

**domus  
medica**

vereniging van huisartsen

Opvolgrapport 1

---

Richtlijn voor goede medische praktijkvoering  
Borstkankerscreening

---

## Conclusie voor deze opvolging

Voor de sleutelboodschappen over het **risicoprofiel zijn alle aanbeveling nog actueel zijn, mits een aantal nuanceringen**. Er zijn er stemmen die pleiten voor een meer proactieve houding van de huisarts om het borstkankerrisico ter sprake te brengen bij alle vrouwelijke patiëntes (en dus niet alleen bij vrouwen met borstklachten of met zorgen over borstkanker).

In de toekomst zal er een belangrijke rol weggelegd zijn voor genetische testen bij de inschatting van het borstkankerrisico. Discussies over genetische testing worden steeds complexer, gezien de ontwikkeling van multi-gentests, waarbij een uitgebreide reeks aan gendefecten wordt opgespoord (en dus niet alleen de klassieke BRCA1 en BRCA2). Op dit moment is er enkel een bewezen kosteneffectiviteit voor BRCA1/2 screening bij vrouwelijke Ashkenazi Joden. Hiervoor verwijs je best naar een centrum medische genetica met specialisatie in de oncologie. Voor de andere vrouwen (zonder verhoogd risico) is er onvoldoende evidentie om concrete aanbevelingen te formuleren rond genetische screening. Het kopen van genetische testen via het internet wordt ontraden.

Voor de sleutelboodschappen over **verwijzing, dient de aanbeveling niet gewijzigd te worden**.

Bij vrouwen zonder verhoogd risico blijft de tweejaarlijkse mammografie het voorkeursoronderzoek. Deze leeftijdsgrens kan opgetrokken worden voor gezonde vrouwen tot 74 jaar. Bij een levensverwachting <5 jaar heeft screening geen zin.

Bij vrouwen met een matig verhoogd risico is mammografie ook het voorkeursoronderzoek. De vrouwen in deze categorie die screening wensen worden best van hun 40 tot 49 jaar jaarlijks verwezen voor een mammografie. Vanaf 50 jaar kunnen deze vrouwen, indien zij dit wensen verder opgevolgd worden in het bevolkingsonderzoek.

Vrouwen met een hoog risico (door familiale anamnese) worden best meteen doorverwezen naar een centrum gespecialiseerd in medische genetica.

Ook voor de sleutelboodschappen over **geïnformeerde keuze zijn alle aanbevelingen nog actueel**.

Het belang van correcte informatie komt opnieuw uit de artikels naar voren. De informatiefiches die ontworpen werden door het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) kunnen de arts houvast bieden bij het bespreken van de voor- en nadelen van borstkankerscreening.

## 1 INLEIDING

---

### 1.1. Achtergrond

Dit is het eerste opvolgrapport van de richtlijn borstkankerscreening, verschenen in maart 2016.

### 1.2. Doelstelling

De opzet van het opvolgrapport is na te gaan of er belangrijke nieuwe en degelijke nationale en internationale publicaties zijn die:

- een vervroegde herziening van de richtlijn "Borstkankerscreening" nodig maken;
- geen vervroegde herziening nodig maken, maar wel een nuancering in de kernboodschappen van de aanbeveling aanbrenge;
- de kernboodschappen bevestigen.

## 2 PROCEDURE

---

### 2.1. Literatuuronderzoek

Er werd gezocht naar systematische reviews, meta-analyses en gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek gepubliceerd sinds **januari 2015** (einddatum van het literatuuronderzoek van de richtlijn).

The Cochrane Library databank werd geraadpleegd via CEBAM. Medline werd geraadpleegd via Pubmed.

Telkens werd gezocht naar nieuwe publicaties van **januari 2015 tot maart 2018**.

### 2.2. Selectie en Kwaliteitsbeoordeling

Aan de hand van de titels en abstracts van de literatuuropbrengst selecteerden we de "te lezen abstracts" op basis van hun relevantie voor het thema.

De nagelezen abstracts werden weerhouden op basis van de relevantie voor de kernboodschappen van de richtlijn. Van de geselecteerde abstracts werden de volledige artikels opgevraagd.

### 2.3. Advies met betrekking tot de aanbeveling

Een gefundeerd advies over de noodzaak om te aanbevelingen te herzien of niet te veranderen zal geformuleerd worden aan de stuurgroep aanbevelingen.

## 3 LITERATUURONDERZOEK

---

### 3.1. ZOEKOPDRACHT

Geraadpleegde databanken op 30 maart 2018.

#### Cochrane Library

We doorzochten op updates van systematische Cochrane Reviews en nieuwe systematische reviews.

Filter: Gepubliceerd/geactualiseerd tussen 2015 en 2018. All Cochrane databases.

Trefwoorden:

- MeSH descriptor: [Mammography]; (***n=1064***); ***filter date (n=2)***
- MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] AND [Mass Screening]; (***n=510***); ***filter date (n=0)***
- MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] AND [Risk Assessment]; (***n=342***); ***filter date (n=0)***
- Mammography AND adverse effects; (***n=202***); ***filter date (n=24)***
- MeSH descriptor: [Breast Self-Examination]; (***n= 100***); ***filter date (n=1)***
- MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] AND awareness; (***n= 69***); ***filter date (n=24)***
- MeSH descriptor: [Breast Neoplasms] with qualifier(s): [Prevention & control - PC]; (***n= 842***); ***filter date (n=2)***

Topic omvat 51 reviews. Lijst weerhouden artikels: 5.

#### Medline

Trefwoorden:

- (("mammography"[MeSH Terms] OR "mammography"[All Fields]) AND ("mass screening"[MeSH Terms] OR "mass"[All Fields] AND "screening"[All Fields]) OR "mass screening"[All Fields]); Filter Humans; (***n= 7564***); ***filter date (n=640)***  
Guidelines; (***n=3***)  
Systematic reviews; (***n=34***)  
Reviews; (***n=59***)  
Lijst weerhouden artikels: 45
- ("mammography"[MeSH Terms] OR "mammography"[All Fields]) AND "adverse effects"[All Fields]; (***n= 1797***); ***filter date (n=152)***

Guidelines; (**n=1**)  
Systematic reviews; (**n=16**)  
Reviews; (**n=22**)  
Lijst weerhouden artikels: 4

- ("breast self-examination"[MeSH Terms] OR ("breast"[All Fields] AND "self-examination"[All Fields]) OR "breast self-examination"[All Fields] OR ("breast"[All Fields] AND "self"[All Fields] AND "examination"[All Fields])); (**n= 3003**); **filter date (n=173)**  
Guidelines; (**n=0**)  
Reviews; (**n=12**)  
Systematic reviews; (**n=17**)  
Lijst weerhouden artikels: 5

### Cebam Digital Library for Health (EBM Search)

Trefwoorden: "breast cancer" AND screening

- **EBM Practice Net** (n=11)  
*Filter: gepubliceerd/geactualiseerd na januari 2015 (n=0)*
- **BCFI Folia** (n=20)  
*Filter: gepubliceerd/geactualiseerd na januari 2015 (n=1)*
- **NHG** (n=20)  
*Filter: gepubliceerd/geactualiseerd na januari 2015 (n=8)*
- **RIZIV** (n=7)  
*Alleen documenten mbt RIZIV nomenclatuur*

## 4 TOEPASBAARHEID IN DE AANBEVELING

### 4.1. RISICOPROFIEL

#### Wanneer stel ik een risicoprofiel op voor mijn patiënt?

- De huidige richtlijn adviseert om enkel een risicoprofiel op te stellen bij vrouwen met borstklachten of met zorgen over borstkanker. Er zijn echter ook stemmen die pleiten voor een meer proactieve rol van de huisarts. [1]

#### Hoe stel ik een risicoprofiel op voor mijn patiënt?

- Geen wijzigingen

#### Hoe communiceer ik met mijn patiënt over haar risicoprofiel?

- Geen wijzigingen

#### Wie moet ik doorverwijzen naar een genetisch centrum?

- Er zijn verschillende tools die de huisarts kan gebruiken om vrouwen met een genetisch risico op te sporen. De United States Preventive Services Task Force (USPSTF) heeft enkele van deze tools vergeleken, met name de Ontario Family History Assessment Tool, Manchester Scoring System, Referral Screening Tool, Stamboom Assessment Tool en FHS-7, en vond onvoldoende argumenten om een bepaalde beschikbare tool als superieur naar voor te schuiven. [2] Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft een richtlijn geformuleerd rond oncogenetische testen voor borst- en ovariumkanker. [3]  
De voorwaarden voor verwijzing in bovenvermelde screeningtools komen goed overeen met de voorwaarden beschreven in de Domus Medica richtlijn. De huidige aanbeveling moet dus niet aangepast worden.

### Hoe moet ik genetische testen aanpakken?

- Discussies over genetische testing worden steeds complexer, gezien de ontwikkeling van **multi-gentests**, waarbij een uitgebreide reeks aan gendefecten wordt opgespoord (en dus niet alleen de klassieke BRCA1 en BRCA2). De meeste van deze commercieel beschikbare multi-gentests sporen 25-30 op, met een variabele range van 6 tot 112 genen. De interpretatie van deze genetische testen is zeer complex en vereist een gespecialiseerde kennis. Bovendien zijn de resultaten van genetische testen niet altijd eenduidig en zijn er regelmatig varianten met onzekere klinische betekenis. Indien deze testen foutief geïnterpreteerd worden, kan dit leiden tot onterechte overbehandeling van gezonde vrouwen. [4-6] Gezien genetische testing bij voorkeur altijd aan counseling wordt gekoppeld, verwijst je best naar een van de 8 Belgische centra voor genetica en ontraad je vrouwen om op eigen houtje tests te kopen op het internet.
- Wat betreft het **economische aspect** van genetische screening (op populatieniveau), is er enkel een bewezen kosteneffectiviteit voor BRCA1/2 screening bij vrouwelijke Ashkenazi Joden. Dit omdat de prevalentie BRCA mutaties tienmaal hoger ligt in deze etnische groep en omdat de mutatie kan opgespoord worden door een goedkope, relatief eenvoudige test.
- Bij andere vrouwen zou systematische genetische screening (BRCA mutatie of multi-gen tests) in bepaalde gevallen ook kosteneffectief kunnen zijn, maar verdere studies zijn nodig om de effectiviteit en risico's van de interventie na te gaan en te bepalen welke populatie eventueel baat zou kunnen hebben bij een genetische screening. [7-9]

## 4.2. VERWIJZING

### Welke vrouwen zonder verhoogd familiaal risico doorverwijzen voor screening?

- Ter aanvulling op deze sleutelboodschap kan gesteld worden dat het niet aangewezen is om vrouwen met een **bepaalde levensverwachting** (<5 jaar) nog te verwijzen voor borstkankerscreening, aangezien vroegdetectie en behandeling de levenskwaliteit zullen verlagen zonder de overleving te verbeteren.[10]
- **Digitale borst tomosynthese** is een mammografische techniek die een reeks (meestal 15-20) lage dosis digitale beelden van de borst samenvoegt tot een driedimensionaal beeld. Het is een techniek met een hoge detectiegraad die de mogelijkheid biedt om beter te differentiëren tussen goedaardige en kwaadaardige afwijkingen. [11, 12] Momenteel is er echter onvoldoende evidentie om deze techniek als voorkeursmethode voor systematische borstkankerscreening toe te passen. Dit omdat de voordelen (hogere detectiegraad, lagere recall-rate) mogelijk niet opwegen tegen nadelen (overdiagnose, hogere stralingsbelasting). Er is nood aan verder onderzoek en meer data om de plaats van tomosynthese in borstkankerscreening te bepalen. [13, 14]
- Verhoogde densiteit van het borstweefsel is een risicofactor voor borstkanker. Bovendien zorgt een **verhoogde borstdensiteit** voor een verlaging van specificiteit en sensitiviteit van de mammografie. Toch zijn er momenteel onvoldoende argumenten om aanvullende beeldvorming (echografie, mri of tomosynthese) te doen bij vrouwen met dense borsten en een negatief mammogram. [13, 15]

### Welke vrouwen met matig verhoogd familiaal risico doorverwijzen voor screening?

- Geen wijzigingen

## 4.3. GEINFORMEERDE KEUZE

### Wanneer en hoe de voor- en nadelen van screening bespreken?

- Vrouwen hebben vaak een foute perceptie over hun overlijdensrisico bij borstkanker. Het is dan ook belangrijk om te duiden dat, hoewel 1 op 9 vrouwen ooit borstkanker zal krijgen, de meerderheid van de gediagnosticeerde vrouwen niet zal sterven aan de borstkanker. [10]
- Om vrouwen te helpen een geïnformeerde keuze te maken, moet er begrijpelijk materiaal beschikbaar zijn om de voor- en nadelen van screening toe te lichten. [16]

- Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft hier een aan rapport gewijd en consultondersteunend materiaal ontworpen. [10] Je kan de raadplegen via onderstaande links: [40-49 jaar](#), [50-59 jaar](#), [60-69 jaar](#), [70-79 jaar](#)

**Met welke voordelen rekening houden bij het aanbevelen van borstkankerscreening?**

- Geen wijzigingen

**Met welke nadelen rekening houden bij het aanbevelen van borstkankerscreening?**

- Hoewel door screening de borstkanker gerelateerde mortaliteit daalt, heeft screening geen effect op de totale sterfte. [17, 18]

## 5 REFERENTIES

---

1. Harris, H., et al., *Familial breast cancer: is it time to move from a reactive to a proactive role?* Fam Cancer. **10**(3): p. 501-3.
2. Moyer, V.A., *Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer in women: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement.* Ann Intern Med. **160**(4): p. 271-81.
3. Robays J, S.S., Hulstaert F, van Maerken T, Claes K, Janin N, Matthijs G, 't Kint de Roodenbeke D, Berlière M, Wildiers H, Poppe B, *KCE Reports 236As. Oncogenetische testen en follow-up van vrouwen met erfelijke borst- of ovariumkanker, Li-Fraumeni-syndroom en Cowden-syndroom – Samenvatting. Good Clinical Practice (GCP).* Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2015.
4. Eccles, D.M., et al., *BRCA1 and BRCA2 genetic testing-pitfalls and recommendations for managing variants of uncertain clinical significance.* Ann Oncol. **26**(10): p. 2057-65.
5. Zeichner, S.B., C. Stanislav, and J.L. Meisel, *Prevention and Screening in Hereditary Breast and Ovarian Cancer.* Oncology (Williston Park). **30**(10): p. 896-904.
6. Kurian, A.W., K.E. Kingham, and J.M. Ford, *Next-generation sequencing for hereditary breast and gynecologic cancer risk assessment.* Curr Opin Obstet Gynecol. **27**(1): p. 23-33.
7. D'Andrea, E., et al., *Which BRCA genetic testing programs are ready for implementation in health care? A systematic review of economic evaluations.* Genet Med. **18**(12): p. 1171-1180.
8. D'Andrea, E., et al., *Genetic testing and economic evaluations: a systematic review of the literature.* Epidemiol Prev. **39**(4 Suppl 1): p. 45-50.
9. Foulkes, W.D., B.M. Knoppers, and C. Turnbull, *Population genetic testing for cancer susceptibility: founder mutations to genomes.* Nat Rev Clin Oncol. **13**(1): p. 41-54.
10. Fuller, M.S., C.I. Lee, and J.G. Elmore, *Breast cancer screening: an evidence-based update.* Med Clin North Am. **99**(3): p. 451-68.
11. Yun, S.J., et al., *Benefit of adding digital breast tomosynthesis to digital mammography for breast cancer screening focused on cancer characteristics: a meta-analysis.* Breast Cancer Res Treat. **164**(3): p. 557-569.
12. Gilbert, F.J., et al., *The TOMMY trial: a comparison of TOMosynthesis with digital MammographY in the UK NHS Breast Screening Programme--a multicentre retrospective reading study comparing the diagnostic performance of digital breast tomosynthesis and digital mammography with digital mammography alone.* Health Technol Assess. **19**(4): p. i-xxv, 1-136.
13. Siu, A.L., *Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement.* Ann Intern Med. **164**(4): p. 279-96.
14. Rahbar, H., et al., *How Can Advanced Imaging Be Used to Mitigate Potential Breast Cancer Overdiagnosis?* Acad Radiol. **23**(6): p. 768-73.
15. Melnikow, J., et al., *Supplemental Screening for Breast Cancer in Women With Dense Breasts: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force.* Ann Intern Med. **164**(4): p. 268-78.
16. Elwyn, G., et al., *Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process.* BMJ, 2006. **333**(7565): p. 417.
17. Loberg, M., et al., *Benefits and harms of mammography screening.* Breast Cancer Res. **17**: p. 63.
18. Humphrey, L.L., et al., *Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.* Ann Intern Med, 2002. **137**(5 Part 1): p. 347-60.
19. Kohn L, Mambourg F, Robays J, Albertijn M, Janssens J, Hoefnagels K, Ronsmans M, Jonckheer P. *Borstkankeropsporing: boodschappen ter ondersteuning van een geïnformeerde keuze – Synthèse.* Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2014. KCE Reports 216.