

Tilburg University

Het screenen op borstkanker door middel van bevolkingsonderzoek

Roukema, J.A.

Published in:
Het Medisch Jaar

Publication date:
2000

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Roukema, J. A. (2000). Het screenen op borstkanker door middel van bevolkingsonderzoek: Wat houdt de screening op mammacarcinoom in voor de chirurg? *Het Medisch Jaar*, 50-52.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

§ 5

De chirurg

6b *Wat houdt de screening op mammacarcinoom in voor de chirurg?*

DR. J.A. ROUKEMA, chirurg

Inleiding

Gelet op het voorgaande mag worden aangenomen, dat de werkdruk voor artsen betrokken bij de diagnostiek en behandeling van vrouwen met een bij screening gevonden afwijking in de borst alleen maar verder zal toenemen. Verantwoordelijk voor deze werkdrukstijging zijn vooral: groei van het patiëntenaanbod, veranderende diagnostiek en intensivering van de overlegstructuur.

PATIËNTENAANBOD

Tot de invoering in de jaren negentig van de borstkankerscreening maakten diagnostiek en behandeling van niet-palpabele mamatumoren nauwelijks deel uit van de dagelijkse chirurgische praktijk. Inmiddels wordt ongeveer eenderde van alle mammacarcinomen gevonden via de landelijke borstkankerscreening en dit heeft belangrijke gevolgen gehad voor de praktijkvoering. Waar tot voor enkele jaren de chirurg op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek, mammografie en cytologie in het merendeel der gevallen tot een adequaat therapievoorstel kon komen, heeft de borstkankerscreening mede de aanzet gegeven tot belangrijke veranderingen in vooral het diagnostische traject.

Vrouwen bij wie de screeningsradioloog een afwijking heeft geconstateerd worden gewoonlijk door de huisarts naar een chirurg verwezen. Bij deze vrouwen wordt in principe een nieuw mammogram gemaakt. Mede op basis van de mammografische beoordeling door de radioloog zal de chirurg in het merendeel der gevallen besluiten tot verdere diagnostiek. Uiteindelijk wordt bij ongeveer de helft van de vrouwen die zijn verwezen via het bevolkings-onderzoek, borstkanker vastgesteld.

In een grote chirurgische opleidingskliniek worden jaarlijks ongeveer

90 nieuwe patiënten met borstkanker behandeld. 30 van hen maken tegenwoordig deel uit van de groep van 60 die via het bevolkingsonderzoek werd verwezen. Dit betekent dat, waar de incidentie van het mammacarcinoom gelukkig maar heel langzaam toeneemt, het borstkanker-screeningsprogramma verantwoordelijk is voor een stijging van 30% van het aantal patiënten met een potentieel maligne borstafwijking op een chirurgische polikliniek.

DIAGNOSTIEK

De diagnostiek van klinisch occulte mamma-afwijkingen vergt specifieke deskundigheid van radioloog, chirurg en patholoog, waarbij de radioloog een spilfunctie vervult. Of gekozen wordt voor dikkenaaldbiopsie of voor dunnenaaldcytologie hangt vooral af van lokale mogelijkheden, zoals de aanwezigheid van een ervaren cytopatholoog, en van de aard van de laesie. Optimale representativiteit vereist dat de punctie onder geleide van echografie of stereotaxie wordt uitgevoerd. De preoperatieve diagnostiek van microcalcificaties kan alleen betrouwbaar plaatsvinden door middel van multipiele stereotactisch geleide dikkenaaldbiopsies. De eerste gegevens uit onderzoeken zoals de COBRA-studie zijn zeer hoopgevend met betrekking tot de betrouwbaarheid van deze techniek.

Wanneer bij een verdachte niet-palpabele mamma-afwijking door middel van een van de beschreven punctietechnieken geen zekere diagnose kon worden verkregen, is een chirurgische diagnostische procedure geïndiceerd, voorafgegaan door radiologische draadlocalisatie. Na deze diagnostische excisieprocedure wordt van het preparaat een röntgenfoto gemaakt ter beoordeling van de representativiteit. Uiteindelijk wordt het preparaat samen met de röntgenfoto's voor definitieve diagnostiek aan de patholoog aangeboden [35]. Alles tezamen gaat het om een vaak ingewikkelde, multidisciplinaire en arbeidsintensieve procedure.

BEHANDELTEAM

De kwaliteitsbewaking van dit ingewikkelde diagnostische traject vereist onder andere een geformaliseerde overlegstructuur. In veel ziekenhuizen wordt dit proces inmiddels aangestuurd door een multidisciplinair mam-

mateam, bestaande uit minstens een chirurg, patholoog en radioloog. Maar, hoewel er al in 1988 cbo-richtlijnen beschikbaar kwamen ten behoeve van de kwaliteitsbewaking van het bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom³⁶, moest bijvoorbeeld op basis van enquêtering in 1995 van alle ziekenhuizen in de 1KZ-regio worden geconstateerd dat er geen afspraken waren over systematische toepassing van de cbo-richtlijnen in de meeste ziekenhuizen en dat regelmatig en gestructureerd overleg tussen de chirurg, de patholoog en de radioloog veelal ontbrak³⁷.

Een mogelijkheid om de naleving van afspraken betreffende de multidisciplinaire diagnostiek en behandeling van patiënten uit de borstkankerscreening aan te moedigen en te controleren is onderlinge visitatie van ziekenhuizen. Met deze methode is inmiddels in de 1KZ-regio de nodige ervaring opgedaan en de eerste resultaten zijn bemoedigend.

SAMENVATTING

Voor alle professionals die betrokken zijn bij de behandeling van borstkankerpatiënten – dus ook voor chirurgen – heeft de invoering van de borstkankerscreening al belangrijke consequenties gehad, terwijl mag worden aangenomen dat er nog meerdere zullen volgen. Zo is inmiddels duidelijk geworden dat met name voor de bewaking van het vaak ingewikkelde, multidisciplinaire diagnostische traject een geformaliseerde overlegstructuur noodzakelijk is. Wel moet worden geconstateerd dat de maatregelen die mede in gang zijn gezet door het borstkankerscreeningsproject, naast kwaliteitswinst voor de professionals ook hebben geresulteerd in een aanzienlijke werklastverzwaring.