


**Feedback
borstkankerscreening
IMA**

Uitgave 2009



domus
medica
vereniging van huisartsen

okt. 2009 1

Programma

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

okt. 2009 2

**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

okt. 2009 3

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

okt. 2009

4

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 mammo-test (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.

okt. 2009

5

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).

okt. 2009

6

Casus 1

Maaïke, 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)

okt. 2009

7

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

okt. 2009

8

Platform Kwaliteitspromotie

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

okt. 2009

9

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)

okt. 2009

10

Verskil screenings-/diagnostische mammografie

- | | |
|---|---|
| ■ SCREENINGSMAMMO: | ■ DIAGN. MAMMO: |
| ■ Asymptomatische vrouwen van 50 tot 69 jaar, | ■ enkel noodzakelijk bij klinische klachten en/of afwijkende screeningsmammo. |
| ■ <u>zonder enige specifieke klinische reden voor een borstonderzoek.</u> | |

okt. 2009

11

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)

okt. 2009

12

Kijken naar onze individuele gegevens

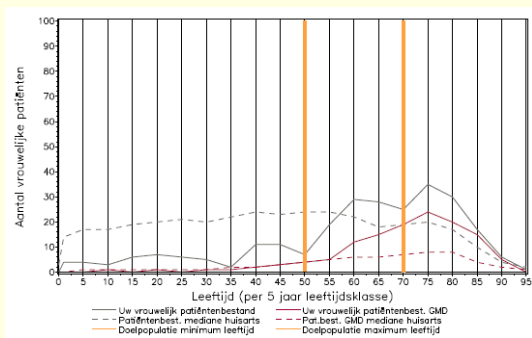
Eigen feedback ter hand nemen:

1. Welke patiënten?
2. Mammografies:
Hoeveel mammografies?
Percentage onderzochte vrouwen?
Welk screeningsprofiel in de doelgroep?
3. Wie zijn de voorschrijvers?

okt. 2009

13

1. Welke patiënten?



okt. 2009

14

Uw toegewezen patiëntenbestand

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

okt. 2009

15

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.

okt. 2009

22

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 intervalkankers).
- Beslissing tot **screenen** altijd samen met de patiënte nemen. (patiënte inlichten).

okt. 2009

23

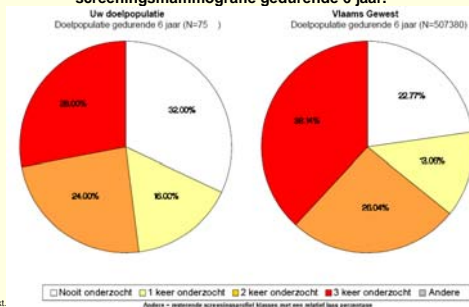
70 - 74 jaar

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

4. Screeningsprofiel van de doelpopulatie

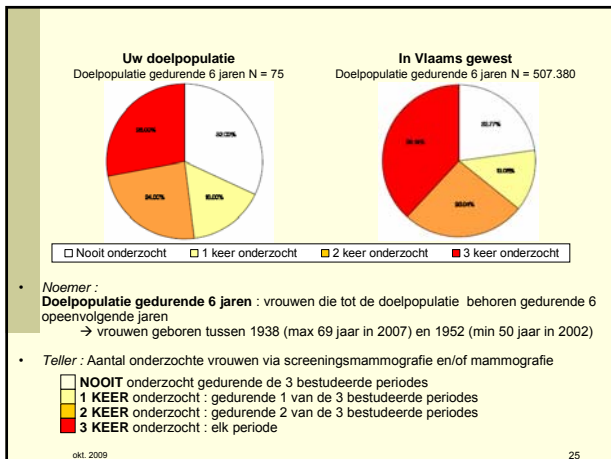
Figuur 2:

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



okt.

24



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

Voorgeschreven onderzoeken door :	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

okt. 2009 26

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

Voorgeschreven onderzoeken door :	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%

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

okt. 2009 27

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.

okt. 2009

28

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

okt. 2009

29

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.

okt. 2009

30

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)

okt. 2009

31

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.

okt. 2009

32

Nog vragen over de feedback?

okt. 2009

33

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?

okt. 2009

34

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, ...

okt. 2009

35

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

okt. 2009

Aanbevelingen UK Cancer Family Study Group

36

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.

okt. 2009

37

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.

okt. 2009

38

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.

okt. 2009

39

Antwoord casus 2

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

Geen mammografische screening aangewezen voor de leeftijd van 50 jaar.

okt. 2009

40

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?

okt. 2009

41

Aantal verwanten met mammacarcinoom	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt <48 jaar	Mammacarcinoom bij ten minste één vrouwelijk familielid ontdekt tussen 49 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 tweedegrads	Normaal risico	Unilateraal Normaal risico Bilateraal bescheiden risico	Normaal risico
Twee tweedegrads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Normaal risico
Drie tweedegrads	Hoog risico	Hoog risico	Hoog risico
Eén eerstegraads Eén tweedegrads	Bescheiden risico	Bescheiden risico	Bescheiden risico
Eén eerstegraads Twee tweedegrads	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.

okt. 2009

43

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.

okt. 2009

44

Nuttige links

- Aanbeveling BORSTKANKERSCREENING, via www.domusmedica.be

okt. 2009

45
