



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Update Borstpathologie

Zaterdag 5 November 2022

Centrum Huisartsgeneeskunde UA & Borstkliniek UZA - UA



Universiteit Antwerpen

Centrum voor Huisartsgeneeskunde





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Programma

- 9.00 - 9.10h **Welkom en inleiding** Anne-Marieke Wiggers, Wiebren Tjalma
- 9.10 - 10.00h **Borstkankerscreening en indicaties genetisch onderzoek**
Pieter Provinciael en Katleen Janssens
- 10.00-10.50h **Diagnostiek 'knobbel in de borst'**
Anne-Marieke Wiggers en Peter Van Dam
- 10.50-11.10h **Pauze**
- 11.10-12.00h **Hormoontherapie bij borstkanker pre- en postmenopauzaal**
Peter Dieleman en Wiebren Tjalma
- 12.00-12.50h **Revalidatie en adviezen na borstkankerbehandeling**
Joosje Molenaar en zorgcoördinator MOCA Ellen Leenaerts
- 12.50-13.00h **Besluit en bundeling van mee naar huis berichten**



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Borstkankerscreening en indicaties genetisch onderzoek

dr. Pieter Provinciael
dr. Katleen Janssens



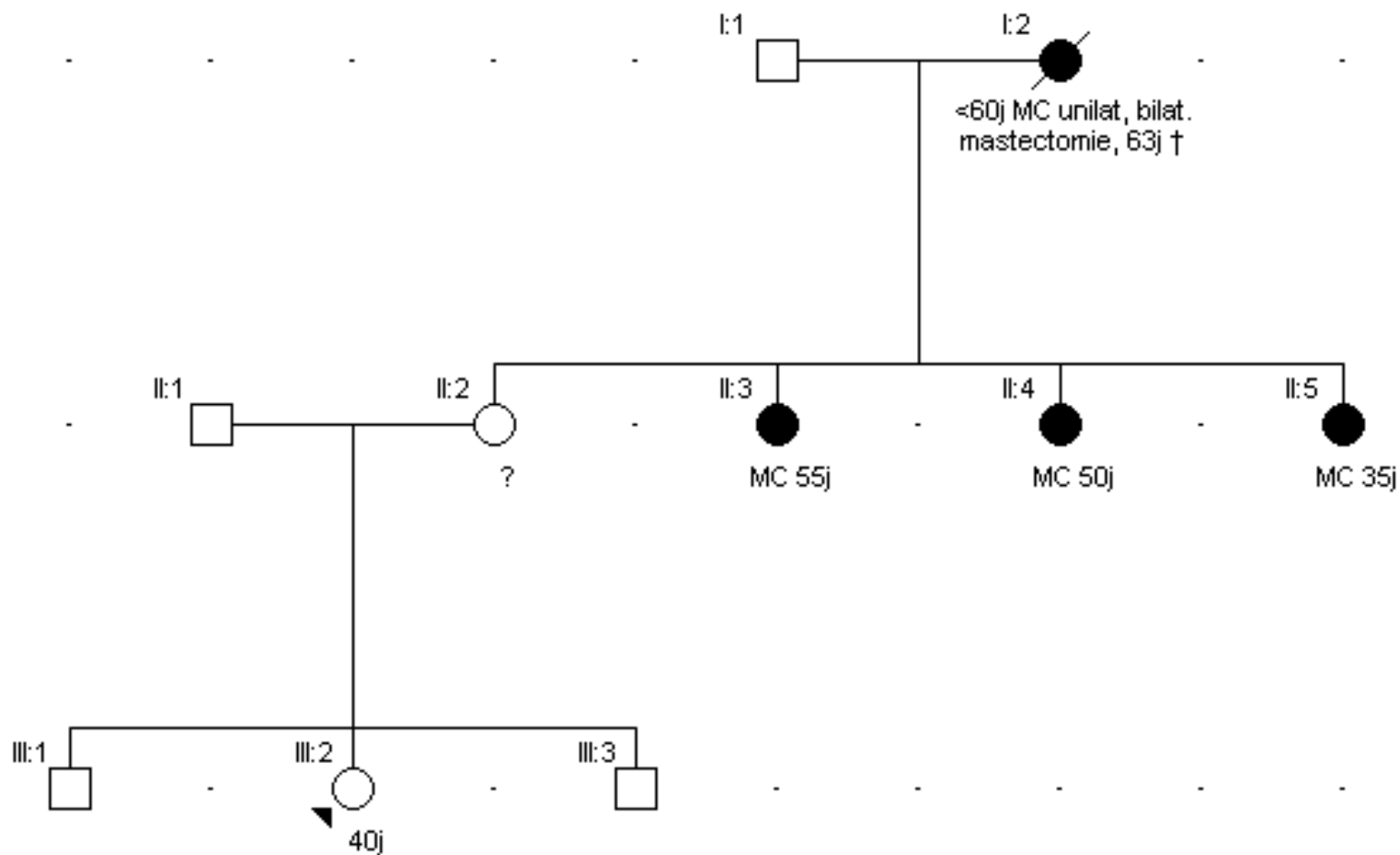
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Casus

40-jarige patiënte consulteert owv familiale
voorgeschiedenis van borstkanker



Casus

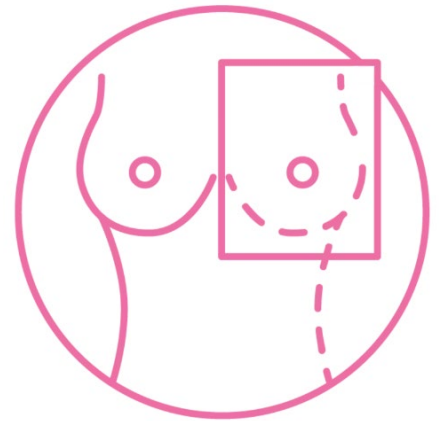


Gemiddeld risico



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Standaard bevolkingsonderzoek:
 - Vrouwen 50 tem 69 jaar
 - tweejaarlijkse mammografie



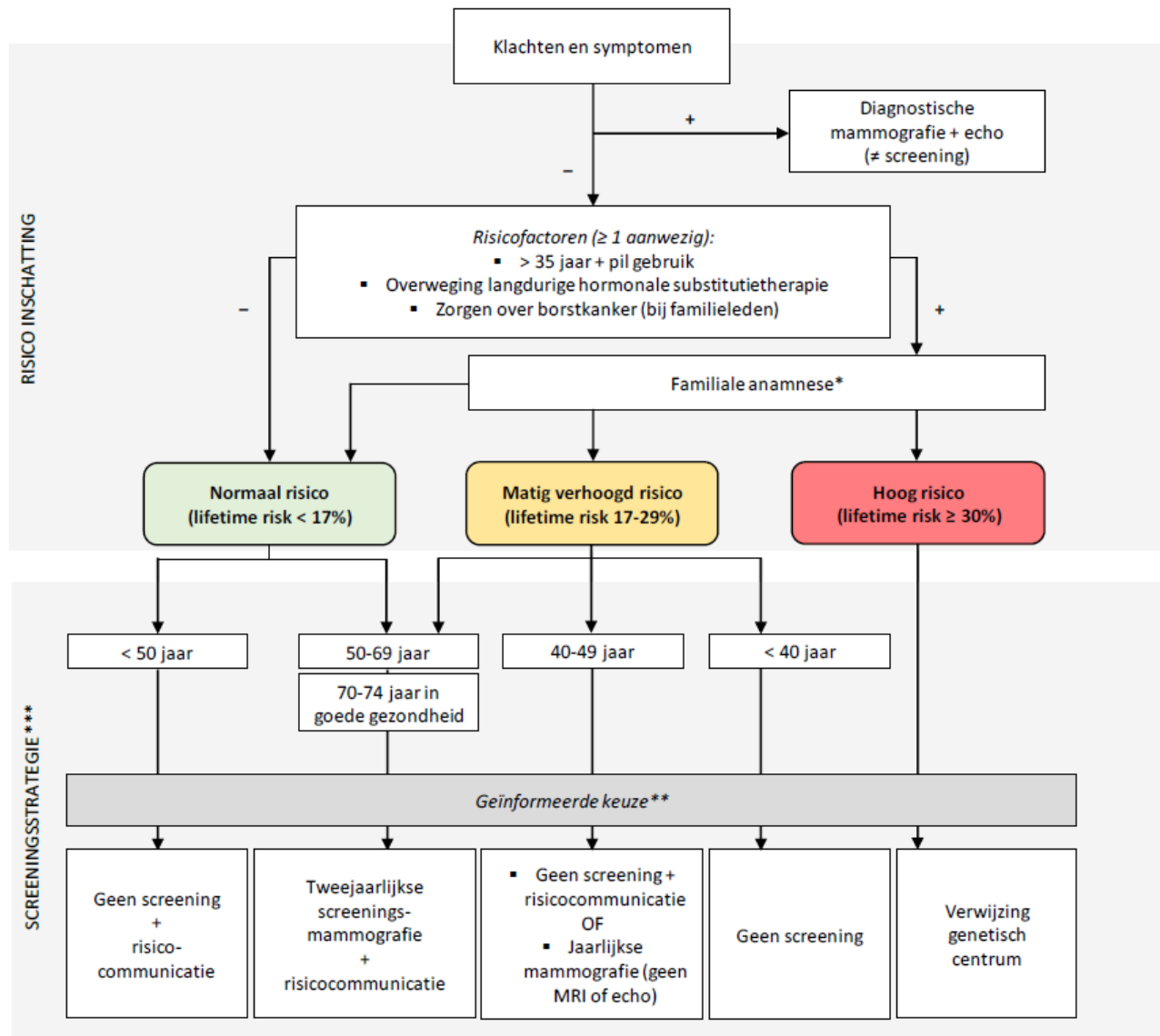
=> Bepaalde vrouwen:
nood aan screening op maat

Casus

- Welke vrouwen nood aan screening op maat?
- Inschatten obv
 - Domus Medica (2016)
 - Gezondheidsgids (2019)
 - NHG richtlijn (2021)



Samenvattende flowchart



Borstkankerscreening in de huisartsenpraktijk: wanneer en waarom wordt er afgeweken van het normale Vlaamse screeningsprogramma? Auteur: Pieter Provinciael (Masterproef huisartsgeneeskunde); Promotor: Professor Guido Van Hal en Professor Wiebren Tjalma, Universiteit Antwerpen

Domus Medica



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Verwijs vrouwen door naar een genetisch centrum, indien er *minstens één eerste- of tweedegraadsverwante* is met borstkanker en *één van de volgende voorwaarden* is vervuld (*Grade 1C*):

- bilaterale borstkanker bij een eerste- of tweedegraadsverwante,
- borstkanker bij een mannelijke eerste- of tweedegraadsverwante,
- ovariumkanker bij een eerste- of tweedegraadsverwante,
- Joodse achtergrond (Ashkenazi),
- sarcoma bij een eerste- of tweedegraadsverwante jonger dan 45 jaar,
- glioma of bijnierschorscarcinooma bij kinderen,
- gecompliceerde patronen van multipale carcinomata op jonge leeftijd,
- geschiedenis van borstkanker langs vaderskant (twee of meer verwanten langs vaderskant).
- **! onvolledig tov genetica richtlijnen**

Verwijs vrouwen zonder persoonlijke voorgeschiedenis van borstkanker voor verdere opvolging die beantwoorden aan volgende criteria (Grade 1C):

- één eerstegraads vrouwelijk familielid met gediagnosticeerde borstkanker op een leeftijd jonger dan 40 jaar;
- één eerstegraads mannelijk familielid met gediagnosticeerde borstkanker op elke leeftijd;
- één eerstegraads vrouwelijk familielid met bilaterale borstkanker waarbij de eerste tumor gediagnosticeerd werd op een leeftijd jonger dan 50 jaar;
- twee eerstegraadsverwanten of één eerstegraads- en één tweedegraadsverwante gediagnosticeerd met borstkanker op elke leeftijd;
- één eerste- of tweedegraadsverwante met borstkanker op elke leeftijd en één eerste- of tweedegraadsverwante met ovariumkanker op elke leeftijd en minstens één van de verwanten is een eerstegraadsverwante;
- drie eerste- of tweedegraadsverwanten met gediagnosticeerde borstkanker op elke leeftijd.

Gezondheidsgids



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Risico-inschatting bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker.

		Leeftijd van de vrouwelijke verwanten met borstkanker op moment van diagnose*		
		<40 jaar	40-50 jaar	≥50 jaar
Aantal vrouwelijke verwanten met borstkanker	1 eerstegraads	Bescheiden	Unilat: Normaal / Bilat: Bescheiden	Normaal
	≥ 2 eerstegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Bescheiden
	1 tweedegraads	Normaal	Unilat: Normaal / Bilat: Bescheiden	Normaal
	2 tweedegraads	Bescheiden	Bescheiden	Bescheiden
	3 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd / ≥60 jaar = Bescheiden
	1 eerstegraads 1 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Bescheiden
	1 eerstegraads 2 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd / ≥60 jaar = Bescheiden

* bij ≥ 2 verwanten, wordt de gemiddelde leeftijd genomen

Aantal 1e en 2e graads	(gem.) leeftijd bij diagnose	Graad van verwantschap	Risico
0	Nvt	Nvt	Gemiddeld
1	> 40 jaar	1 of 2	Gemiddeld
1	< 40 jaar	1ste	Verhoogd
2	> 50 jaar	1 of 2	Verhoogd
2	< 50 jaar	Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd
3	> 60 jaar	1 of 2	Verhoogd
3	< 60 jaar	Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd
4		Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd

Flowchart NVHG

Vrouw of man zonder borstkanker in de voorgeschiedenis en een van de volgende situaties:

- 1e of 2e graads verwant(e) met BRCA1/2-mutatie (man of vrouw)
- 1e graads verwante met borstkanker < 40 jaar
- 1e graads verwante met bilaterale borstkanker met eerste tumor < 50 jaar
- 1e graads verwante met meerdere primaire tumoren in 1 borst met eerste tumor < 50 jaar
- 1e graads verwante met triple negatieve (oestrogeenreceptor negatief, progesteronreceptor negatief en HER2/neu negatief) borstkanker < 60 jaar
- 1e graads mannelijke verwant met borstkanker
- 1e graads verwante met borstkanker < 50 jaar en 1e graads verwant met prostaatkanker < 60 jaar (aan dezelfde kant van de familie)
- 2 of meer 1e graads verwanten met borstkanker < 50 jaar
- 3 of meer 1e en/of 2e graads verwanten met borstkanker (aan dezelfde kant van de familie), waarvan ten minste 1 diagnose < 50 jaar
- 1e graads verwante met ovarium-/tubacarcinoom (inclusief extra ovariëel primair peritoneaalcarcinoom), ongeacht leeftijd diagnose

Nee

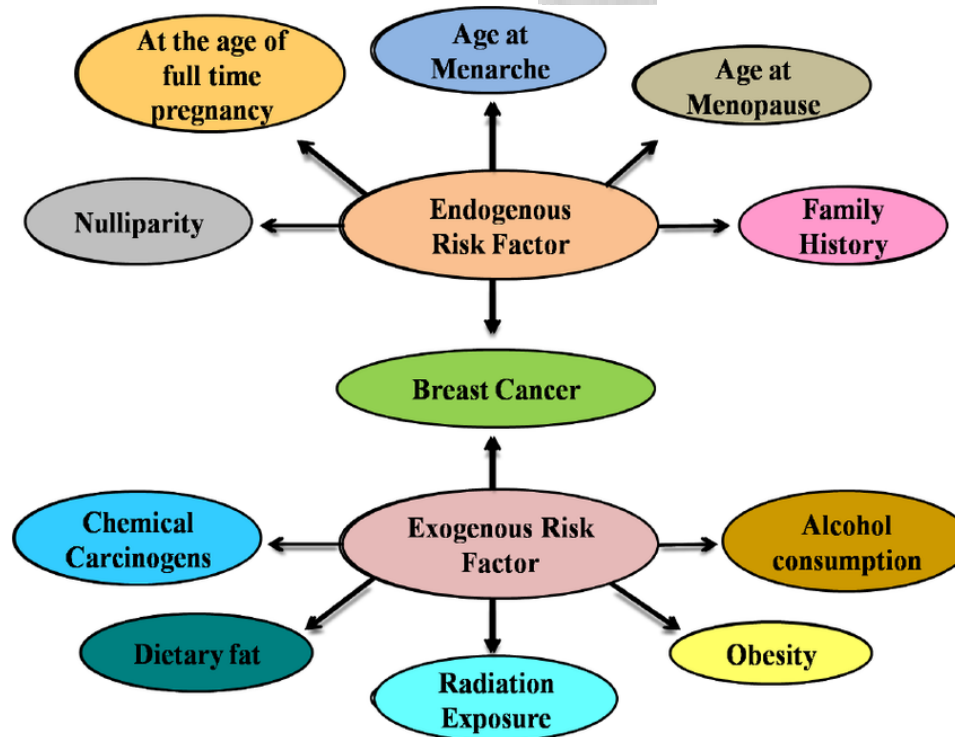
Ja

Flowchart NVHG



Borstkanker oorzaak

- Kanker = multifactorieel
- Maar soms genetica belangrijkste factor





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Griep

Diabetes

Mucoviscidose

Mazelen

Kanker

Huntington

Infecties

Hart- en vaatziekten

Neurofibromatose

Omgeving

Genen



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

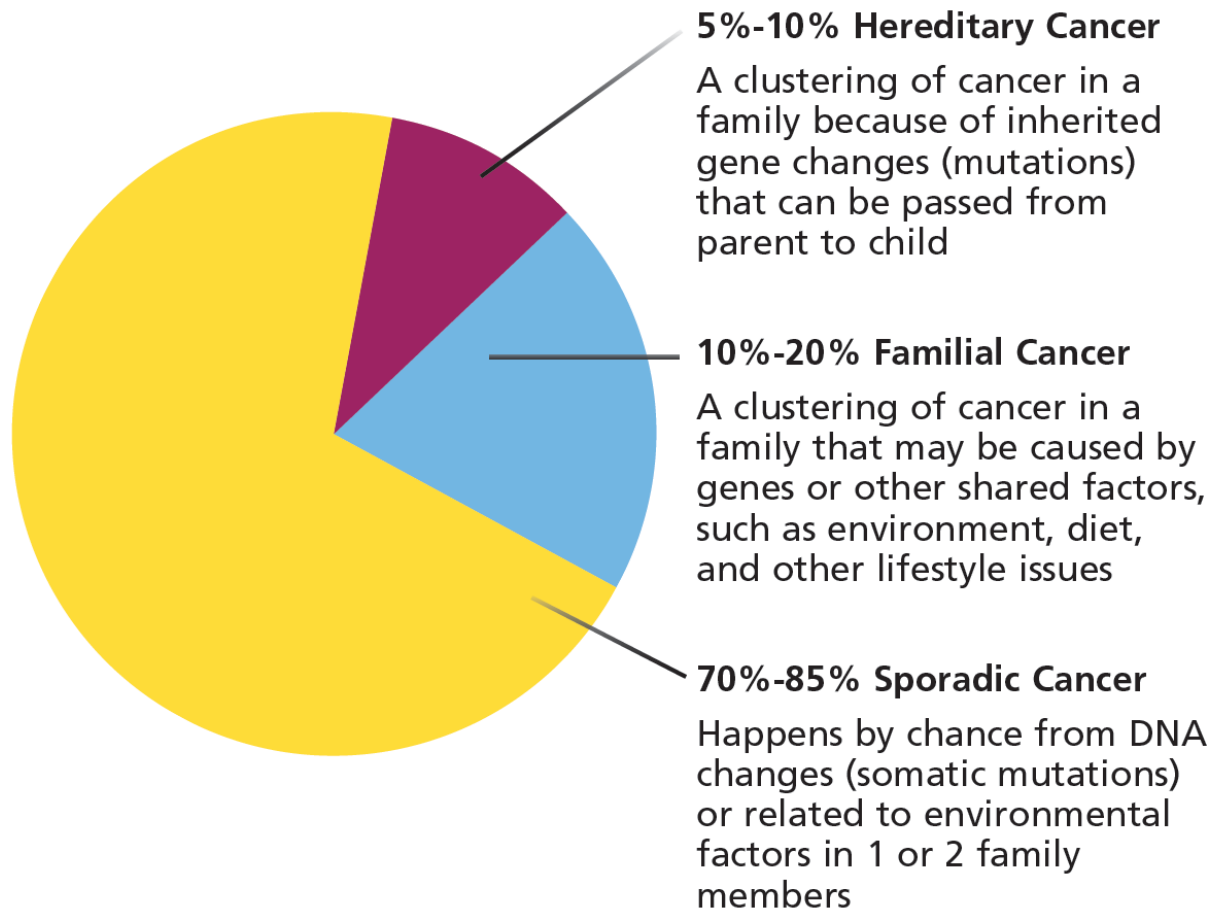
Kanker is altijd *genetisch*



Soms is kanker *erfelijk*

Types borstkanker

FIGURE. Cancer Distribution, by Genetic Factors



⇒ Erfelijk = screening afhankelijk van tumor predispositie syndroom

⇒ Familiaal = aangepaste screening obv % risico

⇒ Sporadisch = standaard bevolkingsonderzoek

Indicaties genetisch onderzoek

Aanwijzingen voor tumor predispositiesyndroom?

- Jong bij diagnose
- Multiple primaire tumoren
- Familiale clustering
- Typisch tumor spectrum
- Somatische mutaties
- Zeldzame tumortypes (LCIS + maagkanker – CDH1)



Indicaties genetisch onderzoek

- Nieuwe versie 22/05/2022
- Werkgroep van BeSHG rond test criteria
- Wie verwijzen?



Indicaties genetisch onderzoek

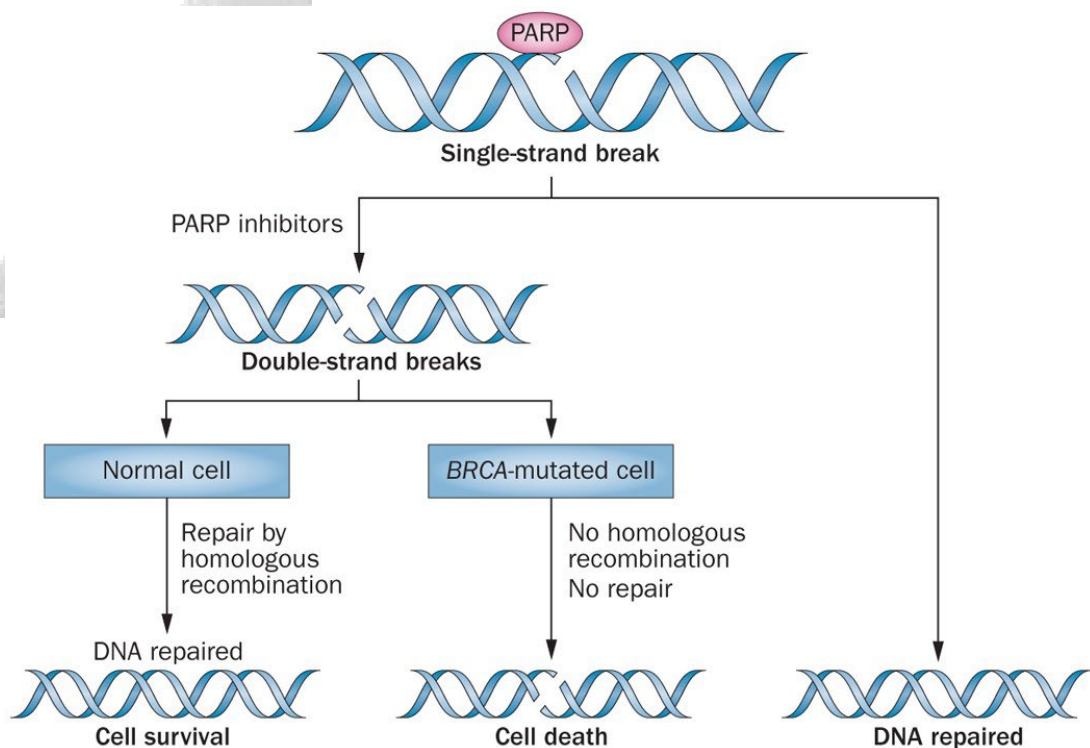
1) Woman with breast cancer + one of the following:

- diagnosed ≤ 40 yrs
- diagnosed < 50 yrs and relative with bilat. breast cancer, breast cancer < 50 yrs, or prostate cancer < 60 yrs
- first or second degree relative with male breast cancer, ovarian cancer, pancreatic cancer or metastatic prostate cancer
- bilateral breast cancer if the first cancer was diagnosed < 50 yrs
- triple negative breast cancer < 60 yrs
- HER2 negative [HR-negative or HR-positive] metastatic breast cancer

Indicaties genetisch onderzoek

Nieuwe toevoeging aan indicaties:

- HER2 negative metastatic breast cancer
- Indicatie PARP inhibitors



Sonnenblick, A., de Azambuja, E., Azim, H. et al. An update on PARP inhibitors—moving to the adjuvant setting. *Nat Rev Clin Oncol* **12**, 27–41 (2015).

Indicaties genetisch onderzoek

1) Woman with breast cancer + one of the following:

- ovarian cancer or pancreatic cancer any age
- ≥ 3 individuals with breast cancer and/or prostate cancer
 - one is a first degree relative of the other two (excluding male transmitters if father is not affected)
 - and one diagnosed at an early age (< 60 yrs)
- ethnicity associated with a higher frequency of mutations (eg, Ashkenazi Jewish)
 - Founder mutations
- other family situations with a priori chance of mutation $>10\%$ according to BRCA PRO or Evans criteria or Manchester score

⇒ test more than one affected relative if criteria remain positive after excluding the negative case as a phenocopy

Indicaties genetisch onderzoek

- 
2. Women with high grade epithelial ovarian cancer at any age
excluding mucinous ovarian cancer
 3. Male with breast cancer
 4. Family history only

Indicaties genetisch onderzoek

Alle guidelines vergelijken/samen nemen:

- ⇒ Gebruik best lijst BeSHG
- + Wordt regelmatig geüpdatet
- Geen handige flowchart



Genetisch onderzoek

- Minimale set van genen:
- *BRCA1, BRCA2, PALB2, BARD1, BRIP1, RAD51C, RAD51D, ATM, CHEK2, TP53, MLH1, MSH2 en MSH6*



Genetisch onderzoek praktisch

Hoe verwijzen:

- Afspraak bij dienst medische genetica
 - UZA
 - Klinka
 - Lier
 - Melle
 - Geel
 - ...
- Vraag voor consultatie voor familiale kanker
- Verwijsbrief: stamboom
- Patiënt instrueren zoveel mogelijk informatie mee te nemen naar consultatie



Genetisch onderzoek praktisch

- Wat gebeurt op een consultatie?
 - Persoonlijke en familiale voorgeschiedenis
 - Stamboom (tot 2de graad)
 - *Klinisch onderzoek*
 - *Aanvullende testen: labo, beeldvorming, consulten, ...*
 - Uitleg en educatie:
 - Risico op tumor predispositie syndroom
 - Mogelijke testen met voor- en nadelen
- ⇒ Shared decision making

Genetisch onderzoek praktisch

- <https://www.genetica-antwerpen.be/>
- Tubes: 10cc EDTA
- Indicatie: voor interpretatie resultaten/VUS
- Turnaround time:
 - Standaard: 3 maanden
 - Dringend (heelkunde of PARPi): minimaal 1 maand
- Kost voor de patient: +- 8 euro
- Conventie: multidisciplinair

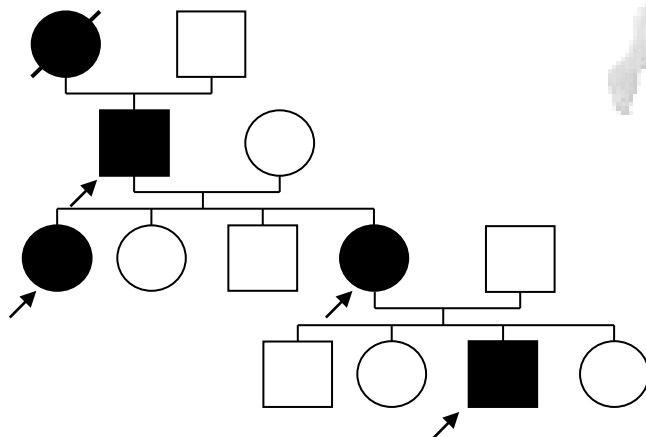
Types genetisch onderzoek



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

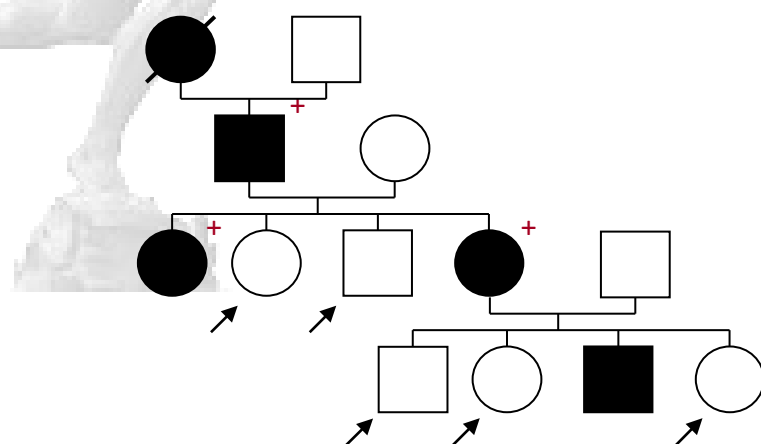
Diagnostische test

Doel: identificeren van een genetisch defect in een **aangetast** persoon bij wie verdenking bestaat op een erfelijke aandoening



Pre-symptomatische test

Doel: detecteren van de aanwezigheid van een gekende mutatie in een **gezond** persoon

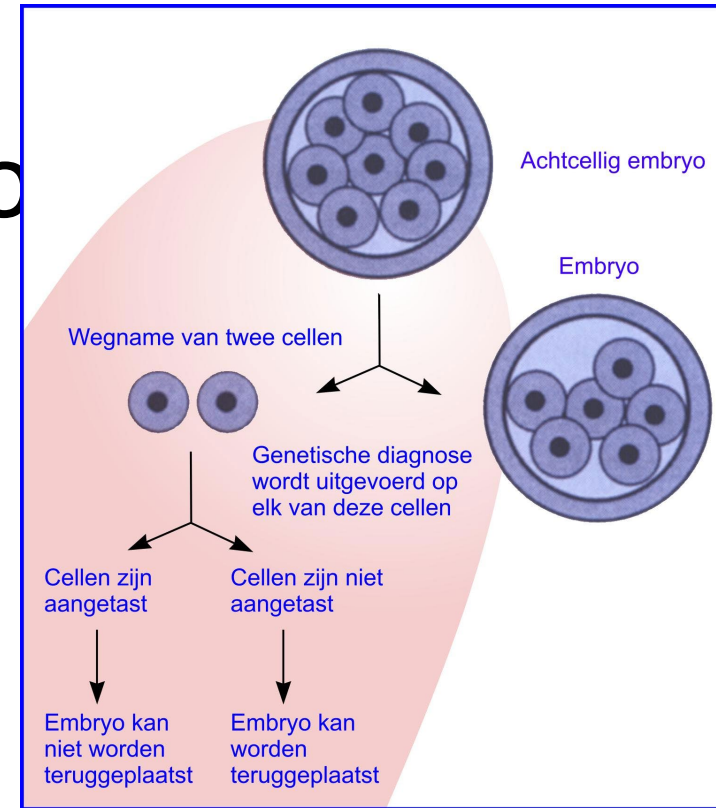


Wat bij diagno

Bespreken van resultaten

- Diagnose
- Risico's
- Screening
- Familieleden
 - Predictieve diagnostiek
 - Screening op maat beperken tot de dragers van de genetische aanleg
- Mogelijkheid preimplantatie genetische testing (PGT) of prenataal onderzoek (CVS)

=> **steeds communicatie in twee richtingen**



Screening bij genetische aanleg

BRCA1

Table 1: BRCA 1 risk figures

Tumor	Risk	Comment
Breast cancer	60 – 80 % at 80 y	Higher risk for triple negative breast cancer
Contralateral breast cancer	Around 40% after 20 y	Risk table ¹ can be used during counseling for a more accurate risk estimate
Male breast cancer	1%	
Ovarian cancer	Around 40% at 80 y	
Prostate cancer	Moderate increase	
Pancreatic cancer	Small but increased risk	Not in patient folder
Endometrial cancer	< 5%	Should not be reported in patient folder
Colorectal cancer	Slight increase (only < 50 y)	Should not be reported in patient folder

Screening bij genetische aanleg

BRCA1

Tumor	Intervention	Recommendation
Breast cancer	Screening	Clinical examination every 6 months from 25* y AND • 25* – 35 y: Annual breast MRI • One mammogram at age of 30: if microcalcifications are present also do yearly mammogram (+/- US when indicated by radiologist) from age 30, else from age of 35 • 35 – 65 y: annual breast MRI and annual mammogram (+/- US when indicated by radiologist) alternating every 6 months • 65 – 75 y: Annual mammography (if quality is sufficient) • >75y: Consider mammogram every 2 y *Or 5 y younger than youngest diagnosis in the family if diagnosis <30y
	Risk reducing surgery	Bilateral mastectomy (comments: no standard follow-up with imaging after risk reducing mastectomy, nipple preservations is considered safe)
Ovarian cancer	Screening (not in folder)	Not recommended (comment: tailored program could be offered if patient refused risk reducing BSO ≥ 40 y)
	Risk reducing surgery	Strongly consider BSO < 40 y
Prostate cancer	Screening	Annual PSA and digital prostate exam from age 50 y (or 10y earlier than youngest diagnosis, whichever comes first)
Pancreatic cancer (not in folder)	Smoke cessation	Recommended
	Screening (preferentially in clinical trial)	If ≥1 first degree relative with pancreatic cancer: consider discussing pros and cons of screening according to CAPS guidelines (Goggins et al, Gut 2020)

Screening bij genetische aanleg

BRCA1

Male breast cancer:

Routine screening not recommended

PGD/PND for BRCA1?

PGT is offered in every center; PND is not offered by every genetic center



Screening bij genetische aanleg

BARD1		
Tumor	Risk	Comment
Breast cancer	20 – 45%	Risk depends on family history. (Non-carriers may still have an increased familial risk if there is a high breast cancer burden) Higher risk for triple negative breast cancer
Tumor	Intervention	Recommendation
Breast cancer	Screening	Clinical examination every 6 months from 25 y AND • 35 – 65 y: At least yearly breast MRI with 1-incidence mammogram +/- US if indicated by radiologist (or start 5 y before youngest diagnosis in family if diagnosis <40y) • 65 – 75 y: Annual mammography (+/- ultrasound when indicated by radiologist) • >75y: Consider mammogram every 2 y (if patient is in good health)
	Risk reducing surgery	If strong family history or if diagnosed: consider risk reducing bilateral mastectomy

Screening bij genetische aanleg

BARD1

Female non-carriers with a 1st degree relative with breast cancer

Table 18: Recommendations for non-carrier with a first degree relatives (sister, daughter/mother) with breast cancer in BARD1 families

Tumor	Intervention	Recommendation
Breast cancer	Screening	40 – 50 y: Annual mammogram 50 – 75 y: Mammogram every 2 years

Risico inschatting zonder genetische aanleg



Gezondheidsgids



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Risico-inschatting bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker.

		Leeftijd van de vrouwelijke verwanten met borstkanker op moment van diagnose*		
		<40 jaar	40-50 jaar	≥50 jaar
Aantal vrouwelijke verwanten met borstkanker	1 eerstegraads	Bescheiden	Unilat: Normaal / Bilat: Bescheiden	Normaal
	≥ 2 eerstegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Bescheiden
	1 tweedegraads	Normaal	Unilat: Normaal / Bilat: Bescheiden	Normaal
	2 tweedegraads	Bescheiden	Bescheiden	Bescheiden
	3 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd / ≥60 jaar = Bescheiden
	1 eerstegraads 1 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Bescheiden
	1 eerstegraads 2 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd / ≥60 jaar = Bescheiden

* bij ≥ 2 verwanten, wordt de gemiddelde leeftijd genomen

Aantal 1e en 2e graads	(gem.) leeftijd bij diagnose	Graad van verwantschap	Risico
0	Nvt	Nvt	Gemiddeld
1	> 40 jaar	1 of 2	Gemiddeld
1	< 40 jaar	1ste	Verhoogd
2	> 50 jaar	1 of 2	Verhoogd
2	< 50 jaar	Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd
3	> 60 jaar	1 of 2	Verhoogd
3	< 60 jaar	Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd
4		Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd

Risico inschatting zonder genetische aanleg

Recommendations for non-affected family members in case of a family history of breast cancer without detectable predisposing mutations

The absolute cumulative risk for non-affected relatives can be estimated through several prediction tools: KCE table, IBIS (<http://www.ems-trials.org/riskevaluator/>) or BOADICEA tool (<https://canrisk.org/>).

These estimates can be used to guide screening according to the KCE 172A guidelines (https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_172A_borstkankerscreening.pdf)

- Verhoogd risico op borstkanker **17-30%**
 - jaarlijkse mammografie aan te bieden vanaf 40 tot 49 jaar, uitgevoerd volgens de Europese richtlijnen en kwaliteitsvereisten. Vanaf de leeftijd van 50 – 69 jaar kunnen vrouwen met een verhoogd risico deelnemen aan het bevolkingsonderzoek met tweejaarlijks mammografie
- Sterk verhoogd risico op borstkanker **>30%**
 - jaarlijks MRI en mammografie aanbevolen vanaf de leeftijd van 30 jaar of 5 jaar vóór de leeftijd van het jongst gediagnosticeerde familielid. Het gebruik van echografie kan eveneens overwogen worden bij deze risicocategorie, bijvoorbeeld om het interval te verkorten of als aanvullend onderzoek bij positieve MRI of mammografie.
- **MAAR KCE rapport van 2012 én zwakke aanbeveling**

Screening tabel genetica



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Gemiddeld risico <17%	Bevolkingsonderzoek
Verhoogd risico 17-30%	Vanaf 40j: Jaarlijks mammografie + eventueel echografie bij extreme dens borstweefsel 50-69j: bevolkingsonderzoek
Sterk verhoogd risico >30%	Vanaf 30j: jaarlijks MRI 40j: eenmalig mammografie 50-69j: bevolkingsonderzoek Alternatief: preventieve mastectomie

Screening – take home message

- Gemiddeld risico $<17\%$
 - Bevolkingsonderzoek
- Geen genetische aanleg aangetoond maar hoger risico
 - Intermediair risico 17-30%: jaarlijks mammo 40-50j
 - Hoog risico $>30\%$: jaarlijks MRI 30-50j, eenmalig mammo op 40j
- Genetische aanleg $>30\%$
 - Screening volgens guidelines

Verwijscriteria – take home message



Belgian guideline for diagnostic testing criteria for breast-ovarian-cancer- genes-panel-analysis *

I. Woman with breast cancer + one of the following

- diagnosed ≤ 40 yrs
- diagnosed < 50 yrs and one relative with bilateral breast cancer, or breast cancer < 50 yrs, or prostate cancer diagnosed < 60 yrs
- a first or second degree relative with male breast cancer, ovarian cancer, pancreatic cancer or metastatic prostate cancer
- bilateral breast cancer if the first cancer was diagnosed < 50 yrs
- triple negative breast cancer < 60 yrs
- HER2 negative [hormone receptor-negative or hormone receptor-positive] metastatic breast cancer
- ovarian cancer or pancreatic cancer any age
- ≥ 3 individuals with breast cancer and/or prostate cancer, one is a first degree relative of the other two (excluding male transmitters if father is not affected) and one diagnosed at an early age (< 60 yrs)
- individual of ethnicity associated with a higher frequency of specific mutations (eg, Ashkenazi Jewish) : eligible for founder mutation testing
- other family situations (eg multiple pancreatic cancer) with a priori chance of mutation $> 10\%$ according to BRCAPro or Evans criteria or Manchester score
- test more than one affected relative if criteria remain positive after excluding the negative case as a phenocopy

II. Women with high grade epithelial ovarian cancer at any age (excluding mucinous ovarian cancer)

III. Male with breast cancer

IV. Family history only

- first degree unaffected relative of any of the above on a case-by-case basis
- testing of unaffected family members should only be considered when no affected family member is available and then the unaffected family member with the highest probability of mutation should be tested



Casus antwoord





Gezondheidsgids

Risico-inschatting bij vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker.

		Leeftijd van de vrouwelijke verwanten met borstkanker op moment van diagnose*		
		<40 jaar	40-50 jaar	≥50 jaar
Aantal vrouwelijke verwanten met borstkanker	1 eerstegraads	Bescheiden	Unilat: Normaal / Bilat: Bescheiden	Normaal
	≥ 2 eerstegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Bescheiden
	1 tweedegraads	Normaal	Unilat: Normaal / Bilat: Bescheiden	Normaal
	2 tweedegraads	Bescheiden	Bescheiden	Bescheiden
	3 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd / ≥60 jaar = Bescheiden
	1 eerstegraads 1 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Bescheiden
	1 eerstegraads 2 tweedegraads	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd	Sterk verhoogd / ≥60 jaar = Bescheiden

* bij ≥ 2 verwanten, wordt de gemiddelde leeftijd genomen

Aantal 1e en 2e graads	(gem.) leeftijd bij diagnose	Graad van verwantschap	Risico
0	Nvt	Nvt	Gemiddeld
1	> 40 jaar	1 of 2	Gemiddeld
1	< 40 jaar	1ste	Verhoogd
2	> 50 jaar	1 of 2	Verhoogd
2	< 50 jaar	Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd
3	> 60 jaar	1 of 2	Verhoogd
3	< 60 jaar	Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd
4		Minstens 1 eerstegraads	Sterk verhoogd

Flowchart NVHG

Vrouw of man zonder borstkanker in de voorgeschiedenis en een van de volgende situaties:

- 1e of 2e graads verwant(e) met BRCA1/2-mutatie (man of vrouw)
- 1e graads verwante met borstkanker < 40 jaar
- 1e graads verwante met bilaterale borstkanker met eerste tumor < 50 jaar
- 1e graads verwante met meerdere primaire tumoren in 1 borst met eerste tumor < 50 jaar
- 1e graads verwante met triple negatieve (oestrogeenreceptor negatief, progesteronreceptor negatief en HER2/neu negatief) borstkanker < 60 jaar
- 1e graads mannelijke verwant met borstkanker
- 1e graads verwante met borstkanker < 50 jaar en 1e graads verwant met prostaatkanker < 60 jaar (aan dezelfde kant van de familie)
- 2 of meer 1e graads verwanten met borstkanker < 50 jaar

3 of meer 1e en/of 2e graads verwanten met borstkanker (aan dezelfde kant van de familie), waarvan ten minste 1 diagnose < 50 jaar

- 1e graads verwante met ovarium-/tubacarcinoom (inclusief extra ovarieel primair peritoneaalcarcinoom), ongeacht leeftijd diagnose

Nee



Ja

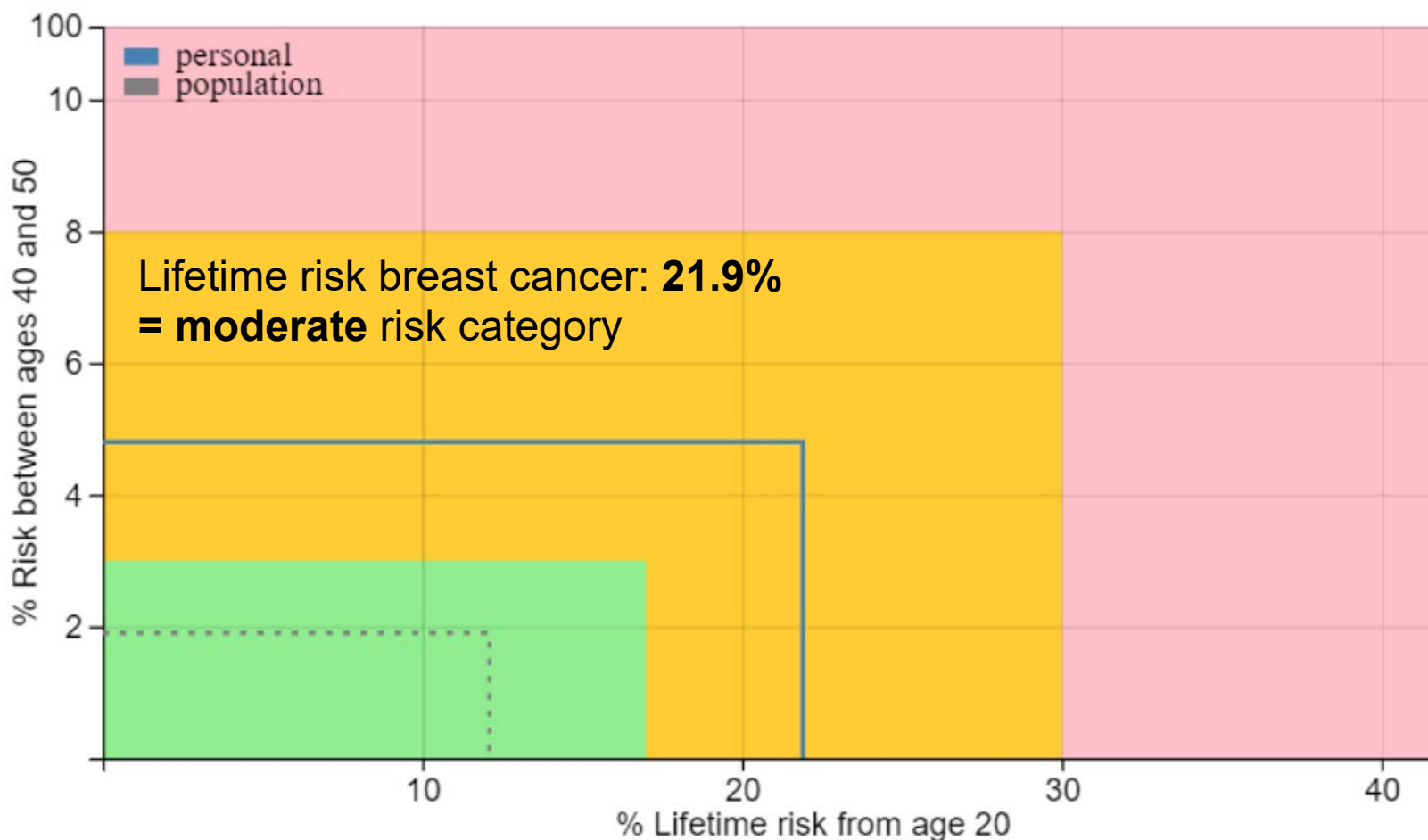


Flowchart NVHG



Casus antwoord

	Near population risk	Moderate risk	High risk
Lifetime risk from age 20	Less than 17%	17% or greater but less than 30%	30% or greater
Risk between ages 40 and 50	Less than 3%	3% or greater to 8%	Greater than 8%



Casus antwoord

- Recommendations for Risk of Carrying a Pathogenic Mutation
 - The woman's probability of having a *BRCA1* or *BRCA2* mutation is **0.1%**.
 - The NICE guidelines recommend offering genetic testing to people with a 10% (or bigger) likelihood of carrying a *BRCA1/BRCA2* mutation
- ⇒ Dus geen genetische testing

Casus antwoord

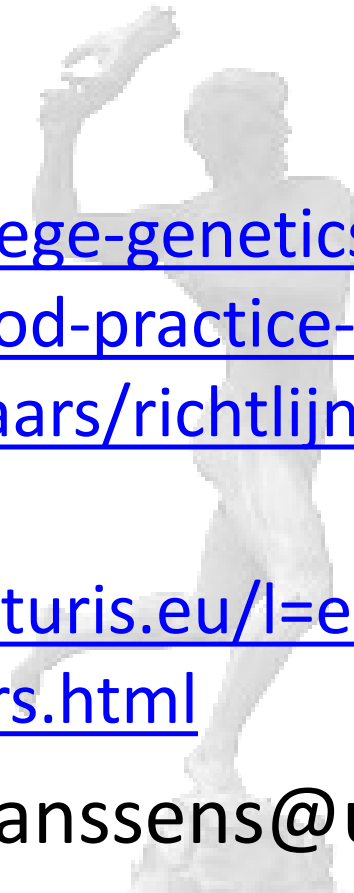
Gemiddeld risico <17%	Bevolkingsonderzoek
Verhoogd risico 17-30%	Vanaf 40j: Jaarlijks mammografie + eventueel echografie bij extreme dens borstweefsel 50-69j: bevolkingsonderzoek
Sterk verhoogd risico >30%	Vanaf 30j: jaarlijks MRI 40j: eenmalig mammografie 50-69j: bevolkingsonderzoek Alternatief: preventieve mastectomie

Bedankt voor de aandacht!



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Extra bronnen:
 - <https://www.college-genetics.be/nl/voor-de-professionele/good-practice-et-richtlijnen-voor-beroepsbeoefenaars/richtlijnen.html?page=2&offset=10>
 - <https://www.genturis.eu/l=eng/Education-and-Training/Webinars.html>
- Vragen: Katieen.Janssens@uza.be





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Heb ik borstkanker, dokter?

Herkenning en verwijzing van borstzwellingen

Anne Marieke Wiggers, huisarts

Peter Van Dam, gynaecoloog

Casus

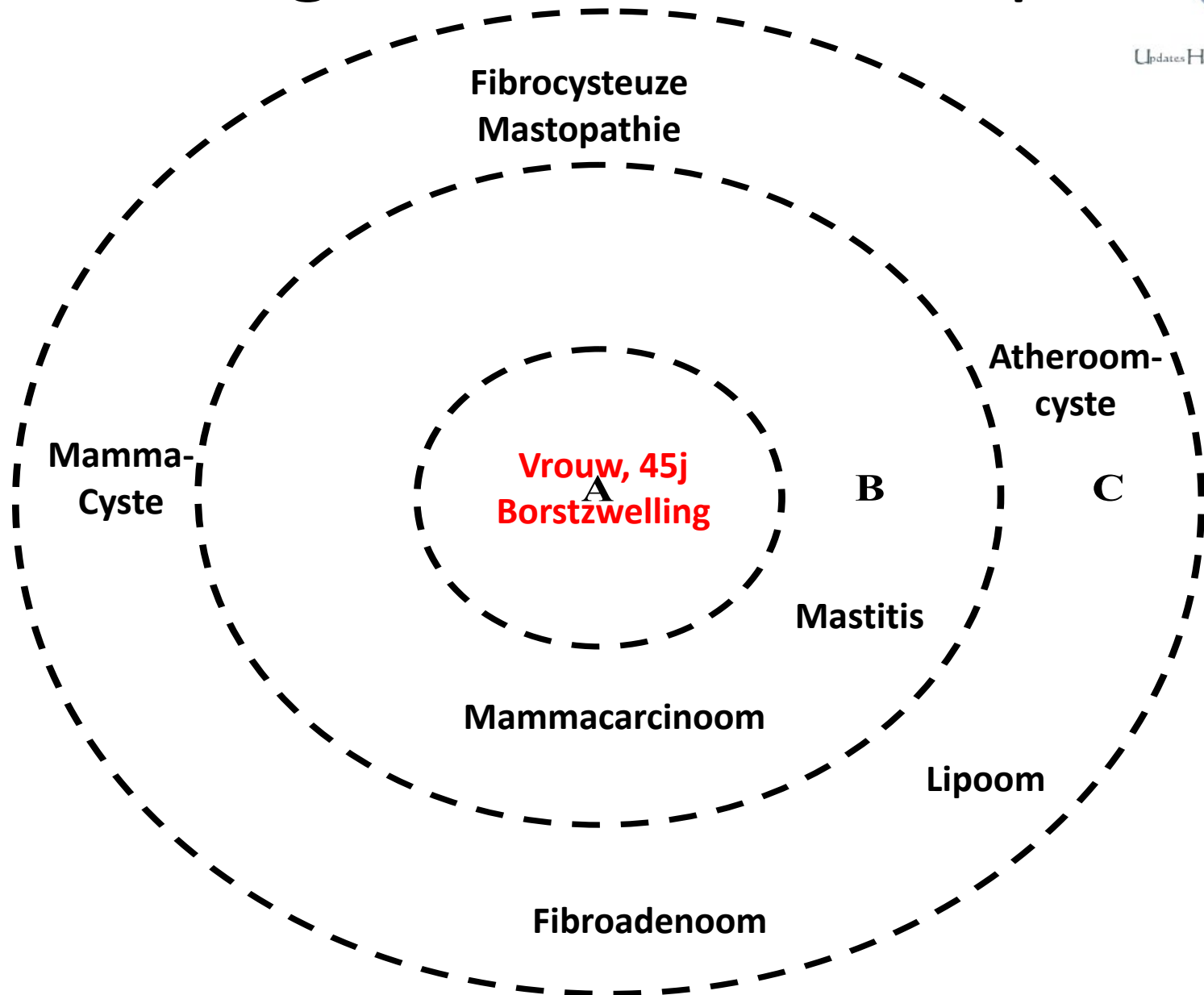
- Ayla, 45 jaar, blanco voorgeschiedenis
- Sinds 3 weken zwelling in linkerborst
- Hulpvraag:
 - IDEA: zwelling die iets met hormonen te maken heeft
 - CONCERN: borstkanker
 - EXPECTATION: zekerheid over diagnose; *'Is dit borstkanker, dokter?'*



Diagnostisch landschap



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



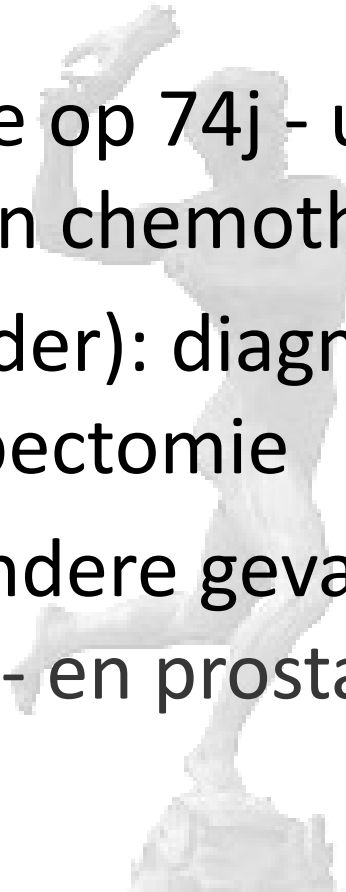


Anamnese

- Pijnloze zwelling L borst, 3w, groeit niet
- Geen afwijkingen aan tepels
- Geen gynaecologische klachten;
 - Regelmatige menstruaties, LMP 3w geleden
 - Geen vaginale of seksuele klachten, geen AC
 - G5P4A1, probleemloze zs en bevallingen
 - Uitstrijkjes volgens bevolkingsonderzoek; gb
- Geen B-symptomen
- Gewichtstoename ongewenst, rookt niet, geen alcohol

Familiale anamnese

- Moeder: diagnose op 74j - unilateraal - borstamputatie en chemotherapie
- Tante (zus van vader): diagnose op 54j – unilateraal - lumpectomie
- Geen weet van andere gevallen van borst-, eierstok-, eileider- en prostaatkanker



Klinisch onderzoek

- Niet-zieke indruk, geen koorts
- BMI 29
- Borstonderzoek:
 - Cup E, geen afwijkingen zichtbaar huid, tepels, borsten. Geen tekens van infectie.
 - Bdz vast, knobbelig weefsel. Links: zwelling +- 5 cm in buiten-bovenkwadrant; zacht; goed aflijnbaar; pijnloos; mobiel
 - Geen axillaire of sub/supraclaviculaire klieren



Beleid

- Afwachten cyclus en herbeoordeling na de menstruatie

OF

- Doorverwijzen naar
 - Mammografie OF
 - Direct naar gynaecoloog/borstpoli





Vragen aan de expert

- Welke elementen uit anamnese en K.O. zijn essentieel voor een verwijzing?
- Welke factoren spelen een rol in familiale anamnese?
- Wanneer verwijzen en naar waar; beeldvorming/gynaecoloog/borstkliniek?
- Heeft het resultaat van een recent bevolkingsonderzoek invloed op het beleid bij een 'nieuwe' borstzwelling?

Inspectie en bimanuele palpatie



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

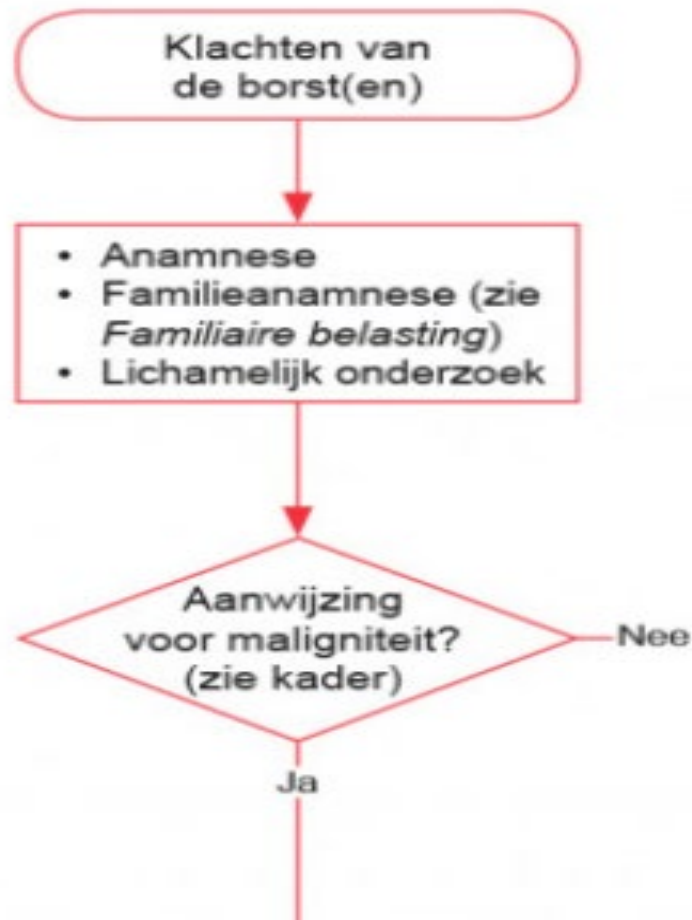
Bimanual palpation



Diagnostiek en verwijsbeleid bij klachten van de borst(en)

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/borstkanker>

Stroomdiagram 1. Diagnostiek



Diagnostiek en verwijsbeleid bij klachten van de borst(en)

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/borstkanker>

Klinische aanwijzingen voor een maligniteit:

- Bij palpatie onregelmatig of slecht afgrensbaar knobbeltje
- Knobbeltje dat vastzit aan de huid en/of onderlaag
- Knobbeltje bij een postmenopauzale vrouw
- Schilfering of eczeem van de tepel (en niet alleen de tepelhof) die niet goed reageert op corticosteroiden
- Huid- en/of tepelintrekking
- Verdachte lymfeklierzwellings in de oksel, supra- of infraclaviculair (ook zonder knobbeltje in de borst)
- Non-puerperale mastitis die persisteert na één week behandeling met antibiotica
- Bruine of bloederige tepeluitvloed
- Tepeluitvloed (ongeacht kleur) bij een postmenopauzale vrouw

Bij palpatie onregelmatig en slecht aflijnbaar knobbeltje

50-60% van de mammaCA's worden door patiënten zelf gepalpeerd !

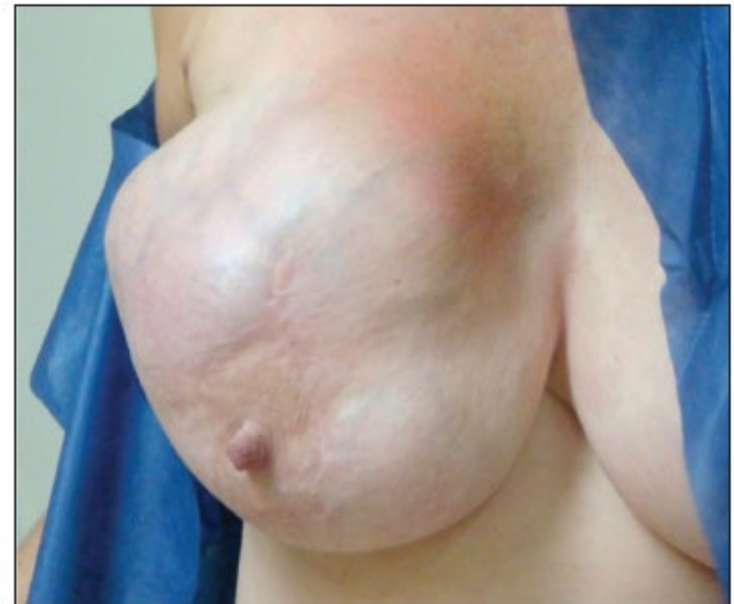


Figure 1 – Protruding and hardened palpable mass occupying the upper quadrants of the right breast, with accentuated vascularization and periareolar scar.

Knobbeltje dat vast zit aan de huid of onderlaag



Schilfering of eczema tepel die niet reageert op corticosteroiden crème



Huid- of tepelintrekking



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Verdachte lymfeklier zwelling in oksel of supraclaviculair (ook zonder palpabel borstletsel)



Non-puerperale mastitis niet responsief op 7 d antibiotica



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

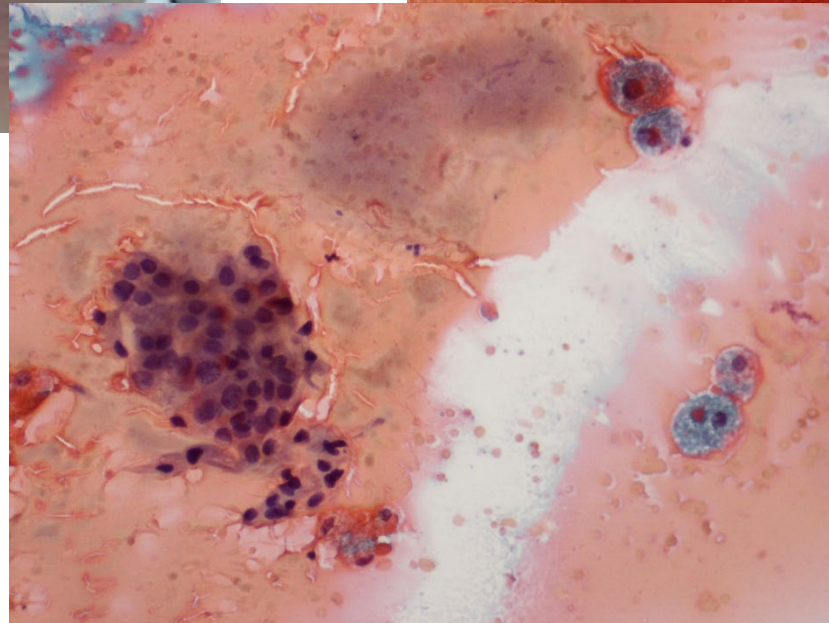
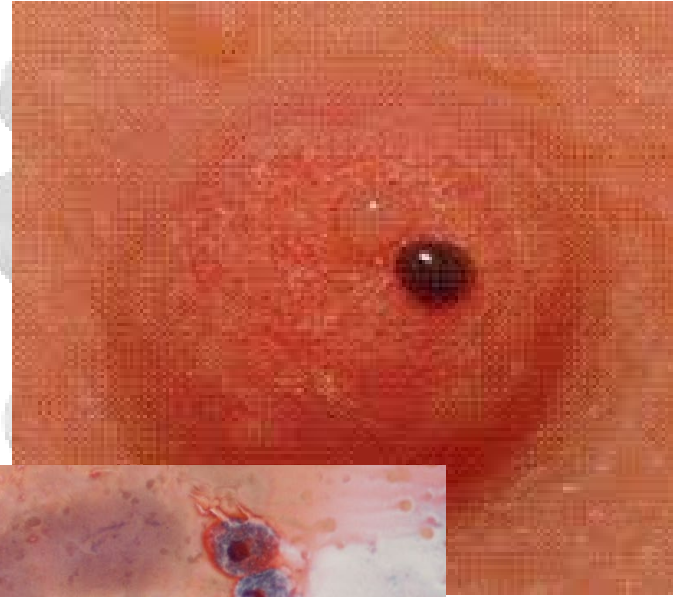


Classic Inflammatory Breast Cancer..right breast

Bloederig tepelverlies



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Huidinvasie



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



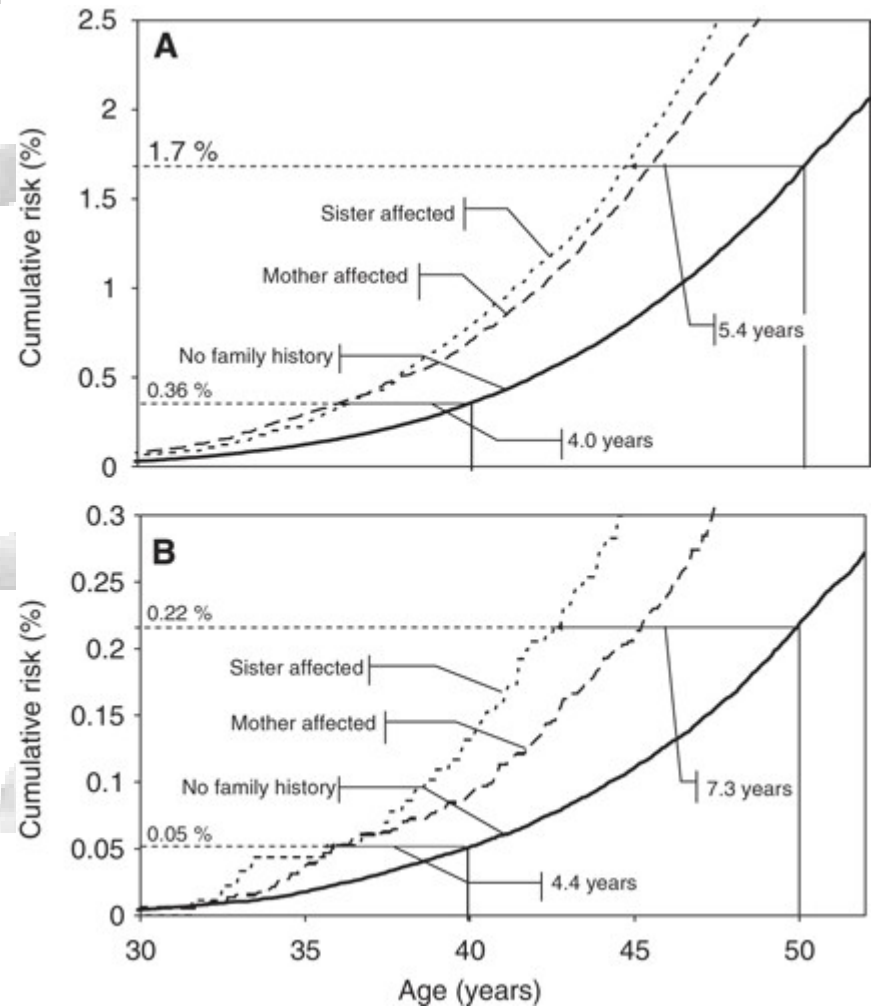
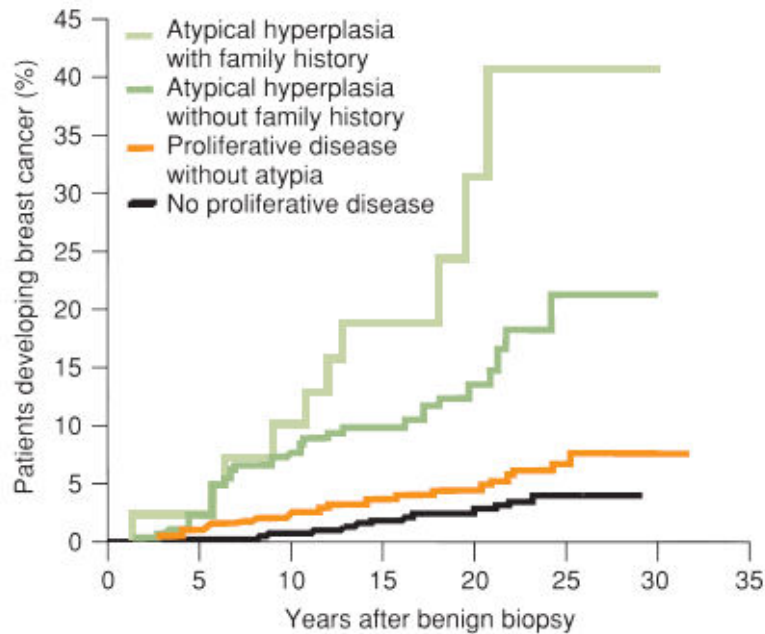
FIGURE 3: Clinical aspects of the disease in the case report 2

Diagnostiek en verwijsbeleid bij klachten van de borst(en)

<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/borstkanker>



Risico op borstkanker verhoogd door aanwezigheid van precursor laesies in biopsie en familiale belasting





Fibrocystische borsten

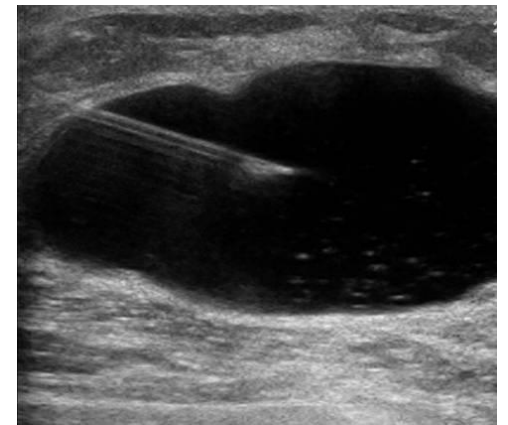
- Circa 25% vrouwen hebben fibrocystische borsten. Dit duidt op gezond borstweefsel dat knobbelachtig aanvoelt en soms pijnlijk is.
- Diagnostisch soms moeilijk
- **Niet** geassocieerd met een hoger risico op het ontwikkelen van borstkanker => geen extra screening nodig
- Behandeling: steunende BH, minder cafeïne en suikers, voedingssupplementen (o.a. teunisbloemolie, minipil)

(Symptomatische) cysten in de mammae



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Een cyste is een met vocht gevulde holte die duidelijk voelbaar is.
- Een derde van de vrouwen krijgt er voor de menopauze mee te kampen. Een typische klacht die dan optreedt is een plots opkomende, (pijnlijke) goed afgeijnde zwelling.
- Indien asymptomatisch afwachtend beleid
- Grote cysten kunnen, als ze te pijnlijk zijn, onder echografische beeldvorming makkelijk leeg geprikt worden. Een cyste is niet kwaadaardig en moet dan ook zelden operatief worden verwijderd.

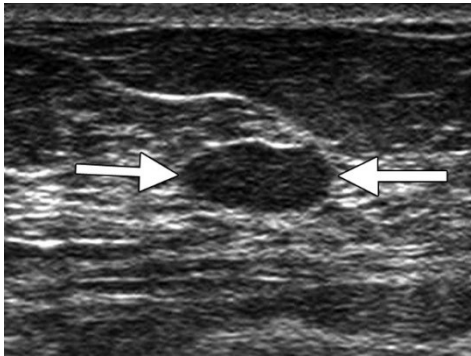
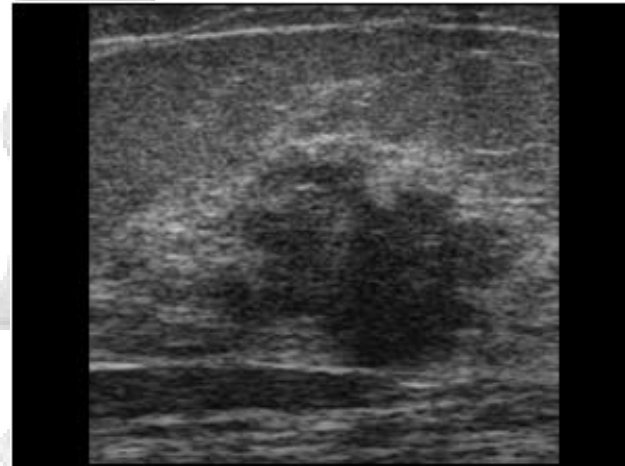
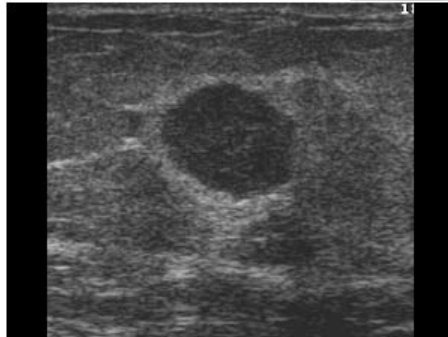




Fibroadenoom

- Een bindweefselknobbel is te herkennen aan de volgende symptomen. Het knobbeltje:
 - voelt stevig en rubberachtig aan
 - is klein en rond
 - heeft een duidelijk gladde vorm
 - kan pijnlijk aanvoelen
 - kunt u gemakkelijk heen en weer bewegen, wanneer u het tussen twee vingers vasthoudt.
- Er kunnen meerdere bindweefselknobbels in de borst aanwezig zijn.
- **Indien haalbaar steeds biopsie van soliede laesies**

- Carcinoom: hypo echogene nodus, irregulier en niet afgeplat
- Fibroadenoom: goed afgelijnd en afgeplat

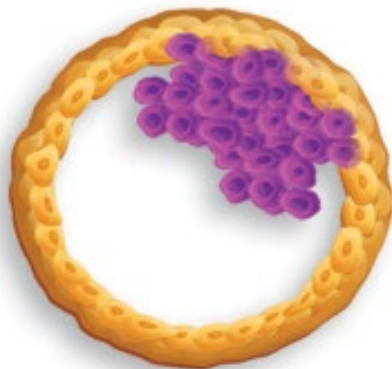


Follow-up benigne soliede tumoren

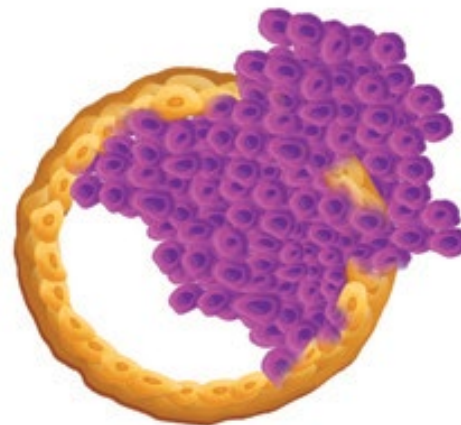
- Éénmalige follow-up na 6 maanden van solide borsttumoren is voldoende bij het aanwezig zijn van alle volgende criteria:
- Massa < 3cm in maximale doorsnede
- Geen verhoogd risico op het krijgen van borstkanker (bijvoorbeeld BRCA-gendragerschap),
- Massa die minder dan 0,5 cm in maximale diameter groeit in 6 maanden, en hoeft derhalve niet meer te worden vervolgd.
- Benigne echografische kenmerken en preferentieel benigne biopsie



- Een valkuil is de palpabele, maar niet erg verontrustende afwijking die in tweede instantie toch maligne blijkt te zijn.
- Daarom altijd controle raadpleging na 3 m teneinde interval veranderingen uit te sluiten
- De afspraak om over 3 maanden terug te komen is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de patiënte en de arts. De arts moet de patiënte op dit punt expliciet instrueren en dit advies netjes in patiënten dossier noteren maar heeft niet de verplichting om de patiente actief op te roepen

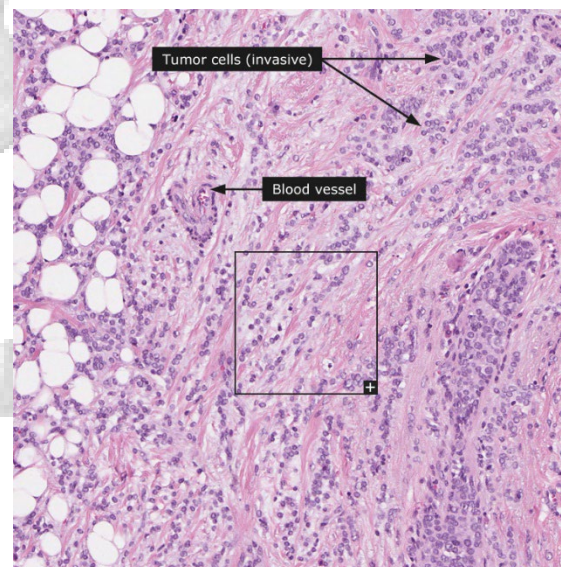
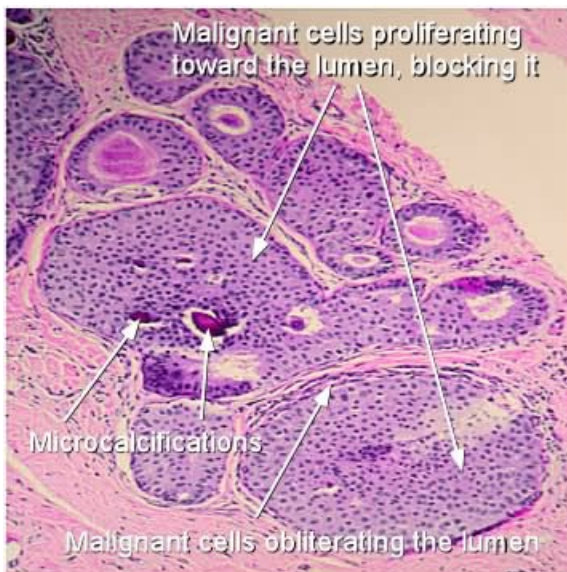


IN SITU



INFILTRATING

Lange

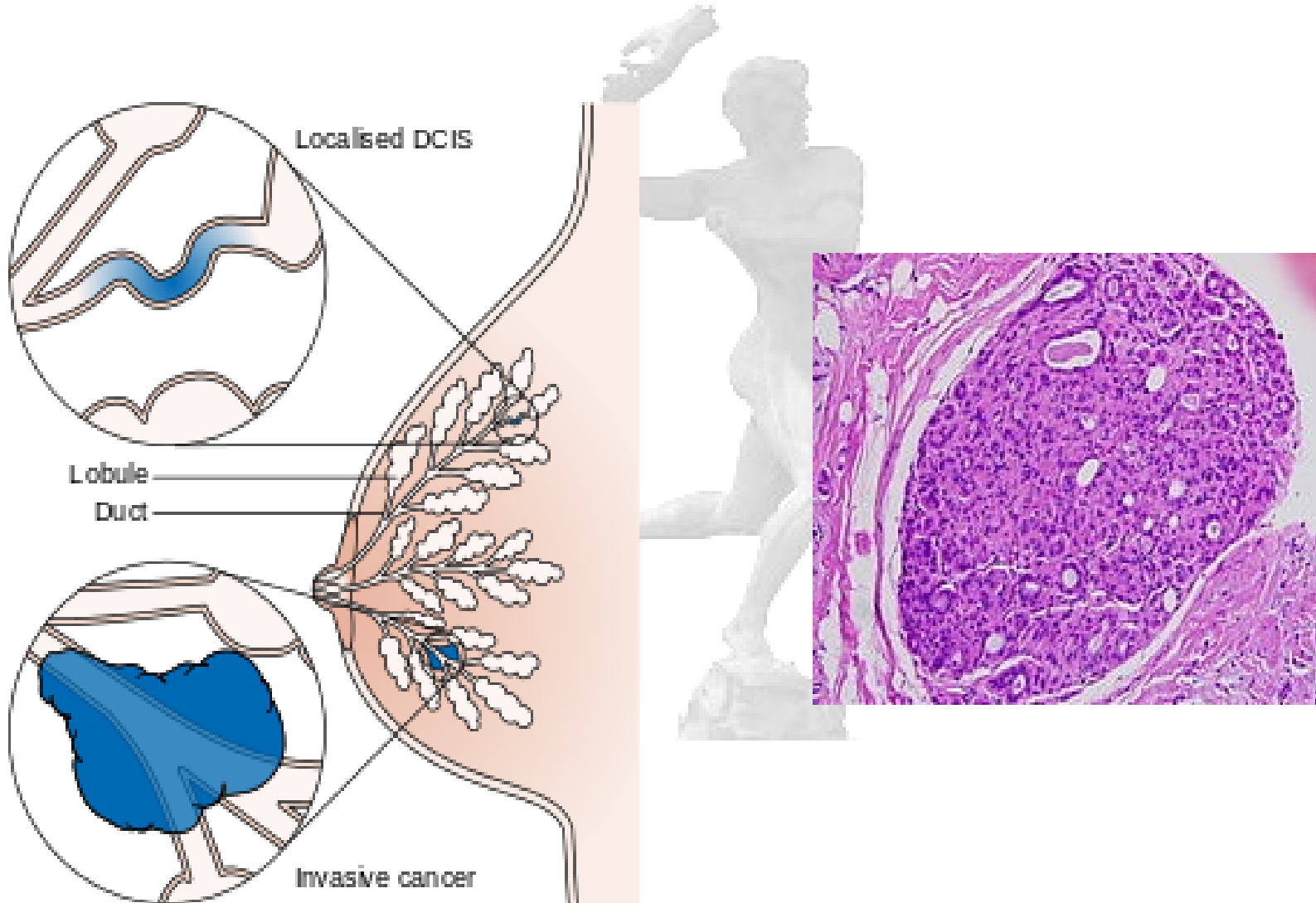


Ductaal carcinoma in situ



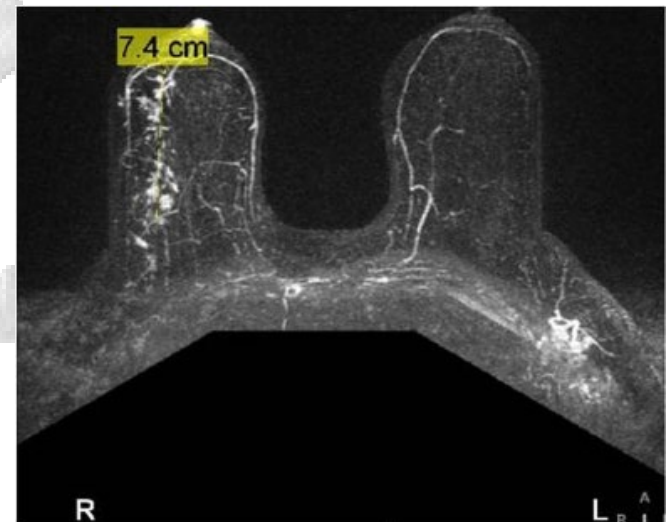
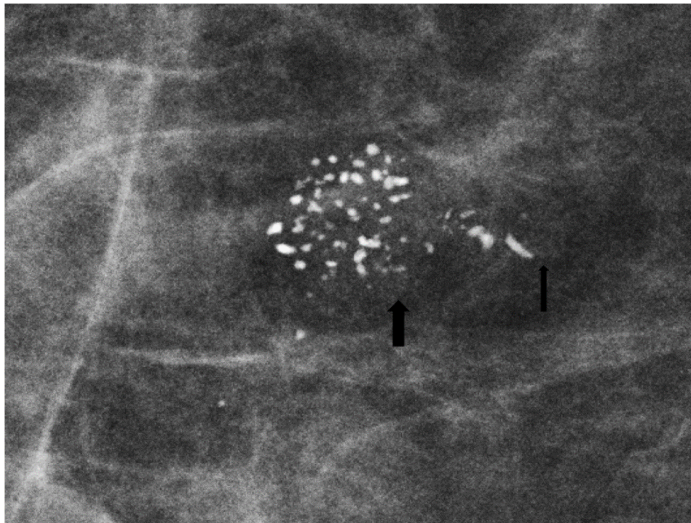
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Tegenwoordig 20-25% van alle (pre)maligne diagnoses



Ductaal carcinoma in situ

- 80% mammografisch ontdekt
- 20%: palpabele nodus
- <5% tepel verlies, tepel erosie (Paget)
- 30-75% progressie naar invasief carcinoom indien onbehandeld



Lobulair carcinoma in situ

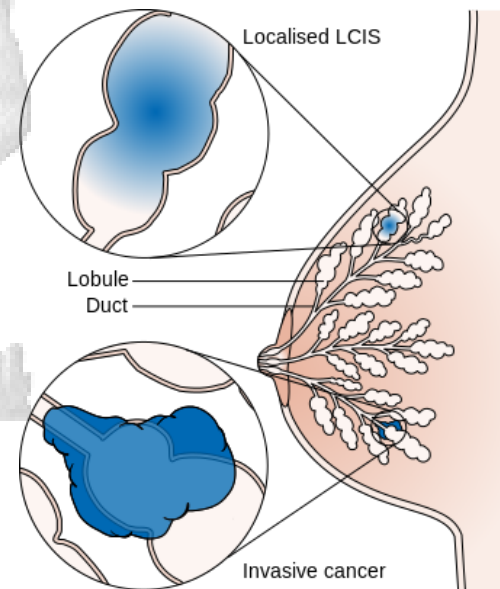
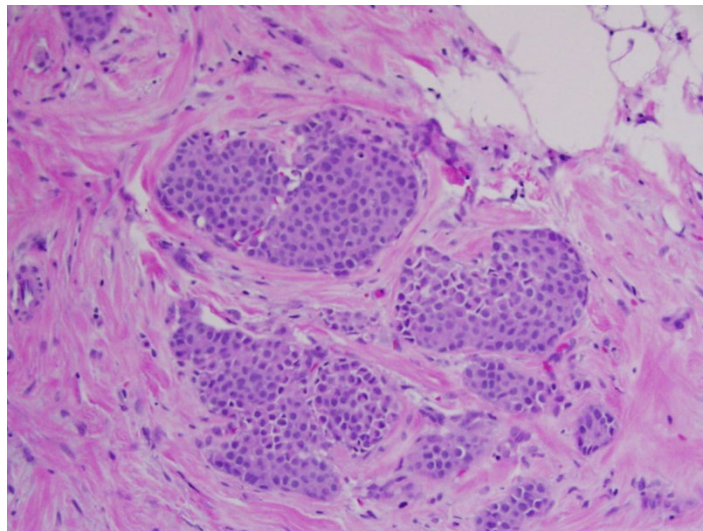


Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

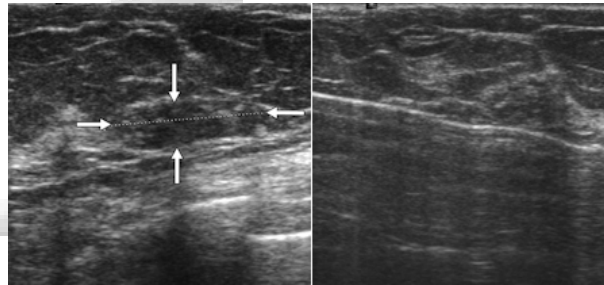
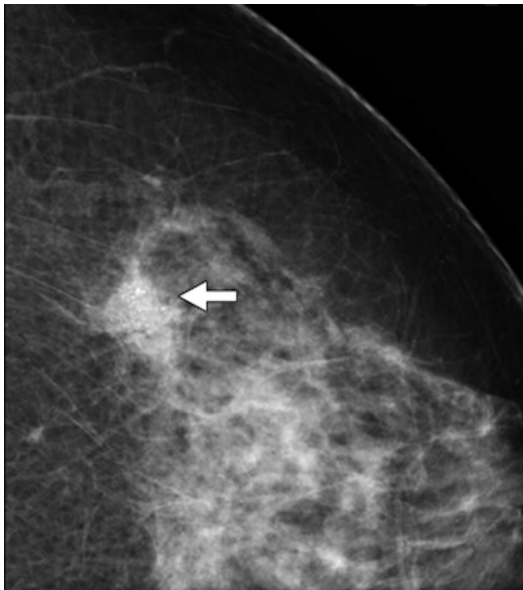
Incidentie: 0-5-4% van alle core biopten

Vaak toevallige vondst bij biopsie

Precursor: risico invasief carcinoom 20-30%



- Vaak occult aanwezig zonder radiologische tekens
- Soms laag dense microcalcificaties/massa

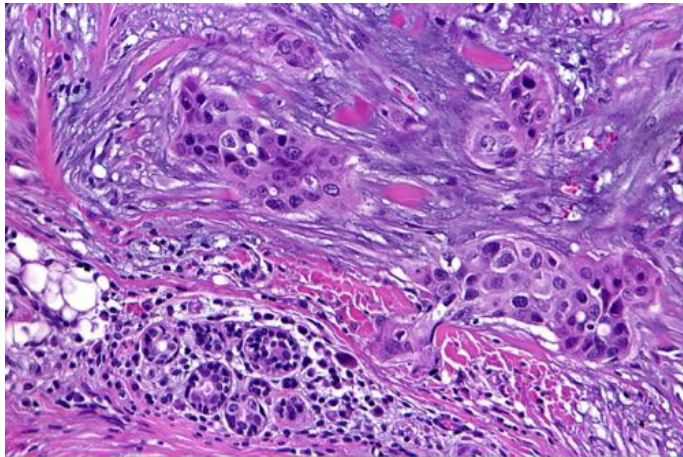


Invasief ductaal carcinoma

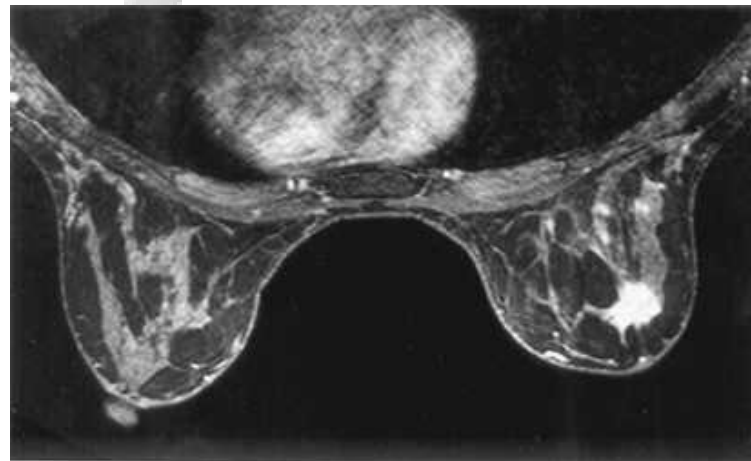
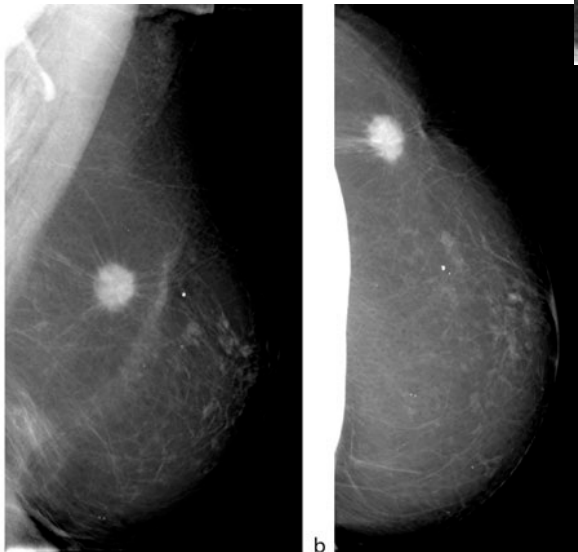
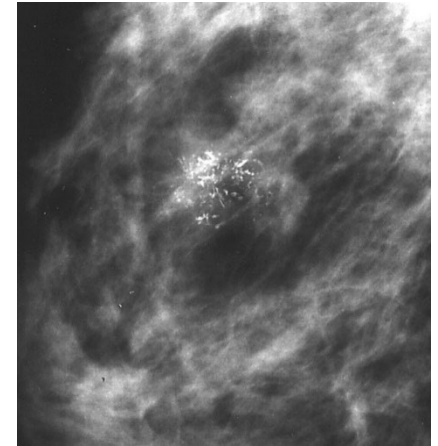
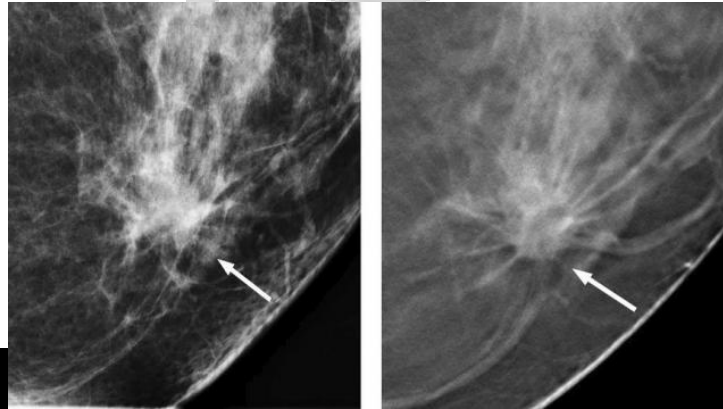


Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

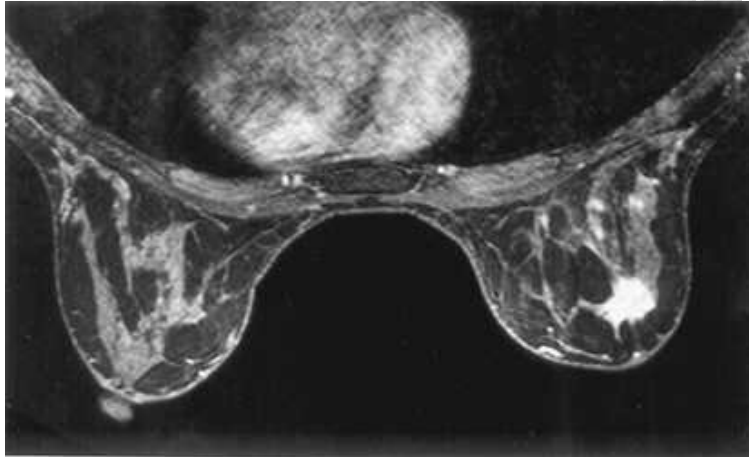
- 80% van de invasieve mammacarcinomen
- Vaak unifocaal en geassocieerde DCIS
- Mammografisch vaak nodulaire massa's (+/- microcalcificaties)



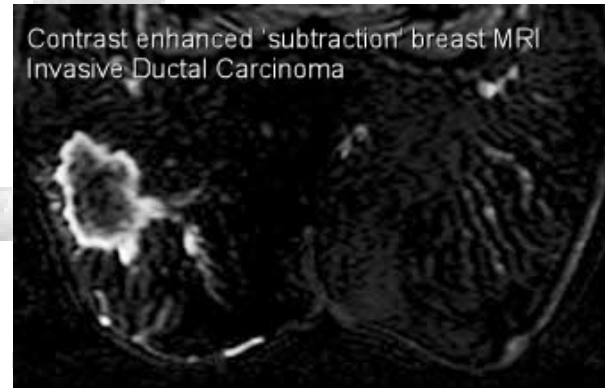
- Onregelmatig begrenste dense laesie
- Soms microcalcificaties



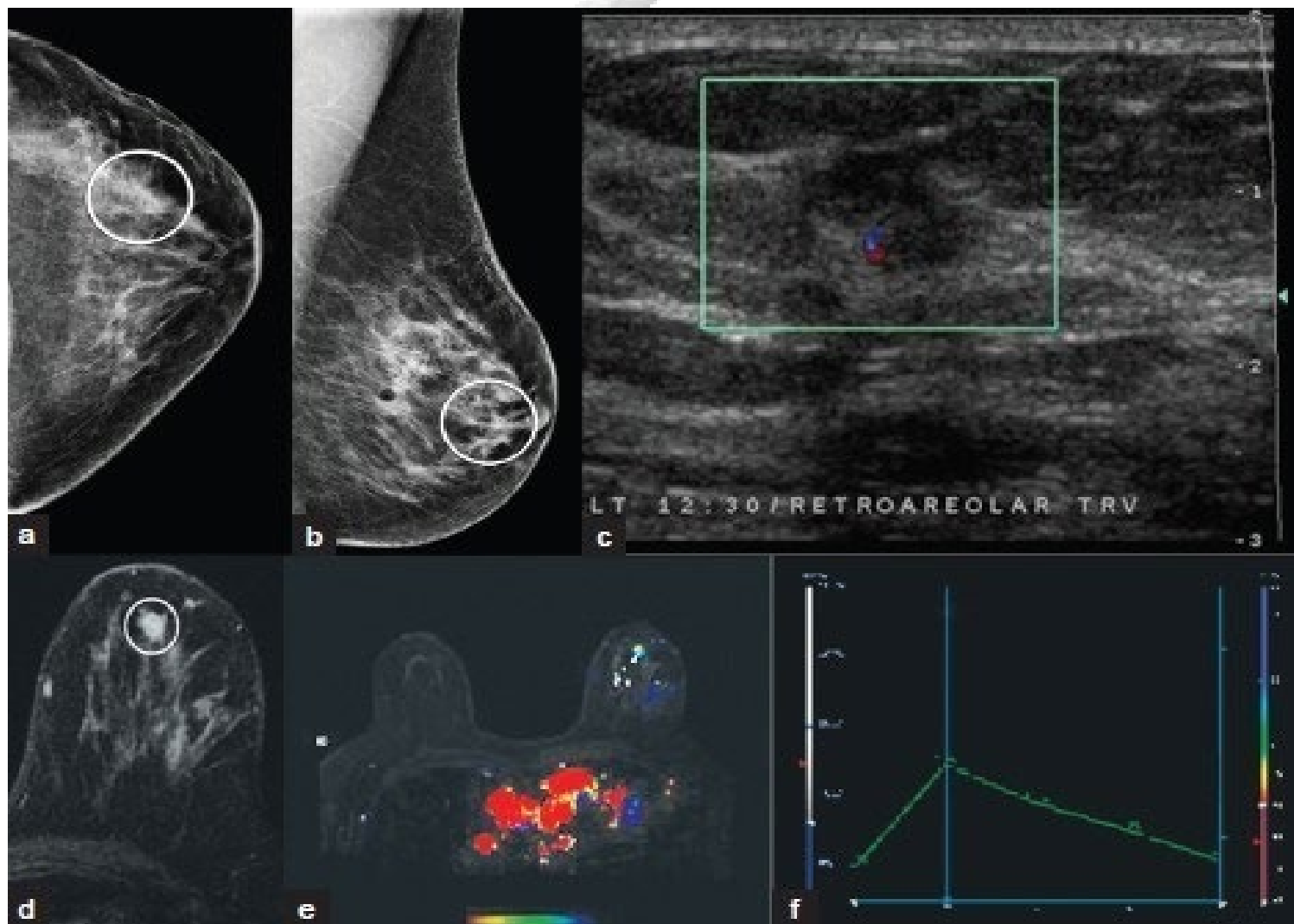
Irreguliere contrast capterende nodus



Contrast enhanced 'subtraction' breast MRI
Invasive Ductal Carcinoma



Vaak triple beeldvorming en steeds biopsie

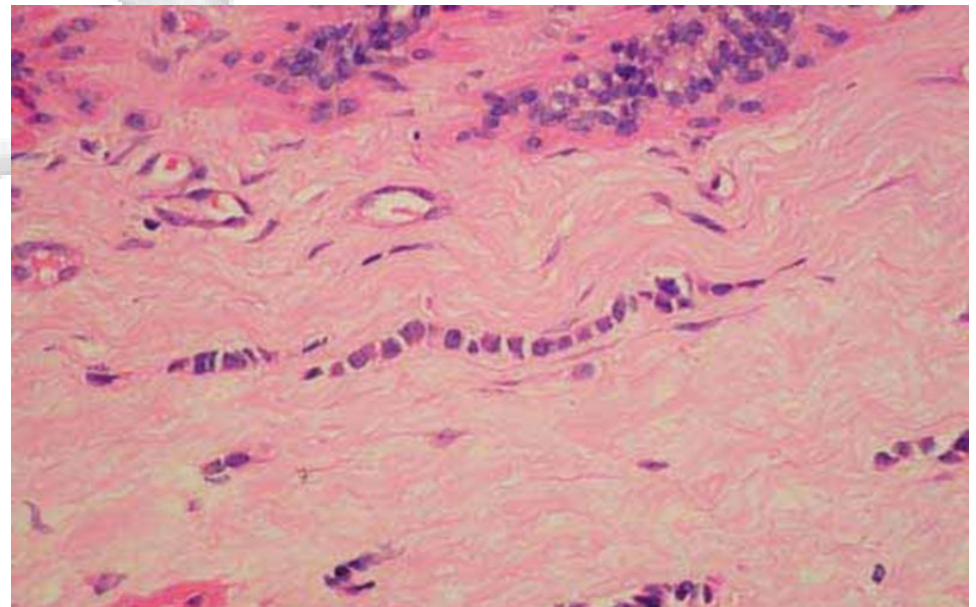
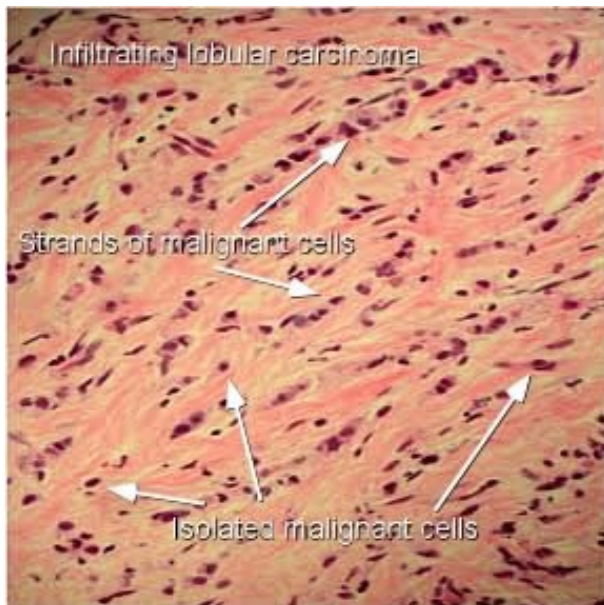


Invasief lobulair carcinoma

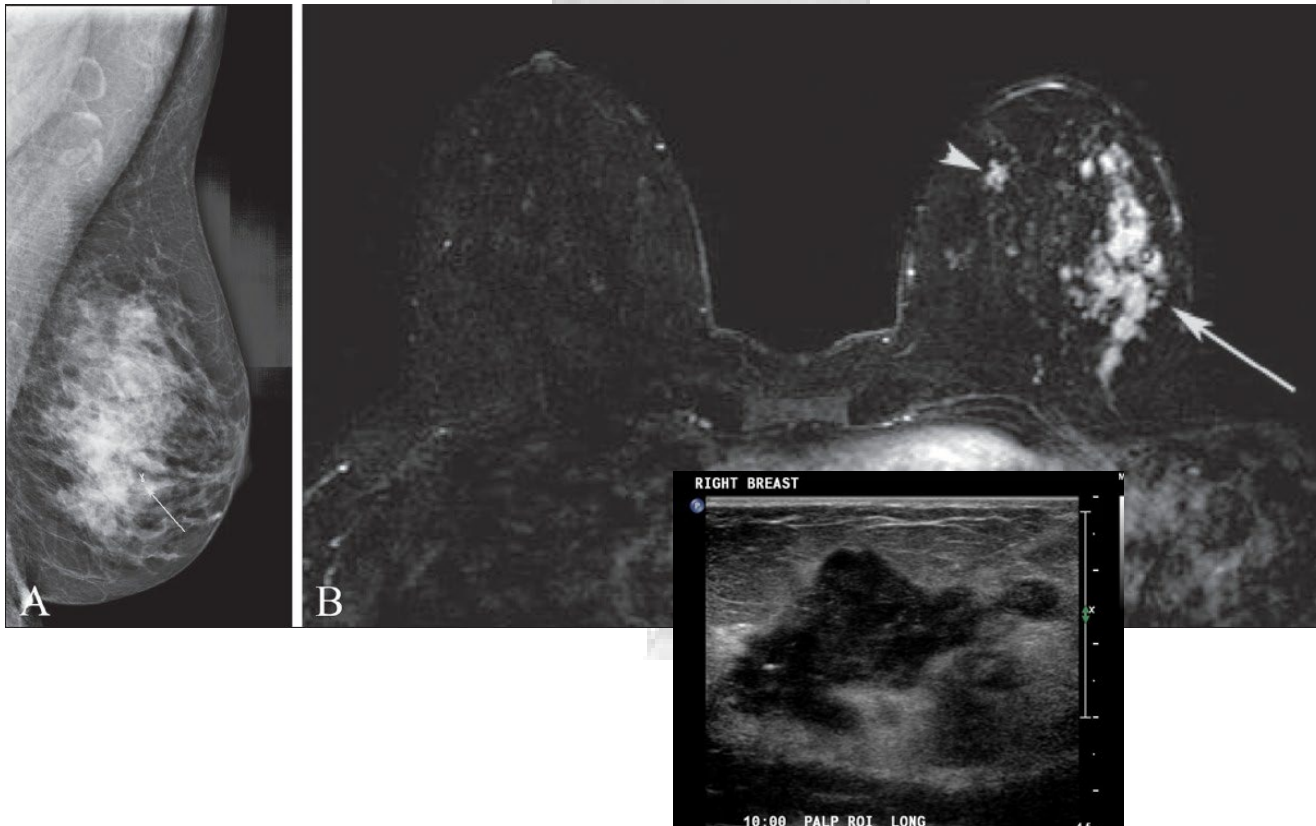


Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Vaak diffuus groeiend (niet altijd nodulair)
- Vaak multifocaal
- 10% bilateraal
- Moeilijker detecteerbaar klinisch en beeldvorming



- Vaak niet zichtbaar op mammografie
- MRI: irreguliere uitgebreide contrast capterende zones



[ARTIKELEN](#) / [PERSPECTIEF](#) / [RECHT](#) /

Diagnose 'borstkanker' gemist bij een jonge vrouw

Klinisch denken en doen in juridisch perspectief

4 FEBRUARI 2011

Raimond W.M. Giard

Citeer dit artikel als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2773

[ABSTRACT](#) 

Medicolegale implicaties van de gemist borstkanker diagnose

- Is de (huis)arts onzorgvuldig geweest ?
- Vragen die van belang zijn:
 - Om welk soort afwijking of tumor ging het ?
 - het stadium van de kanker
 - het moment waarop, als de medische fout niet was gemaakt, de diagnose gesteld kon worden
 - als de medische fout niet was gemaakt welke behandeling dan plaats had kunnen vinden
- wat de overlevingskansen dan waren geweest.

Hoe vermijd ik medicolegale conflicten

- As it is not always possible to avoid medicolegal claims, clinicians should try to work in a structured way in order to minimize the risk for medical errors and to maximize the possible defense. The use of clinical pathways, following guidelines and meticulous documentation of all medical activities and interventions, is of paramount importance to achieve this.
- DOI: [10.1007/978-3-030-73147-2_54](https://doi.org/10.1007/978-3-030-73147-2_54)



- Volg richtlijnen
- Noteer al je bevindingen en interventies zorgvuldig “in tempore non suspecto”
- Bij persisteren afwijkingen of twijfel doorverwijzen (verdere investigatie en shared responsibility)

En dan is er koffie...



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Update Borstpathologie

Hormoontherapie bij borstkanker pre- en postmenopauzaal

Peter Dieleman en Wiebren Tjalma

Casus 1: MVDH, °18/01/1985

- 2016 (31 jaar) : invasief adenoca NST links
 - cT2N0M0
 - Borstsparende HK
 - pT2pN0M0, ER 8/8, PR 8/8, HER 2 neg, Ki67: 10%
 - Adj. CT (12 T, 4 AC)



Staging



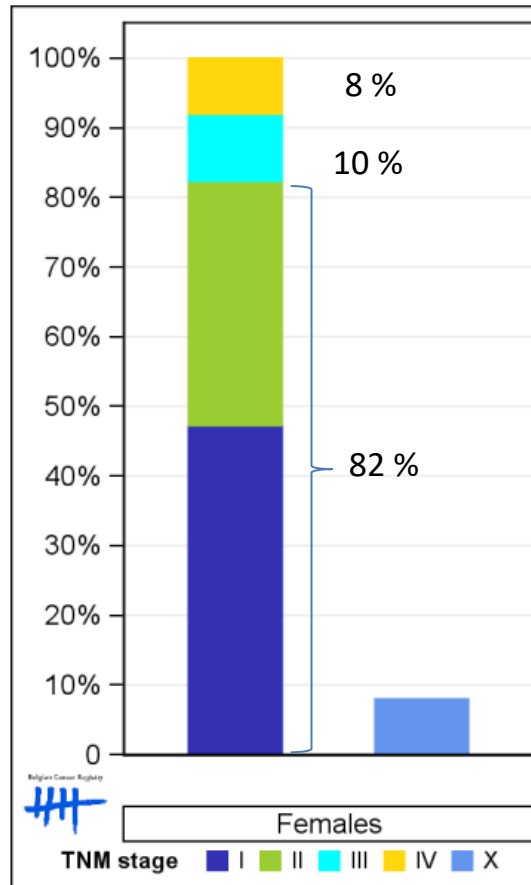
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



pT		pN		pTNM-Stage	
Tis	DCIS LCIS Paget nipple	pN_{1mi}	Micrometastasis > 0,2 mm to 2 mm	0	DCIS
T_{1 mic}	≤ 0,1 cm	pN_{1a}	1-3 axillary nodes	IA	T ₁ N ₀
T_{1a}	≤ 0,5 cm	pN_{1b}	Internal mammary nodes with microscopic/macrosopic metastasis by sentinel node biopsy but not clinically detected	IB	T ₀ -1N _{1mi}
T_{1b}	> 0,5 - 1 cm			IIA	T ₀ -1N ₁ T ₂ N ₀
T_{1c}	> 1 cm - 2 cm	pN_{1c}	1-3 axillary nodes and internal mammary nodes and internal mammary nodes with microscopic/macrosopic metastasis by sentinel node biopsy but not clinically detected	IIB	T ₂ N ₁ T ₃ N ₀
T₂	> 2 cm - 5 cm			IIIA	T ₀ -2N ₂ T ₃ N ₁₋₂
T₃	> 5 cm			IIIA	T ₄ N ₀₋₂ T ₃ N ₁₋₂
T_{4a}	Extension to chest wall (does not include pectoralis muscle invasion only)	pN_{2a}	4-9 axillary nodes	IIIC	anyT N ₃
		pN_{2b}	Internal mammary nodes, clinically detected, without axillary nodes		
T_{4b}	Ulceration, ipsilateral satellite skin nodules, or skin oedema - including peau d'orange.	pN_{3a}	≥ 10 axillary nodes or infraclavicular	IIIC	anyT N ₃
		pN_{3b}	Internal mammary nodes, clinically detected, with axillary node(s) or > 3 axillary nodes and internal axillary mammary nodes with microscopic metastasis by sentinel node biopsy but not clinically detected		
T_{4c}	a+b				

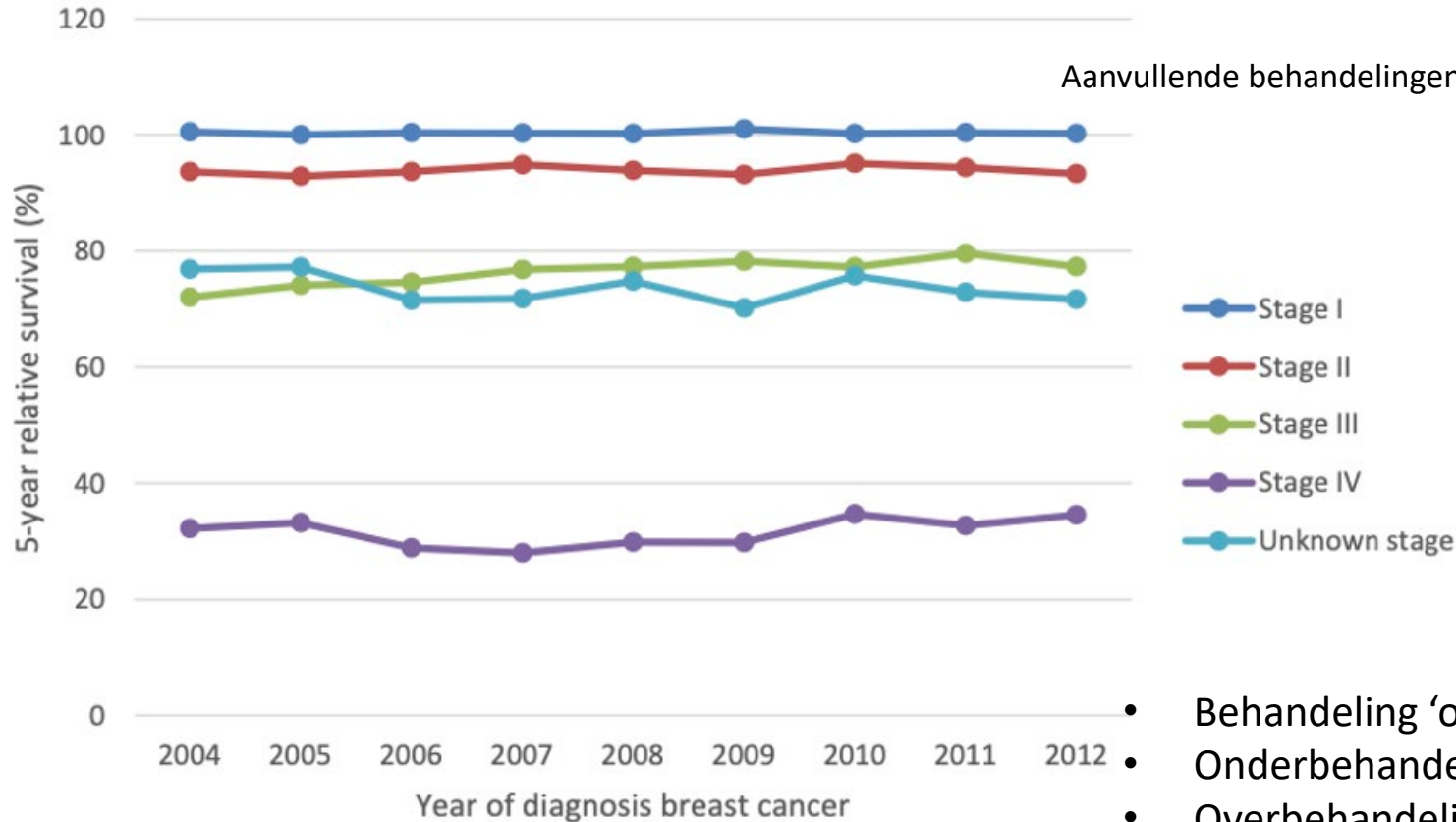
Difference between c,p,y

Female Breast Cancer: Stage distribution, Belgium 2020



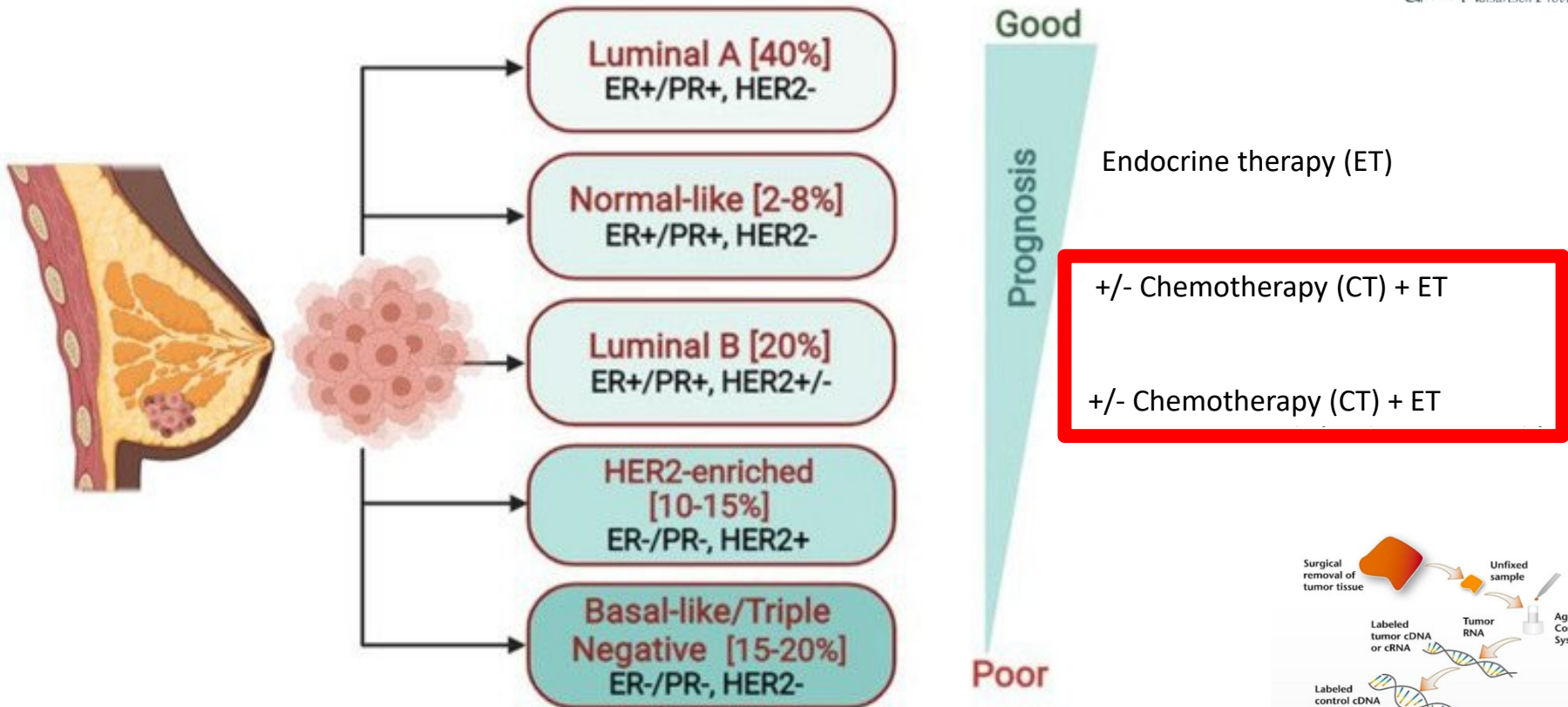
	N at risk	estimate	95% CI
Overall	53,721	92.4	[92.0, 92.9]
Age group			
15-49 years	10,063	94.7	[94.1, 95.3]
50-69 years	25,363	94.3	[93.8, 94.8]
70+ years	18,295	88.1	[86.8, 89.4]
Region			
Brussels-Capital Region	4,632	93.3	[91.7, 94.9]
Flemish Region	31,698	92.3	[91.7, 92.9]
Walloon Region	17,391	92.5	[91.6, 93.3]

Overleving: Goed



- Behandeling 'op maat'
- Onderbehandeling: 20 geneest niet
- Overbehandeling tot 50 %
- Kunnen we dit aantal verminderen?
Ja ! Door **gepersonaliseerde** geneeskunde

Breast Cancer: molecular subtypes

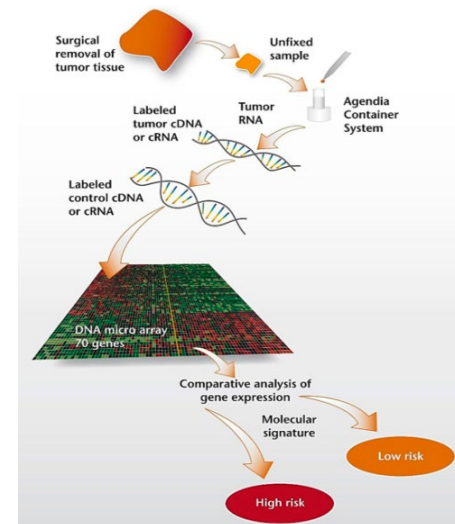


Modern": Opdeling op basis gen expressie profiel (GEP)

T < 5 cm (pT1/pT2)

≤ 3 LN (pN0/pN1),

ER+ en/of PR+ en HER2-



Waarom HT ? Shared decision making



Herstellen

PREDICT is niet geschikt om in alle gevallen te worden gebruikt. [Klik hier voor meer informatie.](#)

Als u niet zeker bent over een van de variabelen die ingevoerd moeten worden of over de uitkomsten van PREDICT, klik dan op de  knoppen voor meer informatie.

DCIS of LCIS
alleen?



Ja Nee

Leeftijd bij
diagnose



- 31 +

Leeftijd moet tussen 25 en 85 jaar zijn

Postmenopauzaal



Ja Nee Onbekend

ER status



Positief Negatief

HER2 status



Positief Negatief Onbekend

Ki-67 status



Positief Negatief Onbekend

Positief betekent meer dan 10%

Grootte van de
invasieve
tumor (in mm)



- 25 +

Als er sprake is van meer dan één tumor, voer dan de grootte van de grootste tumor in. Als er neo-adjuvante therapie is gegeven, voer dan de grootte in vóór de neo-adjuvante therapie.

Tumor graad



1 2 3

Gedetecteerd
door



Screening Symptomen Onbekend

Positieve
lymfeklieren



- 0 +

Alleen
micrometastasen



Ja Nee Onbekend

Wordt ingeschakeld als aantal positieve lymfeklieren ≥ 1 is.
[Why can't I enter micrometastases?](#)

Waarom HT ? Shared decision making

Behandelopties

Hormoontherapie  Nee 5 jaar 10 jaar

Hormoontherapie (endocriene therapie) - gebruikmakend van de data uit de [tamoxifen trials](#)
Beschikbaar als ER-status positief is

Heeft u al 5 jaar hormonale therapie gehad?  Nee Ja

 Selecteer 'Nee' alleen wanneer je therapie direct na chirurgie overweegt

Chemotherapie  Geen 2de gen 3de gen

Trastuzumab ontvangen  Nee Ja

Beschikbaar samen met chemotherapie als de HER2-status positief is

Bisfosfonaten  Nee Ja

Beschikbaar voor postmenopauzale vrouwen

Resultaten

Tabel Curves Grafiek Tekst Pictogrammen

Selecteer het aantal jaren sinds de operatie die u wilt overwegen:

5 10 15

Deze weergave toont het percentage vrouwen dat tenminste 15 jaar na de operatie in leven is.

Behandeling	Voordeel aanvullende behandeling(en)	Algehele overleving %
Alleen operatie	-	70%
+ Hormoontherapie	9.3% (2.9% – 11%)	79%
+ Chemotherapie	6% (4.5% – 7.4%)	85%

Indien sterfgevallen door borstkanker worden uitgesloten zou 97% tenminste 15 jaar overleven en 3% zou sterven door andere oorzaken. 

Toon betrouwbaarheidsintervallen?  Ja Nee

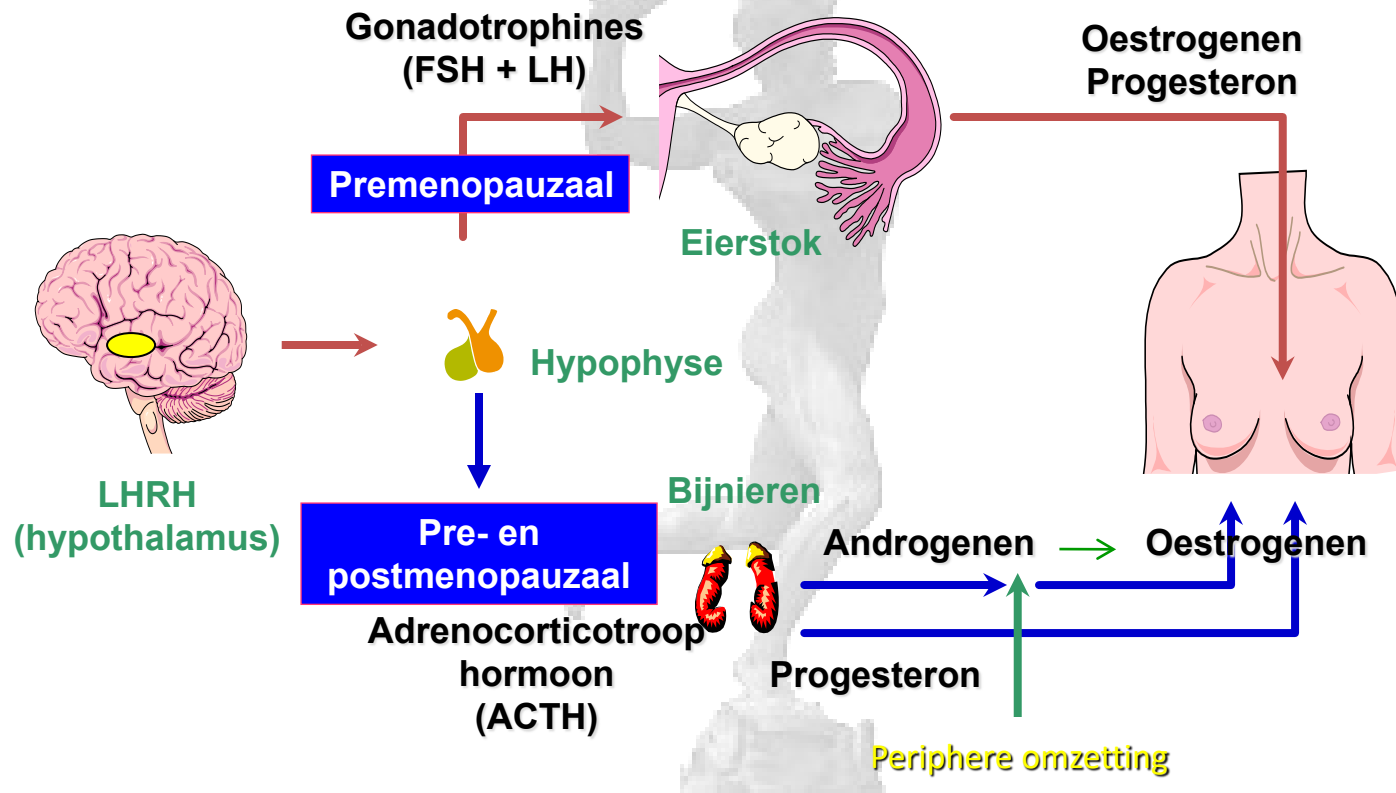
Plaats hormoontherapie bij borstkanker

Modaliteiten

- Castratie
- Tamoxifen
- Aromatase inhibitoren

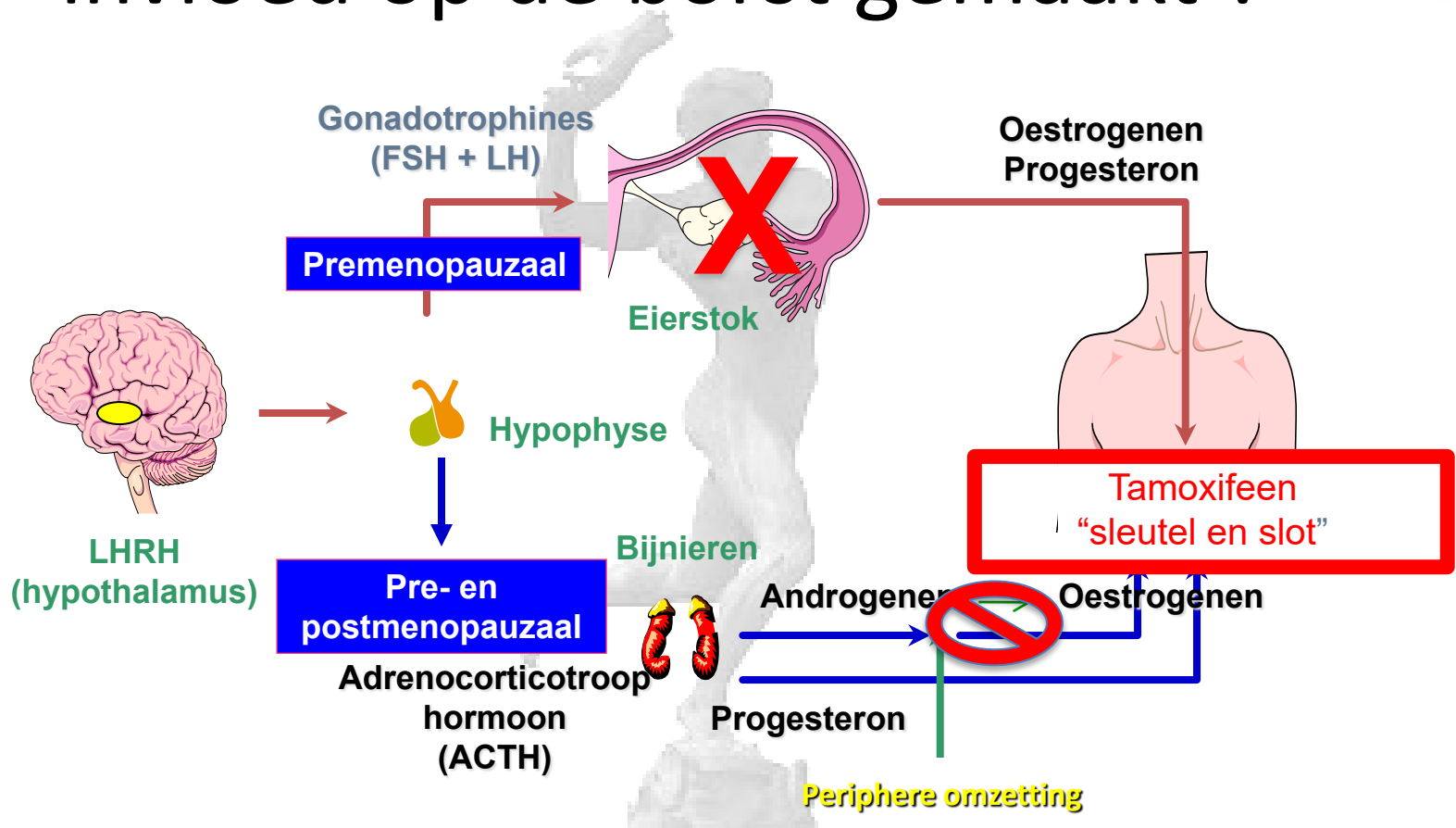


Waar worden hormonen met invloed op de borst gemaakt ?



Waar moet een antihormoon therapie werken?

Waar worden hormonen met invloed op de borst gemaakt ?



Waar moet een antihormoon therapie werken?

Waarom hormonale therapie ?

Tamoxifeen 5yrs versus placebo (20 yrs F-U)

- recidief + 13 %
- mortaliteit + 9 %



Hoe lang Tamoxifeen ?

- 5 jaar ?
- 10 jaar ?
- Levenslang ?

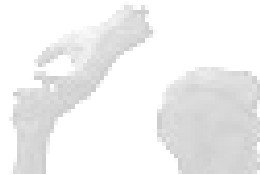
Tam 10 yrs vs 5 yrs (15 yrs F-U)

recidief + 4 %

mortaliteit + 3 %

- Onze patiënte is premenopauzaal!
- Contraceptie!
- Wat betekent onderdrukken van de hormoonproductie ?
- Wat is het voor/nadeel van TAM of AI ?

Waarde AI bij premenopausale pte?



Tamoxifen

Tamoxifen + OS

Exemestane + OS



Langere follow-up nodig om mogelijk overlevingsvoordeel te ontdekken

Bijwerkingen



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Tamoxifeen toxiciteit



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- **Menopausal symptomen:**
 - 50% - 60% (N.B. 40% - 50% in placebo)
 - Vaginale droogheid en afscheiding kunnen in overmaat voorkomen
- **Depressie:**
 - Misschien wel bij 10% van de patiënten.
 - Maar geen gerandomiseerde vergelijkingen beschikbaar
- **Ocular toxiciteit:**
 - Keratopathie, maculopathie & cataract
 - Gemeld bij hoge doses
 - NSABP-studies hebben echter geen toename van zichtbedreigende oculaire toxiciteit gevonden.
- **Thromboembolie:**
 - Ernstige trombo-embolie gezien bij ~ 1%
 - patiënten in de preventieve setting.
 - Risico tot 10 maal dat van gezonde vrouwen
 - Complicatie komt vaker voor bij oudere patiënten met uitgezaaide borstkanker
- **Carcinogenese:**
 - Verhoogd risico van endometriumkanker (hazard rate van 1,7 per 1000 - gegevens NSABP B 14).
 - Meestal laaggradige en stadium I tumoren.
- **Andere tumoren:**
 - Hepatomas
 - Clear cell sarcomas van het ovarium





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



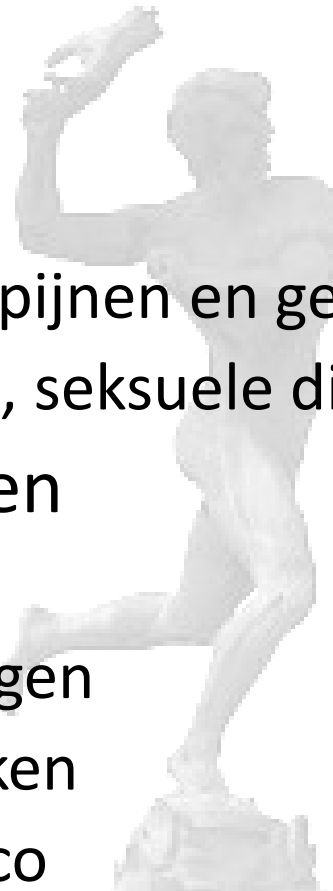
Mag ik zomaar tamoxifeen geven in combinatie met andere medicatie ?

Tamoxifeen en interactie andere medicatie

- Versterking effect vitamine-K antagonisten: PT controleren
- Vermijden associatie CYP2D6 inhibitoren:
 - prozac[®], seroxat[®], serlain[®], cipramil[®]
- Interactie met CYP450 iso-enzymen:
 - clarithromycine, carbamazepime, fenytoïne, valproaat, fluconazole, dexamethasone, sint-janskruid, pompelmoessap

Aromatase Inhibitor bijwerkingen

- Veel voorkomende
 - opvliegers
 - spier- en gewrichtspijnen en gewrichtsstijfheid
 - vaginale droogheid, seksuele disfunctie
- Minder vaak / zelden
 - Gewichtstoename
 - stemmingswisselingen
 - osteoporose, breuken
 - cardiovasculair risico
 - verhoogd cholesterol



Botverdunning en osteoporose



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Aromataseremmers verhogen het risico op botbreuken en osteoporose
- Botdensitometrie meeting evtl bij start of na 3 -5 jaar
- Calcium en vitamine D (zonlicht, dieet met vette vis)
- Lichaamsbeweging
- Bisfosfonaten: Fosamax[®], Aclasta[®], Denosumab (Prolia[®])



Compliance

- Veel vrouwen stoppen voortijdig met antihormonale therapie
- Percentage vrouwen dat sinds de start nog medicijnen gebruikt
 - 1 jaar 90%
 - 3 jaar 77%
 - 5 jaar 51%
- Gebruik van tabletten voor minder dan 80% van de aanbevolen tijd verhoogt risico op recidief

Wanneer starten met HT



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- 4-6 weken na heekunde
- Na de chemotherapie
- Tijdens of na radiotherapie



Opvolging

Jaar 1-5: jaarlijks M/E en alg bloed

Regelmatige follow-up wordt aanbevolen:

- Elke 3-4 maanden de eerste 2 jaar
- Elke 6 maanden voor patiënten met laag risico en DCIS
- Elke 6-8 maanden van jaar 3 tot 5
- Jaarlijks van jaar 6-10
- Tweejaarlijks > 10 jaar en om de twee jaar M/E

Opvolging

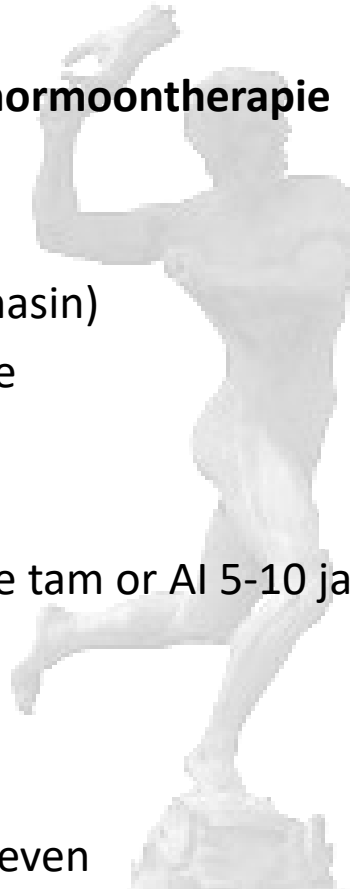
Routine

- Therapietrouw & bijwerkingen
- Opsporen herval
- Anamnese, Klinisch onderzoek
- Beeldvorming: Borsten
- Bloed algemeen (merkstof geen nut)

HA Aandacht voor Bot, Hart- en vaat, seks, beweging, cognitieve functies, voeding, levensstijl, psychosociaal, werk

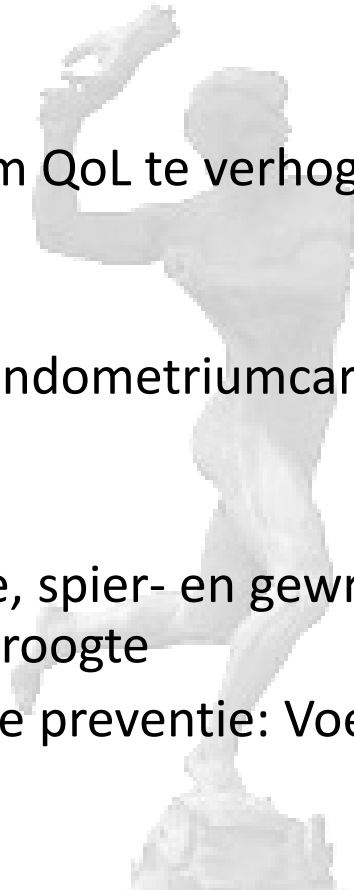
Wat pas ik maandag morgen toe

- **Borstkanker ER +: bijna altijd hormoontherapie**
- **Keuzes**
 - Tamoxifeen
 - AI (Arimidex, femara, aromasin)
 - Ovarium suppressie/ablatie
- **Pre/peri menopausal**
 - Tamoxifeen 5 – 10 Jaren
 - Ovarium suppressie/ablatie tam or AI 5-10 jaren
- **Postmenopausaal**
 - Tamoxifeen 5 – 10 jaren
 - AI 5 – 10 jaren
- Tamoxifeen 13 % minder recidieven
- Aromatase inhibitor 16 % (13 + 3 %) minder recidieven



Wat pas ik maandag morgen toe

- Seks bespreken
- Bijwerkingen bespreken om QoL te verhogen en compliance te verbeteren
 - Tamoxifeen
 - Vapeurs, trombose, endometriumcarcinoom, depressie, vaginale droogte
 - Aromatase inhibitoren
 - Vapeurs, osteoporose, spier- en gewrichtspijn, cholesterol verhoging, vaginale droogte
- Aandacht voor osteoporose preventie: Voeding evt. suppletie, evt. BMD
- Opvolging
 - Anamnese, KO



Referenties

<https://www.kanker.nl/kankersoorten/borstkanker/behandelingen/anti-hormonale-therapie-bij-borstkanker>





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Revalidatie en adviezen tijdens/na borstkankerbehandeling

Multidisciplinair Oncologisch Centrum Antwerpen

Casus: Dr Joosje Molenaar
Oncorevalidatie: Ellen Leenaerts



Casus Jamila, ♀, 46 jaar



Woont in Borgerhout met haar man en 5 kinderen (9-18j)
Opgegroeid in Noord-Frankrijk, op 20 jarige leeftijd
getrouwd en naar België gekomen
Belangrijkste bezigheden zijn het gezin en huishouden,
geen hobby's
Weinig sociaal netwerk in Antwerpen

Casus Jamila, ♀, 46 jaar

Mammacarcinoom:

- **November 2018;** knobbeltje in de borst => diagnose mammacarcinoom links met aangedane lymfeklieren
- **November 2018;** Start neoadjuvante chemotherapie
(3 cycli Cyclofosfamide, Epirubicine, 5-Fluorouracil en 3 cycli Taxol)
- **April 2019;** mastectomie + lymfeklier uitruiming => metastases in 2 lymfeklieren
- **Mei 2019;** Adjuvante radiotherapie (15 x 2.76/ 2.4 Gy)
- **Mei 2019 – heden;** Hormoontherapie (Zoladex® en Nolvadex®)

R/ Zoladex (GNRH-antagonist)

Nolvadex (Oestrogeenreceptor-antagonist)

steunkous arm en 1x/week lymfedrainage in onze praktijk

- September 2017: TBC adenopathie
- 2002 en 2013: Ferriprieve anemie
- 5 vaginale bevallingen

Casus Jamila, ♀, 46 jaar

Huidige aanmeldingsklacht:

- Vraag naar nieuw voorschrift borstprothese
- Vermoeidheid

Anamnese

Controles blijven goed, therapietrouw +++

Heeft moeite met inspanningen, voor haar gevoel veel meer dan voor de kanker

Voelt zich ook in het algemeen weinig energiek

Voorheen deed ze wekelijks yoga en fitness bij ons in de praktijk; weggevallen door COVID-pandemie

Probeert veel te wandelen, het lukt haar soms om 10000 stappen per dag te halen, dit kost evenwel moeite

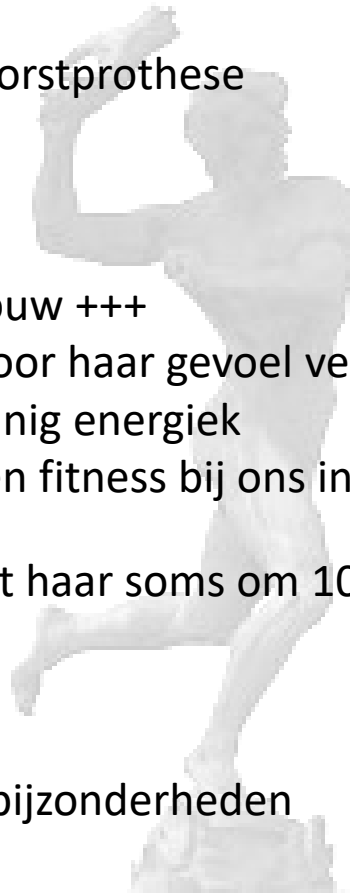
K.O.

systolisch hartgeruis, verder geen bijzonderheden

Aanvullend onderzoek

Normale bloedname (sedimentatie 2 mm, WBC formule normaal, Hb 12,3 g/dL, ferritine 30 mcg/L, glycemie 89 mg/dL, TSH 1,6 mU/L)

Cardiologisch nazicht is geruststellend; fysiologisch geruis



Vragen; hoe omgaan met de vermoeidheid?



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- 1) Hoe kunnen we deze verklaren; kan dit nog een gevolg zijn van haar kanker en de behandeling ervan? Welke evolutie kunnen we hierin verwachten?
- 2) Hoe kan ik haar als huisarts daarbij ondersteunen? Waar heeft ze recht op? En welke adviezen kan ik geven?
- 3) Welke levensstijladviezen kunnen wij als huisarts geven m.b.t. lymfoedeem?



Aandacht voor vermoeidheid

En mevrouw de Bruijn
Hoe gaat het met u?



VERMOEIDHEID BIJ EN NA KANKER

Verschil tussen 'gewone' en 'ongewone' vermoeidheid

Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

○ Gewone vermoeidheid

- Verwacht, voorspelbaar
- Normaal
- Af en toe
- Kort
- Duidelijk verband met een inspanning
duidelijke oorzaak
- Rust of slaap helpt

○ Ongewone vermoeidheid

- Onverwacht, onvoorspelbaar
- Extreem
- Schommelend
- Lang
- Geen duidelijk verband met een inspanning
geen duidelijke oorzaak
- Rust of slaap helpt niet

Geen wondermiddel!



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

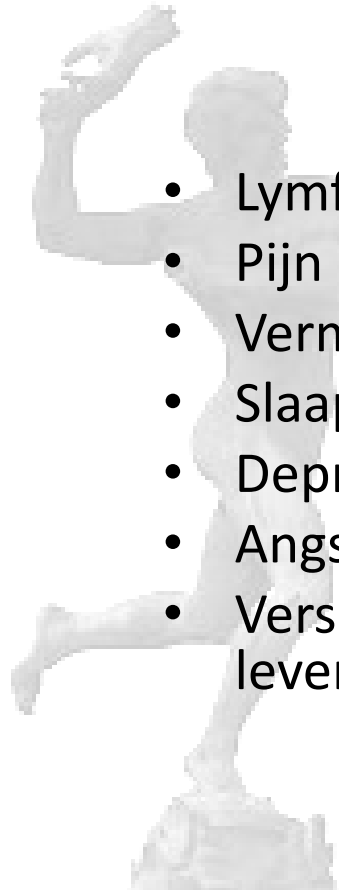
- Geen wonderpil
- Geen standaardoplossing
- Vermoeidheid verminderen
- Omgaan met vermoeidheid



Wil jij een medicijn dat

Een positief effect heeft op:

- Lichaamssamenstelling
- Botgezondheid
- Fysieke conditie
- Metabolisme
- Hormoonhuishouding
- Cachexie
- Immuniteit
- Ontstekingsprocessen
- Perifere neuropathie
- Lymfoedeem
- Pijn
- Vermoeidheid
- Slaapstoornissen
- Depressie
- Angst
- Verschillende aspecten van levenskwaliteit en zelfvertrouwen



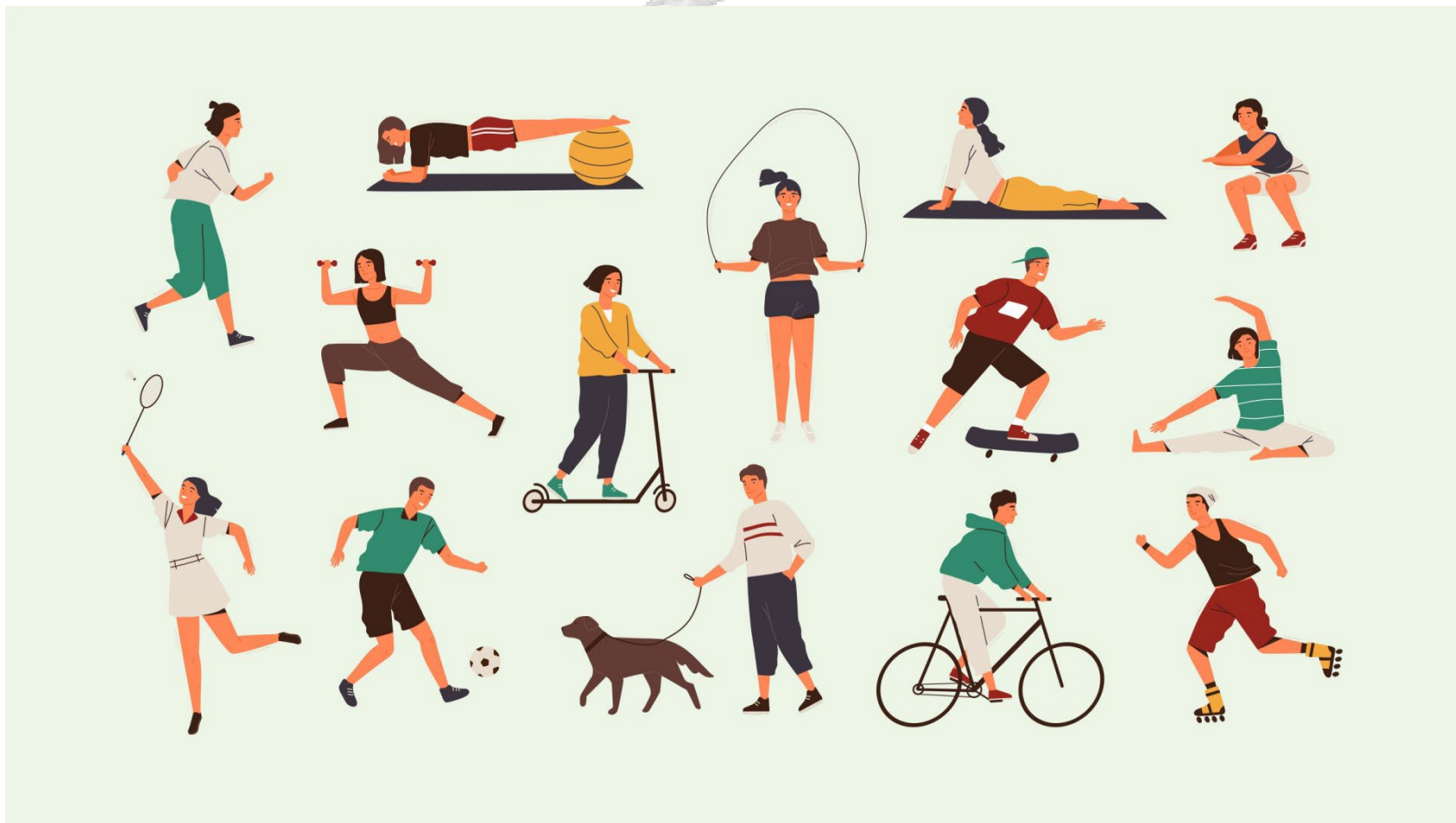
Het is overal verkrijgbaar, gratis en
zonder voorschrift, zelfs voor kinderen



We noemen het bewegen



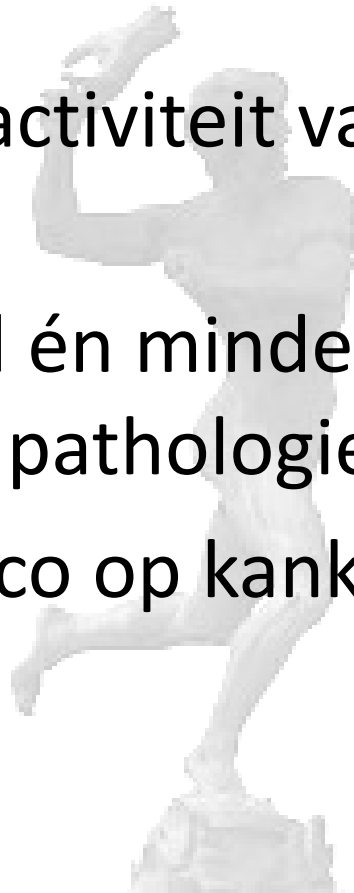
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Voldoende fysieke activiteit vanaf kankerdiagnose

- ➔ Minder in aantal én minder ernstige bijwerkingen van pathologie en behandeling
- ➔ Lager relatief risico op kankermortaliteit en herval



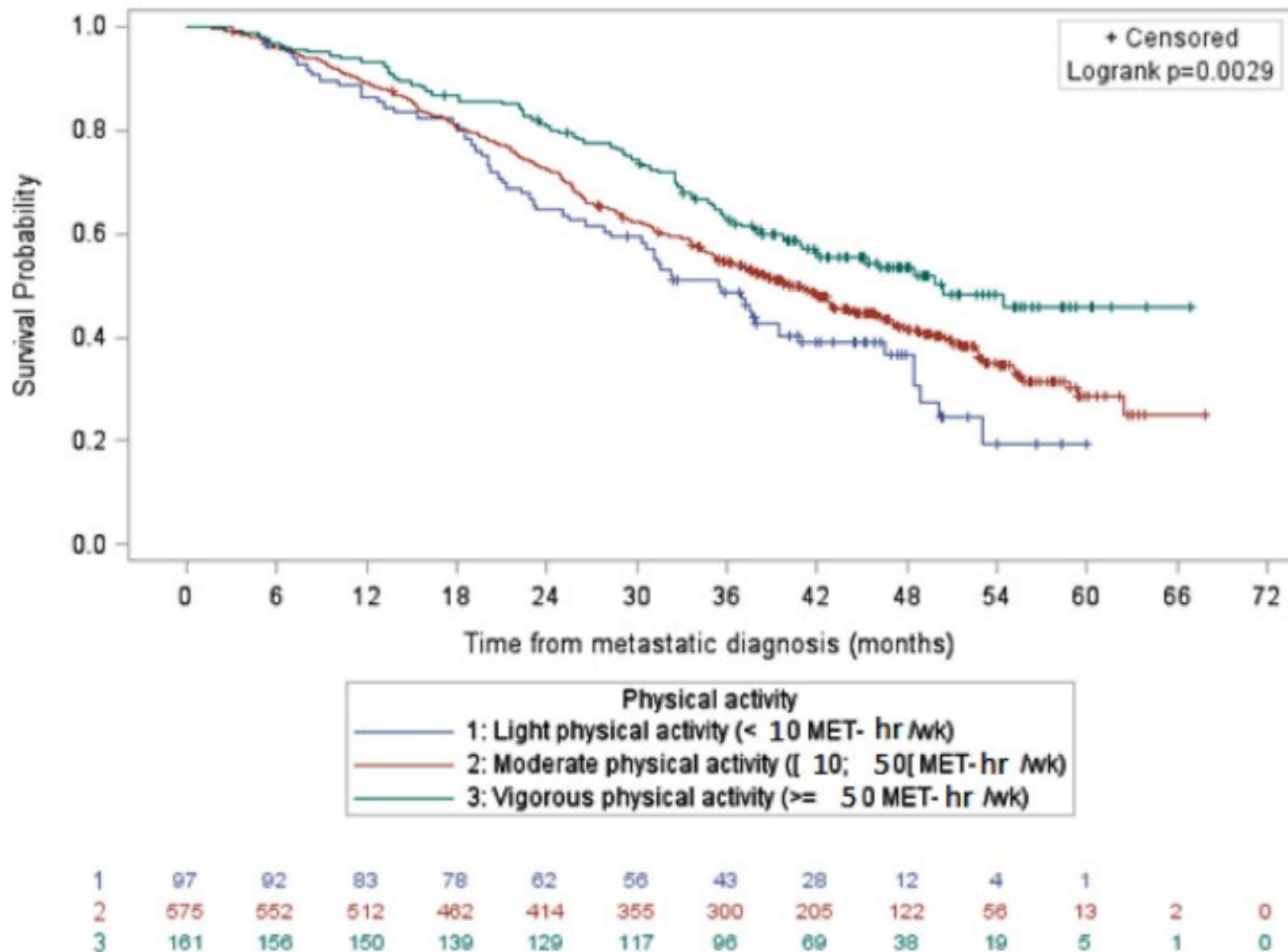


Figure 1. Survival of patients with metastatic breast cancer by physical activity level, data not adjusted (N = 833).

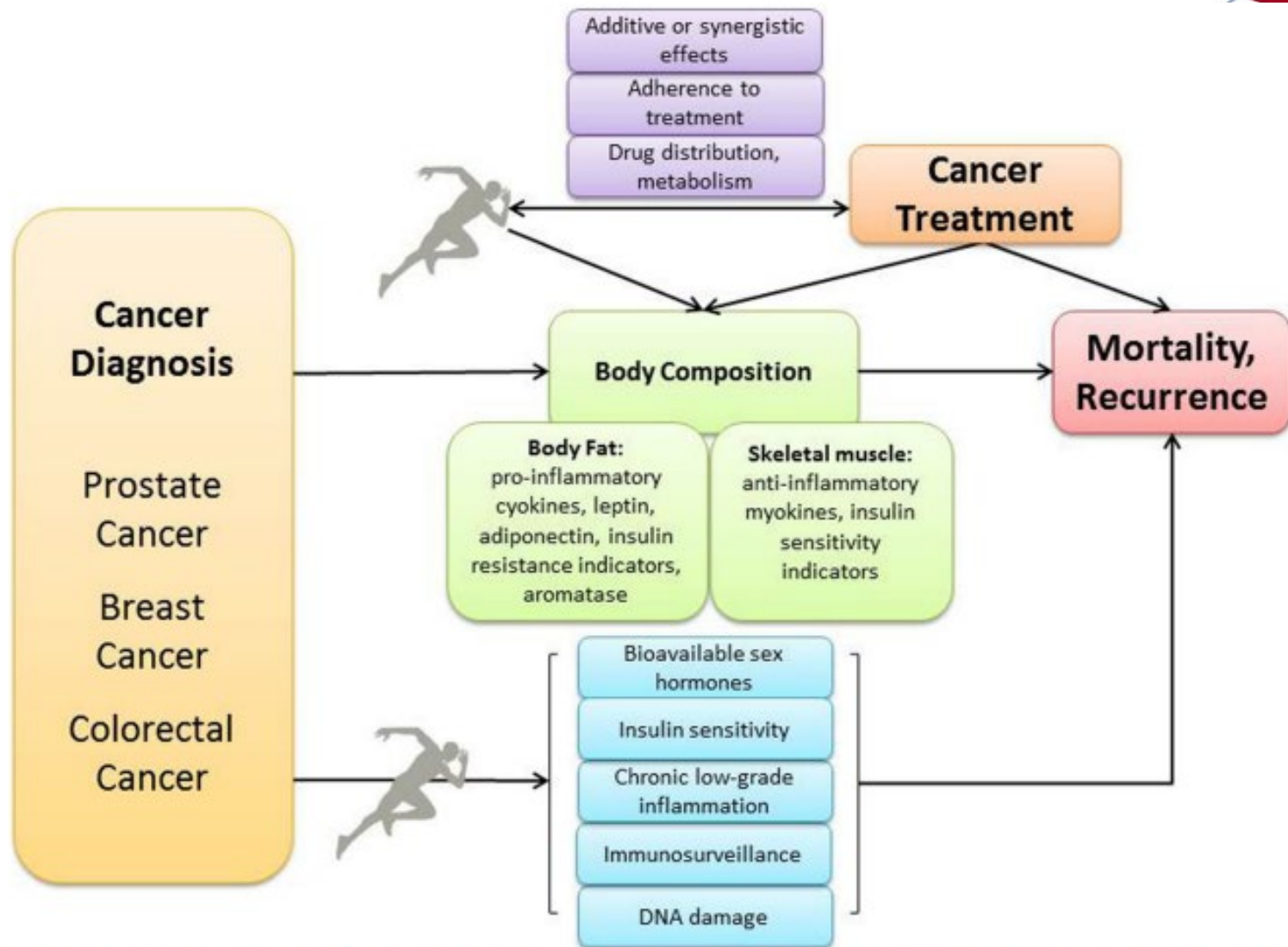


Fig. 1 Commonly proposed mechanisms relating physical activity to cancer recurrence and/or survival. Potential additive or synergistic effects between physical activity and cancer treatment are possible



0.00000.00.000		Naam en voornaam van de voorschrijver	
DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN:			
Naam en voornaam van de rechthebbende:			
Voorbehouden aan het verpakkingsvignet		R/	
Stempel van de voorschrijver		Datum en handtekening van de voorschrijver	
		Einddatum van de uitvoerbaarheid:	
GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT			
VAN TOEPASSING VANAF 1 november 2019			



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

‘ Patiënten hebben andere problemen aan hun hoofd. Ze denken: ik ben bezig met overleven en u vertelt mij dat ik moet sporten?!’





- Vraag aan het publiek: wat is de beweegnorm voor oncologische patiënten?

Interactieve sessie via mentimeter



Beweegnorm oncologische patiënten

Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



VERMIJD URENLANG STILZITTEN

Sta elke 30 minuten even recht.



 Beweeg aan matige intensiteit	Minstens 150 min. per week	Verspreid de beweging over 3-7 sessies per week
---	-----------------------------------	--

OF

 Beweeg aan hoge intensiteit	Minstens 75 min. per week	Verspreid de beweging over 3-5 sessies per week
---	----------------------------------	--

OF

Beweeg door matige en hoge intensiteit te combineren waarbij 1 min. aan hoge intensiteit telt voor 2 min. aan matige intensiteit

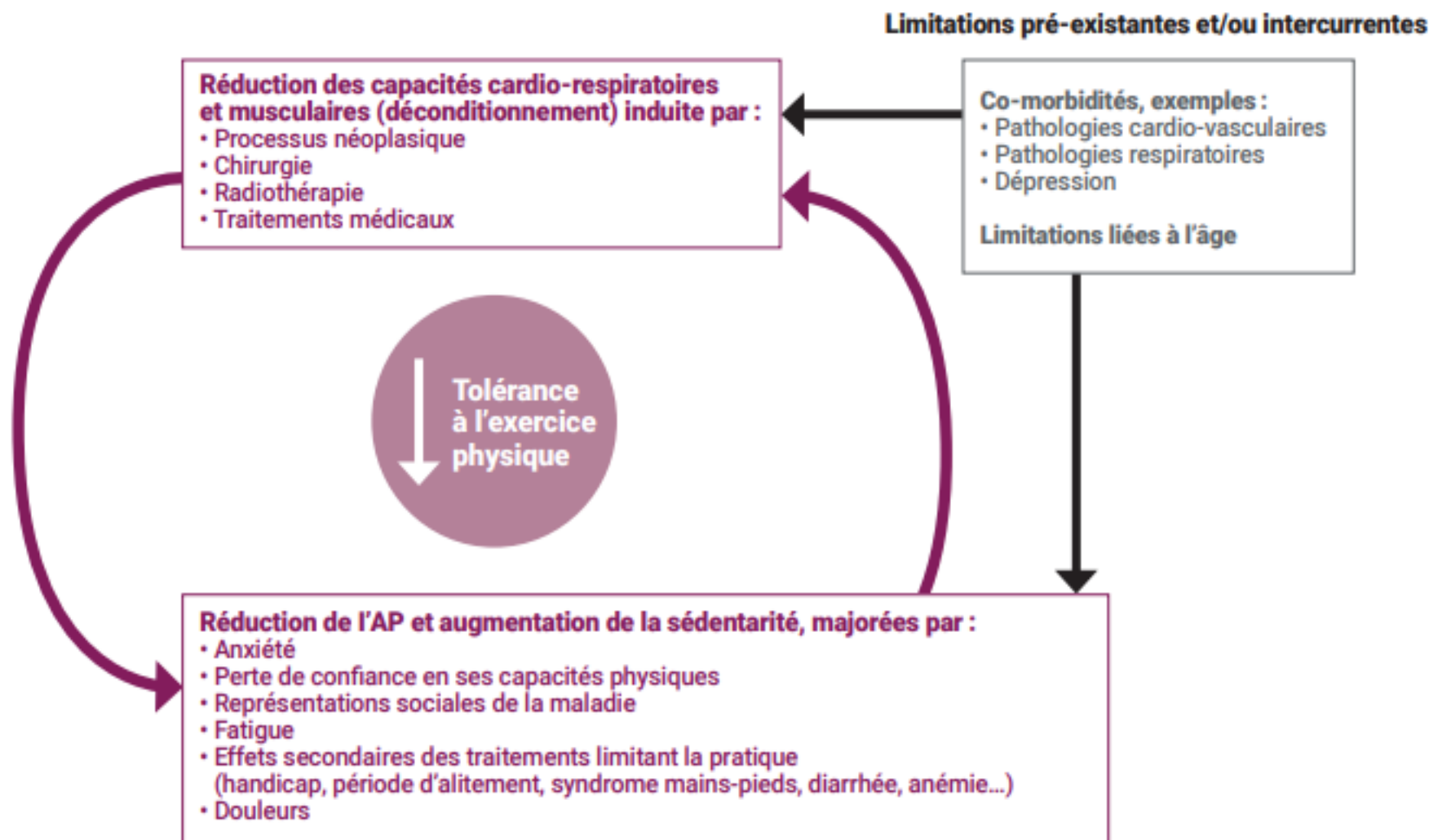


 Voor een aantal kracht-oefeningen uit	Kies 8-10 oefeningen en voer elke oefening 8-12 keer uit	Doe dit 1-3 keer	En dit 2-3 keer per week
--	---	-------------------------	---------------------------------

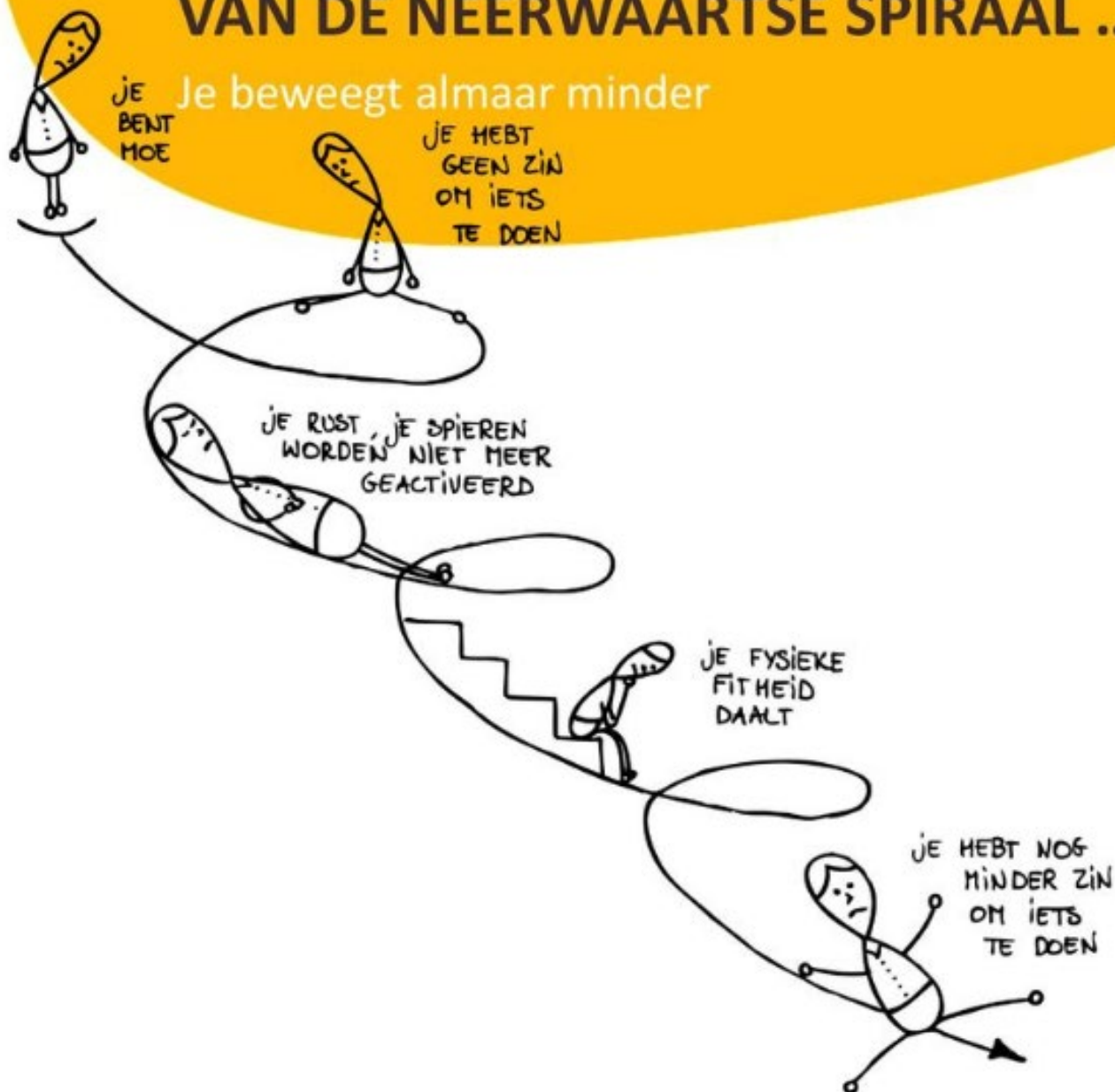
Moeilijke tabel? Vraag uitleg aan je arts, kiné of Bewegen Op Verwijzing-coach.



SCHÉMA 1. PRINCIPALES CAUSES DE L'INTOLÉRANCE À L'EXERCICE PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER



VAN DE NEERWAARTSE SPIRAAL ...



NAAR DE OPWAARTSE SPIRAAL

Je beweegt almaar meer



Huisartsen Provincie Antwerpen

Indicaties voor oncorevalidatie

Wie?

- Patiënten met een concrete hulpvraag naar bewegen en sport
- Patiënten die de beweegnorm niet halen
- Patiënten die kampen met specifieke pijn- en vermoeidheidsklachten
- Voldoende zelfredzaamheid en motivatie !!



Onco Reva @UZA

Psychosociaal luik

- Engagement alle sessies
- Multidisciplinair
- Voorwaarde: voldoende draagkracht en motivatie
- Kostprijs = gratis
- Op dit moment enkel voor curatieve patiënt



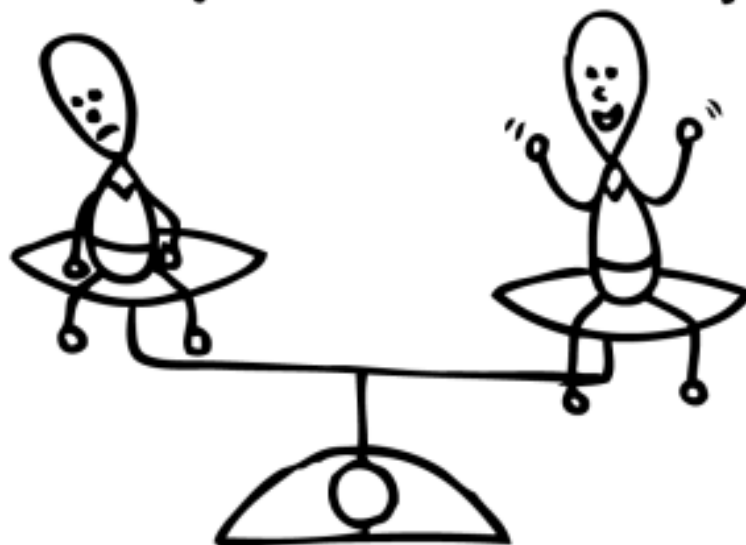
Psychologische sessies



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

WAT VRAAGT
ENERGIE?

WAT GEEFT
ENERGIE?



Onco Reva @UZA



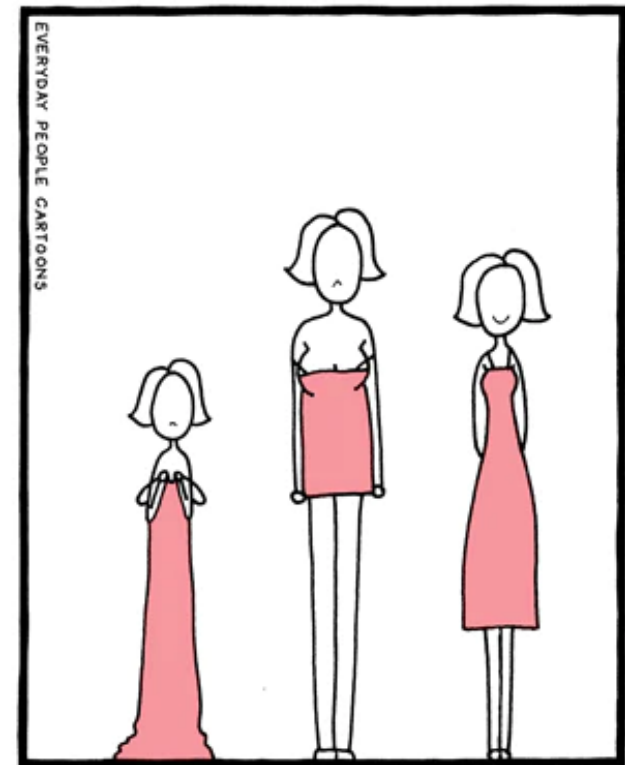
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Psychosociale infosessies september 2022

<u>Datum</u>	<u>Onderwerp</u>		<u>Spreker</u>
26/09	Inleidende sessie	Maandag van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
10/10	Werkhervatting	Maandag van 12u30 tot 14u30	Maatschappelijk werker UZA, Solidaris , Rentree
13/10	Voeding	DONDERDAG van 12u30 tot 14u30	Diëtiste UZA
20/10	Aandacht en geheugen	DONDERDAG van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
24/10	Slaapproblemen	Maandag van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
7/11	Vermoeidheid na kanker	Maandag van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
17/11	Stress en spanningen	DONDERDAG van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
21/11	Intimiteit en seksualiteit	Maandag van 12u30 tot 14u30	Seksuologe UZA
1/12	RESERVE WEEK	DONDERDAG van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
5/12	Zelf-en lichaamsbeeld	Maandag van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA
15/12	Afsluitende sessie	DONDERDAG van 12u30 tot 14u30	Psychologe UZA

Fysieke luik

One size does NOT fit all

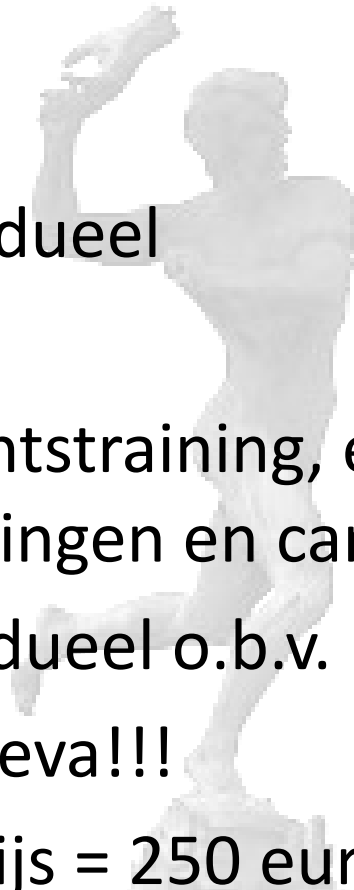


ONE SIZE NEVER FITS ALL.

Onco Reva @UZA

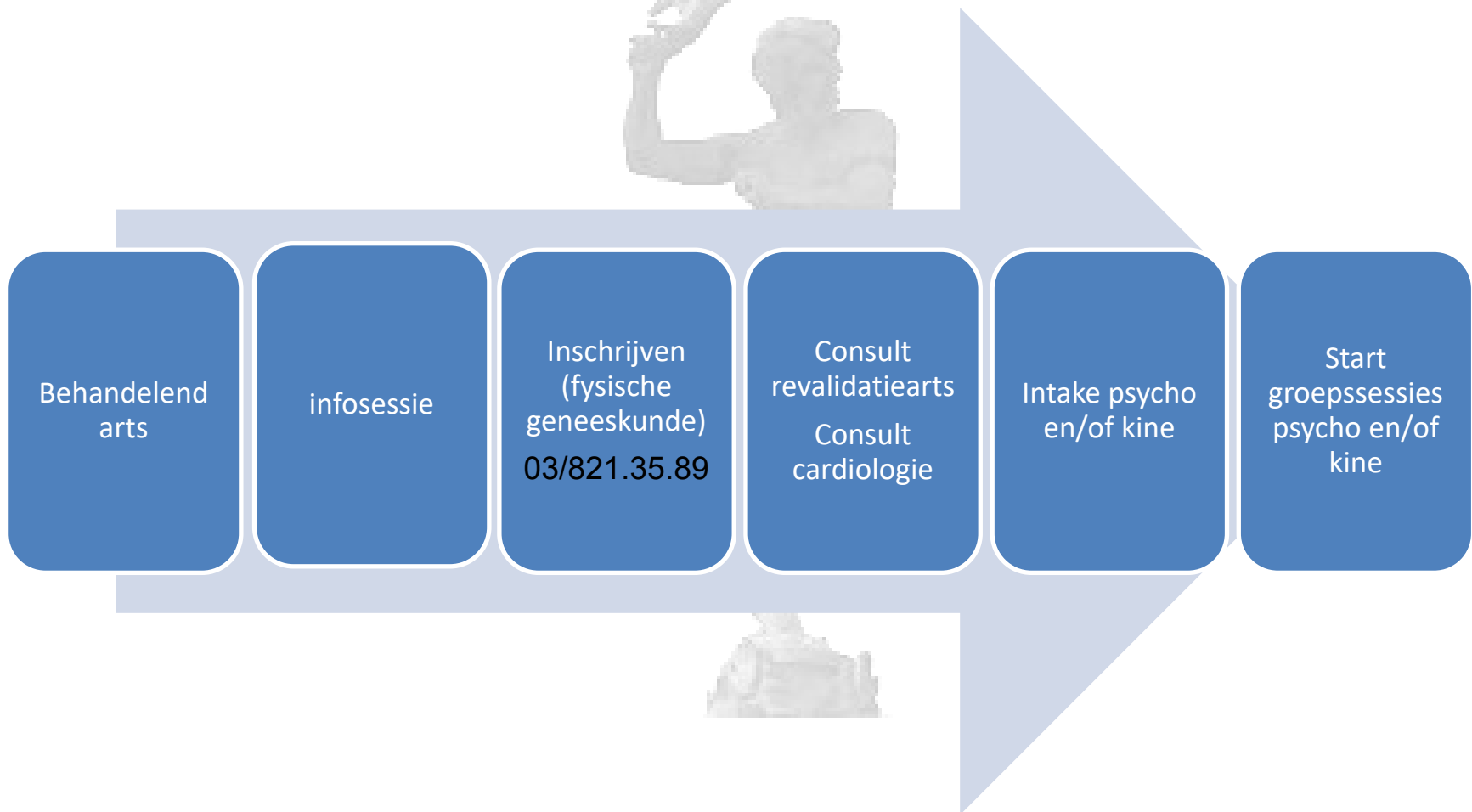
Fysiek luik:

- In groep of individueel
- 2x/week, 1,5u
- Functionele krachtstraining, evenwichtstraining, coördinatioefeningen en cardiotraining
- Dosering = individueel o.b.v. hartslagzones
- Bewegen naast Reva!!!
- Geschatte kostprijs = 250 euro





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Aangepast programma

- Individueel fysisch programma
- Tijdstippen meer flexibel te plannen met de kinesisten

Groep met combo beide luiken

- Curatief traject en behandeling beëindigd
- Zelfde groep volgt zowel fysieke als psychosociale luik

Groep fysieke luik

- Hetzij geen interesse in psychosociale luik hetzij hiervoor niet in aanmerking komen gezien behandeling nog niet afgerond of palliatief traject

Onco Reva @UZA

- Individuele kinesithérapie:
 - Lymfedrainage
 - Ademhalingskinesithérapie na heelkunde
 - Mobilisaties en functionele reva na heelkunde
 - ...
 - Enkel opgenomen patiënten



Onco Reva @UZA

- Wat na oncorevalidatie
 - Zelfstandig verder trainen
 - “onderhoudsrevalidatie”
- Bewegetrajecten:
 - Start2Golf
 - Surfproject
 - Kanoproject
 - Endorfine
 - TriaGO

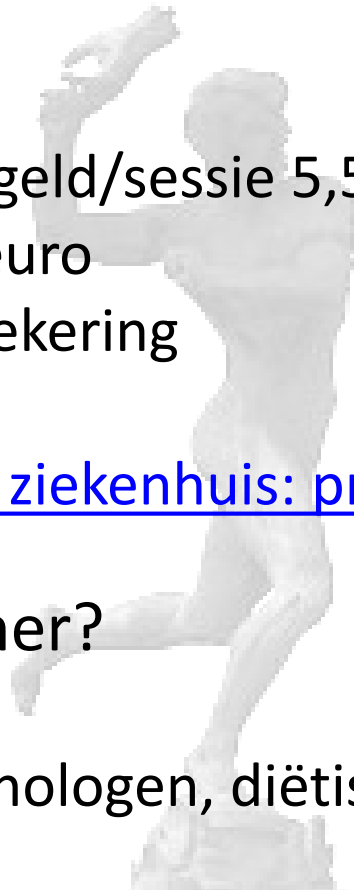


Hoe voorschrijven?

- Via oncoloog of Fysische Geneesheer UZA
Secretariaat Fysische Geneeskunde: 03 821 35 89
- Voorschrift voor kiné periferie:
 - “Oncologische revalidatie”
 - Courant: 18 X, reconditoneren na kankerbehandeling
 - F-pathologie: myopathie tgv toxiciteit kankerbehandeling
 - 30 sessies, frequentie 1-5/week
 - ! Consult fysische geneeskunde of cardiologie?
 - ! Multidisciplinaire setting

Onco reva in de periferie

- Kostprijs?
 - Kinesithérapie: remgeld/sessie 5,50 – 15 euro/30 min.
 - Psycholoog: +/- 45 euro
 - ! Hospitalisatie verzekeringAndere ziekenhuizen:
[Oncorevalidatie in het ziekenhuis: provincie Antwerpen \(allesoverkanker.be\).](#)
- Geschikte hulpverlener?
www.oncohulp.be
Gespecialiseerde psychologen, diëtisten, seksuologen en psychotherapeuten
Binnenkort ook kinesitherapeuten met een kwaliteitslabel







Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

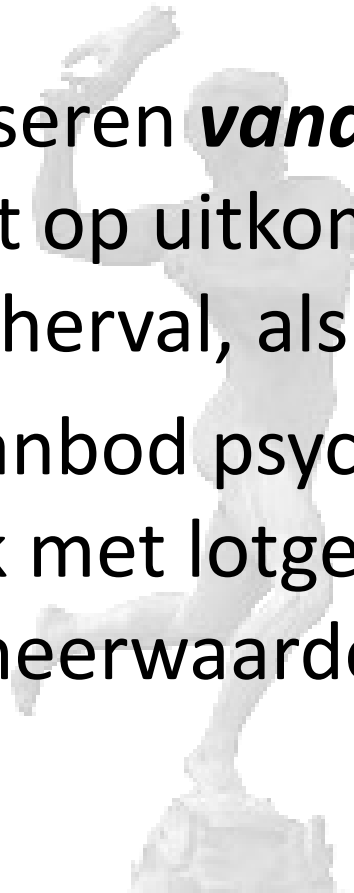
Getuigenis

- <https://www.youtube.com/watch?v=PeldSYNI01o>



Take home message

- Beweging te adviseren ***vanaf diagnose***; heeft een positief effect op uitkomst zowel naar bijwerkingen, als herval, als ***mortaliteit***
- Gecombineerd aanbod psychologische sessies/fysiek luik met lotgenoten wordt ervaren als een meerwaarde!





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Hartelijk dank voor uw aandacht!

Vragen?



Wat nemen we mee?

- Zowel huisartsen als gynaecologen komen regelmatig in aanraking met borstkankerpatiënten
- De zorg voor borstkankerpatiënten verbetert continu;
 - Classificatie
 - Diagnose-en behandelopties (o.a. HT)
 - Patient-centered care
- Een goede samenwerking tussen gynaecoloog, huisarts en patiënt is hierbij onontbeerlijk!



BEDANKT!

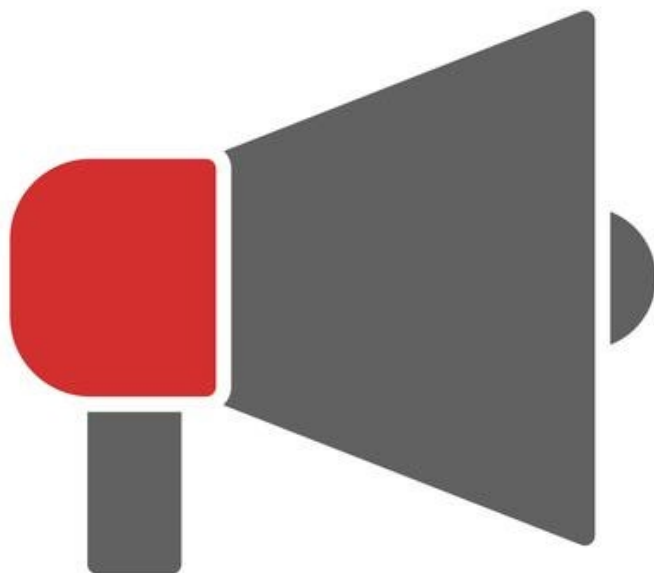
- Alle sprekers
- Organisatoren : CHA en Borstkliniek UZA
- Aanwezigen





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Aankondiging



- Zaterdag 19/11/2022
KARVA symposium
- Donderdag avond
08/12/2022 UPDATE
FLASH 'Long COVID'
- Volgend voorjaar:
nieuwe LIVE UPDATE!

