

Bij ongeveer één op de tien vrouwen met een BIRADS 0 is uiteindelijk medisch ingrijpen noodzakelijk. Door de vrouwen eerst naar de radioloog te verwijzen, vermindert de druk op de zorg dus aanzienlijk zonder in te boeten op de kwaliteit van de zorg. Want het gaat jaarlijks om ongeveer 10.000 vrouwen die in het bevolkingsonderzoek een BIRADS 0-classificatie krijgen.”

Genmutaties

Ook ten aanzien van de beeldvormende diagnostiek bij zwangere vrouwen en vrouwen die draagster zijn van een genmutatie die de kans op borstkanker verhoogt, kent de richtlijn aanpassingen. Meeuwis: “Een van de belangrijkste zaken ten aanzien van de beeldvormende diagnostiek bij zwangere vrouwen is dat nu heel duidelijk op papier staat wat er wel en niet mogelijk en/of wenselijk is. Bijvoorbeeld bij wie wel een MRI gedaan kan worden en hoe.” “En ook dat wat betreft de nucleair geneeskundige diagnostiek zwangere vrouwen volgens dezelfde protocollen onderzocht kunnen worden als niet-zwangere vrouwen. Dit kan

doordat met de huidige technieken de stralingsbelasting sterk is afgenomen”, vult Bavelaar aan.

Wijers: “Voor draagsters van een genmutatie of vrouwen met een familiair verhoogd risico op het krijgen van borstkanker hebben we per leeftijdscategorie opnieuw aangegeven wanneer controles gewenst zijn en met welke beeldvormende techniek. Daarbij is bijvoorbeeld voor *BRCA1*-draagsters op basis van recent Nederlands onderzoek de leeftijd waarop een jaarlijkse mammografie wordt aanbevolen verhoogd van 30 naar 40 jaar. Want tussen 30 en 40 jaar levert de mammografie geen meerwaarde op, terwijl het wel de kans op het ontstaan van tumoren vergroot. Van 25 tot 40 jaar wordt een jaarlijkse MRI aanbevolen. Bij *BRCA2*-draagsters is de jaarlijkse mammografie wel vanaf 30 jaar zinvol gebleken.” Meeuwis: “En ook voor draagsters van mutaties in *CDH1*, *TP53*, *CHEK2*, *NF-1* en *ATM* bevat de richtlijn nu controleschema's.”

FDG-PET/CT

Ten slotte noemt Pereira de erken-



Lidy Wijers (foto: © Marlou Pulles)

ning van de FDG-PET/CT als primair stadiëringshulpmiddel in de richtlijn een belangrijke verandering. “We hebben daar vanuit de nucleaire genees-

kunde jaren voor gepleit. Met FDG-PET/CT kun je met hoge accuratesse in één keer in alle organen eventueel aanwezige metastasen in beeld bren-

gen. Dat betekent dat je geen losse botscan, leverecho en thoraxfoto meer hoeft te maken om afstandsmetastasen te zien. Ook breng je met FDG-PET/CT - anders dan met een botscan, leverecho en thoraxfoto - de uitgebreidheid van lymfekliermetastasen nauwkeurig in beeld, wat een belangrijke impact op het behandeltraject kan hebben. Nu deze techniek ook breed beschikbaar is in de Nederlandse ziekenhuizen, ligt het voor de hand deze ook als primaire techniek in te zetten.

Overigens hebben we in de nieuwe richtlijntekst ook nieuwe technieken zoals *contrast-enhanced spectral mammography* en *molecular breast imaging* opgenomen. Deze technieken kunnen prima dienen als alternatief voor MRI, maar zijn nog slechts zeer beperkt beschikbaar in Nederland. We doen er dus nog geen aanbevelingen over. Wellicht gebeurt dat bij de volgende herziening.”

Referentie

1. Oncoguide. Te raadplegen via <https://onco-guide.nl/#/projects/7/guideline>

Risico op contralaterale borstkanker bij DCIS beter in kaart

DRS. FRANK VAN WIJCK, WETENSCHAPSJOURNALIST

Voor patiënten die aan één borst zijn gediagnosticeerd met borstkanker, is het waardevol om te weten hoe groot het risico is dat er in de andere borst in een later stadium ook borstkanker zal ontwikkelen. Een nieuwe studie, op basis van data uit de Nederlandse Kankerregistratie, biedt hierover meer duidelijkheid. De onderzoekers, van het Antoni van Leeuwenhoek te Amsterdam, publiceerden hun bevindingen in *npj Breast Cancer*.¹

Van de vrouwen die borstkanker krijgen, ontwikkelt circa 4% binnen tien jaar na de diagnose ook een tumor in de andere borst. Hoe groot dit risico is voor de individuele patiënt is echter altijd moeilijk te bepalen geweest, maar het is wel waardevol voor de patiënt om hiervan een inschatting te kunnen maken. Niet alleen omdat het

bringen voor patiënten met ductaal carcinoom in situ (DCIS) in vergelijking met patiënten met stadium I-III invasieve borstkanker. De Nederlandse Kankerregistratie bood hiervoor data over 28.003 patiënten uit de eerste groep en over 275.836 patiënten uit de tweede groep, uit de periode 1989 tot 2017.

die geen adjuvante systemische therapie kregen (HR 0,87), maar het risico is iets hoger in vergelijking met alle patiënten met invasieve borstkanker (HR 1,10). Een multivariabel model, gebaseerd op de klinische informatie die momenteel beschikbaar is, was onvoldoende in staat de risico's op contralaterale invasieve borstkanker onder patiënten met DCIS te differentiëren.

Het iets hogere risico op contralaterale invasieve borstkanker bij patiënten met DCIS in vergelijking met alle patiënten met invasieve borstkanker kan worden verklaard door het risico-verlagende effect van adjuvante systemische therapie die patiënten met invasieve borstkanker krijgen. De onderzoekers publiceerden eerder een studie die aantoonde dat adjuvante endocriene therapie, chemotherapie en trastuzumab in combinatie met chemotherapie geassocieerd waren met een reductie van het risico op contralate-

rale borstkanker van respectievelijk 54%, 30% en 43%.² Volgens de Nederlandse richtlijnen worden patiënten met DCIS niet behandeld met adjuvante systemische therapie.

Vervolg

Ondanks dat adjuvante systemische therapie het risico op contralaterale borstkanker verlaagt, leiden de resultaten van deze studie niet tot het advies om DCIS-patiënten hiermee te gaan behandelen om contralaterale borstkanker te voorkomen. Het abso-

lute risico hierop is hiervoor te laag. De onderzoekers stellen dat de ontwikkeling van een uitgebreid risicovoorspellingsmodel, specifiek voor DCIS-patiënten, wenselijk is. Dit model zou dan ook informatie over genetische, klinische en leefstijlfactoren moeten meewegen.

Referenties

1. Giardiello D, et al. *npj Breast Cancer* 2020;6:60.
2. Kramer I, et al. *J Natl Cancer Inst* 2019;111:709-18.

(foto: © iStockphoto.com)



“De tienjaars cumulatieve incidentie van contralaterale invasieve borstkanker bedraagt 4,8% voor patiënten met DCIS”

goed is om de patiënt te kunnen geruststellen als het risico hierop laag is, maar ook om de patiënt wat meer richting te geven in diens overweging om preventief de andere borst te laten verwijderen als het risico juist hoog is. De onderzoekers besloten het risico op contralaterale borstkanker in kaart te

Risico-inventarisatie

Het onderzoek laat zien dat de tienjaars cumulatieve incidentie van contralaterale invasieve borstkanker 4,8% bedraagt voor patiënten met DCIS. Het risico hierop is lager voor deze patiënten vergeleken met patiënten met stadium I invasieve borstkanker