

M A M M O G R A F I S C H E D E N S I T E I T

Bruikbare klinische parameter binnen het kader van het Vlaamse screeningsprogramma voor borstkanker?

G. VAN HAL, G. FRANÇOIS, M. VAN DER BURG

Bij screening op borstkanker wordt systematisch ook de densiteit van de borsten vastgesteld. Een hoge densiteit blijkt een belangrijke risicofactor voor borstkanker te zijn. Toch wordt deze informatie meestal niet aan de huisarts doorgegeven. Dit zou tot veel meer extra onderzoek leiden, met soms een grote angstinductie en nodeloze invasieve ingrepen voor de betrokken patiënte tot gevolg.

Sinds 15 juni 2001 organiseert de Vlaamse gemeenschap een screeningsprogramma voor borstkanker¹. Vanaf het begin werd de cruciale rol van de huisartsen erkend en werden zij betrokken in alle fasen van het programma. Ze kunnen de vrouwen uit de doelgroep verwijzen voor een mammografie of dit overlaten aan het Centrum voor Borstkankeropsporing (CBO) in de buurt. In Vlaanderen zijn er vijf CBO's. Als de huisarts ervoor opteert om de uitnodiging door het CBO te laten plaatsvinden, krijgt hij van de patiënten die hem/haar als huisarts opgeven, steeds een protocol van het CBO. Dit protocol bevat de resultaten van de waarschijnlijkheidsdiagnose van het screeningsonderzoek na minstens twee beoordelingen door verschillende radiologen. Omdat het om een screeningsonderzoek gaat, is het de bedoeling om zo snel mogelijk een onderscheid te maken tussen de vrouwen bij wie géén afwijking is gevonden en vrouwen die een verder onderzoek moeten ondergaan. Daarbij worden de principes gehanteerd die eigen zijn aan screening, d.w.z. zoveel mogelijk vrouwen met een afwijking detecteren zonder er te veel nodeloos door te verwijzen voor verder onderzoek. Screening is een complex gegeven waarbij de negatieve neveneffecten snel de bovenhand kunnen krijgen, als niet wordt voldaan aan een aantal criteria². Huisartsen zijn hoofdzakelijk curatief opgeleid, waarbij het vinden van een letsel en het stellen van een diagnose en bijpassende therapie centraal staan. Bij screening geldt net het omgekeerde: men gaat ervan uit dat er géén letsel is, tot het tegendeel wordt bewezen. Dit houdt ook in dat het biologisch speuren naar afwijkingen niet aan de orde is.

Volksgezondheid en het individu

Bij borstkankerscreening worden niet alle letsels gevonden. Sommige van de gemiste letsels zouden wel gevonden kunnen worden door naast de mammografie ook systematisch een klinisch borstonderzoek (palpatie) en een echografisch onderzoek uit te voeren. Het voordeel van het vinden van deze bijkomende letsels weegt op bevolkingsniveau echter geenszins op tegen de nadelen die dit voor de vrouwen uit de doelgroep zou meebrengen. Een grote groep vrouwen zonder letsel zou immers onterecht het bericht krijgen dat verder onderzoek noodzakelijk is. Dit betekent in het beste geval een ernstige angstinductie,

wat zeker niet te onderschatten is. In een niet onaanzienlijk aantal gevallen zal er echter ook sprake zijn van financiële en medische consequenties, tot onterechte invasieve ingrepen toe. We komen dan op het vlak waar de wetmatigheden van de volksgezondheid enerzijds en het quasi absolute individuele

recht op gezondheid anderzijds, elkaar kruisen.

Screening is een complex gegeven waarbij de negatieve neveneffecten snel de bovenhand kunnen krijgen, als niet aan een aantal criteria wordt voldaan

Borstdensiteit: noodzakelijke informatie voor de huisarts?

In het Vlaamse programma voor borstkankerscreening wordt door het CBO in het protocol aan de huisarts niet alle beschikbare informatie meegegeven. Dit zou voor onoverzichtelijke protocollen zorgen, terwijl de enige bedoeling van screening is om een tweedeling te maken in de groep van deelnemers: de vrouwen die 'waarschijnlijk' borstkanker hebben en deze die 'waarschijnlijk geen' borstkanker hebben. Informatie over borstdensiteit wordt op dit moment niet door het CBO aan de huisartsen meegegeven.

Op basis van de recente literatuur, vooral het recente artikel van Boyd et al. in de *New England Journal of Medicine*³, kan men zich afvragen of het wenselijk is om in het protocol aan de huisartsen wél melding te maken van de densiteit van de borsten van de deelnemende vrouw. Er blijkt

immers een verband te bestaan tussen de densiteit van de borsten en het risico op borstkanker, ontdekt tijdens screening of tussen twee screeningsonderzoeken in. Een substantieel gedeelte van alle borstkankers kan worden toegeschreven aan de risicofactor 'hoge borstdensiteit'³. Is het daarom niet beter de huisarts deze belangrijke informatie mee te delen?

Extra onderzoek

De gegevens over borstdensiteit zijn in principe beschikbaar binnen het screeningsprogramma. Er wordt aan de eerste, zowel als aan de tweede en eventueel de derde radioloog die de mammografieën beoordeelt, gevraagd om aan te duiden wat de borstdensiteit is. Voor rechter- en linkerborst kan op het mammografieprotocol één van de volgende categorieën worden aangekruist: 'lipomateus', 'tot 26% dens weefsel', 'tot 60% dens weefsel' en 'meer dan 60% dens weefsel'. De radiologen vullen deze gegevens in bijna 100% van de gevallen in.

Bij het doorgeven van deze informatie aan de huisarts spelen echter ook principiële overwegingen mee. Is het vanuit het oogpunt van de volksgezondheid wel verstandig om in het kader van een screeningsprogramma deze informatie aan de huisarts te bezorgen? Stel dat deze informatie wordt meegestuurd met het protocol en dat er daadwerkelijk iets mee wordt gedaan, is dit dan een ongelofelijke kans of schuilt er eerder een groot gevaar in? Als de huisarts met de aangereikte informatie aan de slag gaat, ontstaat er de facto een bijkomende arm aan het screeningsprogramma. Vrouwen met een hoger risico omwille van borsten met hoge densiteit, zullen bijna systematisch extra worden onderzocht, via klinisch onderzoek door de huisarts of voor verder onderzoek worden doorverwezen. Hierboven werd al gewezen op het conflict dat kan ontstaan tussen de wetmatigheden van een bevolkingsonderzoek enerzijds en die van het 'colloque singulier' binnen de beslotenheid van het huisartsenkabinet anderzijds.

Selectie van hoogrisicogroep

De Europese richtlijnen voor borstkankerscreening maken nergens melding van de selectie van een hoogrisicogroep binnen de borstkankerscreening⁴. Enkel vrouwen die voor borstkanker worden behandeld, wordt tot tien jaar na de diagnose aangeraden niet deel te nemen aan het borstkankerscreeningsprogramma. Vrouwen met de ziekte van Reclus, waarvan is aangetoond dat ze een groter risico lopen op het ontwikkelen van borstkanker, worden binnen het

reguliere screeningsprogramma onderzocht. Hetzelfde geldt voor vrouwen die een hormonale substitutietherapie volgen, die aanleiding geeft tot meer klierweefsel in de borsten.

Het blijkt in de praktijk ontzettend moeilijk om via gezondheidsvoorlichting (GVO) en educatieve boodschappen vrouwen duidelijk te maken dat een screeningsmammografie voor hen is aangewezen als ze tot de doelgroep van 50 tot en met 69 jaar behoren en géén borstkanker hebben. Veel vrouwen die in aanmerking komen voor een screeningsmammografie, laten zich immers onderzoeken via een 'diagnostische mammografie', die vaak jaarlijks plaatsvindt en waarbij ook een echografie wordt uitgevoerd.

Als de regels van het borstkankerscreeningsspel ingewikkelder worden gemaakt door de vrouwen in te delen in verschillende risicocategorieën, is het te verwachten dat de verwarring alleen maar groter zal worden. Ook voor de organisatie van het screeningsprogramma dreigt dan een niet te beheersen toestand te ontstaan.

Besluit

Niets belet dat binnen het 'colloque singulier' huisartsen vrouwen met een risicofactor, waaronder borsten met een hoge densiteit, van dichtbij laten volgen voor borstkanker. Als deze informatie echter systematisch wordt meegegeven vanuit het screeningsprogramma, is het niet denkbeeldig dat dit zal leiden tot een verveelvoudiging van 'vals-positieve' resultaten, waarvan de gevolgen op bevolkingsniveau niet mogen worden onderschat en die, vanuit volksgezondheidsperspectief, niet opwegen tegen het vinden van een aantal extra borstkankers. Dit is trouwens één van de voornaamste redenen waarom de Vlaamse gemeenschap aan de CBO's oplegt om de Europese richtlijnen terzake te volgen.

AUTEURS

G. Van Hal, G. François en M. Van der Burg zijn verbonden aan het Centrum voor Borstkankeropsporing van de Universiteit Antwerpen.

L i t e r a t u u r

- 1 Van Hal G, Callens M. Borstkankerscreening in Vlaanderen. *De Gids op maatschappelijk gebied* 2005;96(4):11-23.
- 2 Wilson JMG, Jungner G. The principles and practice of screening for disease. Public Health Papers 34. WHO, 1968.
- 3 Boyd NF, Guo H, Martin LJ, et al. Mammographic density and the risk and detection for breast cancer. *N Engl J Med* 2007;356:227-36.
- 4 Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, et al (eds.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (4th ed.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2006.