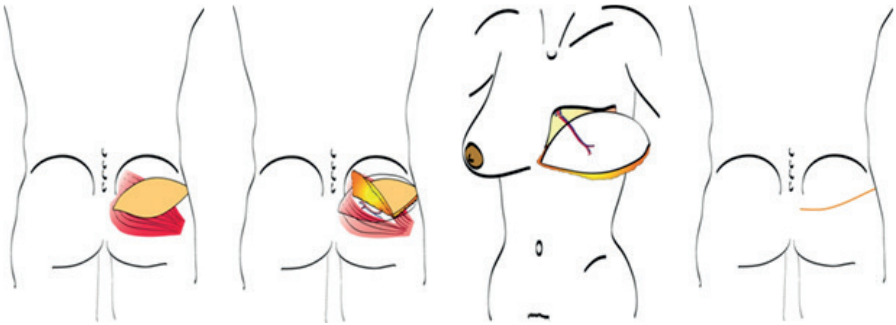
Bij beide technieken wordt een litteken gemaakt dat zichtbaar blijft in de liesplooi, waardoor het onder je ondergoed kan worden verstopt. De chirurg bepaalt vooraf of één kant volstaat voor voldoende volume, of als twee zijden nodig zijn om een mooie borst te maken. In het geval slechts één zijde nodig is, kan nadien de andere zijde ook worden geretoucheerd om de symmetrie van de dijen te herstellen.



Borstreconstructie met weefsel van de bil: de SGAP-flap

Als er geen of onvoldoende buikweefsel beschikbaar is, kunnen we ook gebruik maken van het vetweefsel van de bil. Ter hoogte van de bil is altijd voldoende vet aanwezig, zelfs bij heel slanke patiënten. Voor het vetweefsel van de bil wordt een vergelijkbare techniek toegepast als voor het vetweefsel van de buik of de dij. De bloedvaten die nodig zijn voor de bloedvoorziening van de flap worden door middel van microchirurgie vrijgemaakt uit de onderliggende bilspier. Ook hier wordt de functie van de bilspier volledig bewaard.

De huid zal littekens vertonen van de amputatie en van de reconstructie. Bij de SGAP-flap blijft een litteken achter dat schuin over de bil loopt, vanaf de bilplooi over de volledige breedte van de bil. Door zijn hoge positie kan het litteken gemakkelijk worden bedekt met een slip of een bikini. Ook hier zullen de littekens vervagen met de tijd. Door de grotere complexiteit van de operatie (onder andere door de noodzaak om de patiënte te draaien tijdens de ingreep) en door de resulterende vervorming van de contouren van de bil, wordt deze techniek nu minder toegepast en wordt eerder gekozen voor de TMG-en PAP-flap.



De SGAP-flap

Voordelen

- De nieuwe borst is zacht, warm en ziet er natuurlijk uit.
- Er worden geen lichaamsvreemde voorwerpen in het lichaam gebracht waardoor de kans op laattijdige verwikkelingen en chirurgische correcties afneemt.
- Aangezien het om eigen weefsel gaat, volgt de gereconstrueerde borst ook het normale ritme en verouderingsproces van het lichaam, alsook eventuele gewichtsschommelingen.

Nadelen

- De operatie is complex en dit resulteert in een lange operatietijd (± 6 uur) en een lange hospitalisatie (± 1 week).
- De ongemakken na de operatie zijn niet te onderschatten, maar verdwijnen volledig.
- De herstelperiode (4 tot 6 weken) duurt langer dan bij een reconstructie met implantaten. Je bent 2 tot 3 maand arbeidsongeschikt.
- Complicaties komen bijna uitsluitend voor tijdens het verblijf in het ziekenhuis.

Complicaties

Bij een reconstructie met lichaamseigen weefsel bestaat de kans dat het getransplanteerde weefsel geheel of gedeeltelijk afsterft. Bij minder dan 5% van de patiënten vormt zich de eerste 48 uur na de ingreep een klonter ter hoogte van de nieuwe verbinding tussen de bloedvaten.
Als deze complicatie zich voordoet, is een heringreep noodzakelijk om deze klonter te verwijderen en om de bloedcirculatie in de flap te herstellen.
Bij de meerderheid van de patiënten is het probleem hiermee opgelost.
Soms ontstaat echter een nieuwe klonter en blijkt het onmogelijk de circulatie definitief te herstellen en moet het weefsel opnieuw verwijderd worden. Deze complicatie doet zich meer voor bij rokers.

Voor de ingreep bespreken we deze mogelijke complicatie met jou, maar laat je hierdoor niet afschrikken: bij de overgrote meerderheid van de patiënten lukt de reconstructie wél. Ons gespecialiseerd medisch en verpleegkundig personeel zal je bovendien nauwgezet opvolgen.

Zoals bij elke chirurgische ingreep moet je rekening houden met de kans op algemene complicaties zoals nabloeding, infectie van de wonde, vertraagde wondgenezing, vetnecrose, diepe veneuze trombose en longembolen. Zodra het eigen weefsel is ingegroeid, is de kans op problemen heel klein.

Remodellage en reconstructie van de tepel en het tepelhof

De tepelreconstructie gebeurt 3 tot 6 maanden na de borstreconstructie. Deze periode is noodzakelijk omdat de borst zijn definitieve vorm moet bereikt hebben om de tepel definitief op een gelijke hoogte als de tepel van de andere borst te kunnen reconstrueren.

De tepel wordt meestal gereconstrueerd met een klein flapje afkomstig van de huid van de gereconstrueerde borst, het wordt op een zodanige manier uitgesneden dat het een “topje” wordt. Deze kleine ingreep wordt uitgevoerd onder plaatselijke verdoving.

Vaak wordt deze tweede ingreep gecombineerd met verdere stappen om de vorm van de borsten te verbeteren. Zo kan de andere, niet-behandelde borst verkleind of gelift (of beide) worden, en kan met vetinspuitingen (lipofilling) de contour worden verbeterd. Deze ingrepen vereisen meestal een korte narcose en kunnen in dagopname gebeuren.

Het tepelhof wordt er enkele maanden later omheen getatoeëerd door een medisch tatoeage-specialist.

Hoeveel kost een borstreconstructie?

Sinds 2016 bestaat er tussen de ziekenfondsen, het RIZIV en de plastisch chirurgen die zich eraan onderwerpen, een akkoord over de terugbetaling van een borstreconstructie. Dit betekent dat de borstreconstructie en de navolgende behandelingen zoals de eventuele remodellage van de gezonde borst en de reconstructie van tepel en tepelhof, worden terugbetaald.

De artsen van AZ Sint-Lucas Brugge hebben deze overeenkomst ondertekend en volgen dus de conventieregels voor borstreconstructie.

Als je voor een tweepersoonskamer kiest, wordt de ingreep volledig vergoed door je ziekenfonds.

Kies je voor een verblijf op een éénpersoonskamer, dan worden er kamer- en honorariumsupplementen aangerekend. Deze ereloonsupplementen zijn begrensd tot de bedragen die door alle hospitalisatieverzekeringen worden vergoed. Als je een hospitalisatieverzekering hebt die een eenpersoonskamer dekt, mag je dus gerust zijn dat je niet voor onverwachte kosten komt te staan bij de keuze voor een individuele kamer. Je kijkt best je verzekeringspolis na om te weten of je verzekering een zogenaamde vrijstelling of franchise zal aanrekenen.

Tip: licht ook je hospitalisatieverzekering zo snel mogelijk in over de ingreep.

Praktische informatie

De week voor de opname

Ongeveer een week voor de opname word je uitgenodigd op de dienst EVA (Eenheidsondersteuning Verpleegkundige Anamnese). Hier worden de formaliteiten van de opname geregeld, zodat die je worden bespaard op de dag van de ingreep. Zo vermijden we onnodige wachttijden en stress op de dag zelf.

Dag van de opname

De dag van de ingreep meld je je nuchter aan met uw identiteitskaart aan de kiosken. Je ontvangt een volgnummer voor de inschrijvingsbalie. Ga naar de inschrijvingsbalie in de centrale hal, verdieping 0. Neem plaats in de wachtruimte tot je volgnummer op het scherm verschijnt. Een opnamemedewerker zal je inschrijving verder afwerken, je hospitalisatieverzekering in orde brengen en je de patiëntenstickers en een identificatiebandje bezorgen. Vervolgens word je doorverwezen naar de verpleegeenheid waar je tijdens je opname zal verblijven.

Eenmaal in de verpleegeenheid zullen de voorbereidingen voor de operatie getroffen worden. Je wordt getrimd (oksels en schaamstreek). Wanneer je zelf de oksels en schaamstreek scheert, doe je dit best 4 dagen voor de ingreep, om infectierisico te verminderen.

Antitrombosekousen worden aangemeten. Deze kousen bevorderen de bloeddoorstroming in de benen en moeten gedurende de volledige hospitalisatieperiode en tot een week nadien gedragen worden.

Tegen 07.30 uur word je door de verpleegkundigen van de verpleegeenheid naar de operatiezaal gebracht.

In het onthaal van de operatiezaal word je voorbereid op de ingreep. De plastisch chirurg komt nog even langs en zal ter hoogte van de borst en de buik, dij of bil markeringen aanbrengen als voorbereiding op de ingreep.

Als je dat wenst, bijvoorbeeld als je van verder komt of niet graag 's ochtends vroeg naar het ziekenhuis komt, kan de opname al plaatsvinden de dag voor de ingreep.

Na de ingreep

In de verpleegeenheid Intensieve zorg

Na de ingreep verblijf je tot de volgende dag in de verpleegeenheid Intensieve zorg. Deze afdeling beschikt over meer gespecialiseerd personeel per patiënt om je door de belangrijke eerste uren na de ingreep te loodsen. De flap moet namelijk frequent gecontroleerd worden op temperatuur, kleur en doorbloeding. Een vroege herkenning van de mogelijke problemen is zeer belangrijk voor het slagen van de ingreep. Door het continue opvolgen van de bloeddruk, het hartritme, de ademhaling en de temperatuur kan er een objectief beeld gevormd worden van de situatie.

Eenmaal wakker zal je het volgende opmerken:

- **Een infuus ter hoogte van de hals of de arm** (aan de niet- geopereerde zijde): dit dient voor het toedienen van vocht en medicatie.
- **3 tot 4 drainagebuisjes**: deze dienen om overtollig wondvocht uit de wonden te zuigen.
- **Een blaassonde** zodat je de eerste dag niet uit bed hoeft te komen.
- **Een wazig zicht**: tijdens de ingreep wordt een beschermende oogzalf (tegen uitdroging van de ogen) aangebracht, dit kan aanvankelijk tot een wazig zicht leiden.
- **Een beperkte mobiliteit**: zo word je voor een DIEP/SIEA-flap initieel in een halfzittende positie geplaatst.
- **Pijn**: de pijn kan met de nodige medicatie meestal onder controle gehouden worden.

Je familie kan je bezoeken in de verpleegeenheid Intensieve zorg, maar de bezoekuren zijn beperkt. Bezoek is enkel mogelijk van 19.00 tot 19.45uur en er kunnen per patiënt maximaal 2 personen tegelijk op bezoek komen. De verpleegeenheid Intensieve zorg is dag en nacht telefonisch bereikbaar.

In de verpleegeenheid

- De noodzakelijke controles gebeuren verder, maar worden afgebouwd.
- De plastisch chirurg komt regelmatig bij je langs.
- Daags na de ingreep of op dag 2 zal de verpleegkundige de meeste verbanden ter hoogte van borst en buik en bil verwijderen en de wondzorg volgens voorschrift uitvoeren.
- Dagelijks wordt na overleg met de arts nagekeken of het infuus, de drains en de blaassonde kunnen verwijderd worden.
- De kinesist zal langskomen om ademhalingsoefeningen en eventueel manuele lymfedrainage op te starten.
- De verpleegkundigen zullen je ondersteunen bij het verlaten van het bed en bij het opzitten.

Tijdens je verblijf zullen wij je ondersteunen en begeleiden. Een team van artsen, verpleegkundigen, psychologen, sociaal assistenten, kinesitherapeuten … staat voor je klaar.

Het ontslag

Je verblijft ongeveer 4 à 5 dagen in het ziekenhuis voor een eenvoudige reconstructie en 6 à 7 dagen voor een dubbelzijdige reconstructie.

Als je terug op de been bent en het gevaar voor complicaties geweken is, kan je thuis verder herstellen. Een controleraadpleging, 10 à 14 dagen na ontslag, zal voor jou worden ingepland. Bij thuiskomst heb je specifieke wondverzorging nodig, hiervoor krijg je een voorschrift mee. Je kan ook best wat huishoudelijke hulp inschakelen de eerste weken na de ingreep.

Belangrijke weetjes

- Je borst blijft tot 6 tot 8 weken na de ingreep gezwollen. Wees geduldig!
- Vermijd tijdens de eerste 6 weken na de ingreep buikligging
- Je mag tot 6 weken na de ingreep niet heffen en geen zware lasten tillen (kinderen optillen, boodschappen dragen, poetsen enzovoort). Het is wel belangrijk dat je vanaf de dag van de ingreep voldoende beweeg in functie van de bloeddoorstroming.
- Je bent 2 tot 3 maanden arbeidsongeschikt, afhankelijk van het beroep dat je uitoefent.
- Je mag een sportbeha dragen na advies van de plastisch chirurg. Meestal is dit 2 tot 4 weken na ontslag.
- Je mag 1 week na ontslag opnieuw autorijden. Het dragen van een autogordel is geen probleem.
- Je kan terug douchen nadat alle drains verwijderd zijn. De laatste drains worden ± 5 tot 6 dagen na de ingreep verwijderd. Vermijd agressieve zepen en hou het contact met water kort gedurende de eerste 3 weken. Droog je goed af.
- De hechtingen ter hoogte van borst en buik of bil zijn meestal verteerbaar door het lichaam en moeten niet verwijderd worden.
- Het is verboden te roken na de ingreep. Dit kan de wondgenezing vertragen en de bloedvoorziening in de nieuwe borst beschadigen.
- Je mag zonnen, maar kies voor een katoenen kleurrijke bikini, badpak of beha. Een zwarte synthetische bikini, badpak of beha verhoogt het risico op brandwonden door de zon.

Wanneer moet ik mij zorgen maken?

- Als je onwel wordt of koorts krijgt.
- Als de pijn sterk toeneemt.
- Als de zwelling in de borst sterk toeneemt.
- Als er duidelijke kleur- of temperatuursveranderingen optreden in de borst.

Bij problemen kan je altijd terecht bij de borstverpleegkundige of via de Spoedgevallendienst van ons ziekenhuis.

Bij onduidelijkheden kan je altijd contact opnemen met de borstverpleegkundige, elke werkdag van 09.00 tot 15.00 uur. Buiten de kantooruren bel je best de plastisch chirurg zelf, op het nummer dat je bij ontslag meekrijgt.

Borstverpleegkundige
050 36 51 06
borstkliniek@stlucas.be
R 000 - 1e verdieping

Informatie

Interessante sites

- www.borstkanker.net
- www.borstkliniekbrugge.be
- www.aclinic.be
- www.neo-ma.be

Literatuur

- Hamdi, M., Luyten, A., Blancquaert, L. (2007). Twee Borsten, reconstructie van een vrouw. Roeselare: Roularta Books nv.
- Blondeel, Ph., Van de Sijpe, K. (2007). Mijn borst, alles over borstreconstructie. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv.

Contact

Borstverpleegkundigen

050 36 51 06
borstkliniek@stlucas.be
www.borstkliniekbrugge.be

Secretariaat Plastische en Reconstructieve heelkunde

050 36 51 42
Route H 301 - 3e verdieping

Verpleegeenheid Gynaecologie

050 36 93 50
Route B 332 - 335 - 3e verdieping

Verpleegeenheid Intensieve zorg

050 36 55 05
Route B -33 - verdieping -1

Maatschappelijk assistent

Annick Mathieu
050 36 58 19
annick.mathieu@stlucas.be

Psychologe

Hanneke Decock
050 36 58 05
hanneke.decock@stlucas.be

Vandaag ben ik een gelukkige vrouw.

Ik heb borstkanker gehad …
Alleen enkele oppervlakkige littekens herinneren mij aan die tijd.

De leegte heeft plaats gemaakt voor een mooie welving
De onzekerheid voor zekerheid.

Mijn twee nieuwe rondingen zijn in harmonie met mijn lichaam,
zo natuurlijk zacht en stevig.

Ik ben opnieuw vrouw, volledig, zelfverzekerd, fier, jonger zelfs.

A.V. (Blondeel, 2007)

Bronnen

- Hamdi, M., Luyten, A., Blancquaert, L. (2007). Twee Borsten, reconstructie van een vrouw, 112 – 119. Roeselare: Roularta Books nv.
- Blondeel, Ph., Van de Sijpe, K. (2007). Mijn borst, alles over borstreconstructie, 173 – 179. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv.
- Desiree, (2010) Borstkanker: de strijd van en voor mijn leven. Geraadpleegd op 20 november 2010 via http://desiree33.web-log.nl/ desiree/2010/09/gedicht.html

55116-PZ-MDT-BK-BORSTRECONSTRUCTIE (03/25)

AZ Sint-Lucas Brugge

Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge

050 36 91 11 info@stlucas.be www.stlucas.be

az sint-lucas BRUGGE