

Borstkankerscreening in Vlaanderen

Guido Van Hal & Michiel Callens

Dit artikel wil een beeld schetsen van de huidige werking van het Vlaamse programma voor borstkankeropsporing. Daartoe is het erg belangrijk om de ontstaansgeschiedenis ervan te kennen. De gezondheidszorgstructuur waarin zo'n programma moet functioneren, is uiteraard óók van groot belang en lichten we daarom eveneens toe.

In de eerste plaats zullen we stilstaan bij de betekenis van verschillende termen. Die moeten begrip om inzicht te kunnen krijgen in de correcte werking van een zo groots opgezet initiatief. Velen hebben het, in het kader van het preventieve onderzoek naar borstkanker, bijvoorbeeld over *screening*. Maar wat betekent het eigenlijk?

WAT IS SCREENING?

'Screening' is de ingeburgerde Engelse term voor bevolkingsonderzoek. Het heeft te maken met preventie, en preventie heeft te maken met voorkómen, hier meer bepaald van ziekte. Men spreekt van bevolkingsonderzoek als de betrokken doelgroep de volledige bevolking is of een groot deel ervan.

Naargelang het stadium waarin men tracht de ziekte te voorkómen of aan preventie te doen, spreekt men van primordiale, primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Primordiale preventie is het voorkómen van ziekte door het invoeren van (infra)structurele of wettelijke maatregelen. Bijvoorbeeld, verbod op tabaksreclame.

Primaire preventie is het voorkómen van ziekte door de mogelijke oorzaak ervan weg te nemen. Bijvoorbeeld, niet roken om longkanker tegen te gaan.

Secundaire preventie is het voorkómen van

ziekte met symptomen of het zó vroeg ingrijpen in het ziekteproces (in een stadium zonder symptomen) dat de kans op genezing groter is dan bij behandeling nadat er zich al ziekteverschijnselen voordeden. Bijvoorbeeld, vroegtijdig opsporen van borstkanker door mammografie.

Tertiaire preventie is het zoveel mogelijk terugdringen van de nasleep van een ziekte; er zorg voor dragen dat die beperkt blijft. Bijvoorbeeld, jaarlijks oogonderzoek van diabeticus om blindheid als gevolg van suikerziekte te voorkómen.



Guido Van Hal is docent aan de Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde van de Faculteit Geneeskunde Universiteit Antwerpen.



Michiel Callens is momenteel werkzaam als raadgever bij de medische directie van de LCM.

Screening is een vorm van secundaire preventie waarbij de doelgroep bestaat uit uiterlijk gezonde vrijwilligers, vanuit de algemene bevolking. Opzet: diegenen die *waarschijnlijk* de ziekte hebben, onderscheiden van hen die ze *waarschijnlijk* niet hebben. Dit betekent dat screening geen eind- maar waarschijnlijkheidsdiagnoses oplevert. Als het resultaat van een screeningstest positief is (in de medische wereld betekent dit dat er iets afwijkends is gevonden), moet dit altijd bevestigd worden door verder onderzoek.

Het initiatief voor screening gaat uit van de gezondheidsinstanties en niet, zoals bij klachten, van het individu.

GERICHT OP GEZONDE MENSEN

Screening is ingewikkeld, moeilijk en gevaarlijk omdat het zich richt op gezonde personen.⁽¹⁾ Er zijn verschillende criteria opgesteld waaraan dient voldaan alvorens screening kan plaatsvinden. De ziekte moet voldoende vóórkomen. Er moeten van de aandoening ieder jaar voldoende nieuwe gevallen ontstaan (voldoende hoge incidentie, in de vaktaal) en ze moet een voldoende lange pre-klinisch detecteerbare fase kennen. Dit wil zeggen dat de ziekte lang genoeg zonder symptomen aanwezig moet zijn en in die periode toch al opspoorbaar is. Een ingreep in deze pre-klinische fase moet voordeliger zijn dan ermee te wachten tot de ziekte 'klinisch manifest' is geworden doordat er zich symptomen voordoen. De bekendste criteria voor screening zijn die van Wilson en Jungner.⁽²⁾ Momenteel zijn er slechts enkele kankers die volgens die criteria in aanmerking komen voor screening, waaronder in de eerste plaats

borstkanker, naast baarmoederhals- en darmkanker.

Aangezien screening in principe gezonde mensen test, kan ze enkel gunstige effecten opleveren als het programma in kwestie perfect georganiseerd is. Een dwingende kwaliteitsbewaking is daarom noodzakelijk, maar botst geregeld met de medische cultuur in België, waarin de diagnostische en therapeutische vrijheid vrijwel absoluut zijn.

Van Hal en Callens

Een dwingende en noodzakelijke kwaliteitsbewaking botst geregeld met de medische cultuur in België, waarin de diagnostische en therapeutische vrijheid vrijwel absoluut zijn.

”

De potentiële nadelen van screening hebben grotendeels te maken met verkeerde testresultaten. Strenge kwaliteitscontroles kunnen evenwel eventuele nadelen tot een minimum beperken. Toch is geen enkele test perfect. Ondanks strikte kwaliteitsbewaking van het hele proces is het nooit volledig uit te sluiten dat in een klein aantal gevallen sommige mensen voor verder onderzoek worden doorverwezen, terwijl ze de ziekte waarop gescreend wordt niet hebben. Dit wordt 'vals-positiviteit' genoemd. Daartegenover is het ook mogelijk dat personen waarbij de screening niets uitwees naderhand de ziekte wél blijken te hebben. Dit is de 'vals-negativiteit'.

De nadelen van deze laatste zijn van uiteenlopende aard:

- psychologisch: onnodige ongerustheid, angst;
- fysiek: overbodige invasieve diagnostiek en operaties;
- financiële consequenties.

Hét grote nadeel van vals-negativiteit is dat men ten onrechte de geruststelling krijgt dat er niets aan de hand is.

De conclusie is dan ook duidelijk: beter géén dan een slecht georganiseerde screening.

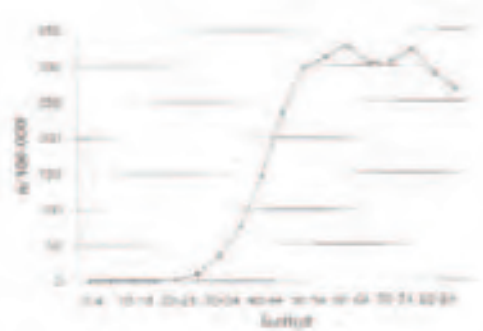
BORSTKANKER(SCREENING)

Enkele cijfergegevens

Borstkanker is in Vlaanderen, net zoals in de andere Europese landen, een belangrijk gezondheidsprobleem. In 2000 werd in Vlaanderen bij 4.879 vrouwen de diagnose borstkanker gesteld. Dit vertegenwoordigt 35,5% van alle tumoren bij vrouwen.⁽³⁾ Op basis van de registratie van het Vlaamse Kankerregistratienetwerk (VLK) wordt bij meer dan één Vlaamse vrouw op negen vóór het 75ste levensjaar borstkanker vastgesteld. En het risico neemt toe met ouder worden. Enkel in de hoogste leeftijdscategorieën is het iets lager. Drie op vier tumoren komen voor bij vrouwen ouder dan vijftig jaar. Vergeleken met andere Europese landen, scoort Vlaanderen het hoogst m.b.t. de leeftijdsgestandaardiseerde incidentiecijfers voor invasieve borstkanker. 'Leeftijdsgestandaardiseerd' betekent dat men rekening heeft gehouden met de verschillen in leeftijdsopbouw tussen de diverse landen. Bij 'invasieve borstkanker' wordt het omliggende weefsel binnengedrongen, een typisch kenmerk van kanker.

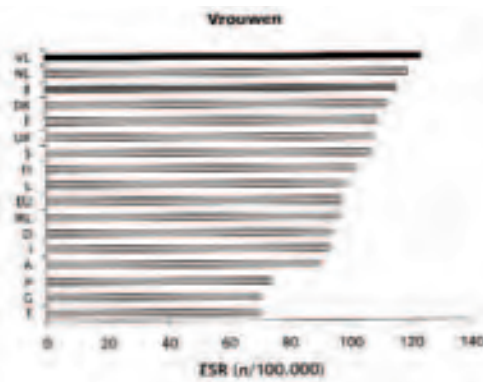
In totaal stierven in 2001 in Vlaanderen 1.367 vrouwen aan borstkanker, ook op relatief lage leeftijd al. Vanaf de leeftijdscategorie 30-34 jaar is borstkanker de belangrijkste 'killer' onder de kankers.⁽⁴⁾ In 2001 bedroeg in Vlaanderen het aantal verloren potentiële levensjaren ten opzichte van de levensverwachting bij de geboorte als gevolg van borstkanker 8,21 jaar/1.000 persoonsjaren.⁽⁴⁾ Dit betekent dat er, althans theoretisch, nog gezondheidswinst te boeken is door vroegtijdige overlijdens wegens borstkanker terug te dringen.

Invasieve borstkanker: leeftijdsspecifieke incidentie bij Vlaamse vrouwen, 1997-1999



Bron: Van Eycken E. (red.), *Kankerincidentie in Vlaanderen 1997-1999*, Vlaams Kankerregistratienetwerk, Vlaamse Liga tegen Kanker, Brussel, 2002.

Invasieve borstkanker: voor leeftijd gestandaardiseerde incidentiecijfers (ESR) in Europa 1997 en Vlaanderen 1997-1999



Bron: Van Eycken E. (red.), *Kankerincidentie in Vlaanderen 1997-1999*, Vlaams Kankerregistratienetwerk, Vlaamse Liga tegen Kanker, Brussel, 2002.

Secundaire preventie van borstkanker

Aangezien men de exacte oorzaken van borstkanker nog niet kent, is het momenteel (nog) niet mogelijk om ze weg te nemen. Wel zijn enkele verbanden gevonden tussen bepaalde factoren en het ontstaan van borst-

kanker. Hoewel theoretisch mogelijk, laten deze factoren primaire preventie van borstkanker niet toe omdat ze in de praktijk onwerkbaar zijn. Alle vrouwen aanraden om vóór hun twintigste een baby ter wereld te brengen bijvoorbeeld, zou borstkanker zeker kunnen terugdringen, maar strookt niet bepaald met onze huidige opvattingen waarin juist de vrijheid centraal staat om zelf te beslissen hoeveel kinderen men wil en wanneer men die wil. De behandeling van borstkanker is de laatste tijd niet spectaculair verbeterd. De strijd ertegen kan echter ook anders: door vroegtijdige opsporing. Vroegtijdig opgespoorde letsels zijn kleiner en daardoor beter te behandelen. Tevens is de ingreep meestal minder verminkend en neemt de kans op volledige genezing aanzienlijk toe.

Uit grootschalig internationaal onderzoek bleek dat de secundaire preventie vrij succesvol kan zijn als vrouwen van vijftig tot en met negenenzestig om de twee tot drie jaar een mammografie (radiografische foto van de borst) laten uitvoeren.⁽⁵⁾

Om tot deze conclusie te komen, werden in diverse landen grote groepen vrouwen willekeurig in tweeën ingedeeld. De ene groep kreeg een mammografie aangeboden, de andere niet. Nadat men beide categorieën verschillende jaren had (op)gevolgd, bleek dat in de groep mét mammografie de sterfte als gevolg van borstkanker lager was dan in die zonder mammografie. Uiteraard kan dit soort studies slechts plaatsvinden tot wanneer de waarde van het radiografisch onderzoek van de borst duidelijk is geworden. Het is immers niet ethisch om vrouwen een onderzoek te ontzeggen waarvan gebleken is dat het levensreddend kan zijn. In totaal is er een zevental

van deze grote studies gebeurd. Ze worden RCT's genoemd: *Randomized Controlled Trials*. Ze voldoen aan de strengste methodologische eisen om zeker te zijn dat het gevonden resultaat betrouwbaar en 'echt' is.

De reden waarom pas vanaf vijftig jaar gunstige effecten van screening worden waargenomen, kan als volgt worden verklaard. De radiografische foto's zijn bij jongere vrouwen veel minder duidelijk. Vrouwen die nog vruchtbaar zijn, hebben meer klierweefsel in de borsten (nodig voor borstvoeding). Dit maakt het vinden van kwaadaardige afwijkingen op de foto's veel moeilijker. Zij hebben immers ongeveer dezelfde kleurschakering als het klierweefsel. Bij vrouwen na de menopauze heeft dit laatste zich grotendeels omgezet in vetweefsel. En dat geeft op de foto's een sterker contrast met afwijkingen, die dus makkelijker kunnen opgespoord worden.

Bovendien zijn borsten van vrouwen op lagere leeftijd ook gevoeliger voor de straling die bij het onderzoek vrijkomt. Als jongere vrouwen systematisch worden onderzocht, verhoogt ook de totale bestralingsduur waaraan ze tijdens hun leven worden blootgesteld.

Van Hal en Callens

Screening is ingewikkeld, moeilijk en gevaarlijk omdat het zich richt op gezonde personen.

”

Toch is er op deze RCT's kritiek gekomen. Er zouden methodologische fouten gemaakt zijn. Er kwam echter snel ook kritiek op de kritiek. Op dit moment kan worden gezegd dat er voldoende bewijsmateriaal is om aan te nemen dat borstkankerscreening voor vrouwen uit de doelgroep nuttig is. Een vrouw die deelneemt aan zo'n programma halveert haar risico om te overlijden aan borstkanker. En aangezien deze kanker frequent voorkomt, vormt dit een enorme potentiële gezondheidswinst.

Te vervullen voorwaarden

Als men dit preventief onderzoek op grote schaal wil aanbieden aan de vrouwen van vijftig tot en met negenenzestig jaar, dient voldaan aan een aantal voorwaarden. Het succes van screening is volledig afhankelijk van de kwaliteit van het programma in kwestie.⁽⁵⁾

- De mammografie moet met degelijke apparatuur gebeuren en de positionering moet goed zijn. D.w.z. de borst moet goed in beeld worden gebracht.
- De lezing van de foto's moet goed zijn. D.w.z. de mammografieën moeten nagekeken worden door radiologen die voldoende vertrouwd zijn met het beoordelen van foto's van vrouwen met - in principe - gezonde borsten.
- Er moet een afdoende *follow-up* zijn. D.w.z. voor de voornamelijk geringe letsels die via screening ontdekt worden, moeten de gepaste diagnostische en therapeutische handelingen plaatsvinden. Overdiagnostiek en -behandeling dienen zoveel mogelijk vermeden.
- De deelname binnen de doelgroep moet zo hoog mogelijk zijn. Bij een theoretische participatiegraad van 100% bedraagt de oorzaaksspecifieke sterftereductie (terugdringen van borstkankersterfte) op bevolkingsniveau 40%. Als 70% van de vrouwen uit de doelgroep deelneemt, is er een sterftereductie van 28%. Bij een deelname van 60% daalt dit percentage tot minder dan 20%.⁽⁶⁾

Enkel als het programma een voldoende hoge kwaliteit heeft, kan het dubbele doel van het bevolkingsonderzoek waargemaakt worden:

- zo veel mogelijk kleine kankers vinden, en tegelijk

- zo weinig mogelijk vrouwen 'voor niets' ongerust maken en zo weinig mogelijk vrouwen verder (ingrijpender) onderzoek laten ondergaan als dit niet echt nodig is.

Aangezien 'Europa tegen Kanker' - een groep experts uit alle landen van de Europese Unie (EU) - ook overtuigd was van de waarde van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, vaardigden zij richtlijnen uit voor de lidstaten, waaronder uiteraard ook België. De belangrijkste was dat alle lidstaten tegen 2000 een programma voor borstkankerscreening zouden hebben.

PRIORITAIRE GEZONDHEIDSDOELSTELLING

In het licht van het voorgaande heeft de Vlaamse regering van de strijd tegen borstkanker een prioriteit gemaakt.

Om het preventieve onderzoek terzake zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, werden

twee doelstellingen vooropgezet:

- minstens 75% van de vrouwen van vijftig tot en met negenenzestig jaar moet zich preventief laten onderzoeken op borstkanker;
- de groep van vrouwen, jonger dan vijftig, die zich zonder klachten laat onderzoeken moet beperkt blijven.

Vrouwen van zeventig jaar en ouder worden vooralsnog niet uitgenodigd voor systematisch onderzoek. Desgevallend kunnen ze hun behandelende arts hieromtrent om advies vragen.

Vrouwen jonger dan vijftig komen niet in aanmerking voor systematisch onderzoek. Zij dienen echter alert te blijven voor eventuele

Van Hal en Callens

De aanloop om in Vlaanderen volop te gaan screenen, werd al snel onderbroken doordat een aantal struikelblokken een 'beviëzingsperiode' noodzakelijk maakte.



symptomen die de behandelende arts dan verder moet onderzoeken. Voor *alle* vrouwen geldt overigens dat ze steeds oplettend moeten zijn voor veranderingen in de borst: zowel zij die deelnemen aan het preventieve borstkankeronderzoek (tussen twee onderzoeken in) als zij die niet behoren tot de doelgroep (jonger dan vijftig of ouder dan negenenzestig).

Alle vrouwen moeten zich bewust zijn van hun borsten, van de eventuele veranderingen die er zich kunnen aan voordoen en van de belangrijke aandachtstekens. De behandelende arts (huisarts of gynaecoloog) is de aangewezen persoon om de vrouw hierover verder te informeren. Dat kan bij een gewone raadpleging.

Vrouwen met borstkanker in de familie vormen een aparte groep. Zij gaan best te rade bij hun behandelende arts.

Voor de volledigheid vermelden we hier ook nog de vijf andere prioritaire gezondheidsdoelstellingen van de Vlaamse overheid. Zij houden verband met roken, voeding, infectieziekten, ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer, zelfmoord en depressies.

MULTICENTERSTUDIE

Het organiseren van een bevolkingsonderzoek naar borstkanker is een hele onderneming. De Vlaamse regering wou daarbij niet over één nacht ijs gaan. Ze liet terzake de verschillende Vlaamse universiteiten een studie uitvoeren: de 'multicenterstudie'. Hierbij enkele belangrijke conclusies daaruit.

- De hoogste participatie van vrouwen uit de doelgroep wordt bereikt als zij rechtstreeks

worden uitgenodigd naar de screeningeenheid.

- In gebieden met geen of weinig erkende radiologische centra is het aan te raden een (semi-)mobiele screeningeenheid (mammobil) in te zetten. Hun laagdrempelige karakter en vlotte bereikbaarheid bieden daar de beste garantie voor een hoge participatiegraad.

- Het bereiken van de kwaliteitscriteria, zoals opgesteld door de EU-experts, is een essentiële voorwaarde voor een degelijk screeningprogramma naar borstkanker.
- De centrale rol van de huisarts in de sensibilisering en de motivering tot blijvende deelname aan borstkankerscreening moet ten volle worden uitgespeeld.

Van Hal en Callens

Onze gezondheidszorg is zó georganiseerd dat hoe meer dure 'prestaties' een arts verricht, hoe hoger zijn inkomsten is: prestatie-geneeskunde!

”

Wat het rechtstreeks uitnodigen van de vrouwen betreft, volgen hieronder de samenvattende resultaten van de multicenterstudie. Voor de periode 1994-'96 werden de bevindingen van de verschillende pilootprojecten samengebracht. Hieruit bleek dat de geregistreerde deelname via directe uitnodiging naar een aparte screeningeenheid schommelde tussen 29,1% en 44,7% (n = 20.847). Bij gebruik van de bestaande gezondheidszorgstructuur na raadpleging van een (huis)arts, schommelde de geregistreerde deelname tussen 19,8% en 21,8% (n = 47.225). Zo mogelijks nog belangrijker, is de geregistreerde participatietrouw. Het is belangrijk dat vrouwen deelnemen aan het screeningonderzoek, maar om daar echt het volledige effect van te ondervinden, moeten ze iedere twee jaar blijven komen. Als de vrouwen niet eerst een verwijfsbriefje moesten halen bij hun huisarts en naar een aparte screeningeenheid werden uitgenodigd, bedroeg de geregistreerde participatietrouw

voor de tweede ronde 79% (1.903/2.147). Als de vrouwen naar de bestaande gezondheidszorgstructuur werden uitgenodigd, na consultatie van hun (huis)arts, was dit 58% (3.160/5.481).⁽⁷⁾

Rechtstreekse uitnodiging naar een aparte screeningseenheid levert dus zowel een hogere deelname op als een hogere participatietrouw ten opzichte van het uitnodigen van de vrouwen naar de bestaande gezondheidszorgstructuur, na verwijzing door de behandelende arts.

VOORSPEL TOT INVOERING VAN SCREENINGPROGRAMMA VOOR BORSTKANKER

Door allerlei omstandigheden, ondermeer de complexe structuur van ons land, maar ook door de overheersende medische cultuur in België heeft het enkele jaren langer geduurd dan gepland vooraleer er met het screeningprogramma werd gestart. En dan nog was dit niet voor heel België in één keer. Vlaanderen liep voorop en startte op 15 juni 2001. Wallonië en Brussel volgden een jaar later.

Voorname invoering liep zeker niet van een leien dakje. Waarom het zo moeilijk was om aan de Europese richtlijnen tegemoet te komen, wordt thans verduidelijkt.

De aanloop om in Vlaanderen volop te gaan screenen, werd al snel onderbroken doordat een aantal struikelblokken een 'bevrozingsperiode' noodzakelijk maakte. Dit hield in dat niet mocht begonnen worden met borstkankerscreening, tenzij het ging om de voortzetting van vroegere programma's ('proefprojecten').

De Vlaamse overheid zag zich concreet geplaagd voor vier struikelblokken.

■ Het ontbreken van een RIZIV-nomenclatuurnummer voor screeningsmammografie, nodig om vrouwen toe te laten rechtstreeks naar een radiologische eenheid te gaan. De nomenclatuur is een lijst met 'prestaties' die artsen kunnen uitvoeren (van een gewone consultatie tot een open hartoperatie), het daaraan verbonden ereloon en de bepaling onder welke voorwaarden het onderzoek mag gebeuren (bijvoorbeeld welke specialisten mogen welke onderzoeken uitvoeren). Daarnaast vermeldt de nomenclatuur ook hoeveel de patiënt zal terugkrijgen via de ziekteverzekering en hoeveel hij zelf zal moeten betalen (remgeld). Prestaties die zijn opgenomen in de nomenclatuur zorgen voor tariefzekerheid bij de patiënt. Voor de andere

staat het artsen immers vrij (binnen de regels van de deontologie) om zelf de hoogte van hun ereloon te bepalen. Tot vóór de invoering van het screeningprogramma voor borstkanker was enkel een 'diagnostische' mammografie mogelijk. D.w.z. de nomenclatuur voorzag dat het onderzoek enkel kon terugbe-

taald worden als er sprake was van klachten. Hoewel ook vrouwen zónder klachten er frequent gebruik van maakten, impliceerde dit dat een diagnostische mammografie enkel kon vergoed worden na verwijzing door een (huis)arts. Aangezien het voor deze laatste moeilijk is om een consult aan te rekenen enkel voor een verwijsbrief, werd dan meestal ook een fysiek onderzoek van de borsten uitgevoerd. Screeningexperts raden dit echter af. Het waarom hiervan wordt verder toege-licht. Bovendien gaat een diagnostische mammografie meestal samen met een bijko-

Van Hal en Callens

Op dit moment is er een veel te lage geregistreeerde participatiegraad (33%) voor het borstkankerscreeningprogramma.

”

mend onderzoek: de echografie. 'Preventieve' mammografieën waren in de nomenclatuur niet voorzien. Omdat de Vlaamse overheid rechtstreekse toegang tot de radioloog voor de vrouwen wou mogelijk maken, diende - naast de diagnostische - ook de screening-mammografie opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur. Het Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering valt echter onder de bevoegdheid van de federale overheid. Preventie is dan weer een Vlaamse materie. De federale overheid beheert de geldstromen qua terugbetaling van gezondheidszorg, maar Vlaanderen is bevoegd voor de organisatie van preventieve programma's. Doordat gezondheid dus een 'gesplitste bevoegdheid' is, wordt de organisatie van preventieve programma's er niet makkelijker op.

■ Het gesloten budget voor radiologie, waardoor een toevloed aan screeningmammografieën de terugbetaling van andere radiologische prestaties in het gedrang bracht.

■ De kwaliteitscriteria voor radiologen, zoals een tweede lezing en de kwaliteitseisen voor de mammografietoestellen en de positionering. Niet alle artsen kunnen immers een goede mammografie uitvoeren.

Dit is een zaak van specialisten die best gebeurt in een daartoe erkend radiologisch centrum, erkende mammografische eenheid genoemd (waar uiteraard nog tal van andere onderzoeken plaatsvinden) Alle radiologische centra in Vlaanderen die willen meewerken aan het hier

geschetste bevolkingsonderzoek moeten voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria (gebaseerd op de criteria, opgesteld door EU-experts). Zo dienen alle radiologische installaties alvast te beantwoorden aan de technische kwaliteitsvereisten. Tot voor kort was er enkel een wet m.b.t. de straling van de toe-

stellen. Vanzelfsprekend wordt ook de kwaliteit van de foto's gecontroleerd.

■ De verdediging van beroepsbelangen, wat geconcretiseerd werd in een 'borstkankerfront' van huisartsen, gynaecologen en radiologen.

Borstkankerfront

In zijn consensustekst benadrukte genoemd front de noodzaak van een verwijzing via de huisarts of de gynaecoloog. Dit was in tegenstelling met wat de huisartsen eerder in hun uniforme standpunt naar voren brachten: "Niet elk uitnodigingssysteem dient naar de huisarts toe uit te nodigen. Mammografische screening zonder voorafgaand *lichamelijk onderzoek* heeft een hogere specificiteit en bovendien bevordert een lichame-lijk onderzoek de sensibiliteit in de bekende *trials* nauwelijks; de oproep naar de huisarts kan de *drempel* naar de mammografie zelfs verhogen."⁽⁸⁾ De begrippen 'specificiteit' en 'sensibiliteit' hebben te maken met de vals-positiviteit en de vals-negativiteit, zoals hoger uiteengezet.

Van Hal en Callens

Een vrouw die deelneemt aan zo'n screeningprogramma halveert haar risico om te overlijden aan borstkanker.

”

Het belang van het achterwege laten van het lichame-lijk onderzoek van de borsten, wordt duidelijk uit het volgende. Uit eigen onderzoek bleek dat de predictieve waarde van een positieve borstpalpatie 5,2% bedroeg (6/115).⁽⁹⁾ Dit betekent dat als er 100 vrouwen na lichame-lijk

onderzoek van de borsten (of 'palpatie') worden doorgestuurd voor verder onderzoek, er bij 95 geen sprake is van borstkanker. Het spreekt voor zich dat de 'onterecht doorgestuurde' vrouwen blootstaan aan alle negatieve neveneffecten van een vals-positief resultaat, zoals hoger beschreven. Dat veel

artsen dit niet zo erg vinden, "omdat er na een positief testresultaat toch verder diagnostisch onderzoek volgt dat uitsluitel brengt", heeft te maken met het overwicht van de curatieve sector in onze gezondheidszorg. Een fout van type 1, een zieke niet behandelen, wordt als veel erger ervaren dan een fout van type 2, een niet-zieke behandelen. In de preventieve gezondheidszorg gelden echter andere regels. Hopelijk dringen het begrip screening en de ermee samenhangende consequenties goed door bij al diegenen die met het bevolkingsonderzoek naar borstkanker te maken hebben. Tenslotte gaat het om het belang van de vrouwen.

Een aantal technische problemen, zoals de nomenclatuurnummers en het gesloten budget radiologie, werd opgelost.

De belangrijkste thema's die voor de artsen zeer gevoelig bleven, waren, enerzijds, dat het mogelijk zou worden dat vrouwen zonder verwijfsbriefje naar een radioloog konden gaan voor een preventief borstkankeronderzoek en, anderzijds, dat er controle kwam op de kwaliteit van de toestellen en de werkwijze van de radioloog. Beide gegevens zouden een primeur zijn voor de Belgische gezondheidszorg. Uit de proefbevolkingsonderzoeken in de Rupelstreek en het kanton Kontich was nochtans gebleken dat de huisartsen zich perfect betrokken voelden bij het project, óók als ze de vrouw niet zelf verwezen naar een radiologische dienst.

Met betrekking tot de rechtstreekse toegang tot de radioloog, volgden de politieke verantwoordelijken niet volledig de conclusies van de multicenterstudie. Ze hakten de knoop door in het voordeel van een 'haalbaar' sys-

teem: het 'tweesporenbeleid'. Dit was mede het resultaat van het nodige lobbywerk van de beroepsgroepen. Wat dit beleid concreet inhoudt, wordt hier verder uiteengezet.

CONCRETE INVOERING SCREENINGPROGRAMMA VOOR BORSTKANKER

Belangrijk voordat een zo groot programma als borstkankerscreening van start gaat, is dat het voldoende wordt bekendgemaakt bij de doelgroep. De promotie van het geheel werd toevertrouwd aan de Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK): het officiële orgaan dat instaat voor ondermeer de voorlichting inzake kanker in Vlaanderen. Het is ook de vereniging achter 'Kom op tegen Kanker' (KOTK). Ieder jaar plaatst KOTK een bepaald thema in de kijker. Met de start van het Vlaamse borstkan-

kerscreeningprogramma in het verschiep, werd besloten dat in 2001 speciale aandacht zou uitgaan naar de preventie van borstkanker. Het grootse opzet van deze promotiecampagnes - met de inzet van radio, tv, kranten en, specifiek voor de borst-

kankerscreening, persoonlijke brieven naar twee miljoen Vlamingen - houdt in dat een goede planning en afspraken vooraf onontbeerlijk zijn. De VLK-promotiecampagne was zó gepland dat het screeningprogramma er naadloos zou op aansluiten. Ze ging van start in februari 2001. Als gevolg van vertraging met het screeningprogramma lagen er echter vier maanden tussen de aanvang van beide initiatieven. Hierdoor ontstond heel wat verwarring bij vrouwen die, aangespoord door de promotiecampagne, een screeningmammografie wilden laten uitvoeren, hiervoor naar hun huisarts of gynaecoloog gingen en daar vernamen dat dit nog niet mogelijk was.

Van Hal en Callens

Alle gegevens en resultaten van het borstkankeronderzoek zijn strikt vertrouwelijk.

”

Zoals reeds gezegd, startte het Vlaamse programma voor borstkankerscreening, officieel dan toch, op 15 juni 2001.

Volgende spelregels werden hierbij afgesproken.

In principe komen enkel 'gezonde' vrouwen in aanmerking, d.w.z. vrouwen die terzake geen klachten hebben. Het is immers juist de bedoeling van de preventieve aanpak om de kanker een stap vóór te zijn en hem te ontdekken vooraleer de vrouw er iets van voelt. Vrouwen met klachten wordt een diagnostische mammografie aangeraden.

Alle vrouwen zonder klachten van vijftig tot en met negenenzestig jaar die in regel zijn met de Belgische ziekteverzekering, kunnen vanaf 15 juni 2001 gratis om de twee jaar een preventief borstkankeronderzoek laten uitvoeren. Dat kan op twee manieren. Ofwel wordt de vrouw door de huisarts of de gynaecoloog naar een erkende mammografische eenheid verwezen: het eerste spoor.

Ofwel, als een vrouw na verloop van tijd niet wordt (door)verwezen voor een screening-mammografie, krijgt ze een persoonlijke uitnodiging van het Centrum voor Borstkankeropsporing. Die vermeldt dag en uur en een specifieke radiologische dienst waar zij verwacht wordt. Dit wordt het tweede spoor genoemd. Naar wie de vrouwen zullen worden uitgenodigd, hangt af van de plaatselijke situatie: naar een erkende radioloog (in het ziekenhuis of een privé-praktijk) of naar de 'mammobiel' (rijdende onderzoekseenheid). Deze laatste kan van de ene naar de andere plaats worden gebracht en de afstand tot de onderzoeksplaats voor de vrouw verkleinen in die regio's waar er geen erkende radiologen voor screening zijn. In sommige streken zullen zowel de mammobiel als erkende radiologen beschikbaar zijn. Als de vrouw gevolg geeft aan de uitnodiging

heeft ze hoe dan ook steeds de garantie dat de onderzoeken gebeuren volgens de strenge kwaliteitseisen van het officiële Vlaamse screeningprogramma. Net als de radiologische diensten in ziekenhuizen of de privé-praktijk van radiologen, moet de mammobiel voldoen aan alle kwaliteitscriteria.

Natuurlijk kan de vrouw die een persoonlijke uitnodiging ontvangt, te allen tijde de dag en het uur wijzigen of van radioloog veranderen. Uiteindelijk is zijzelf het die bepaalt wanneer en door wie ze zich laat onderzoeken. Vrouwen zijn uiteraard ook vrij om niet op de uitnodiging in te gaan.

Eens bij de radioloog, zal van iedere borst één of meer radiografische foto's (mammografieën) worden gemaakt. Daarvoor is een speciaal toestel nodig, een mammograaf.

Voor de foto zal de borst worden samengedrukt. Dit kan soms wat onaangenaam aanvoelen, maar is wel noodzakelijk om twee redenen:

- enkel zó kan een foto van goede kwaliteit worden verkregen, d.w.z. waarop eventuele afwijkingen snel kunnen worden herkend;
- hoe meer de borst is samengedrukt, hoe lager de stralingsdosis.

Bij een radiografische foto komt inderdaad straling vrij. De Belgische wetgeving is op dit vlak echter streng (wet op de radioprotectie) en toestellen met een te hoge straling mogen niet gebruikt worden. Bij de moderne mammografie-apparaten komt trouwens nog veel minder straling vrij dan wettelijk toegelaten.

RESULTAAT VAN HET ONDERZOEK

Op basis van zulke radiografische foto's kan men de vrouw melden dat er waarschijnlijk niets aan de hand is óf dat er iets 'verdacht' is

gevonden dat verder dient onderzocht. De mammografie in het kader van een bevolkingsonderzoek is een heel goede test, maar als er iets wordt vastgesteld op de foto, is dat niet beslissend. In die gevallen moet steeds verder onderzoek gebeuren om na te gaan of de bevindingen van de mammografie wel kloppen. Uit vorige onderzoeken bleek dat in een *eerste ronde* bij meer vrouwen iets op de foto te zien was dat verder diende nagekeken dan in een *vervolgronde*. Dit komt voornamelijk omdat in de eerste ronde ook letsels van meer dan twee jaar voordien worden opgespoord, terwijl dit in de volgende ronden vooral de letsels zijn die de voorbije twee jaar zijn ontstaan. Als de foto iets bevat dat verder dient onderzocht, hoeft dit echter niet noodzakelijk borstkanker te zijn.

De uiteindelijke diagnose zal vaak nog gunstig uitvallen. Bovendien zullen alle foto's door twee verschillende radiologen beoordeeld worden. Dit maakt de kans op fouten uiteraard veel kleiner. De 'tweede lezing' zal bovendien steeds gebeuren in een door de overheid erkend referentiecentrum. Een en ander houdt uiteraard wel in dat de vrouw het resultaat niet onmiddellijk na het onderzoek mag verwachten. In elk geval zal het maximum drie weken nadien zowel aan haar als aan haar behandelende arts worden bekendgemaakt.

Als er al iets wordt gevonden, zal het vaak volstaan om alleen het (kleine) knobbeltje weg te nemen in plaats van de hele borst. Het bevolkingsonderzoek kan dus heel wat voordelen opleveren voor wie eraan meedoet.

VERTROUWELIJKHEID

Alle gegevens en resultaten van het borstkan-

keronderzoek zijn strikt vertrouwelijk en worden enkel door daartoe gemachtigde personen verwerkt.

LOGO'S

Logo staat voor lokaal-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie. Vlaanderen telt er 26. Het zijn netwerken, opgericht per 250.000 tot 300.000 inwoners, bedoeld om lokaal gerichte acties en *dito* actoren meer aan bod te laten komen. Er worden zoveel mogelijk partners bij betrokken. Alle instanties die zich bezighouden met preventieve gezondheidszorg kunnen er deel van uitmaken. Een van de belangrijkste opdrachten van de Logo's is het bereiken van de gezondheidsdoelstellingen (zie

hoger). De Logo's zullen zich voor hún gebied dus ook met borstkankerscreening moeten inlaten. Een belangrijke taak is de sensibilisering van de verschillende partners die bij de screening betrokken zijn (ondermeer de doelgroep van vrouwen).

HUISARTS

De huisarts speelt een belangrijke rol in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. Vandaar dat hij of zij nauw betrokken wordt bij de organisatie ervan. De huisarts kan vrouwen motiveren en sensibiliseren om mee te doen (verhoogde deelname). Uiteraard kan een vrouw met vragen over het preventieve onderzoek ook bij hem of haar terecht. Mocht er via de mammografie iets worden gevonden, zal ook de huisarts daarvan op de hoogte worden gebracht, zodat de vrouw in kwestie dit met hem of haar kan bespreken. Uiteraard volgt de huisarts de screeningresultaten van zijn patiënten op.

Van Hal en Callens

Beter géén dan een slecht georganiseerde screening.

”

PROBLEMEN DIE (VOORLOPIG) BLIJVEN

Op dit moment is er een veel te lage geregistreerde participatiegraad (ca. 33%) voor het borstkankerscreeningprogramma. Dit heeft ongetwijfeld verschillende oorzaken. Zo is er het gegeven dat een dergelijk omvangrijk programma tijd nodig heeft om ingeburgerd te geraken en te groeien. Daarnaast speelt echter ook een 'technische' kwestie een belangrijke rol: het bestaan van diagnostische naast screeningmammografieën. Men kan veronderstellen dat veel mammografieën van het eerste soort naar de geest van het programma eigenlijk mammografieën van het tweede soort zijn. Doordat er een diagnostische mammografie plaatsvindt, is er geen tweede lezing. Die verhoogt echter niet alleen de kwaliteit, maar is ook noodzakelijk om het onderzoek binnen het screeningprogramma te registreren. Mochten alle vrouwen die in aanmerking komen voor een screeningmammografie in plaats van een diagnostische effectief een screeningmammografie laten uitvoeren, dan zou de opkomst veel hoger liggen dan nu.

Men kan zich de vraag stellen waarom vrouwen kiezen voor een diagnostische, terwijl een screeningmammografie meer aangewezen is. Hiervoor zijn diverse redenen aan te halen. In de eerste plaats, de traditie. Artsen en vrouwen zijn het jarenlang gewend geweest om naast het mammografische onderzoek ook een echografie te laten uitvoeren. Aangezien het bij een diagnostische mammografie, zoals hoger geschetst, in principe ging om vrouwen met klachten, werd ook het resultaat snel bekend. De tijd, nodig voor een tweede en eventueel derde lezing wordt uiteraard uitgespaard. Verschillende artsen raden de diagnostische mammografie

aan met het argument dat het gaat om een 'volledig' (lees: 'beter') onderzoek. Nochtans zal duidelijk zijn geworden dat de screeningmammografieën gebonden zijn aan strenge kwaliteitsnormen, terwijl op dat vlak de diagnostische mammografieën geen garanties bieden. Daarenboven moeten vrouwen dan remgeld betalen, terwijl de screeningmammografieën voor de doelgroep gratis zijn. Een laatste niet onbelangrijk argument tegen diagnostische mammografieën voor vrouwen zonder klachten of verhoogd risico, is echter dat er veel meer vals-positieven zijn als men daarnaast ook nog een echografie uitvoert. Dit is in het kader van preventieve gezondheidszorg niet aanvaardbaar.

Naast traditie zal ook het feit dat een diagnostische mammografie duurder is een rol spelen bij het promoten ervan door artsen, zeker ook radiologen. Onze gezondheidszorg is immers zó georganiseerd dat hoe meer dure 'prestaties' een arts verricht, hoe hoger zijn inkomen is: prestatiegeneeskunde! Een mogelijke oplossing hiervoor, wat de huisartsen betreft, zou zijn dat zij niet per individueel onderzoek vergoed worden, maar dat diegenen die erin slagen om bijvoorbeeld 80% van hun patiëntenpraktijk te laten screenen voor borstkanker een financiële beloning krijgen. Om de radiologen niet in de verleiding te brengen een diagnostische mammografie te promoten, terwijl screening aangewezen is, zouden in de nomenclatuur de vergoedingen voor beide soorten mammografieën op gelijke hoogte kunnen worden gebracht. Nu krijgen ze immers voor een diagnostische mammografie een hoger ereloon.

Een andere oplossing bestaat erin (preventieve) gezondheidszorg (gedeeltelijk) forfaitair te vergoeden, dus niet afhankelijk van het aantal prestaties.

BESLUIT

Om de borstkankerscreening in Vlaanderen te optimaliseren, zullen zowel de overheid en de zorgverstrekkers als de vrouw een rol spelen. De Vlaamse overheid en iedereen die bij de screening betrokken is, moeten blijvend werk maken van correcte informatieverstrekking aan de doelgroep van vrouwen. Zij zelf moeten inzien dat ze meer baat hebben bij een screening- dan bij een diagnostische mammografie, en deze kwalitatieve keuze ook verde-

digen ten aanzien van hun verwijzende arts of radioloog. Ook die moeten van deze voordelen doordrongen worden en voor een borstkankerscreening enkel verwijzen naar een erkende mammografische eenheid. De federale overheid moet het oneigenlijke gebruik van het diagnostische circuit voor screening onmogelijk maken en daarop toezien. Slechts dán zal de screening naar borstkanker in Vlaanderen een zelfde participatiegraad kunnen bereiken als in de Scandinavische landen of Nederland: 80% of meer.

KORT

Borstkanker vormt in Vlaanderen een ernstig gezondheidsprobleem. Aangezien de oorzaak nog niet volledig is gekend, is het onmogelijk om deze aandoening te voorkómen. Ook de behandeling van spontaan ontdekte letsels is de laatste tijd niet echt spectaculair verbeterd. Wat wel goede resultaten kan opleveren, is vroegtijdige opsporing, gevolgd door een correcte behandeling. Als men een aandoening op grote schaal en systematisch binnen een bevolkingsgroep vroegtijdig tracht op te sporen, spreekt men van bevolkingsonderzoek of screening. Vlaanderen is met bevolkingsonderzoek naar borstkanker begonnen op 15 juni 2001. Dat liep echter niet van een leien dakje. Hoe dit onderzoek is georganiseerd, de redenen waarom de invoering ervan zo moeilijk verliep en de huidige uitdagingen voor het programma, worden in dit artikel uiteengezet.

- [1] Bonneau, L., Borstkankerscreening. Er zijn ook nadelen aan verbonden. Triomf van de geneeskunde of dr. Knock? *De Morgen*, 3 maart 2000.
- [2] Wilson, J.M.G., Jungner, G., *The principles and practice of screening for disease*. Public Health Papers 34. WHO, 1968.
- [3] Vlaams Kankerregistratienetwerk, Vlaamse Liga tegen Kanker, www.tegenkanker.be/kankerregistratie, accessed 28 juli 2004.
- [4] Gezondheidsindicatoren 2001, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap - Entiteit Beleidsondersteuning www.wvc.vlaanderen.be/gezondheidsindicatoren, accessed 28 juli 2004.
- [5] Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg, S., Schouten, J., (eds.), *European guidelines for quality assurance in mammography screening* (3rd ed.). Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
- [6] Kirkpatrick, A., Törnberg, S., Thijssen, M.A.O., *European guidelines for quality assurance in mammography screening*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1993.
- [7] Van Hal, G., Matthyssen, M., Weyler, J., 'Participatie'. In: Weyler, J., Schrijvers, J., Vandermeeren, I., Vuylsteke de Laps, L., (eds.), *Multicenterstudie Borstkankerscreening Vlaanderen*. Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1997, 129-153.
- [8] Pas, L. (red.), Baeten, R., Butaye, J., et al., Borstkankeropsporing in Vlaanderen. Naar een uniform standpunt van huisartsen. In: *Huisarts nu*, 1994, 23(5), 171-175.
- [9] Van Hal, G., Van de Weyer, D., Weyler, J., *Het call recall pilotproject voor baarmoederhalskanker in het kanton Kontich: overzicht van de werking tussen 1 oktober 1991 en 31 december 1995*. Vakgroep Epidemiologie en Sociale Geneeskunde UIA, ESOC-publicatie nr. 38, 1997.