



Preventieve verwijdering van eierstokken en eileiders

Inhoud

Voor wie is deze informatiefolder bedoeld?	1
De baarmoeder, eileiders en eierstokken - algemene informatie	2
Verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker	2
De operatie	3
Voorafgaand aan de operatie	4
De dag van de operatie	5
Herstel	6
Weefselonderzoek	7
De belangrijkste gevolgen van de operatie	8
Leefstijl	13
Conclusie	14
Aanvullende informatie	14
Vragen	15

Voor wie is deze informatiefolder bedoeld?

U heeft een verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker als gevolg van dragerschap van een BRCA 1 of BRCA 2 genmutatie. Het is ook mogelijk dat u een familiale vorm heeft: er komt bij u in de familie bij twee of meer vrouwen eierstokkanker voor zonder dat er een erfelijke aanleg kon worden aangetoond. Als u de erfelijke aanleg heeft dan is er helaas geen manier om er achter te komen of u ook werkelijk eierstokkanker gaat krijgen. Bovendien heeft eierstokkanker geen duidelijk voorstadium, waardoor vroege opsporing door screening niet mogelijk is.

De enige effectieve maatregel die u kunt nemen om het ontstaan van eierstok-/eileiderkanker te voorkómen is het uit voorzorg (preventief) laten verwijderen van uw eierstokken en/of eileiders.

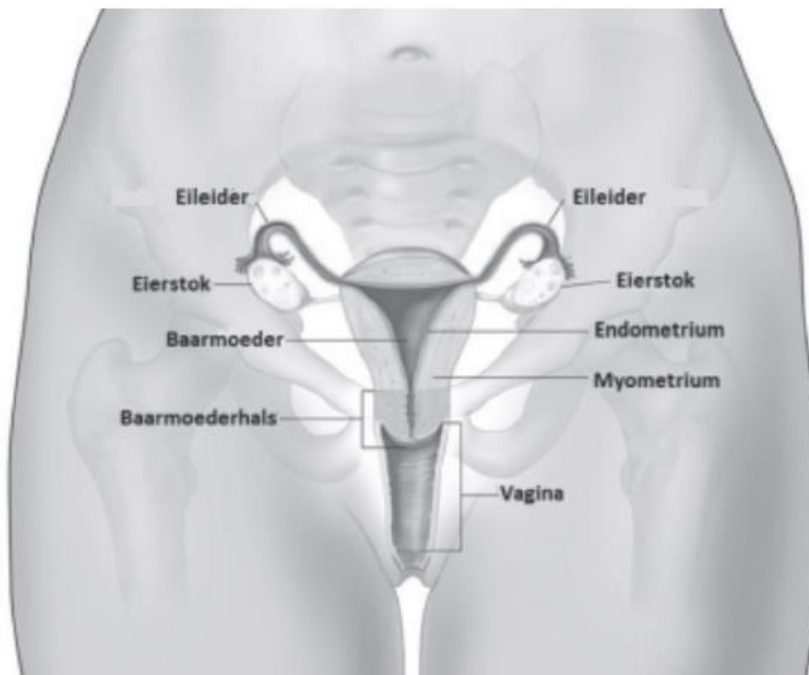
De informatie in deze folder is bedoeld voor vrouwen die overwegen om preventief, dus uit voorzorg, hun eierstokken en eileiders te laten verwijderen, ook wel bilaterale salpingo-oöphorectomie genoemd. Een andere term die u kunt tegenkomen is risicoreducerende salpingo-oöphorectomie (RRSO).

In deze tekst wordt ingegaan op de redenen waarom u zou kunnen besluiten over te gaan tot deze ingreep. Vervolgens worden de operatie zelf, de eventuele risico's, de herstelperiode en de gevolgen van deze operatie beschreven.

De keuze voor het laten verwijderen van eierstokken en eileiders is geen gemakkelijke. U kunt hier alle voor- en nadelen rustig nalezen. Dit kan u helpen bij het maken van een keuze. Deze informatie kan bovendien gebruikt worden om andere personen duidelijk te maken wat er bij u leeft en voor welke keuze u staat.

De baarmoeder, eileiders en eierstokken - Algemene informatie

Een normale baarmoeder (uterus) heeft de vorm en grootte van een peer. Aan de brede bovenkant monden twee eileiders (tubae) in de baarmoeder uit. Deze dunne, soepele buisjes, die 8 tot 10 cm lang zijn, beginnen bij de baarmoeder en eindigen bij de eierstokken. Normale eierstokken (ovaria) zijn ongeveer 3 cm groot.



Baarmoeder, eileiders en eierstokken liggen niet los in de buik, maar zitten met bloedvaten en bindweefselbanden in het bekken vast. De eierstokken maken hormonen die elke maand het baarmoederslijmvlies opbouwen. De baarmoeder is aan de binnenkant (baarmoederholte) bekleed met dit slijmvlies dat onder invloed van hormonen maandelijks via de baarmoedermond en schede (vagina) wordt afgestoten (de menstruatie). De hormonen dragen ook bij tot het zin hebben in vrijen (libido) en tot het stevig, soepel en vochtig houden van de schede.

Elke maand komt er bij de eisprong een eikel uit één van de eierstokken vrij. De eileiders hebben een transportfunctie voor zaadcellen en voor de eikel. De bevruchting vindt plaats in de eileider en de bevruchte eikel wordt naar de baarmoeder vervoerd voor innesteling. Een niet bevruchte eikel lost vanzelf op.

Verhoogd risico op eierstok-/eileiderkanker

Vrouwen met een afwijking (mutatie) in een van de BRCA1-en BRCA2-genen hebben een sterk verhoogde kans op het krijgen van borstkanker en ook op eierstok-/eileiderkanker. Waar we in het vervolg eierstokkanker noemen, bedoelen we daar ook eileiderkanker mee. Vrouwen bij wie een mutatie (nog) niet is aangetoond, kunnen op basis van de familiegeschiedenis ook een verhoogd risico hebben op het krijgen van borst- en/of eierstokkanker.

Als bij u een afwijking in de BRCA genen is aangetoond, gaan we met u in gesprek over het preventief verwijderen van eierstokken en eileiders. Ook als de mutatie niet bij u is aangetoond, maar uit uw familiegeschiedenis duidelijk een verhoogd risico op eierstokkanker naar voren komt, kan het zijn dat deze ingreep met u wordt besproken.

Bij u is komen vast te staan dat u een verhoogd risico heeft op het krijgen van eierstokkanker. Uit onderzoek is gebleken dat controle op eierstokkanker met behulp van echo-onderzoek, de kans op het krijgen van de ziekte of de kans eraan te overlijden niet verkleint. De enige mogelijkheid om uw risico te verkleinen is uw eierstokken en eileiders te laten verwijderen.

Dit preventief verwijderen van de eierstokken en de eileiders verlaagt het risico tot bijna nul. Het risico wordt niet helemaal nul, omdat er heel zelden een soort eierstokkanker van het buikvlies ontstaat. Het buikvlies dat aan de binnenkant van de buik zit heeft van oorsprong hetzelfde type weefsel als de eierstokken. Het risico hierop wordt geschat op 1-2% en is bijna gelijk aan dat van de populatie vrouwen zonder verhoogd risico. Controle hierop is ook niet zinvol.

BRCA genmutatie:

Vrouwen met een BRCA1 genmutatie hebben een kans van 35 – 45 % om in hun leven eierstokkanker te krijgen. Voor vrouwen met een BRCA2 genmutatie is deze kans 10 -20 %. Over het algemeen neemt het risico op eierstokkanker voor vrouwen met een BRCA1 genmutatie sterk toe vanaf het 35^e levensjaar. Voor vrouwen met een BRCA2 mutatie is dat iets later, tussen het 40 en 45^e levensjaar.

Familiaire eierstokkanker:

Voor vrouwen zonder een aantoonbare mutatie, bij wie in de familie wel eierstokkanker voorkomt, kan de kans op eierstokkanker oplopen tot 10%.

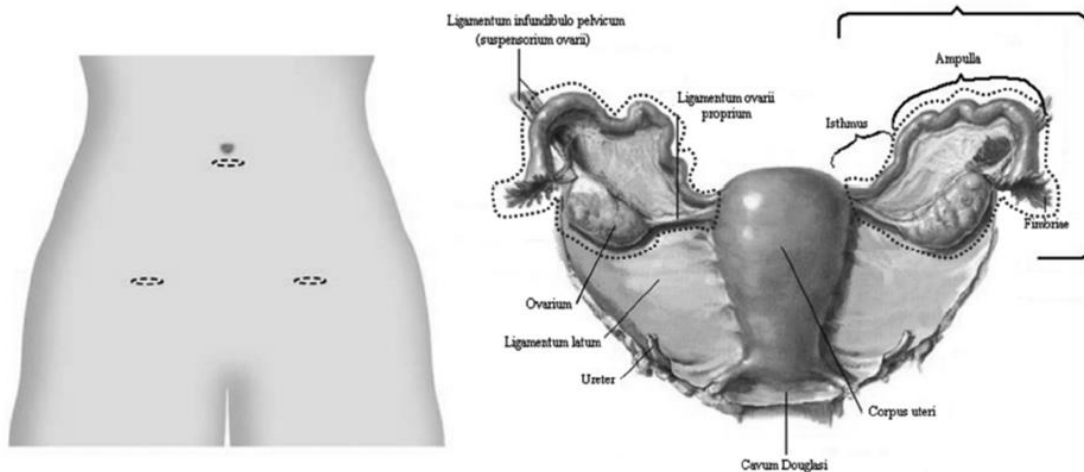
Geen eierstokkanker in de familie:

Voor vrouwen zonder eierstokkanker in de familie is de kans om de ziekte te krijgen ongeveer 1%.

De operatie

De ingreep wordt meestal via een kijk(buis)operatie (laparoscopie) verricht. De operatie gebeurt onder algehele verdoving (narcose), door een gynaecoloog samen met een gynaecoloog-in opleiding. De gynaecoloog maakt meestal een sneetje van ongeveer 1 cm in de onderrand van de navel en brengt door dat sneetje een dunne holle buis in de buikholte waardoor eerst de buik wordt gevuld met koolzuurgas (CO₂). Zo ontstaat ruimte in de buik om de verschillende organen te bekijken. Daarna brengt de gynaecoloog via dezelfde buis de kijkbuis (laparoscoop) in de buik en sluit deze aan op een videocamera. De baarmoeder, eileiders en eierstokken zijn zo zichtbaar op het beeldscherm. Daarna worden op 2-3 andere plaatsen, zoals net boven het schaambeek en links en/of rechts in de buik, kleine sneetjes gemaakt waardoor men operatie-instrumenten inbrengt. In totaal zal de gynaecoloog 3 à 4 sneetjes maken (zie illustratie).

Via de schede (vagina) en de baarmoederhals wordt doorgaans een instrument in de baarmoederholte gebracht om de baarmoeder tijdens de operatie te kunnen bewegen om de operatie gemakkelijker te maken. Dat is de reden dat u na de operatie soms een klein beetje vaginaal bloedverlies bemerkt.



Vervolgens wordt wat (spoel)vocht uit de buik opgezogen. Hierna worden de eierstokken en de eileiders losgemaakt van de baarmoeder en de bekkenwand (zie de stippellijnen in de illustratie). Nadat ze zijn los gemaakt worden de eierstokken en eileiders in een klein zakje gestopt dat door de buikwand naar buiten wordt gebracht, via hetzelfde sneetje als waar de instrumenten door naar binnen zijn gegaan.

Operatierisico's

De meeste laparoscopische (=kijkbuis) operaties (95%) verlopen zonder complicaties.

De mogelijke complicaties die kunnen optreden zijn:

- In ongeveer 2% van de kijkbuisoperaties moet er toch een 'gewone' buikoperatie (laparotomie) plaatsvinden via een grotere snede (bikinisnede). Dit is vooral het geval als u eerder een buikoperatie heeft gehad. Soms is opereren met behulp van de laparoscopische methode namelijk niet goed mogelijk of niet veilig. Bijvoorbeeld bij uitgebreide verklevingen na een eerdere buikaandoening of buikoperatie(s). Dit is meestal al voorafgaand aan de kijkbuisoperatie bekend en met u besproken. Heel soms wordt dit pas tijdens de operatie duidelijk. Houdt u er dus rekening mee dat er een heel kleine kans bestaat dat u met een grotere snede wakker wordt, dan was gepland. De opname in het ziekenhuis en het herstel duren in dat geval ook iets langer.
- In zeer zeldzame gevallen (bij minder dan 1%) kunnen de urinewegen of de darmen tijdens de kijkoperatie worden beschadigd. De gevolgen zijn meestal zichtbaar tijdens de operatie; heel zelden wordt dat pas duidelijk als u al uit het ziekenhuis ontslagen bent. U krijgt dan meer in plaats van minder pijn. In dat geval belt u naar het ziekenhuis. Deze beschadigingen zijn meestal goed te behandelen, maar ze vragen soms opnieuw een operatie, extra zorg en het herstel duurt langer. Als al tijdens de operatie een beschadiging wordt ontdekt, zal deze direct worden hersteld. Dit gebeurt meestal via de kijkbuis.
- Nadat u in narcose bent gebracht wordt er, voorafgaand aan de operatie via de vagina een klein staafvormig instrument in de baarmoeder geplaatst. Daarmee kan de baarmoeder naar links en rechts worden bewogen, waardoor de eileiders en eierstokken gemakkelijker verwijderd kunnen worden. In zeer zeldzame gevallen kan dit leiden tot een perforatie (gaatje) in de baarmoeder. Dat heeft doorgaans geen gevolgen, met uitzondering van wat vaginaal bloedverlies.
- Voor de operatie wordt een slangetje (katheter) in de blaas ingebracht. Hierdoor is er een kleine kans dat er een blaasontsteking ontstaat. Dit merkt u door een branderig gevoel bij het plassen. Dat is lastig en pijnlijk, maar goed te behandelen met een antibioticum.

In het algemeen geldt dat patiënten die niet roken, of minstens vijf weken voorafgaand aan de operatie gestopt zijn met roken, minder kans hebben op complicaties van de ingreep en de narcose met name aan de luchtwegen.

Voorafgaand aan de operatie

Een gynaecoloog bespreekt met u de operatie en hoe lang de verwachte ziekenhuisopname is. Poliklinisch vindt vooraf door een arts die de narcose geeft (anesthesioloog) het vooronderzoek plaats op de Pre-Operatieve Polikliniek Anesthesiologie (POPA). Dit bestaat uit een algemeen lichamenlijk onderzoek, soms aangevuld met bloedonderzoek, een longfoto en/of een hartfilmpje (ECG). De anesthesioloog bespreekt met u de narcose. Pas nadat u bij de anesthesioloog bent geweest kan de operatie worden ingepland. De operatie vindt meestal plaats tijdens een dagopname op het Operatief Dagbehandelingcentrum (ODBC, afdeling J3). Een medewerker van het ODBC belt u kort voor de operatie om te informeren of u nog vragen heeft.

Voorafgaand aan uw operatie krijgt u een afspraak met de verpleegkundige om u te informeren over de mogelijke gevolgen van de operatie. Dit gesprek kan aansluitend aan uw bezoek aan de MOC-poli (Mamma Ovarium Carcinoom-poli) plaatsvinden. Een andere gelegenheid om de mogelijke gevolgen te bespreken kan zijn op de dag dat u voor het vooronderzoek naar de POPA in het UMCG komt.

De dag van de operatie

U mag zes uur voorafgaand aan de operatie niets eten en drinken. Ook mag u geen make-up en nagellak op. U meldt zich op het afgesproken tijdstip bij het ODBC. Een verpleegkundige brengt u naar een kamer waar operatiekleding voor u klaar ligt. De arts die u gaat opereren komt vooraf even bij u langs om zich voor te stellen en te horen of u nog vragen heeft. Daarna brengt de verpleegkundige u naar de operatiekamer. Daar wordt u gevraagd om op de operatietafel te gaan liggen. Vervolgens worden de afspraken rond de operatie kort doorgenomen in uw aanwezigheid, door de arts die u gaat opereren, de anesthesioloog en de operatieassistente. U krijgt een infuus, meestal aan de bovenkant van de rechterhand. Via dit infuus krijgt u de narcosemiddelen en vocht toegediend. U valt in slaap en merkt niets meer tot u na de operatie wakker wordt in de uitslaapkamer. Als u onder narcose bent krijgt u een katheter (slangetje) in de blaas. Dit wordt aan het einde van de operatie, voordat u terug naar de ODBC gaat, verwijderd. De operatie duurt (incl. de voorbereidingen) ongeveer 1,5 - 2 uur, afhankelijk van de bevindingen.

Na de operatie

Na de kijkbuisoperatie blijft u enkele uren op het ODBC. U kunt kortdurend keelpijn hebben als gevolg van het buisje dat onder narcose werd ingebracht om u te beademen. U kunt wat misselijk zijn en het kan zijn dat u moet overgeven. Het infuus blijft aanwezig tot de misselijkheid verdwenen is en u zelf voldoende drinkt. Meestal verwijderd de verpleegkundige het infuus vlak voor u naar huis gaat. Soms, als de operatie eind van de middag plaatsvindt, pas de volgende dag.

Voor pijn en misselijkheid na de operatie krijgt u medicijnen. Sommige patiënten hebben behalve buikpijn ook schouderpijn; dit wordt veroorzaakt door het koolzuurgas dat tijdens de operatie wordt ingebracht en een zenuw prikkelt die via het middenrif naar de schouders verloopt. Deze pijn is doorgaans na een dag verdwenen. Als u pijn heeft kunt u hiervoor paracetamol gebruiken, tot 4 maal daags twee tabletten (maximaal 4 x daags 1000 mg). De gynaecoloog komt voordat u naar huis gaat bij u langs om u te vertellen hoe de operatie is verlopen.

Als u goed wakker bent, geplast heeft en iets gegeten of gedronken heeft, mag u naar huis. U mag na de operatie niet zelf naar huis rijden. Ook raden wij u aan om de eerste nacht niet alleen thuis te zijn.

Herstel

Over het algemeen moet u voor het herstel op één tot twee weken rekenen. De eerste dagen kunt u over het algemeen wel voor u zelf zorgen, maar bijvoorbeeld niet voor een gezin.

Voordat u wordt opgenomen, is het aan te raden een en ander te regelen voor de periode na het ontslag uit het ziekenhuis. Eén van de voordelen van een laparoscopische operatie is een vlotter herstel vergeleken met een 'gewone' buikoperatie. Voor sommige vrouwen kan dit ook nadelig werken. Voor de omgeving kan het lijken alsof u met deze kleine sneetjes en het snelle ontslag uit het ziekenhuis nauwelijks ziek bent, zodat u minder hulp en steun krijgt thuis dan na een 'gewone' operatie met een grotere snede. Ook al heeft u geen grote buikwond, u kunt nog wel pijn hebben en zich slap voelen.

Afhankelijk van de zwaarte van de operatie en de situatie thuis heeft u na thuiskomst soms enige hulp nodig. Bespreek dit van tevoren met uw familie of omgeving. Als u buitenshuis werkt, reken dan in het algemeen op één tot twee weken afwezigheid. Eventuele complicaties en uw eigen conditie spelen hierbij een rol. Vaak heeft u buikpijn, bent u sneller moe en kunt u minder aan dan u mogelijk had verwacht. Uw lichaam geeft aan wat u wel en niet aankunt. Hier naar 'luisteren' is belangrijk, op basis hiervan kunt u geleidelijk uw activiteiten uitbreiden.

Om de wond te sluiten gebruikt men meestal hechtingen die uit zichzelf oplossen. Dit duurt 4-6 weken. Als de draadjes na twee weken irriteren kunt u (de assistente van) de huisarts vragen de hechtingen te verwijderen om ontstekingen te voorkomen. Zolang er nog wondvocht uit de wondjes komt, is het verstandig een pleister of een gaasje aan te brengen. Als de wondjes droog zijn, is dit niet meer nodig. U mag gerust douchen vanaf de dag na de operatie.

Sommige vrouwen hebben na de operatie klachten als duizeligheid, slapeeloesheid, moeheid, concentratiestoornissen, eventueel opvliegers of rugpijn. Als het verloop van het herstel na de operatie anders is of langer duurt dan van tevoren is besproken, is het verstandig dit met uw huisarts of gynaecoloog te bespreken.

Als leidraad voor uw herstel kunt u gebruik maken van onderstaand schema.

Activiteiten	Voorbeelden	Medisch mogelijk vanaf: (tijdsduur na de operatie)
Lichte handelingen	<ul style="list-style-type: none">• 2 uur achtereen zitten• 1/2 uur achtereen staan of lopen• tenminste 1 trap op en af• tillen en dragen van 5 kg	2 dagen
Middelzware handelingen	<ul style="list-style-type: none">• vrijwel de hele (werk)dag zitten• ± 4 uur per (werk)dag staan• ± 4 uur per (werk)dag lopen• tillen of dragen van 10 kg• duwen of trekken van 15 kg• fietsen, stofzuigen	1 week
Zware handelingen	<ul style="list-style-type: none">• merendeel van de (werk)dag staan• merendeel van de (werk)dag lopen• tillen of dragen van 15 kg• springen	2 weken
Overige handelingen	<ul style="list-style-type: none">• in bad gaan• gemeenschap	4 dagen - 1 week
Hervatten van baan	<ul style="list-style-type: none">• ± 8 uur/dag• ± 40 uur/werk	2 weken

(bron: VUmc, Ikherstel-studie)

Hersteladviezen na een operatie aan de eierstokken/eileiders via een kijkbuisoperatie

In dit schema staat globaal beschreven wanneer welke handelingen medisch gezien weer hervat kunnen worden. Dit advies is opgesteld door een expertteam van artsen in samenwerking met de beroepsverenigingen van gynaecologen, huisartsen, bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Hierbij is uitgegaan van een gezonde vrouw tussen de 18 en 65 jaar die herstellende is van een ongecompliceerde eierstokoperatie via een kijkbuisoperatie.

In geval van onverwachte klachten of ongerustheid adviseren wij u contact op te nemen met uw eigen huisarts of (de eerste 24 uur) het ziekenhuis te raadplegen.

Tijdens kantooruren kunt u het ziekenhuis bereiken via de polikliniek Obstetrie & Gynaecologie, telefoonnummer (050) 361 32 26. Buiten kantooruren kunt u bellen met de telefooncentrale via (050) 361 61 61 en vragen naar de dienstdoende gynaecoloog.

Weefselonderzoek

Zowel het spoelvocht als de eierstokken en eileiders worden door een patholoog onderzocht op afwijkende cellen. Ongeveer twee weken na de operatie ontvangt u telefonisch bericht over deze uitslag. Voor de operatie wordt u gevraagd of u er bezwaar tegen heeft dat een stukje weefsel en/of een buisje bloedserum bewaard wordt voor wetenschappelijk onderzoek.

Als u geen bezwaar heeft, vragen we u een toestemmingsformulier te ondertekenen.

Nazorggesprek na de operatie

Na de operatie wordt u de mogelijkheid geboden om een nazorg gesprek te hebben met een verpleegkundige. Na ongeveer twee maanden wordt u gebeld door de verpleegkundige. U kunt dan bespreken hoe u zich voelt en welke mogelijke gevolgen of klachten u ervaart.

De verpleegkundige bespreekt met u de mogelijke oplossingen of verbeteringen.

Als u andere vragen heeft of al eerder een gesprek met de verpleegkundige wilt, mag u altijd contact met ons opnemen.

U kunt dit per mail laten weten brca.gynaecologie@umcg.nl of telefonisch (050) 361 32 26.

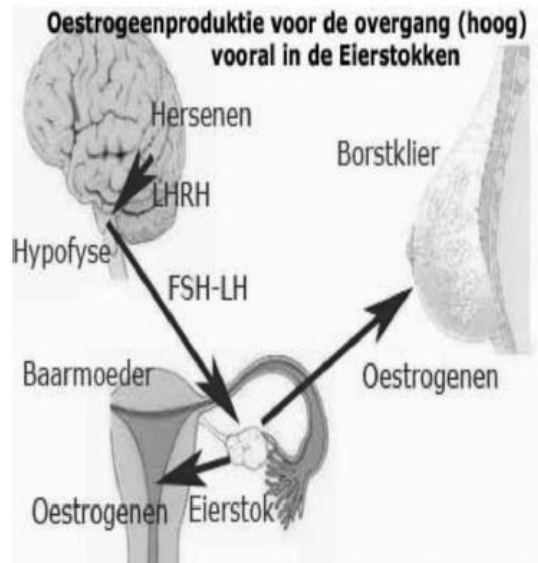
De belangrijkste gevolgen van de operatie

Vervroegde overgang

De overgang (climacterium) is de levensfase van vrouwen waarin de hormoonproductie van de eierstokken afneemt en uiteindelijk helemaal ophoudt, gemiddeld rond de leeftijd van 52 jaar.

Dit uit zich in het onregelmatig worden en uiteindelijk stoppen van de menstruatie en in het optreden van overgangsverschijnselen. Meestal treedt de overgang zeer geleidelijk in. Sommige vrouwen merken niet zoveel veranderingen van hun lichaam behalve het wegblijven van de menstruatie. Andere vrouwen hebben veel last van overgangsklachten, die variëren van opvliegers tot psychische klachten.

Bij u worden de eierstokken operatief verwijderd. Dit betekent dat de productie van de vrouwelijke hormonen (onder andere oestrogenen) direct stopt. Als u nog niet in de overgang bent, komt u definitief en vervroegd in de overgang en doorgaans zijn de overgangsklachten dan heviger dan na een natuurlijke overgang.



U ziet hier weergegeven waar de hormonen hun werking op hebben. Hieronder beschrijven we de klachten die eventueel kunnen ontstaan. Daarna wordt uitgelegd wat u er eventueel aan kan doen. Als u al in de overgang was voor de operatie, kan het toch zinvol zijn om onderstaande informatie te lezen.

Overgangsklachten

Typische overgangsklachten die kunnen optreden zijn opvliegers, (nachtelijk) transpireren, spier- en gewrichtsklachten, vaginale droogheid en een veranderde seksuele beleving. Als gevolg van een chronisch gestoorde nachtrust kunnen klachten ontstaan: gejaagdheid, moeheid, lusteloosheid, gebrek aan energie, prikkelbaarheid, neerslachtige gevoelens en hartkloppingen. Heel zelden treden klachten op van depressie. Deze klachten hoeven niet altijd (allemaal) op te treden en zeker niet meteen na de operatie. Bij klachten proberen we samen met u te zoeken naar een oplossing of verbetering.

Als u nog niet in de overgang bent heeft u na de operatie nog eenmaal een menstruatie.

De menstruatie blijft daarna helemaal weg. Het is een gevolg van het plotseling stoppen van de hormoonproductie.

Een ander gevolg van het stoppen van de oestrogeenproductie is dat het slijmvlies van de vagina dunner en droger wordt en dat de huid ook anders wordt van structuur. De volgende klachten kunnen daardoor optreden: branderigheid van de schede, veranderingen in het plaspatroon (vaker plassen, vaker aandrang, soms incontinentie), pijn/droogte bij gemeenschap, zelden een verzakkinggevoel van de baarmoeder.

Een gevolg op de langere termijn kan zijn het ontstaan van botontkalking (osteoporose). Omdat er geen oestrogenen meer door de eierstokken worden gemaakt, verandert de structuur van uw botten. Dit is een normaal verschijnsel bij het ouder worden.

Als de eierstokken zijn verwijderd en de oestrogeenproductie daardoor plotseling stopt, kan de botontkalking hierdoor op jongere leeftijd ontstaan. Botontkalking geeft in het begin geen klachten. Als de botontkalking toeneemt, kunt u vele jaren later gemakkelijker een botbreuk oplopen, pijn in de rug krijgen, en zelfs wat kleiner worden doordat de ruggenwervels inzakken.

Opvliegers en transpiratieaanvallen

Opvliegers zijn plotselinge warmte-explosies. Soms gaan ze gepaard met heftige hartkloppingen.

Die opvliegers kunnen na enkele seconden voorbij zijn, maar ze kunnen ook een kwartier of half uur duren. Gemiddeld genomen duurt een opvlieger tussen de één en drie minuten. Ook 's nachts treden ze op, dan staat het transpireren op de voorgrond (nachtelijke transpiratieaanvallen).

Opvliegers ontstaan door een ontregeling van het temperatuurcentrum in de hersenen. Oestrogenen

beïnvloeden het temperatuurcentrum direct en zorgen normaal gesproken voor een stabiele temperatuur. Maar als de oestrogenspiegel in het lichaam afgenomen is, kan het regelcentrum ontregeld raken en met een opvlieger reageren als het lichaam te warm is. Het lichaam moet de warmte kwijt en reageert door de bloedvaten in de huid open te zetten in de hals, nek en het gezicht. Hierdoor verdampt de warmte letterlijk door te transpireren.

Klachten van opvliegers en transpiratie kunnen met behulp van leefregels verminderen. Draag luchtige kleding van natuurlijke materialen; meerdere lagen over elkaar heen maakt het mogelijk een kledingstuk uit te trekken als u het te warm krijgt.

Ontspanningsoefeningen en lichaamsbeweging kunnen de intensiteit en het aantal opvliegers verminderen. Ook is het belangrijk stress zoveel mogelijk te vermijden. Verder is het bekend dat cafeïnehoudende dranken (cola en koffie), chocolade, heet en gekruid voedsel, alcohol en roken, opvliegers kunnen verheven of uit lokken.

Als u een opvlieger voelt aankomen, kunt u door een langzame diepe buikademhaling de opvlieger weg proberen te blazen. De thermostaat in huis lager zetten kan ook helpen: in koele ruimtes heeft u minder last van opvliegers.

Hete douches en baden worden ook ontraden. Koel water drinken en het nat maken van polsen, ellebogen, nek en achter de oren met een (ijs)koud washandje kan verkoeling brengen.

Slaapproblemen

Het doorslapen kan moeilijker worden. Slecht slapen wordt voornamelijk veroorzaakt door de transpiratieaanvallen. Hierdoor wordt u plotseling wakker en is het soms noodzakelijk om voor droge kleren en beddengoed te zorgen. Een koel kussen (bijvoorbeeld door een koelelement onder het kussen) kan helpen. Om een goede nachtrust te bevorderen is het van belang om voor het slapen gaan nog wat te lezen of te wandelen. Vermijd cafeïnehoudende dranken (koffie, cola) en computeren, op de televisie of telefoon kijken voor het slapen gaan. Een glas warme melk voor de nacht kan soms bijdragen aan een goede nachtrust.

Psychische klachten

U kunt emotioneler op dingen reageren dan voor de operatie. Doordat het vrouwelijk hormoon niet meer wordt aangemaakt, kunt u zich psychisch uit uw evenwicht of emotioneler voelen. Voldoende nachtrust, gezond en regelmatig leven kan verbetering brengen. Ook een gesprek met een verpleegkundige met wie u (mogelijk) al voor de operatie kennis heeft gemaakt, kan soms uitkomst bieden. Eventueel kunt u om een gesprek met een psycholoog vragen.

Onvruchtbaarheid

Als u nog een kinderwens heeft of nog twijfelt of u kinderen wilt, zult u moeten wachten met de operatie, omdat u na de operatie definitief onvruchtbaar wordt. Een hersteloperatie is niet mogelijk.

Het invriezen van eicellen (vitricatie) om de preventieve operatie op jonge leeftijd te laten plaatsvinden wordt afgeraden, omdat dit een veel kleinere kans geeft op zwangerschap dan via de natuurlijke weg. Bovendien is het uitstellen van de operatie tot de leeftijd van 40 jaar verantwoord. We raden u dus aan eerst uw kinderwens te vervullen en pas daarna de operatie te ondergaan.

Ook al heeft u uw kinderwens voltooid, toch kan het definitieve verlies van vruchtbaarheid met gevoelens van rouw gepaard gaan. Als u daar behoefte aan heeft, kunt hulp krijgen bij de verwerking hiervan.

Seksualiteit

Omdat de seksuele en voortplantingsorganen van vrouwen niet alleen een biologische functie vervullen, maar ook een sterk emotionele betekenis hebben, bepalen ze mede het beeld dat vrouwen van zichzelf hebben. Een gynaecologische operatie kan dan ook veel meer betekenen dan louter het verwijderen van een orgaan. Hoe de seksualiteit zal zijn na de operatie, hangt sterk samen met de wijze waarop u uw seksualiteit beleefde voor de operatie. Het plotseling stoppen van de hormoonproductie kan een nadelige invloed hebben op het verlangen, de opwinding, vochtig worden van de vagina bij seksuele opwinding, tevredenheid, pijn/ongemak.

De eerste weken na de operatie is de buik nog gevoelig en is vrijen of het hebben van gemeenschap vaak nog te pijnlijk. Er is niets op tegen om seksueel opgewonden te raken.

Na de overgang zult u na verloop van tijd merken dat uw schede wat minder vochtig wordt tijdens het vrijen. Hierdoor kan het binnengaan van de penis wat pijnlijk worden. Zin in vrijen (libido), wordt ook mede bepaald door de hormoonproductie in de eierstokken en deze kan na de operatie afnemen. Het is belangrijk om dit met uw partner te bespreken. De domeinen van seksueel functioneren waar het stoppen van de hormoonproductie een nadelige invloed op kan hebben zijn:

- Verlangen
- Opwinding
- Vochtig worden van de vagina bij seksuele opwinding
- Tevredenheid
- Pijn/ongemak.

Vaginale droogheid

Een droge vagina kan een schrijnend gevoel geven tijdens het plassen of pijn doen bij het vrijen. Het is belangrijk om niet te vrijen zonder voldoende opwinding. Het (opnieuw) opzoeken van effectieve seksuele prikkels kan hierbij helpen. Een glijmiddel kan een hulpmiddel zijn bij het vrijen. Een glijmiddel kunt u zonder recept bij de drogist, apotheek of online kopen (bv. op waterbasis, siliconenbasis of op basis van hyaluronzuur). Breng dit aan rondom de vaginale opening en op de penis (of dildo). De meeste glijmiddelen zijn vrij lang werkzaam. Desgewenst kunt u ze al enige tijd voor het vrijen aanbrengen. Mocht een glijmiddel niet afdoende werken dan kan een tijdelijke behandeling met een oestrogeencrème nodig zijn. De veiligheid van het gebruik van lokale oestrogeencrème bij vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis staat nog steeds ter discussie. Gebruik dit alleen na overleg met uw arts.

Botontkalking (osteoporose)

Gedurende ons leven spelen bij de stevigheid van onze botten twee factoren een rol: de botopbouw en botafbraak. Als je in de groei bent is er sprake van botopbouw. Als botopbouw en botafbraak in evenwicht zijn, dan blijft het zoals het is. Als er sprake is van botafbraak dan worden botten poreus waardoor ze hun oorspronkelijke stevigheid verliezen. Dan treedt er sneller een botbreuk op. In dat geval heet het osteoporose. Vooral polsen, heupen en wervels zijn kwetsbaar.

Oestrogenen hebben een belangrijke remmende werking op de botafbraak. Na de overgang bent u deze beschermende werking van oestrogenen kwijt en worden de botten minder stevig.

Bij het voorkómen van botontkalking spelen drie factoren een rol:

- Calcium
- Vitamine D
- Belast bewegen.

Calcium

Om ernstige botontkalking te voorkomen is het gebruik van minstens 4 zuivelproducten per dag aan te raden. Met zuivel wordt bedoeld: kaas, (karne)melk, yoghurt, vla of kwark. Als de inname met de voeding onvoldoende is, wordt extra calcium - meestal 500 mg per dag - geadviseerd.

Vitamine D

Zorg ook dat u dagelijks buiten komt en uw huid blootgesteld wordt aan zonlicht. Dit is belangrijk voor de aanmaak van actief vitamine D, dat ervoor zorgt dat het calcium uit de voeding beter wordt opgenomen. Voldoende blootstelling betekent een kwartier tot half uur blootstelling aan de hoogstaande zomerzon (tussen 11.00 en 15.00u) van grotere delen van het lichaam (zoals armen en benen). Wanneer ook het bovenlichaam wordt blootgesteld, volstaat een kortere tijd.

Zonnebadend in de felle zomerzon volstaat enkele minuten.

Als de 'R in de maand' is (september – april) adviseren we u om extra vitamine D in te nemen.

September t/m april		Mei t/m augustus	
Extra Vitamine D		Zonlicht:	Tussen 11.00 en 15.00 uur
Vrouwen in de overgang	10 microgram (400IE)	Armen en benen	15-30 minuten
- met osteoporose	20 microgram (800IE)	Bovenlichaam	< 15 minuten
- met een donkere huidskleur	20 microgram (800IE)	Zonnebaden	2-3 minuten
- die onvoldoende buiten komen	20 microgram (800IE)		
- die een sluier dragen	20 microgram (800IE)		

Vitamine D komt van nature voor in voedingsmiddelen zoals vette vis (haring 700-800 IE), lever, vlees, eieren en melkproducten. Ook wordt vit D toegevoegd aan margarine (3 IE per gram), halvarine en bak- en braadproducten.

De Gezondheidsraadcommissie (2008) geeft het volgende advies:

- Dagelijks 10 microgram (400 IE) vitamine D extra te gebruiken door:
 - vrouwen die in de overgang zijn.
- Dagelijks 20 microgram (800 IE) vitamine D extra te gebruiken door:
 - vrouwen die osteoporose hebben of in een verzorgings- of verpleeghuis wonen;
 - vrouwen die in de overgang zijn en onvoldoende buiten komen of een donkere huidskleur of een sluier dragen.

Het advies is om niet meer dan de bovenstaande geadviseerde dosis vitamine D te gebruiken.

Het beste moment om vitamine D in te nemen is tijdens een hoofdmaaltijd. De in vet oplosbare vitamine D wordt beter opgenomen in combinatie met een maaltijd, waar meestal wat vet inzit. Het tijdstip van inname heeft verder geen invloed.

Bij de drogist is vitamine D3 verkrijgbaar in tabletten van 200 en 400 IE; bij de apotheek zijn tabletten van 400 IE verkrijgbaar. Ook zijn via de apotheek capsules van 2800 IE en 5600 IE te verkrijgen voor gebruik eenmaal per week. De tabletten Calcichew D3 bevatten calcium 500 mg en vitamine D3 800 IE. Vitamine D3 wordt beschouwd als voedingssupplement en komt niet voor vergoeding in aanmerking, maar wel als u het combineert met calcium.

U kunt uw huisarts vragen een recept voor te schrijven.

Belast bewegen

Voldoende bewegen is erg belangrijk. Beweeg minimaal 2,5 uur per week matig intensief, verdeeld over meerdere dagen. Vooral bewegingen waarbij het skelet wordt belast - springen, dansen, hardlopen, fietsen - vormt een goede stimulans voor een goede botdichtheid. Daarnaast is het advies herhaald opstaan vanuit de zithouding, met bijvoorbeeld een aantal fitnessoefeningen en krachttrainingen. Voor ouderen komen hier ook balansoefeningen bij.

Hart- en vaatziekten

Hart- en vaatziekten ontstaan bij vrouwen vaak later dan bij mannen. Tot de overgang lijken vrouwen een bescherming te hebben tegen hart- en vaatziekten door het vrouwelijk hormoon oestrogeen. Na de overgang neemt het risico op hart- en vaatziekten bij vrouwen toe.

Na de overgang krijgen vrouwen ook vaker last van risicofactoren voor hart- en vaatziekten:

- Hogere bloeddruk
- Hoger cholesterolgehalte
- Overgewicht en diabetes.

Oestrogenen lijken een gunstige uitwerking op de vetstofwisseling te hebben. Ze stimuleren de vorming van het HDL-cholesterol, het type cholesterol dat een beschermend effect heeft tegen aderverkalking. Na de overgang kan het LDL cholesterol (het 'slechte' type) stijgen. Een hoog LDL-gehalte behoort met roken en een verhoogde bloeddruk tot de belangrijkste risicofactoren voor aderverkalking.

Vrouwen die vervroegd in de overgang komen, moeten extra alert zijn op het naleven van een gezonde leefstijl. Het belang van niet-roken, gezonde en gevarieerde voeding, geen overgewicht en voldoende bewegen kan niet voldoende worden benadrukt.

Hormoon suppletie therapie (hormoon vervangende medicijnen)

Als u jonger bent dan 45 jaar en géén borstkanker heeft gehad, adviseert de arts u een hormoon vervangend middel te gebruiken. Dit voorkomt opvliegers en andere bijwerkingen, zoals hierboven beschreven. U kunt hier aansluitend aan de operatie mee starten.

Het risico op borstkanker voor jonge vrouwen (<45-50 jaar) die door een eierstokverwijdering in de overgang zijn geraakt, wordt door de eierstokverwijdering waarschijnlijk iets verlaagd. Wanneer vervolgens (tijdelijk) hormonen gebruikt gaan worden tegen overgangsklachten, wordt dit beschermend effect op de borsten gedeeltelijk teniet gedaan. Maar, anders dan in de bijsluiter staat, namelijk dat het borstkankerrisico door hormoongebruik kan toenemen, blijft na eierstok- en eileiderverwijdering voor vrouwen < 50e levensjaar het borstkankerrisico iets lager dan vóór de operatie.

Als u al bijna 45 jaar bent, kunt u na de operatie ook eerst afwachten of er klachten ontstaan. Niet iedere vrouw krijgt opvliegers of slapeloze nachten. Als er toch klachten ontstaan, wordt er samen met u gekeken in welke mate de klacht uw kwaliteit van leven beïnvloedt. Met behulp van deskundig advies, leefregels en zo nodig hormoontabletten lukt het over het algemeen om de klachten te verminderen of beheersbaar te maken.

U kunt een afspraak maken via de mail: brca.gynaecologie@umcg.nl of telefonisch (050) 361 32 26.

Alternatieve maatregelen zoals homeopathie

Er zijn medicijnen die niet bestaan uit hormonen en die kunnen helpen tegen overgangsklachten. Ook borstkankerpatiënten kunnen deze medicijnen veilig gebruiken. Voor ieder medicijn geldt echter dat het ook weer bijwerkingen kan geven. De mate waarin deze medicamenten de klachten verbeteren, is wisselend. In overleg met uw arts of gespecialiseerde verpleegkundige kan gekeken worden of voor u medicamenteuze behandeling wenselijk is.

Er zijn verschillende voedingssupplementen te koop (die fytoestrogenen of isoflavonen - plantaardige voedingsstoffen met hormoonachtige werking - bevatten) die zouden helpen tegen opvliegers. Of deze producten werken en veilig zijn is echter niet wetenschappelijk aangetoond.

Ook zijn de effecten op lange termijn bij vrouwen met borstkanker niet bekend.

Het placebo-effect (namelijk een positief psychisch effect dat optreedt door vertrouwen in de heilzame werking van een middel of behandeling) van deze voedingssupplementen kan soms een belangrijke bijdrage leveren aan het verminderen van de frequentie en intensiteit van de opvliegers. Ook soja of sojaproducten bevatten fytoestrogenen. Het buitensporig gebruik hiervan wordt aan vrouwen met borstkanker afgeraden.

Leidraad voor Hormoon Suppletie Therapie (= HST)

Geen borstkanker in de voorgeschiedenis	Wel borstkanker in de voorgeschiedenis
HST , indien	Geen HST , tenzij
jonger dan 45 jaar: ja 45 tot 50 jaar: ja of nee ouder dan 50 jaar: nee	Eventuele alternatieven voor hormonen: Clonidine, Venlafaxine

Clonidine

Clonidine heeft verschillende effecten, onder andere op de bloedvaten. Het werkt alleen tegen opvliegers en zweetaanvallen, niet tegen andere overgangsklachten.

Venlafaxine (Antidepressivum)

Dit antidepressivum in deze lage dosering werkt alleen tegen de opvliegers en zweetaanvallen en niet tegen andere overgangsklachten. Het vermindert de ernst en de frequentie van de opvliegers.

Leefstijl

Buiten de preventieve operaties kunt u zelf ook heel veel doen om zo gezond mogelijk te blijven.

Niet roken

Met het ondergaan van een operatie ter voorkoming van kanker, kunnen we het belang van een eigen bijdrage door niet te roken niet genoeg benadrukken. Het is onomstotelijk bewezen dat roken een grote negatieve invloed heeft op uw gezondheid.

Roken geeft een kortere levensverwachting en veel meer kans op ziekte als u ouder wordt.

Roken is een risicofactor gebleken voor het krijgen van diverse soorten kanker. Het niet roken of het stoppen met roken (minimaal 5 weken voor de operatie) levert op korte termijn ook een bijdrage aan een betere (wond)genezing na de operatie.

Als u rookt kunt u ondersteuning krijgen bij het stoppen hiermee. U kunt een verwijzing krijgen naar de rookstoppoli (UMCG) of informatie vinden op www.nederlandstopt.nu

Gezond eten

Met gezond eten bedoelen we:

- Eet gevarieerd.
- Eet niet te veel en beweeg elke dag.
- Eet minder verzadigd (=dierlijk) vet.
- Eet veel fruit (min. twee stuks per dag), groente (minimaal 200 gr per dag) en brood.

Bewegen

Voldoende bewegen is een belangrijk onderdeel van een gezonde leefstijl.

Bewegen:

- Gaat botontkalking tegen.
- Zorgt voor sterke spieren waardoor minder kans op vallen.
- Draagt bij aan een gezonder gewicht.
- Zorgt dat u zich fitter en minder moe voelt.
- Zorgt voor een betere spijsvertering.
- Is goed voor het hart en de bloedvaten.
- Zorgt voor een betere verhouding tussen cholesterolgehalten.
- Draagt bij aan minder stress.

De Gezondheidsraad adviseert om wekelijks minimaal 2,5 uur matig intensief te bewegen, verdeeld over meerdere dagen. Daarnaast is het advies om twee keer per week spier- en botversterkende oefeningen te doen (zie belast bewegen).

Drinken

Alcoholgebruik van meer dan 2 glazen per dag hangt samen met een lagere botdichtheid. Ook grote hoeveelheden koffie (meer dan 7 koppen per dag) verlaagt de botdichtheid.

Conclusie

Het is belangrijk dat u zelf achter de beslissing tot de operatie staat.

Voor deze operatie heeft u ruim de tijd om na te denken. Voordat u de definitieve beslissing neemt tot een operatie, is het verstandig om na te gaan of voor u de volgende vragen beantwoord zijn:

- Weet ik waarom ik de operatie laat doen? Wat zijn de voordelen?
- Hoe is het met mijn eventuele kinderwens?
- Wat wordt er precies verwijderd en wat zijn de gevolgen daarvan?
- Waar komen de littekens op de buik?
- Wat zijn de mogelijke risico's en complicaties? Wat zijn de nadelen?
- Heb ik voldoende informatie en tijd gehad om een weloverwogen beslissing te kunnen nemen?

Aanvullende informatie

Op internet kunt u betrouwbare informatie vinden op:

Erfelijke kanker

- www.brca.nl
- www.b-bewust.nl
- www.hebon.nl
- www.facingourrisk.org
- www.erfelijkheid.nl
- www.olijf.nl
- www.nvog.nl
- www.umcg.nl
- www.erfelijkwatnu.nl
- www.kanker.nl

Overgang

- www.vrouwenindeovergang.nl
- www.energiekevrouwenacademie.nl
- www.mskcc.org/aboutherbs

Leefstijl

- www.hartstichting.nl
- www.voedingscentrum.nl
- www.nederlandstopt.nu
- www.gezondheidsraad.nl

Kinderwens

- www.pgdnederland.nl
- <https://www.keuzehulp-kinderwens-erfelijkeziekte.nl>

Boeken die u kunt lezen:

- 'Nederland stopt met roken' van Pauline Dekker en Wanda de Kanter. Uitgeverij Thoeoris. ISBN 9789072219329
- 'De opluchting' van Jan Geurtz. Uitgeverij Ambo/Anthos. ISBN 9789026327360

Vragen of contact

Als u na het lezen van deze informatie vragen heeft, kunt u contact opnemen met een medewerker van:

- De polikliniek Obstetrie & Gynaecologie, telefoonnummer (050) 361 32 26.
- De polikliniek Chirurgische Oncologie, telefoonnummer (050) 361 85 00.
- Het polikliniekbureau van de afdeling Chirurgie, telefoonnummer (050) 361 49 11.
- De afdeling Klinische Genetica, telefoonnummer (050) 361 72 29.
- De rookstoppoli UMCG telefoonnummer (050) 361 29 24.

U kunt ook mailen naar brca.gynaecologie@umcg.nl

Natuurlijk kunt u uw vragen ook stellen aan uw huisarts of behandelend arts.

Patiëntinformatie VLC 644 / september 2017