

Borstkanker-screening

HOE SCREENEN WE OPTIMAAL?

Dr. Dominique-Jean Bouilliez, op basis van een interview met prof. Martine Berlière (Clin. Univ. St. Luc)

Prof. Martine Berlière (coördinatrice van de borstkliniek van de Cliniques Universitaires St. Luc, UCL) neemt deel aan het Europese project MyPeBS (*My Personal Breast Screening*, www.mypebs.eu) dat een nieuwe gepersonaliseerde screeningaanpak test gebaseerd op de raming van het individuele borstkankerrisico. Wij vroegen haar welke rol de huisarts vervult in deze screening die toch een aanzienlijke impact heeft op de levenskwaliteit.

In tegenstelling tot wat algemeen wordt gedacht, behoort het zelfonderzoek van de borsten niet tot de formele screeningaanbevelingen. Zo'n onderzoek kan immers heel wat angst opwekken, onder meer bij vrouwen met van nature erg knobbelige borsten of vrouwen die na een borstoperatie werden bestraald en vezelige borsten hebben. "We kunnen onze patiënten wel vragen om hun borsten aandachtig te bekijken om eventueel een kleurverandering, borstvervorming, een ingetrokken tepel of een navelachtig uitzicht van de tepel op te sporen."

Welke screening stellen we dan voor?

Bij een screeningsmammografie treffen we vooral letsels *in situ* aan en erg weinig beginnende agressieve tumoren. Daarom rijst in heel wat landen de vraag of dat



Prof. Martine Berlière

systematische onderzoek nog wel relevant is, "we weten immers dat de voortdurende daling van de borstkankerssterfte hoofdzakelijk te danken is aan de therapeutische vooruitgang", zegt prof. Berlière. Zo gezien zouden we de screeningmethodes moeten herbekijken. Het is ten slotte de bedoeling om hoogrisicopatiënten correct te screenen

Het Europese project MyPeBS test een nieuwe gepersonaliseerde screeningaanpak gebaseerd op de raming van het individuele borstkankerrisico.

en niet om dwingende acties op te leggen aan de andere vrouwen. De MyPeBS-studie zal ook duidelijk maken wat we moeten voorstellen aan patiënten die zich in de grijze zone bevinden en waarbij we niet goed weten hoe we ze moeten opvolgen: moeten we meer doen (met een echografie en een MRI-onderzoek korter na elkaar)? Of mag het daarentegen wat minder zijn om het aantal stralingsgeïnduceerde kankers en de angst voor de screening en eventuele bijkomende onderzoeken te verminderen?

In het kader van de studie ontvangen alle deelnemers een screeningkalender voor de 4 jaar van hun deelname. De kalender wordt aangepast aan hun eigen risico en bovenop het jaarlijkse klinisch onderzoek bij de huisarts ondergaan ze:

- bij laag risico: een mammografie na 4 jaar;
- bij matig risico: een mammografie en een echografie (bij een hoge borstdensiteit) om de 2 jaar;
- bij hoog risico: een mammografie en een echografie (bij een hoge borstdensiteit) ieder jaar;
- bij zeer hoog risico: één mammografie per jaar en één MRI-onderzoek per jaar tot op de leeftijd van 60 jaar.

Het individuele risico van elke patiënte om binnen vijf jaar borstkanker te ontwikkelen, wordt voor elke vrouw geraamd op basis van haar persoonlijke medische antecedenten (bijvoorbeeld substitutiebehandeling) of de antecedenten in haar familie, de borstdensiteit en de DNA-analyse van een speekselstaal. De resultaten van deze studie worden in 2025 verwacht “en wij hopen dat de huisartsen ons zullen helpen bij de rekrutering van de vrouwen...”.

Wat moet de huisarts doen in afwachting daarvan?

“Eerst en vooral moet hij een goede anamnese uitvoeren”, benadrukt prof. Berlière. Over de familiale voorgeschiedenis (ook aan vaderskant) kan hij makkelijk meer te weten komen bij het voorschrijven van de anticonceptiepil of substitutiebehandelingen (die zoals bekend bescherming bieden tegen eierstok- en endometriumkanker). Ook belangrijk zijn het klinisch onderzoek en de houding die de arts daarbij aanneemt. Die moet verschillen naargelang de borsten polycystisch zijn of niet.

Bij vrouwen zonder risicofactoren volstaat meestal de mammotest. Zijn er wel risicofactoren, dan wordt een volledig borstsonderzoek aanbevolen. Semantisch gezien ondergaan vrouwen met antecedenten van borstkanker geen screening meer, maar volgen ze een surveillanceprogramma. Die programma's worden opgezet voor vrouwen met een hoog risico: antecedenten van kanker, draagster van een oncogene mutatie of precancereuze hyperplastische letsels en thoraxradiotherapie.

Ook mannen, “die ongeveer 1% van de borstkankers vertegenwoordigen”, moeten nauwlettend worden gescand, zeker bij een onregelmatigheid in de borst (verharding, korstjes...). Ook zij moeten dan worden doorverwezen voor een mammografie en een echografie.

Tot welke leeftijd wordt er gescand?

“Vandaag baseren we ons op de fysiologische leeftijd van de patiënten om te bepalen of screening relevant is.” Patiënten van 70 jaar en ouder worden meestal niet meer gescand, vooral om ze niet nog banger te maken en omdat screening bij hen weinig verandert aan de overleving. Boven de 70 jaar spreken we dus eerder van gepersonaliseerde geneeskunde waarbij we kijken naar de comorbiditeiten, de fysieke activiteit, de algemene gezondheidstoestand, het behoud van de levenskwaliteit...

Wat weten we vandaag over primaire en secundaire preventie?

“Volgens de literatuur kan ongeveer 40% van de kankers, voor alle organen samen, worden vermeden. Die preventie is voor alle kankers dezelfde”, zegt prof. Berlière. “Onder meer minder drinken en roken moeten we aanbevelen.” Ook weten we dat de pil het risico in de algemene bevolking licht verhoogt. Voor risicogroepen zullen we dus geen langdurig pilgebruik aanraden. Dat geldt ook voor substitutiebehandelingen. Bij patiënten met antecedenten moeten we er zeker van zijn dat ze nauwlettend worden opgevolgd. Eveneens belangrijk voor primaire preventie zijn de voeding, vooral de vermindering van vetten, en fysieke activiteit. Vrouwen met een borstkankerverleden worden doorgaans heel lang opgevolgd (tot 10 jaar en langer) als ze een hormoontherapie volgen. Daarna is een klinische, biologische en senologische follow-up aangewezen zolang ze zich kunnen verplaatsen.

Wat moeten we vooral onthouden?

“De rol van de huisarts kan nauwelijks worden overschat. Niet alleen kan hij de patiënten aanmoedigen om zich te laten screenen volgens de aanbevelingen, hij spoort ook de risicofactoren op en zal de patiënten begeleiden naar een regelmatige en zorgvuldige follow-up”, besluit prof. Berlière. ■