

MEDI-SFEER

is een tijdschrift uitgegeven voor huisartsen en gastro-enterologen.

WEKELIJKS

24 nummers/jaar
Oplage: 10.500 exemplaren

HOOFDREDACTEUR:

Alex Van Nieuwenhove

REDACTIE:

Pierre Dewaele
Jean-Yves Hindlet

EINDREDACTIE:

Elien Devillé
Julie Gueulette
redac@rmnet.be

SALES MANAGER:

France Neven
f.neven@rmnet.be

PRODUCTIE:

Pierre-Yves Derkenne

MEDICAL DIRECTOR:

Dominique-Jean Bouilliez

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER:

Vincent Leclercq

PAPIEREN JAARABONNEMENT:

€420 (België)

DIGITAAL JAARABONNEMENT:

€420

WEB:

www.medi-sfeer.be

Alle rechten voorbehouden, inclusief vertalingen, zelfs gedeeltelijk. Verschijnt eveneens in het Frans.

COPYRIGHT

PromoHealth asbl
12, avenue Marie-Antoinette
1410 Waterloo



Lid van de Unie van de Uitgevers van de Periodieke Pers

De uitgever kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor de inhoud van de artikels, die onder de verantwoordelijkheid van de auteurs vallen. Door de snelle evolutie van de medische wetenschap is het aan te bevelen de diagnostische richtlijnen en therapeutische aanbevelingen extern te verifiëren. De inhoud van de snelle lezing valt niet onder de verantwoordelijkheid van de auteur.

WOORD VOORAF

“Maar ga ik nu doodgaan, dokter?”

Risicoperceptie bij patiënten en artsen omtrent ductaal carcinoma in situ van de borst

Marianne, een 51-jarige kassierster, is na het zien van de 'Pink October'-campagne overtuigd van het nut van een screeningsmammografie en laat, net als veel andere vrouwen tussen 50 en 69 jaar oud, “naar haar borsten kijken”. Op haar allereerste mammografie worden verdachte kleine verkalkingen gezien in de rechterborst... Marianne ondergaat een echogeleid biopst van deze kalkspatjes. Het histopathologische onderzoek toont een laaggradig ductaal carcinoma in situ (DCIS) aan. Totaal ontredderd klopt Marianne aan bij haar huisarts: “Dokter, ga ik nu sterven aan borstkanker?”

Zoals Marianne zijn er jaarlijks veel dames in België. Anno 2024 is ongeveer één op vijf borsttumoren die gedetecteerd worden door screeningsmammografie een DCIS. In de jaren 70 presenteerde slechts 1 op 200 borstkankerpatiënten zich met een DCIS. Dergelijke patiënten hadden een symptomatisch DCIS met tepelvochtverlies, een palpabele massa en/of een huidintrekking. Door het invoeren van de borstkankerscreening, is het aantal asymptomatische DCIS in de afgelopen decennia exponentieel toegenomen.

DCIS is een proliferatie van atypische cellen die beperkt blijft tot de afvoerkanalen van de melkklier, zonder infiltratie van het omringende bind- en vetweefsel. Doordat de basale membraan van deze melkkanalen intact blijft, kan een DCIS per definitie geen aanleiding geven tot uitzaaiingen, noch in de regionale lymfeklieren, noch in organen op afstand. Invasieve borstkanker daarentegen, wordt gekenmerkt door infiltratie van het borststeunweefsel door atypische cellen, en heeft dus de capaciteit om lymfe- en bloedvaten te infiltreren en zo uitzaaiingen te veroorzaken.

Omdat DCIS beschouwd wordt als een niet-obligate voorloper van invasieve borstkanker, bestaat de behandeling momenteel uit heelkundige excisie, vaak gevolgd door bestraling, en al dan niet hormonale therapie (afhankelijk van de aan- of afwezigheid van hormoonreceptoren in het DCIS). De behandeling van DCIS, een niet-invasieve tumor, is dus vrij gelijkaardig aan de behandeling van invasieve borstkanker in een vroeg stadium! De beperkte,

voornamelijk Angelsaksische, literatuur over risicoperceptie omtrent DCIS toont aan dat deze vergelijkbare behandeling een vertekende risicoperceptie veroorzaakt bij zowel DCIS-patiënten als hun artsen, met overschatting van het risico om te sterven aan borstkanker (1-3).

Grootschalige studies over risicoperceptie bij Europese DCIS-patiënten en zorgverleners zijn momenteel onbestaande (3). Toekomstig onderzoek door middel van vragenlijsten zou dit in kaart moeten brengen, om zo beter in te spelen op de huidige noden van patiënten en zorgverleners. Momenteel wordt de arts-patiëntcommunicatie ook sterk bemoeilijkt door de vele onzekerheden waarmee DCIS gepaard gaat. Hoewel DCIS als niet-obligate voorloper van invasieve borstkanker beschouwd wordt, is het vandaag nog steeds onmogelijk om te voorspellen welke DCIS in staat is om te evolueren naar een invasieve borstkanker, en welke niet, als deze DCIS niet geopereerd zouden worden (4). Moest er een dergelijke diagnostische test bestaan, dan zou de huidige ‘one size fits all’-behandeling kunnen evolueren naar gepersonaliseerde therapie (4). Actieve opvolging (zogenaamd ‘watchful waiting’ of ‘active surveillance’) zou dan zelfs een valide optie kunnen worden voor ‘laag-risico’-patiënten. Toekomstig onderzoek moet deze hiaten in onze kennis opvullen.

Dr. Mieke Van Bockstal

Afdeling pathologie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Brussel

Referenties

1. Ruddy KJ, Meyer ME, Giobbie-Hurder A, et al. Long-term risk perceptions of women with ductal carcinoma in situ. *Oncologist* 2013;18(4):362-8.
2. Partridge A, Adloff K, Blood E, et al. Risk perceptions and psychosocial outcomes of women with ductal carcinoma in situ: longitudinal results from a cohort study. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(4):243-51.
3. Riggi J, Galant C, Vernaëve H, Vassiliou M, Berlière M, Van Bockstal MR. Risk perception of patients with ductal carcinoma in situ (DCIS) of the breast and their healthcare practitioners: The importance of histopathological terminology, and the gaps in our knowledge. *Histol Histopathol* 2024 Sep 3:18806.
4. Van Bockstal MR, Agahozo MC, Koppert LB, van Beurzen CHM. A retrospective alternative for active surveillance trials for ductal carcinoma in situ of the breast. *Int J Cancer* 2020;146(5):1189-97.