



Feedback borstkankerscreening IMA

Uitgave 2009

**domus
medica**

vereniging van huisartsen

Programma

- Doelen programma
- Casus 1
- Bespreking feedback
- Risicobepaling, casus 2 en 3
- Kernboodschappen
- Evaluatie

Doelen feedback borstkankerscreening

- Praktijkrelevante cijfers aanreiken over de opsporing van borstkanker.
- Stimuleren van opsporing borstCA via screeningsmammo.
- Bereiken van vrouwen die nog nooit onderzocht werden d.m.v. een mammografie.
- Herhaling wetenschappelijke aanbevelingen

Voor wie is deze feedback bedoeld?

Er zijn 4 doelgroepen:

■ **Huisartsen**

Criterion : minstens 20 patiënten uit de doelgroep (50-69 j) in het eigen (toegewezen) patiëntenbestand in 2006-2007

■ **Gynaecologen**

Criterion : minstens 100 patiënten uit de doelgroep (50-69 j) in de eigen contactgroep in 2006-2007

■ **Radiologen**

Criterion : minstens 20 mammografische onderzoeken uitgevoerd in 2006-2007

■ **Medische huizen**

Criterion : minstens 20 patiënten uit de doelgroep (50-69 j) in het samengeteld patiëntenbestand van het medisch huis in 2006-2007

Stand van zaken (tabel pag.3)

- De deelnamecijfers van 2002 tot 2007, verdeeld over drie periodes van 2 jaar, tonen een duidelijke toename.

Tabel: Evolutie van de deelname (in %) van vrouwen van 50 tot en met 69 jaar aan een mammografisch onderzoek via mammotest (450192-450203), via mammografie (450096, 461090) en in totaal

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Couverture door screeningsmammografie	22%	25%	30%
Couverture door mammografie	32%	31%	31%
Totale couverture	54%	56%	61%

→ De deelname van vrouwen van 50 tot en met 69 jaar aan het bevolkingsonderzoek is nog niet optimaal.

Vaststellingen die de aandacht trekken:

- **24% van doelgroep: geen enkel mammografisch onderzoek** in de periode 2002-2007.

- Voor de start van het bevolkingsonderzoek lieten **38% van de vrouwen in de doelgroep zich spontaan screenen** dwz via mammografie (450096, 461090, dus NIET-screeningsmammo). In 2006-2007 nog altijd 31%.

→ **Belangrijk dat artsen en vrouwen omschakelen van hun vroegere gewoonte van opportunistische opsporing (via mammografie: 450096, 461090) naar het huidige aanbevolen bevolkingsonderzoek (via screeningsmammografie: 450192,450203).**

Casus 1

Maaike, net 50 jaar geworden, komt naar de raadpleging omdat ze zich echt niet goed voelt; ze moet sinds eergisteravond zo hard hoesten. U verricht anamnese, klinisch onderzoek, werkt diagnose en behandelplan (virale LWI) verder uit.

Gaat u op het einde van deze raadpleging

1. het wél even hebben over de georganiseerde borstkankerscreening, en haar een voorschrift meegeven om een screeningsmammografie te laten verrichten?

2. de borstkankerscreening níét aanhalen?

(NB: geen bijzondere persoonlijke, noch familiale voorgeschiedenis van borstkanker)

PLATFORM KWALITEITSPROMOTIE

Domus Medica - SSMG - RIZIV - IMA - KCE - BVAS - KARTEL

Dr. NAAM Voornaam

BORSTKANKERSCREENING

Individuele feedback

RIZIV nummer : 12345678

Ambulante voorschrijfgegevens

Huisartsen

Data 2002 tot 2007

Gelieve dit document te bewaren voor discussie in uw LOK

November 2009

Platform Kwaliteitspromotie

- = werkgroep van de NRKP, Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.
- NRKP is orgaan binnen de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV.

Voordelen georganiseerde screening?

- Gestructureerd: duidelijke doelbevolking, screeningsintervallen, implementatiebevordering op niveau van pt en arts, kwaliteitscriteria, opvolging en evaluatie
- Kadert in een Europees programma, met aanbevolen Europese kwaliteitsnormen (techn controle, controle beeldpositionering, beeldkwaliteit, erkenningscriteria mammografische eenheden, dubbele lezing,
- Kwaliteitscontrole doet aantal vals pos en vals neg resultaten tot een minimum herleiden.
- Structuur voor monitoring en registratie (studieopzet)

Verskil screenings-/diagnostische mammografie

- SCREENINGSMAMMO:
- Asymptomatische vrouwen van 50 tot 69 jaar,
- zonder enige specifieke klinische reden voor een borstonderzoek.

- DIAGN. MAMMO:
- enkel noodzakelijk bij klinische klachten en/of afwijkende screeningsmammo.

Methode

- Gelijkaardig aan vorige feedback (2006)
 - Databron: facturatiegegevens, geanonimiseerd, die ter beschikking van het IMA worden gesteld.
- Bijsturing van feedbackdocument 2009:
 - Korter en leesbaarder (minder blz, geen grote tabellen, lay-out, ...)
 - Voor huisartsen en medische huizen: afz. screeningspercentage voor doelgroep mét en zonder GMD)
 - Eerste maal feedback verzonden naar de medische huizen.
 - Nog steeds bug in link tussen uitgevoerde screeningsmammo en voorschrijver (tabel 5).
 - evolutie (cijfers 2001 – 2007)

Kijken naar onze individuele gegevens

Eigen feedback ter hand nemen:

1. Welke patiënten?

2. Mammografies:

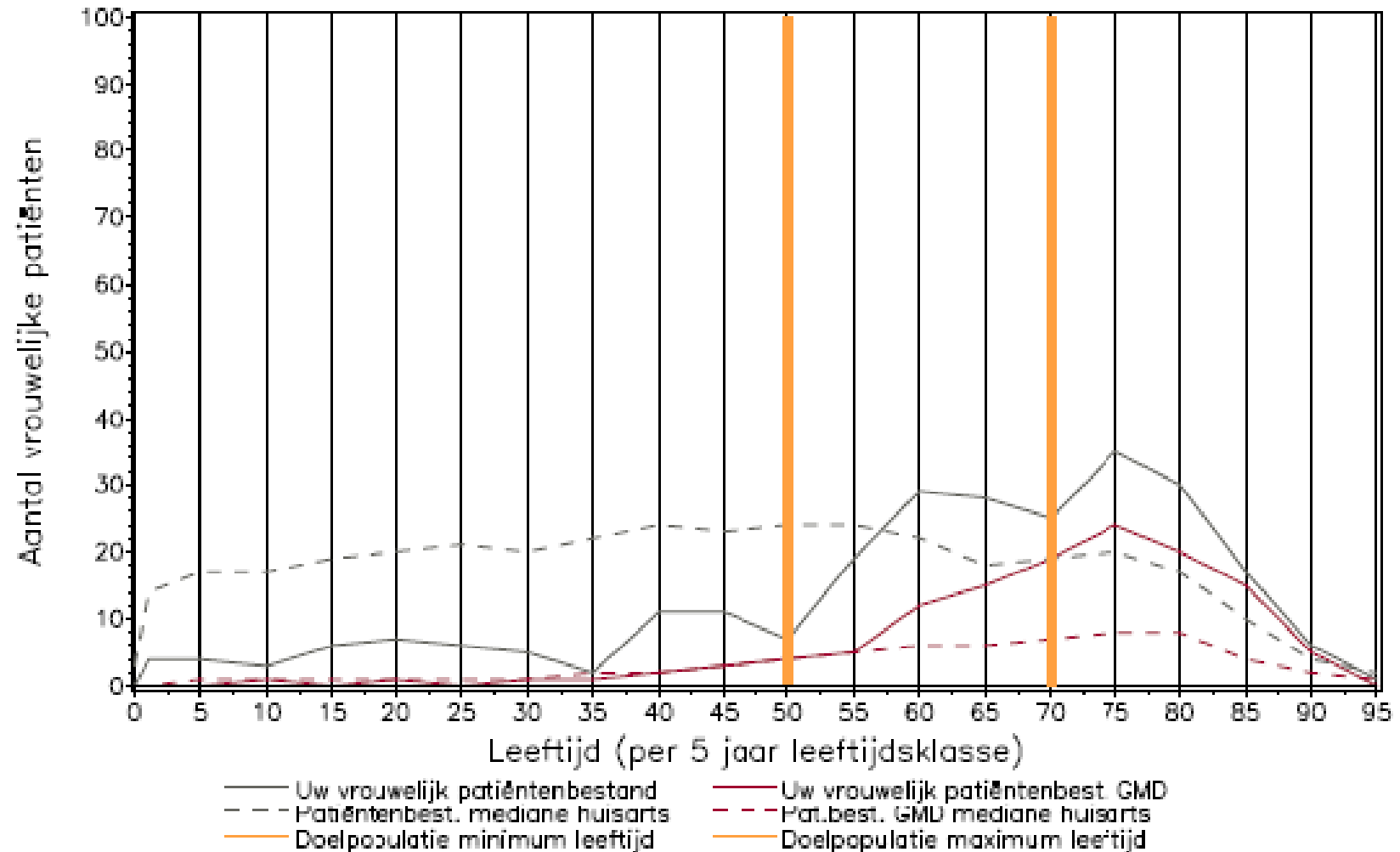
Hoeveel mammografies?

Percentage onderzochte vrouwen?

Welk screeningsprofiel in de doelgroep?

3. Wie zijn de voorschrijvers?

1. Welke patiënten?



Uw toegewezen patiëntenbestand

- Alle vrouwelijke GMD-patiënten
- Alle vrouwelijke ptn zonder GMD die u meest vaak consulteerden (als gelijk, dan toegewezen aan recentst geraadpleegde)

Tabel 1: uw doelpopulatie

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Aantal vrouwen in de doelgroep tijdens het 1ste jaar v/d periode	112	92	88
Aantal vrouwen in de doelgroep tijdens het 2de jaar v/d periode	108	89	83
Totaal aantal vrouwen in de doelgroep in het 1ste en/of het 2de jaar v/d periode	115	94	90
Aantal bestudeerde vrouwen	101	86	80

2. Hoeveel mammografies?

Tabel 2 :
Aantal mammografische onderzoeken bij uw doelpopulatie
in vergelijking met de doelpopulatie van de mediane huisarts (P50)
in het Vlaamse gewest en in België per periode van 2 jaar
Gegevens 2002-2007 – Huisarts xxxxxx - LOK xxxxxx

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Aantal screeningsmammografieën (450192-450203)	19	15	15
Aantal mammografieën (450096,461090)	35	32	31
Totaal aantal mammografische onderzoeken	54	47	46
Verhouding (screeningsmammo./totaal aantal mammo. onderzoeken)	35%	32%	33%
Vergelijking met de mediane Vlaamse huisarts (P 50)	53%	57%	61%
Vergelijking met de mediane Belgische huisarts (P 50)	26%	32%	38%

3. Percentage onderzochte vrouwen?

Tabel 3:

Percentage vrouwen van uw doelpopulatie die een mammografisch onderzoek (screeningsmammografie of mammografie) ondergingen in vergelijking met de doelpopulatie van uw LOK, uw provincie, uw gewest en België.

Gegevens 2002-2007 – Huisarts xxxxxx - LOK xxxxxx

	Pct vrouwen onderzocht d.m.v. mammografisch onderzoek (screeningsmammo. en/of mammografie)			Pct vrouwen onderzocht d.m.v. screeningsmammografie		
	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Uw doelpopulatie	50%	47%	51%	19%	17%	19%
Uw LOK	52%	54%	59%	20%	23%	20%
Uw provincie	58%	61%	65%	31%	34%	37%
Uw gewest	54%	58%	65%	33%	37%	44%
België	54%	56%	61%	22%	25%	30%

Vervolg tabel 3

	Pct vrouwen onderzocht d.m.v. mammografisch onderzoek (screeningsmammo. en/of mammografie)			Pct vrouwen onderzocht d.m.v. screeningsmammografie		
	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Uw doelpopulatie	50%	47%	51%	19%	17%	19%
Uw LOK	52%	54%	59%	20%	23%	20%
Uw provincie	58%	61%	65%	31%	34%	37%
Uw gewest				33%	37%	44%
België				22%	25%	30%

• *teller* = totaal aantal onderzochte vrouwen

• *noemer* = totaal aantal onderzochte vrouwen van tabel 1

⇒ 2002-2003: $50/101 = 50\%$
 2004-2005: $40/86 = 47\%$
 2006-2007: $41/80 = 51\%$

• *teller* = aantal onderzochte vrouwen door screeningsmammografie (tabel 2)

• *noemer* = totaal aantal onderzochte vrouwen van tabel 1

⇒ 2002-2003: $19/101 = 19\%$
 2004-2005: $15/86 = 17\%$
 2006-2007: $15/80 = 19\%$

Tabel 4:

Percentage onderzochte vrouwen met GMD

	Pct vrouwen onderzocht d.m.v. mammografisch onderzoek (screeningsmammo. en/of mammografie)			Pct vrouwen onderzocht d.m.v. screeningsmammografie		
	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Uw doelpopulatie met GMD	96%	75%	94%	29%	33%	47%
Uw LOK	98%	93%	99%	41%	40%	33%
Uw provincie	64%	67%	70%	37%	41%	44%
Uw gewest	59%	63%	70%	37%	42%	49%
België	60%	63%	68%	31%	35%	40%

- Eén van onze taken is om diagnostische mammografieën te beperken tot vrouwen met klinische klachten en/of bij screening gedetecteerde afwijkingen.

Screeningsmammo's verdienen wel degelijk hun voorkeur:

- Doeltreffendheid bewezen
significante **daling sterfte** aan borstCA voor vrouwen ts 50 en 69 jaar met 25 tot 30%.
- Vermindering van **individueel risico** om aan borstkanker te sterven met minstens de helft door zich tweejaarlijks te laten screenen (Miettinen OS, Henschke CI, Pasmantier MW, Smith JP, et al. Mammographic screening: no reliable supporting evidence? Lancet 2002;359(9304):404-5).
- **Kwaliteitsvol**, gestructureerd bevolkingsonderzoek
- Kaderend in een Europees programma met vastgelegde kwaliteitsnormen en indicatoren.

Wat < 50 j. en > 69 j.?

40 – 49 jaar

- 1 op 4 borstkankers.
- Doeltreffendheid **screening** op sterfte **niet** aangetoond
- Wél nadelen:
 - vals-positieven (denser borstklierweefsel, onnodige biopsie, angst),
 - vals-negatieven (denser borstklierweefsel en snellere groei waardoor meer intervalekankers).
- Beslissing tot **screenen** altijd samen met de patiënte nemen. (patiënte inlichten).

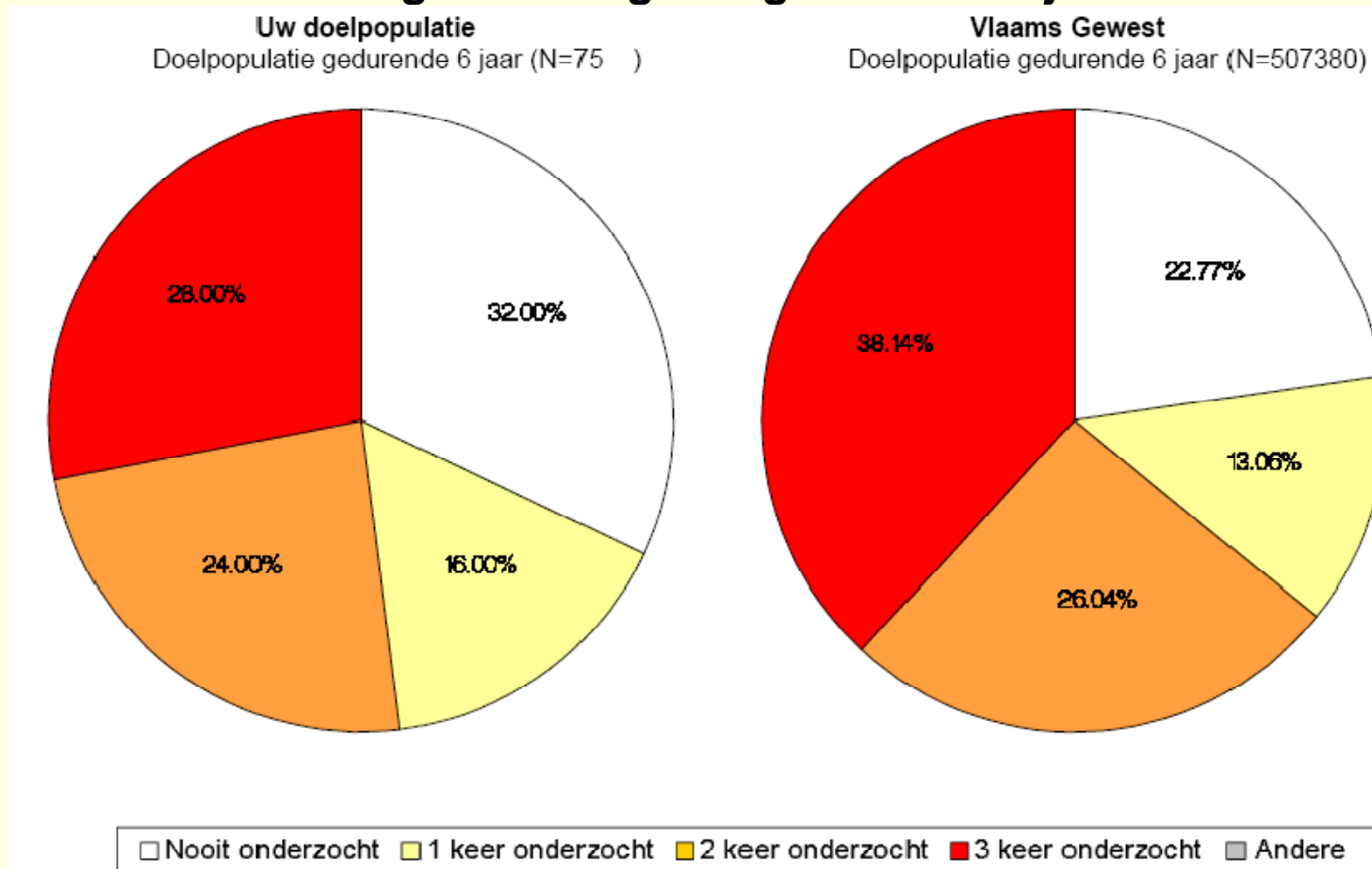
70 - 74 jaar

- Mammografie effectief: nog hogere mortaliteitsreductie
- Beslissing tot **screenen** afh. van levensverwachting en comorbiditeit.

4. Screeningsprofiel van de doelpopulatie

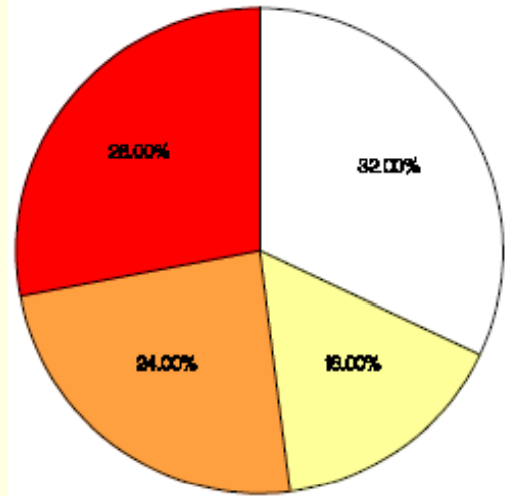
Figuur 2:

Percentage vrouwen van uw doelpopulatie onderzocht via mammografie en/of screeningsmammografie gedurende 6 jaar.



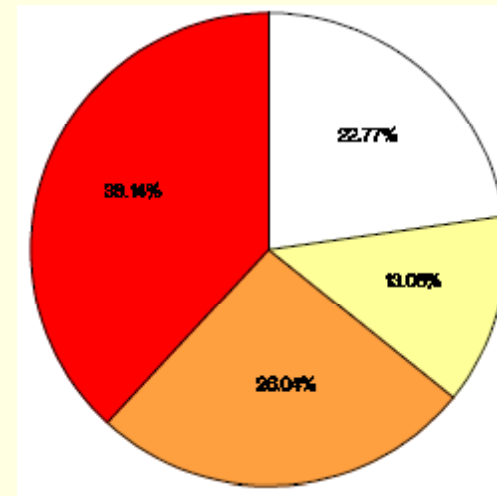
Uw doelpopulatie

Doelpopulatie gedurende 6 jaren N = 75



In Vlaams gewest

Doelpopulatie gedurende 6 jaren N = 507.380



□ Nooit onderzocht ◻ 1 keer onderzocht ◻ 2 keer onderzocht ◻ 3 keer onderzocht

- *Noemer* :
Doelpopulatie gedurende 6 jaren : vrouwen die tot de doelpopulatie behoren gedurende 6 opeenvolgende jaren
→ vrouwen geboren tussen 1938 (max 69 jaar in 2007) en 1952 (min 50 jaar in 2002)
- *Teller* : Aantal onderzochte vrouwen via screeningsmammografie en/of mammografie
 - ◻ **NOOIT** onderzocht gedurende de 3 bestudeerde periodes
 - ◻ **1 KEER** onderzocht : gedurende 1 van de 3 bestudeerde periodes
 - ◻ **2 KEER** onderzocht : gedurende 2 van de 3 bestudeerde periodes
 - ◻ **3 KEER** onderzocht : elk periode

5. Wie zijn de voorschrijvers van de screeningsmammo's?

<i>Voorgeschreven onderzoeken door :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
De huisartsen	13%	12%	12%
De gynaecologen	3%	2%	3%
Andere specialisten	1%	0%	5%
Onbepaalde voorschrijvers	83%	86%	80%

Tabel 5

In 2006-2007, kon slechts 20% van de voorschrijvers geïdentificeerd worden

→ **heel beperkt inzicht van type voorschrijver**

5. Wie zijn de voorschrijvers van de mammo's 450096, 461090 ?

Tabel 6:
Percentage mammografieën (450096, 461090) voorgeschreven aan uw doelpopulatie door u en andere voorschrijvers in vergelijking met de mediane huisarts (P50) in het Vlaams Gewest en in België

Gegevens 2002-2007 – Huisarts xxxxxx - LOK xxxxxx

<i>Voorgeschreven onderzoeken door :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
U zelf	6%	13%	16%
De gynaecologen	74%	75%	61%
Andere huisartsen	3%	0%	3%
Andere specialisten	17%	13%	19%

<i>Vergelijking van uw praktijk met :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
De mediane Vlaamse huisarts (P 50)	28%	28%	27%
De mediane Belgische huisarts (P 50)	25%	25%	25%

Taken huisarts

- Stimuleren van opsporing borstCA via screeningsmammo.
- Vrouwen die nog nooit gescreend zijn te motiveren tot participatie.
- Goede opvang van patiënten met een positieve screeningsmammografie, daardoor uitval vermijden.
- Vrouwen goed én volledig OP VOORHAND informeren over de screeningsmammografie (voor- én nadelen).
 - angstreducerend
 - vrouwen blijven deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.

Argumenten (1) pro screening

- Behandeling van de tumor in een vroeg(er) stadium:
 - vergt een minder zware behandeling en
 - biedt een betere prognose.

- Een vrouw die zich 2-jaarlijks laat screenen vermindert haar risico om aan borstkanker te sterven met minstens de helft.

- Afweging:
 - Participatiegraad van (minstens) 70% is vereist voor een 30% daling van mortaliteit in de doelgroep

Argumenten (2) pro screening

- Vrouwen met negatief screeningsresultaat zijn gerustgesteld.

Borstkanker is bedreigend:

- Bij 1 op 9 vrouwen wordt diagnose borstkanker gesteld voor leeftijd van 75 jaar.
- Meest voorkomende kanker bij vrouwen (35% van alle kankers)

- Afweging:

Deze geruststelling kan gevaarlijk zijn bij intervalekankers.

Negatieve effecten van screening

- De voordelen van de screening moet men afwegen tegen de nadelen.
- **Vals positieve** testresultaten veroorzaken bijkomende (nutteloze en dure) onderzoeken en ernstige ongerustheid.
- **Vals negatieve** testresultaten leiden tot valse geruststelling.
 - Intervalkanker
 - Radiologie fout (belang van kwaliteitsbewaking)
- **Andere nadelige effecten** zijn
 - Overdiagnose van borstkanker (10-30%)
 - stralingsgebonden risico ten gevolge van de screeningsmammografie (erg laag risico)

Voorwaarden voor optimale screening (50 - 69 jaar)

- Een systematisch programma:
 - minder invasieve ingrepen
 - de verbeterde prognose
 - de betere kwaliteitsbewaking van de screeningsmammografie (Europese kwaliteitscriteria voor erkende BKScentra).
- Sensitiviteit rond 80-90% bij vrouwen van 50 tot 69 jaar.

**Nog vragen over
de feedback?**

Casus 2

Fanny is een 18-jarig meisje, die met haar moeder op consultatie komt, en terloops de vraag stelt vanaf wanneer zij een mammografie moet laten nemen: haar grootmoeder heeft namelijk borstkanker gehad (unilateraal; ontdekt op 42-jarige leeftijd). Er zijn geen andere personen met borstkanker in de familie. Fanny's moeder wordt regelmatig onderzocht en is OK.

1. Wanneer moet Fanny zich laten onderzoeken d.m.v. een mammografie?
2. Is een echografie van de borsten dan ook aangewezen?

Risicobepaling o.b.v. familiale anamnese

- Fam. anamnese idealiter bij alle vrouwen, voorkomen borst- en ovariumCA, bij eerste- en tweedegraadsfamilieleden, hun leeftijd op ogenblik van ontdekking, al dan niet bilateraal voorkomen tumoren.
- Eerste graad = moeder, **vader**, **broer**, zus, **zoon** en dochter
- Tweede graad = grootvaders, grootmoeders, ooms, tantes, nichten, neven, halfbroers en halfzussen.
- Derde graad = overgrootouders, achterkleinkinderen, achterneven en – nichten, grootooms en groottantes, ...

Aantal verwanten met mammacarcinoom	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt <40 jaar	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt tussen 40 en 50 jaar	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt ≥50 jaar
Eén eerstegraads	Bescheiden risico	Unilateraal Normaal risico Bilateraal Bescheiden risico	Normaal risico
Twee eerstegraads	Hoog risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
Drie eerstegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
Eén tweedegraads	Normaal risico	Unilateraal normaal risico Bilateraal bescheiden risico	Normaal risico
Twee tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Normaal risico
Drie tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
Eén eerstegraads Eén tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
Eén eerstegraads Twee tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico

GROEN = risico vergelijkbaar met gewone bevolking

- Mammografische screening niet aangewezen voor de leeftijd van 50 jaar.
- = 10-jaarsrisico $< 3\%$ tussen leeftijd 40 en 50 jaar.
- = levenslang risico van $< 17\%$.
- Opvolging kan binnen de eerste lijn gebeuren.

ORANJE = bescheiden risico

- Vanaf 35 jaar starten met één screening dmv een MRI. Daarna vanaf 40 jaar een jaarlijkse mammografische screening (dus geen echo). Tevens klinisch onderzoek van borsten en regionale lymfeklierstations.
- = risico van 3-8% tussen 40 en 50 jaar.
- = levenslang risico > 17%.
- Opvolging in samenwerking met tweede lijn.

ROOD = hoog risico

- Tot 40 jaar: MRI; na 40 jaar: jaarlijkse mammografie (of MRI indien zeer dense borsten)
- = 10-jaarsrisico $> 8\%$ tussen 40 en 50 jaar.
- = levenslang risico $> 30\%$.
- $> 20\%$ kans om te behoren tot familie met dragers van een genetische fout (type BRCA 1, 2 of TP53).
- Best opgevolgd in samenwerking met derde lijn, en centrum gespecialiseerd in genetische counseling.

Antwoord casus 2

Unilateraal borstcarcinoom, bij één tweedegraadsverwant
= risico vergelijkbaar met de gewone bevolking (GROEN).

Geen mammografische screening aangewezen voor de leeftijd van
50 jaar.

Casus 3

Fanny is een 18-jarig meisje, die met haar moeder op consultatie komt, en terloops de vraag stelt vanaf wanneer zij een mammografie moet laten nemen: haar grootmoeder heeft namelijk borstkanker gehad (unilateraal; ontdekt op 42-jarige leeftijd). Er zijn geen andere personen met borstkanker in de familie. Fanny's moeder wordt regelmatig onderzocht en is OK.

Fanny's mamma, Renate, is 50 jaar.

Ook geen belangrijke voorgeschiedenis.

1. Wanneer moet Renate zich laten onderzoeken d.m.v. een mammografie?
2. Is een echografie van de borsten dan ook aangewezen?

Aantal verwanten met mammacarcinoom	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt <40 jaar	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt tussen 40 en 50 jaar	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt ≥ 50 jaar
Eén eerstegraads	Bescheiden risico	Unilateraal Normaal risico Bilateraal Bescheiden risico	Normaal risico
Twee eerstegraads	Hoog risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
Drie eerstegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
Eén tweedegraads	Normaal risico	Unilateraal normaal risico Bilateraal bescheiden risico	Normaal risico
Twee tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Normaal risico
Drie tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
Eén eerstegraads Eén tweedegraads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
Eén eerstegraads Twee tweedegraads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico

Antwoord casus 3

Unilateraal borstcarcinoom, bij één eerstegraadsverwant
= risico vergelijkbaar met de gewone bevolking (GROEN).

Renate kan vanaf nu instappen in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, en dus om de 2 jaar een screeningsmammo laten verrichten.

KERNBOODSCHAPPEN

- Participeren aan mammografische screening vermindert de sterfte t.g.v. borstkanker. Huisartsen spelen een belangrijke rol in de participatie van de doelgroep.
- Informatie m.b.t. vals + en vals - dient op voorhand te worden gegeven.
- < 50 jaar: doeltreffendheid screening niet aangetoond. Veel vals + en vals -.
- > 69 jaar: levensverwachting en comorbiditeit bepaalt al dan niet verdere screening.
- Belang van familiale anamnese
- Vrouwen aansporen tot 'breast awareness'
- Geen plaats voor systematisch klinisch borstonderzoek zonder klachten/symptomen of zonder verhoogd familiaal risico.

Nuttige links

- Aanbeveling BORSTKANKERSCREENING,
via www.domusmedica.be