

Infodag

# « Actie Borstkanker 2008 »

Voor, tijdens en na borstkanker

Vrijdag 17 oktober 2008

Auditorium Dexia – Passage 44, Brussel

*Deze infodag wordt georganiseerd door de Stichting tegen Kanker en Europa  
Donna Belgium*



Met de medewerking van



En met de steun van



## Inhoudsopgave

### *De A van Actie*

Dr Ivo **Nagels**, Stichting tegen Kanker p 3

*Wie loopt risico op borstkanker? Hoe dat risico meten?* p 6

Dr Wiebren **Tjalma**, UZ Antwerpen

*Chemopreventie van borstkanker* p 9

Dr Geert **Braems** & Prof Dr R. **Van den Broecke**, UZ Gent

*Echografie : haar plaats in opsporing en diagnose* p 11

Dr Geert **Villeirs**, UZ Gent

*Pet en PET/CT bij mammacarcinoom : mogelijkheden en beperkingen van de techniek* p 13

Dr Hendrik **Everaert**, UZ Brussel

*Borstkanker gezien door de mutualistische beweging: Een pleidooi voor meer levenskwaliteiten.* p 14

Dr **Xavier de Bethune**, Christelijke Mutualiteiten

*De rol van de borstverpleegkundige bij borstkanker* p 23

Mevr Viviane **Janssens**, UZ Brussel

*Goede en slechte redenen om een mastectomie te laten uitvoeren* p 29

Dr Birgit **Carly**, Europa Donna Belgium, UMC Sint-Pieter Brussel

*Voeding tijdens en na kanker* p 31

Mevr Myriam **Van San**, diëtiste

## De A van Actie

Dr. Ivo **Nagels**

Wetenschappelijk Departement, Stichting tegen Kanker

In 2005 werd een Belgische enquête (NOP World) uitgevoerd bij 276 vrouwen van minstens 45 jaar die uitwees dat de helft meer dan de helft van hen angst hadden om borstkanker te krijgen. Uiteindelijk zal ongeveer een vrouw op tien inderdaad door deze aandoening worden getroffen.

Misschien moeten we in de eerste plaats de vrouwen geruststellen om ze meer tot actie te doen overgaan. Daarbij dient de gulden middenweg gezocht: borstkanker mag zeker niet lichtzinnig te worden opgevat maar mag ook niet leiden tot obsessionele angst. Dergelijke angst kan immers leiden tot een fatalistische houding of omgekeerd tot medische overconsumptie. En dat dient allebei te worden vermeden. De laatste jaren is er duidelijk vooruitgang geboekt op medisch vlak. Op deze infodag zullen een aantal van die elementen aan bod komen: zowel op diagnostisch gebied (echografie, PET en PET/CT,...als op het vlak van behandeling (borstsparende chirurgie,...) en op niveau van globale benadering (levenskwaliteit, multidisciplinair team, borstverpleegkundige,...).

Borstkanker komt nu wel frequenter voor en dat is grotendeels een gevolg van het verouderen van onze bevolking. Maar de overleving bij borstkanker is verbeterd; de kansen op genezing zijn inderdaad duidelijk vooruitgegaan.

Die vooruitgang van de geneeskunde mag echter geen reden zijn om een fundamenteel feit te vergeten: elke vrouw blijft een essentiële rol spelen in haar strijd tegen borstkanker.

### **Wat kun je zelf doen?**

De eerste prioriteit is de risico's te doen verminderen. In de praktijk kunnen we daarvoor twee preventieadviezen geven:

- Beweeg en vermijd overtollige kilo's, vooral dan een uitgesproken gewichtstoename op volwassen leeftijd.

- Beperk uw alcoholverbruik, onder welke vorm ook. Het risico op borstkanker zou immers toenemen met 9% voor elke « dosis » van 10 gr dagelijks alcoholgebruik. Daarom raden we aan niet meer dan een alcoholconsumptie per dag te gebruiken.

Preventie is wel belangrijk maar biedt geen volledige waarborg. Daarom blijft opsporing essentieel. In ons land is de opsporingsmammografie gratis om de 2 jaar tussen 50 en 69 jaar. De kwaliteit ervan wordt gecontroleerd. Toch vergeten veel vrouwen aan deze screening deel te nemen of ze weigeren het. Hoe kunnen we hen overtuigen om deze kans niet te laten voorbijgaan?

Door om de 2 jaar een screeningsmammografie te laten uitvoeren hebben vrouwen tussen 50 en 69 jaar de beste kansen om te genezen als er een borstkanker optreedt. Dankzij de opsporingsmammografie is het immers mogelijk een borstkanker aan te tonen gemiddeld een tot twee jaar vooraleer de eerste symptomen optreden. Dergelijke tijdwinst betekent vaak ook een winst in levensjaren!

Door een vroegtijdige behandeling zijn de kansen op genezing inderdaad duidelijk groter. Bij veel vrouwen kan dan ook een ingrijpende operatie worden vermeden en dat heeft natuurlijk belangrijke gevolgen voor de levenskwaliteit. Toch merken we dat niet altijd een borstsparende ingreep wordt uitgevoerd als dat wel mogelijk zou zijn!

Voor 50 en na 70 jaar wordt aangeraden individueel met de arts te bespreken welke opsporingsonderzoeken eventueel nuttig zijn. Op gelijk welke leeftijd – en dat geldt ook voor de tijdsperiode tussen twee screeningsmammografieën – dienen vrouwen hun arts te contacteren als ze een afwijking vaststellen in hun borst (zoals een zwelling, kuiltje, tepelverlies, verkleuring, ...).

En ook op oudere leeftijd (boven de 70 jaar) mag een doeltreffende behandeling niet enkel op basis van de leeftijd worden weggelaten!

### **Voortdurende gezamenlijke inzet**

In ons land krijgen elke dag 26 vrouwen de diagnose te horen van borstkanker. De strijd tegen borstkanker is dus wel degelijk een werkelijkheid die ons allen elke dag weer aanbelangt. We moeten ons hiervoor telkens weer gezamenlijk inzetten of het nu gaat over preventie, opsporing, het organiseren van doeltreffender gezondheidstructuren of wetenschappelijk onderzoek.

Op die manier kan vooruitgang worden geboekt op tal van vlakken. Betere toegang tot nieuwe geneesmiddelen, meer psychologische begeleiding, officiële erkenning van borstklinieken, zijn resultaten van de inzet van diverse verenigingen met de steun van de brede bevolking.

Maar er blijft er nog een grote uitdaging: tal van levensgewoonten van individuele mensen veranderen.

## Wie loopt risico op borstkanker? Hoe dat risico meten?

Dr Wiebren **Tjalma**

UZ Antwerpen

(Tekst niet ontvangen)







## Chemopreventie van borstkanker

Dr. Geert **Braems** & Prof. Dr. R. Van den Broecke  
Vrouwenkliniek, UZ Gent

Ongeveer een op negen vrouwen zal ooit in haar leven met borstkanker geconfronteerd worden. De leeftijd speelt hierbij een belangrijke rol. Tot nu toe zijn er belangrijke successen gerealiseerd voor de adjuvante (aanvullende) therapie van borstkanker, alsook de screening en vroege detectie, maar de preventie van borstkanker is en blijft het betere doel. De vraag is natuurlijk hoe dit bereikt kan worden.

De borst staat onder de invloed van verschillende hormonen, met name oestrogenen. Oestrogenen worden vrijgesteld tijdens de hormonale cyclus uit de ovaria (eierstokken). Het zijn de vrouwen met lagere oestrogeen-spiegels of een vroegere menopauze, die een lager risico op de ontwikkeling van borstkanker hebben. De reden hiervoor is, dat oestrogenen binden op oestrogeen-receptoren van borstcellen en als dusdanig deze cellen stimuleren. De substantie tamoxifen bindt echter de oestrogeen-receptoren en verhindert de oestrogeen-stimulatie. Het verhinderen van een oestrogeen-stimulatie is tegenwoordig een belangrijk deel van de therapie voor borstkanker. Bij het zoeken naar een geschikte chemopreventie heeft men bij het adjuvante gebruik van tamoxifen voor borstkanker vastgesteld, dat het risico op borstkanker in de andere, gezonde borst duidelijk kleiner was.

In de NSABP breast cancer prevention trial P-1 werd tamoxifen vergeleken met een placebo bij bijna 14.000 patiënten met een verhoogd risico. Het aantal borstkankers was duidelijk lager, maar dit was ten koste van ernstige bijwerkingen, zoals tromboëmieën, baarmoeder- kanker ed. Verder bleken alleen de hormoongevoelige tumoren verhinderd te worden. Tamoxifen werd ook in andere studies onderzocht met wisselende resultaten. Deze studies waren kleiner, de patiënten hadden over het algemeen minder risico's op borstkanker en de opvolgingsduur was korter.

Een andere substantie, raloxifene werd voor de behandeling van osteoporose gebruikt. Het verhindert wervelfracturen. De incidentie van borstkanker bleek lager te zijn. In de MORE en CORE studies was het relatieve risico op borstkanker respectievelijk tot 0.29 en 0.45

verminderd. Indien er geen effect zou zijn, was het relatieve risico 1 gebleven. De keerzijde was een toename van het aantal tromboëmbolieën.

In de NSABP Study of tamoxifen and raloxifene P-2, waarnaar als STAR trial gerefereerd wordt, volgde de directe vergelijking van tamoxifen en raloxifene. Beide bleken even effectief in het verhinderen van borstkanker te zijn, maar tamoxifen was juist niet significant beter dan raloxifene in het verhinderen van niet invasieve borstkanker. Bij raloxifene waren er minder baarmoederkankers, tromboëmbolieën en cataracten dan bij tamoxifen.

Beide substanties zijn werkzaam, maar hebben ernstige bijwerkingen. Naarmate men ouder wordt, neemt het risico op borstkanker toe, maar ook de gevoeligheid voor bv. trombose. Het profiel van raloxifene is weliswaar beter dan dat van tamoxifen, maar het gebruik van raloxifene als chemopreventie blijft individueel te bespreken. Het is de postmenopauzale patiënte met een hoogrisicoprofiel voor borstkanker zonder antecedenten van vasculaire accidenten, die in aanmerking komt. De prijs van ca. 95 Euro voor een doosje van 84 tabletten raloxifene (Evista) is een ander aspect. Alleen in geval van bewezen osteoporose (botontkalking) of een wervelfractuur, is een terugbetaling van 75% (evtl. 85%) voorzien.

Omwille van al de opgesomde beperkingen is er duidelijk een behoefte aan een substantie met minder bijwerkingen. Hiervoor komt de nieuwe klasse van de aromatase-inhibitoren in aanmerking, die momenteel in de IBIS-II studie getest worden. Andere substanties, die hormoonongevoelige tumoren verhinderen, worden eveneens ontwikkeld.

## **Echografie: haar plaats in opsporing en diagnose**

Prof. Dr. Geert **Villeirs**

Dienst Radiologie, Universitair Ziekenhuis Gent

De echografie is een beeldvormingstechniek die gebruik maakt van ultrasone (= niet-hoorbare, hoogfrequente) geluiden. Deze worden via een zender in het lichaam gestuurd en teruggekaatst door onderliggende weefselstructuren. Deze echo's worden opgevangen door dezelfde zender (nu "ontvanger") en omgezet in een tweedimensionaal beeld. De echografie kan dus "in het lichaam kijken", zonder daarbij gebruik te maken van röntgenstralen. Daarenboven kan de echografie ook een aantal weefseleigenschappen onderzoeken, bijvoorbeeld de bloedvoorziening van het weefsel via kleur- en powerdoppler technieken, of de elasticiteit ervan via echo-elastografie.

Het feit dat echografie geen röntgenstralen gebruikt, maakt het bij uitstek geschikt om te gebruiken in omstandigheden waarin röntgenstralen minder opportuun zijn, bijvoorbeeld bij jongere vrouwen of adolescenten en tijdens de zwangerschap. Hoewel de mammografie slechts een uiterst kleine dosis röntgenstralen behoeft, wordt het gebruik van mammografie onder de leeftijd van 35 jaar in het algemeen toch afgeraden, omdat het borstklierweefsel dan nog te gevoelig is voor stralenschade, in tegenstelling tot op oudere leeftijd. Voelbare afwijkingen bij jongere vrouwen worden overigens relatief vaker veroorzaakt door banale afwijkingen zoals cysten of fibroadenomen ("borstmuizen") en deze kunnen met echografie uitstekend herkend worden, gemakkelijker zelfs dan met mammografie. Echografie moet dan ook steeds als eerste lijnsonderzoek beschouwd worden bij jonge vrouwen met een voelbare afwijking.

Bij uitbreiding kan gesteld worden dat echografie de onderzoekstechniek bij uitstek is om diagnostische problemen op te lossen. Met dit laatste wordt bedoeld: alle afwijkingen die voelbaar (knobbeltje, verharding, pijnplek, ...) of zichtbaar zijn (huidintrekking, rimpeling, tepelvochtverlies, ...), of gevonden werden op (screenings)mammografie of andere beeldvormingstechnieken. In zo'n gevallen weet de radioloog waar het letsel zich bevindt en kunnen allerlei echografische technieken aangewend worden om de aard van de afwijking te achterhalen.

Op die manier kunnen banale afwijkingen zoals eenvoudige cysten, fibroadenomen, lymfekliertjes, vetbolletjes, enz. geïdentificeerd worden en kan de vrouw zonder meer gerustgesteld worden. Hetzelfde geldt overigens ook voor mannen die een opzetting achter de tepel voelen; deze is vaker te wijten aan klieropzetting (bijvoorbeeld door bepaalde medicaties of door hormonale of stofwisselingsproblemen) dan aan een kwaadaardig gezwel.

Indien een potentieel kwaadaardige verandering opgemerkt wordt, kan achterhaald worden hoe groot het letsel is, welke karakteristieken het heeft (vorm, begrenzing, aantal...) en kan eventueel overgegaan worden tot een echogeleide naaldbiopsie.

Ondanks het feit dat de echografie een buitengewoon geschikte techniek is om de aard van voelbare, zichtbare of op mammografie detecteerbare letsels te achterhalen, scoort de echografie heel wat minder goed in de opsporing (screening) van letsels, in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt. Bij opsporing weet de radioloog immers niet op voorhand waar er zich een letsel bevindt, aangezien voor een opsporingsonderzoek per definitie enkel symptoomloze vrouwen in aanmerking komen. De radioloog weet zelfs helemaal niet of er zich wel een letsel in de te onderzoeken borst bevindt, want de overgrote meerderheid van de vrouwen die zich aanmelden voor een opsporingsonderzoek hebben helemaal geen kwaadaardig letsel. Door de aard van het onderzoek worden kleine afwijkingen dan ook veel vaker over het hoofd gezien met echografie dan met mammografie, terwijl veel afwijkingen die met echografie wél opgemerkt worden uiteindelijk helemaal niet kwaadaardig blijken te zijn. Intussen heeft zo'n vals alarm wel bijkomende onderzoeken veroorzaakt, soms met onnodige biopsieën of heelkundige ingrepen, en vooral veel ongerustheid en angst bij de vrouw die het allemaal moet ondergaan. De veelgehoorde "voordelen van een bijkomende echografie" worden jammer genoeg zelden in deze context aangehaald, vandaar dat het (nochtans terechte) weren van een "opsporingsechografie" uit de georganiseerde borstkankeropsporing dikwijls op onbegrip stuit.

## **PET en PET/CT bij mammacarcinoom**

### **Mogelijkheden en beperkingen van de techniek**

Dr Hendrik **Everaert**

Nucleaire Geneeskunde, UZ Brussel

Positron Emissie Tomografie (PET) is een beeldvormende techniek die sinds kort een zeer belangrijke plaats heeft ingenomen in de evaluatie van tumoren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van met Fluor18 gemerkt glucose (FDG) om het metabolisme van weefsels / tumoren in kaart te brengen. Dit gebeurt door middel van een PET camera die de fotonen welke vrijkomen bij het radioactieve verval van F18 kan detecteren en vervolgens gebruikt om de verdeling van FDG in het lichaam in kaart te brengen. Het kunnen evalueren van het metabole gedrag van tumoren is van groot belang bij het initiële nazicht van tumoren (zowel agressiviteit als tumorale spreiding worden geëvalueerd), de vroegtijdige evaluatie van het antwoord op behandeling, het opsporen van tumoraal herval en het nauwkeurig aflijnen van radiotherapievelen. Gezien in nuchtere toestand de meeste weefsels nauwelijks glucose (en dus ook FDG) zullen opnemen, terwijl vrijwel alle tumoren blijvend beroep doen op glucose als brandstof, zal men enorme contrasten zien in FDG opname tussen kwaadaardige en normale weefsels. Dit verklaart in belangrijke mate de extreme gevoeligheid van FDG-PET met betrekking tot detectie en evaluatie van tumoren. Anderzijds is het, tengevolge van de geringe opname van FDG in normale weefsels, veelal moeilijk tot onmogelijk zones met intense FDG-stapeling nauwkeurig in het lichaam te lokaliseren gezien het gebrek aan een zichtbaar anatomisch referentiekader. Om deze reden wordt een Computed Tomografie (CT) toestel gekoppeld aan de PET camera (PET/CT).

## **Borstkanker gezien door de mutualistische beweging :**

### **Een pleidooi voor meer levenskwaliteit.**

*Een studie van de Christelijke Mutualiteiten*

Dr. Xavier **de Bethune**  
Christelijke Mutualiteiten

#### **Context**

Borstkanker is de meest frequente kanker bij vrouwen. De kwaliteit van de opsporing en behandeling van deze aandoening is dan ook van groot maatschappelijk belang. De overleving van de patiënte blijft uiteraard de hoofddoelstelling van alle oncologische teams en diensten, maar tegenwoordig gaat ook heel bijzondere aandacht naar de levenskwaliteit tijdens en na de behandeling.

Een blik op de actualiteit en op de literatuur leert ons meer over de situatiespecifieke uitdagingen en de huidige behandelingsprioriteiten bij borstkanker. Het gaat om een totaalaanpak, om de steeds weerkerende vragen over de behandelingen, om informatie en communicatie, om de relatie tussen patiënte en zorgverleners, om de financiering. In al die uitdagingen klinkt de noodzaak van een beleid van totale ondersteuning van de patiënte door.

Het lijkt ook geen enkele twijfel dat de gekozen therapeutische benadering een grote invloed heeft op de afloop van de ziekte, maar ook op de levenskwaliteit van de patiënte. Zo lijdt het lichaamsbeeld van de vrouw en haar gevoel van aantrekkelijkheid onder het verlies van een borst. De wetenschappelijke literatuur toont trouwens dat vrouwen die een lumpectomie<sup>1</sup> hebben ondergaan, minder zouden inboeten aan levenskwaliteit.

---

<sup>1</sup> Mammectomie, mastectomie of borstamputatie is het chirurgisch verwijderen van de borstklier en tepel, de lymfeknopen in de oksel, evenals de kleine en de grote borstspier (radicale mastectomie). Als de tumor nog klein is, wordt in plaats van een mastectomie indien mogelijk alleen een lumpectomie uitgevoerd (een borstsparende operatie) met doorgaans aansluitende bestraling.

Herstellende chirurgie speelt overigens een steeds grotere rol in het verbeteren van de levenskwaliteit van patiënten na mastectomie, en kan de weerslag van de chirurgische ingreep op de seksualiteit van de vrouw verminderen.

Ook een goede pijnbestrijding is hoe langer hoe meer onontbeerlijk om de levenskwaliteit van de patiënten te verbeteren en hun lot draaglijker te maken. Dat aspect van de verzorging heeft zich de laatste jaren sterk ontwikkeld; idealiter wordt een combinatie van een medicamenteuze en een psychisch-lichamelijke benadering aangeboden.

Men hecht ook meer belang aan de timing bij de behandeling van borstkanker. Er bestaan vandaag dan ook wetenschappelijke aanbevelingen voor het naleven van kortere behandelingstermijnen : 5 dagen tussen de eerste onderzoeken en de diagnose; 4 weken tussen de diagnose en het starten van de behandeling.

Maar ondanks die gunstige ontwikkelingen valt momenteel toch een zekere variabiliteit in de aanpak vast te stellen. Verschillende studies hebben bijvoorbeeld aangetoond dat de leeftijd van de patiënte een belangrijke rol speelt in de behandelingskeuze. Tot nadenken stemt ook het feit dat de vrouwen in zekere zin in een bepaalde therapeutische richting worden geduwd naar gelang van het type van de instelling waarin zij terechtkomen. Alleen vrouwen die zelf het initiatief nemen om informatie en advies in te winnen, kunnen dan van instelling veranderen en op een adequate manier worden behandeld. Dat doet natuurlijk de vraag rijzen naar de rol en de plaats van de huisarts in de oriënterende voorlichting en/of de keuze van het behandelingscentrum.

Een totaalaanpak veronderstelt dus niet alleen een multidisciplinaire behandeling, maar ook coördinatie van de geneeskundige en paramedische behandeling en continuïteit van de verzorging. Bepalend is de goede samenwerking tussen de medische en paramedische staf maar ook het initiatief van de patiënte en haar betrokkenheid bij de behandeling.

### **Doelstellingen**

In dit kader wil de Christelijke Mutualiteit een bijdrage te leveren tot de ondersteuning van een globale aanpak van borstkankerpatiënten. Daarom hebben we ons niet alleen gebogen over de medische aanpak maar werd ook gepeild naar de psychosociale beleving en noden van vrouwen met borstkanker en naar hun perceptie met betrekking tot de kwaliteit van de zorg en hun levenskwaliteit.

## ***Materiaal en methode***

In het eerste deel, de kwantitatieve studie, wordt op basis van de facturatiegegevens en de gegevens van het Nationaal Kankerregister gekeken naar de medische zorg. Uiteindelijk werden 20 439 vrouwen geïdentificeerd die tussen 1998 en 2003 te maken kregen met borstkanker.

In het tweede deel, de kwalitatieve studie, komen de vrouwen zelf aan het woord. Via interviews en focusgroepen werd gepeild naar de beleving van de patiënte met borstkanker, met speciale aandacht voor de psychosociale aspecten die kunnen bijdragen tot een betere zorg- en levenskwaliteit.

## ***Resultaten***

### ***Patiëntenpopulatie***

De gemiddelde leeftijd van deze vrouwen bedraagt 60 jaar, maar bijna een vierde is jonger dan 50 jaar, 8% zelfs jonger dan 40 jaar, terwijl 27 % ouder is dan 70 jaar. De frequentie is 148<sup>2</sup> per 100.000 vrouwelijke CM-leden.

De incidentie (na standaardisatie voor leeftijd en terugbetalingsstatuut<sup>3</sup>) is hoger in het Brussels Gewest en Wallonië : respectievelijk 12 % en 7 % hoger dan het gemiddelde van de hele studiepopulatie.

De vrouwen werden behandeld in totaal 117 verschillende ziekenhuizen.

De meeste van deze ziekenhuizen hadden, over de studieperiode 1998-2003, gemiddeld tussen 25 en 75 nieuwe gevallen per jaar. Een vierde van de ziekenhuizen behandelt minder dan 25 gevallen per jaar, en slechts 8 centra hebben meer dan 150 gevallen per jaar (de norm vooropgesteld door EUSOMA en EORTC<sup>4</sup>), goed voor 24 % van alle behandelde vrouwen. Vrouwen schijnen niet het ziekenhuis in functie van hun ziekte te kiezen ; de kleinere centra hebben een populatie met een iets verder gevorderde tumorstadium, en vrouwen met gemiddeld een iets hogere leeftijd.

---

<sup>2</sup> Gemiddeld berekend voor de ganse studieperiode (6 jaren)

<sup>3</sup> Al dan niet met verhoogde tegemoetkoming.

<sup>4</sup> *European Society of Mastology* en *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*



## **De diagnose**

Tegenwoordig wordt geen enkele vrouw nog behandeld zonder vooraf één of meestal meerdere medische beeldvormingsonderzoeken gehad te hebben : vooral de mammografie, de echografie en de scintigrafie. Een recente trend is het frequenter gebruik van Nucleaire Magnetische Resonantie (NMR) (18 % voor de periode 2000-2003). In het algemeen geldt dat men zelfs voor een zelfde tumorstadium voor oudere vrouwen een minder breed gamma aan diagnostische technieken gebruikt dan voor jongere vrouwen. Dit is vooral uitgesproken voor de meest gevorderde tumorstadia. Bij 93% van de vrouwen wordt de behandeling binnen de maand na de diagnose gestart, overeenkomstig de NICE<sup>5</sup> richtlijnen; de gemiddelde wachttijd om de behandeling op te starten bedraagt 10 dagen.

## **De behandeling**

- **Heelkunde**

De grote meerderheid der borstkankers wordt heelkundig behandeld. In ongeveer de helft van de gevallen wordt alleen de tumor verwijderd, in de andere helft gaat het om een volledige borstamputatie, bijna steeds ook met het verwijderen van de lymfeklieren uit de oksel. Opnieuw moeten we vaststellen dat, zelfs bij gelijk tumorstadium, vrouwen boven de 70 jaar tot 10 % minder conserverende heelkunde (tumorectomie) hebben in vergelijking met de jongere groep.

Centra waar radiotherapie voorhanden is, doen ook vaker een conserverende ingreep in vergelijking met centra zonder radiotherapie.

- **Chemotherapie**

Globaal genomen hebben 41 % van de vrouwen uit de studiepopulatie een chemokuur gehad. In twee derden van de gevallen was dit binnen de zes weken na de ingreep; in slechts in één geval op dertien ging het om pre-operatieve chemo. Opnieuw zijn er grote verschillen volgens de leeftijd: zelfs bij gelijk tumorstadium krijgen vrouwen boven de 70 hun chemotherapie gemiddeld ook later na de ingreep. Voor stadium II, bijvoorbeeld is de wachttijd in meer dan de helft van de gevallen 6 weken of meer, terwijl bij de jongere vrouwen slechts een vierde zulke wachttijd heeft.

Ziekenhuizen met een groot ervaringsvolume gebruiken een derde tot de helft meer chemotherapie.

---

<sup>5</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk))

- Radiotherapie

Radiotherapie werd toegediend aan 71% van de vrouwen uit de studiepopulatie. In twee derden van deze gevallen in combinatie met chemotherapie. Ook hier weer hebben vrouwen boven de zeventig beduidend minder radiotherapie dan de jongere vrouwen.

Zelfs bij gelijk tumorstadium hebben vrouwen die behandeld worden in centra zonder dienst radiotherapie minder kans om dit type behandeling te krijgen; dit geldt vooral voor vrouwen met stadium III tumoren.

- Hormoontherapie

Ongeveer twee derden van de gevallen in de studiepopulatie kreeg (terugbetaalde) hormoontherapie; een onbekend aantal kreeg (eventueel in een tweede fase) niet terugbetaalde producten. Vooral de zwaardere tumorstadia worden ermee behandeld, en ditmaal iets meer bij de oudere vrouwen. Deze hebben inderdaad meer hormoongevoelige tumoren.

- Borstprothese en reconstructie

Het gebruik van de borstprothese is sterk toegenomen: meer dan twee derden van de vrouwen met mastectomie in de periode 2000-2003 tegen slechts de helft in de periode ervoor.

Het aantal reconstructies blijft echter eerder beperkt: globaal slechts 5 %, vooral bij de jongere vrouwen. Reconstructie wordt ook duidelijk vaker voorgesteld in centra die meer vrouwen behandelen.

- Globaal behandelingspatroon

Ziekenhuizen met meer behandelde vrouwen gebruiken 1,3 tot 1,5 maal meer chemotherapie dan centra met een klein volume. Daarentegen ziet men meer heelkunde (zonder bijkomende therapie of eventueel met hormoontherapie) in de centra met minder vrouwen.

Bij gelijk tumorstadium hebben vrouwen die in een centrum zonder dienst radiotherapie werden geopereerd minder kans om achteraf ook stralen te krijgen; dit verschil is vooral frappant in tumoren van stadium III. Globaal krijgt toch nog 67% van deze groep een radiotherapie, waarvoor ze dus naar een ander centrum worden doorverwezen.

## **De overleving**

Logischerwijze hangt de overleving nauw samen met de leeftijd en met het stadium van de tumor. De overleving na 5 jaar bedraagt 93 % voor tumoren van stadium I en 83 % voor stadium II. Ze zakt naar 52 % voor stadium III en 22 % voor stadium IV.

## **De vrouwen aan het woord**

Tal van verzorgingsinstellingen en andere actoren staan in voor de specifieke behandeling van de patiënten. Maar hoe spelen zij in op de bestaande voorschriften en zorgprogramma's, zoals de multidisciplinaire oncologische consultatie? Hoe gaan zij om met kwesties als het recht op informatie? Welke vormen van patiëntinspraak en patiëntenvertegenwoordiging passen zij toe om rekening te houden met de standpunten en ervaringen van de patiënten bij het verbeteren van hun eigen werking? Welke plaats kennen zij ten slotte toe aan de erkenning en de autonomie en zelfbeschikking van hun patiënten?

Dankzij de getuigenissen van 50 vrouwen die met borstkanker te maken hadden, hebben wij een aantal sleutelementen kunnen optekenen die bijdragen tot de levenskwaliteit of tot de kwaliteit van de zorg, beoordeeld door de vrouwen zelf. Hieruit distilleren wij een aantal boodschappen, gericht aan de gezondheidswerkers.

- **"Vertel me wat me te wachten staat"**

De nood aan informatie is een centrale bekommernis voor de patiënten.

Een veel gehoorde klacht bij de patiënten is niet meer dat ze te weinig informatie krijgen maar wel dat de informatie te ver staat van hun echte behoeften. Wat de vrouwen vragen is informatie waarbij ze zich iets kunnen voorstellen, dwz in een meer narratieve vorm overbrengen wat hun te wachten staat. Bovendien verwachten ze dat deze informatie op een tactvolle wijze wordt meegedeeld, en in verstaanbare taal, voorbij het medische jargon. Gezien de emotionele impact van het vernemen van de diagnose, zal men zich ervan vergewissen dat de boodschappen wel overkomen en juist geïnterpreteerd worden. Het zal dus vaak nodig zijn om, op vraag van de vrouw of spontaan, informatie te herhalen.

Hierbij mogen de naasten niet worden vergeten : ook aan hen moet worden duidelijk gemaakt wat de impact van de behandeling kan zijn op de verschillende aspecten van het dagelijks leven, met inbegrip van de seksualiteit.

Hierbij kan de huisarts een essentiële rol als "vertaler" spelen, om het vaak technische jargon van de specialisten te vertalen in gewone woorden, die helder en begrijpbaar zijn voor de patiënte en de naasten.

- De context in acht nemen.

Om doeltreffend te zijn is het essentieel alle elementen in de juiste context te plaatsen om de doelmatigheid ervan te verhogen. Het gaat erom de dagelijkse realiteit van de patiënte goed te vatten: haar precieze noden, onzekerheden, angsten, enz... ten overstaan van de behandeling, de nevenwerkingen, de sporen, evenals ten overstaan van de dagdagelijkse problemen die deze ziekte meebrengt. Daartoe zal men de patiënte zorgvuldig moeten bevragen, peilen naar haar leefsituatie, en niet te snel oordelen... Anderzijds vereist dit natuurlijk de actieve participatie van de patiënte zelf bij de juiste omschrijving van haar probleem en bij de keuze van de meest geschikte antwoorden hierop. Dit alles is niet mogelijk zonder een gezonde communicatie tussen de patiënte en haar arts, zonder een geest van samenwerking, zonder het zoeken naar meer autonomie en verantwoordelijkheid van de patiënte zelf.

- Participatie

Vandaag zijn er meer en meer vrouwen die durven opkomen voor hun eigen rol in de beslissingsprocessen rond hun ziekte en behandeling. Het is dus noodzakelijk om hiermee rekening te houden en de communicatiestijl aan te passen. De deur open zetten voor vragen en dan samenwerken naar de beste antwoorden en oplossingen toe.

Het is dus belangrijk hier tijd voor uit te trekken, uitdrukkelijk de nodige spreektijd te voorzien, vragen aan te moedigen EN ze op een betrokken manier te behandelen. De zorgverlener, die uiteraard niet alles zelf kan opnemen, laat staan kan oplossen, is niettemin vaak het best geplaatst om de patiënte naar andere mogelijke oplossingen voor haar probleem te oriënteren.

- Een globale aanpak en een aangenaam onthaal.

Het aangename karakter van het kader en de omgeving waarin de opvang gebeurt, wordt door de vrouwen aangegeven als een belangrijke factor van patiëntentevredenheid. Ze spreken de wens uit om te kunnen beschikken over gezellige en discrete wachtruimtes, uit het zicht van de andere mensen.

Wat betreft de relationele dimensie, weten ze de attitude van personeelsleden die geleerd hebben actief te luisteren en de zieken te begeleiden erg te appreciëren.

Op een bepaald moment zal het aanbieden van psychologische steun aan de patiënte en - niet te vergeten - aan haar omgeving, deel uitmaken van deze zorg voor een totaalaanpak.

Elke andere vorm van steun – zoals psychologische hulp, maar ook adviezen van schoonheidsspecialistes, diëtisten... – wordt trouwens erg op prijs gesteld. Maar als iedereen het eens is over het belang van psychologische follow-up, esthetische steun, dieetondersteuning enzovoort, laat de financiering van die psychosociale en andere vormen van bijstand vaak te wensen over in vergelijking met de financiering van de medische zorg strictu sensu. Niettemin zijn er vaker en vaker initiatieven binnen dit domein.

## **Conclusies**

De resultaten van de kwantitatieve studie zijn deels verwacht, deels misschien niet. Er zijn belangrijke verschillen in de aanpak in functie van de leeftijd : wanneer we de groep vrouwen boven de 70 jaar vergelijken met deze onder de 70 jaar, dan zien we sterke verschillen, zelfs bij gelijk tumorstadium :

- zij ondergaan minder diagnostische onderzoeken;
- zij hebben relatief minder borstsparende heekunde en meer borstamputaties;
- zij krijgen ook minder radiotherapie;
- zij krijgen wel vaker hormoontherapie (wegens meer hormoongevoelige tumoren)
- en zij worden vaker behandeld met heekunde (zonder bijkomende therapie of samen met hormoontherapie).

Het type gegevens waarover we konden beschikken laat niet toe om sterke besluiten te formuleren over de doelmatigheid of over de kwaliteit van de zorg. Dat was ook niet de bedoeling. Wel was het de bedoeling om de artsen en ziekenhuizen cijfers aan te reiken over de praktijk zoals ze in ons land geobserveerd werd tijdens de studieperiode, en om een aantal vragen te stellen bij sommige resultaten.

Het allerbelangrijkste is dat men zich in de ziekenhuizen zelf in vraag blijft stellen om de kwaliteit te verbeteren: Hoe gaat ons centrum om met de verschillende therapeutische opties? Welke standaarden hanteren wij? Is er in ons centrum ook zo'n leeftijdsgradiënt in de intensiteit van diagnose en behandeling? Is dit een bewuste en gerechtvaardigde keuze? Waar staan wij in termen van wachttijden? Hoe verhouden we ons tot de getoonde cijfers? Wat doen we daaraan...

Ook met betrekking tot de boodschappen van de vrouwen die het allemaal al eens meegemaakt hebben past een dergelijke houding van zelfbevraging en kritische reflectie over hoe het beter kan.

Ook wij als mutualiteit moeten met deze resultaten aan de slag. Hoe kunnen wij ertoe bijdragen dat de boodschappen ook de huidige en toekomstige patiënten bereiken? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de - soms ontroerende - getuigenissen die we mochten optekenen ertoe bijdragen om aan deze patiënten een vocabularium te geven om zelf hun ziekte aan te pakken? Hoe kunnen we de vrouwen beter informeren en hen beter helpen via onze sociale diensten en het hele netwerk van de beweging, die de CM toch ook is? Voor ons begint het echte werk nu pas.

Op deze wijze hopen wij dat wij, als sociale zorgverzekeraar én als beweging, met deze studie onze dubbele doelstelling voor een stuk helpen waarmaken: ijveren voor een kwaliteitsvolle zorg voor al onze leden, niet alleen wat gezondheid betreft, maar ook wat betreft welzijn en levenskwaliteit.

## De rol van de borstverpleegkundige bij borstkanker

Mevrouw Viviane **Janssens**  
Borstverpleegkundige, UZ Brussel

Toen er mij gevraagd werd of ik wou deelnemen aan deze informatiedag heb ik geen seconde getwijfeld.

Ik ben nu bijna 3 jaar werkzaam als borstverpleegkundige en iedere dag opnieuw realiseer ik me wat voor een belangrijke rol een borstverpleegkundige kan spelen bij het vernemen van de diagnose en tijdens het aanvaarden en verwerken van een ziekte als borstkanker.

Ongeveer 1 vrouw op 2 heeft ooit in haar leven te maken met een borstpathologie.

Gelukkig gaat het bij 90% van deze gevallen om een goedaardige aandoening zoals: gestuwd borstklierweefsel, fibroadenomen, cysten, mastitis....

1 vrouw op 9, toch een behoorlijk hoog aantal, wordt getroffen door borstkanker.

1% van alle borstkankerpatiënten is een man, een vaak vergeten groep in deze pathologie.

Rekening houdend met deze cijfers is het dan ook niet te verwonderen dat een vrouw of man, die plots iets voelt in haar/zijn borst overrompeld wordt door emoties als angst, stress, onzekerheid....

Emoties die voor velen ingrijpend en bijna ondraaglijk zijn.

Hun wens om snel en efficiënt geholpen te worden is dan ook heel begrijpelijk en menselijk.

### **En hier start dan de rol van de borstverpleegkundige.**

- ❖ Een afspraak, bij de senoloog (arts/chirurg die zich gespecialiseerd heeft in de borstpathologie) kan telefonisch of persoonlijk aan de balie van de borstkliniek gemaakt worden. Tijdens dit gesprek/contact wordt vaak al de eerste steen gelegd van een vertrouwensrelatie en kunnen er al een aantal nuttige inlichtingen verschaft worden.

De afspraak kan echter ook gemaakt worden via de doorverwijzende huisarts of specialist.

We streven ernaar een afspraak te geven binnen de 48 uren. De mogelijkheid dit te kunnen realiseren betekent een enorm pluspunt voor de patiënt(e). De dag zelf kan er soms wel enige wachttijd optreden, bijvoorbeeld door een wijziging in het operatieprogramma, doch dit weegt niet op tegen het feit dat er anders soms dagen of misschien zelfs weken moet gewacht worden op een eerste afspraak.

“Wachten” in onzekerheid is immers het moeilijkste, soms nog moeilijker dan het krijgen van de uitslag.

- ❖ Het is eveneens zeer belangrijk dat patiënten de nodige, nuttige en correcte informatie krijgen. Deze wordt in eerste instantie tijdens de consultatie door de arts verstrekt maar we weten ook allemaal dat er omwille van de emotionele ontreding van het moment heel wat informatie verloren gaat of zelfs helemaal niet doordringt. Het is dan ook van het grootste belang dat, aansluitend op de raadpleging bij de arts, de borstverpleegkundige samen met de patiënt en haar/zijn partner of eventueel een ander familielid, in een rustige omgeving alles nog eens kan doornemen. Tijdens dit gesprek wordt er ook tijd gemaakt voor het uiten van emoties zoals angst, verdriet en onzekerheid.

Er wordt gestreefd naar een eerlijke, respectvolle, zorgzame en betrokken communicatie waarbij informatie wordt gegeven aangepast aan wat de patiënt moet en wil weten. Dit is immers de beste basis om angst, onzekerheid en controleverlies te hanteren.

- ❖ Indien er nog geen diagnose gekend is, tracht men dit binnen de 48 à 72 uren te verwezenlijken. In geval van een cytologisch onderzoek (na een fijne naald aspiratie) wordt het resultaat, door de dienst anatomopathologie, meestal na een periode van 24 à 48 uren medegedeeld. De patiënten worden dan ook vaak al 's anderendaags teruggezien door de senoloog of door de doorverwijzende arts die op zijn beurt op de hoogte werd gebracht door de radioloog of via de borstkliniek.

Deze dienstverlening, waar snelheid en efficiëntie hand in hand gaan, wordt enorm gewaardeerd door de patiënten en doorverwijzende artsen.

Dit is echter alleen te realiseren door de borstkliniek, het werkterrein van de borstverpleegkundige, te laten functioneren als een multidisciplinair team, een team waarin een goede samenwerking en verstandhouding van essentieel belang zijn.



Dit team bestaat naast de senologen die voor de dagelijkse raadplegingen instaan, uit:

- De senologen die instaan voor de dagelijkse raadplegingen;
- het team van de radiosenologen;
- het team van de anatoompathologen;
- de radiotherapeuten;
- de medische oncologen;
- de psychologe
- en de borstverpleegkundige die een belangrijke coördinerende rol heeft en een vast aanspreekpunt is voor de patiënten.

Zonder hen is het stellen van een snelle en correcte diagnose evenals het oppuntstellen en uitvoeren van een correcte en volwaardige behandeling onmogelijk.

- ❖ Voor patiënten bij wie de diagnose van borstkanker al werd gesteld wordt door de borstverpleegkundige het nodige gedaan om binnen de week een oppuntenstelling of staging uit te voeren. Deze omvat een aantal onderzoeken, zoals een radiografie van de longen, een botscan, een echografie van de oksel, een echo van de lever en eventueel een M.R.I. van de borsten en een PET-scan. Dit is nodig om na te gaan of er al dan niet uitzaaiingen zijn en om een aangepast behandelingsbeleid te kunnen starten.

De borstverpleegkundige verschaft de nodige uitleg over deze onderzoeken en regelt in samenspraak met de patiënt(e) de afspraken. De oppuntenstelling kan eventueel, indien gewenst, ook gebeuren via een korte hospitalisatie.

Opnieuw wachten op de resultaten, opnieuw het oplaaien van emoties als angst voor het onbekende, verdriet, onzekerheid.

Als borstverpleegkundige proberen we ook hier hulp te bieden. Bijvoorbeeld door het begeleiden tijdens de onderzoeken, indien nodig nog iets te verduidelijken, kortom er “zijn” voor de patiënten....

Het is echter voor ons niet altijd mogelijk dit te realiseren maar we kunnen gelukkig vaak beroep doen op de psychologe of de vrijwilligster die eveneens deel uitmaken van ons team.

- ❖ Eenmaal de onderzoeken achter de rug en de resultaten gekend zijn volgt er een tweede consultatie bij de arts om de volgende stap van de behandeling, meestal een operatie, te bespreken. Ook hier wordt de eerste uitleg verschaft door de arts gevolgd door een gesprek met de borstverpleegkundige die alles nog eens doorneemt en indien nodig de gekregen informatie op maat bijstuurt.  
Tijdens dit gesprek kan er, indien gewenst, vermeld worden dat er steeds beroep kan gedaan worden op de psychologe, de sociaal verpleegkundige of een lotgenote. Ik denk hierbij aan de vele vrijwilligers van de zelfhulpgroepen die een belangrijke rol kunnen spelen in het aanvaardings- en verwerkingsproces. Deze mensen weten immers beter dan wie ook wat deze patiënten op dit moment doormaken, voelen...  
Via de borstverpleegkundige kunnen er ook contacten gelegd worden met organisaties zoals de Stichting tegen Kanker en Europa Donna Belgium.
  
- ❖ Tijdens de hospitalisatie blijven we contact houden met de patiënten; elke dag gaat er iemand van ons team langs. De operatie zelf wordt meestal goed verdragen en er bestaat vaak een gevoel van hoop en opluchting, zeker als de eerste resultaten goed zijn.  
We mogen echter niet uit het oog verliezen dat er ook nu weer moet "gewacht" worden op de definitieve resultaten en dat in deze periode de patiënten zullen geconfronteerd worden met de verminking van hun lichaam, de angst om naar de wonde en het litteken te kijken, voor velen een ingrijpend gebeuren.  
Het is dan ook noodzakelijk dat er een nauwe samenwerking heerst tussen de verpleegkundigen van de afdeling, de sociale verpleegkundige, de kinesist(e), de vrijwilligers en het team van de borstverpleegkundigen. Dit maakt het mogelijk om de patiënten een "begeleiding" op maat en naar wens aan te bieden.
  
- ❖ De eerste consultatie na de ingreep betekent opnieuw een confrontatie met gevoelens van angst, onzekerheid en spanning. De arts bespreekt nu, met de patiënt en haar/zijn partner of ander familielid, de definitieve resultaten die uitwijzen of er al dan niet een tweede ingreep of nabehandeling vereist is. De wonde wordt tevens door de arts nagekeken en aansluitend hierop zal de borstverpleegkundige de wondzorg, waaronder het verwijderen van de hechtingen, uitvoeren.  
Ook nu weer gaat er, omwille van de emoties van het moment, vaak veel informatie verloren. Daarom is het opnieuw van het grootste belang dat, aansluitend op de raadpleging van de arts, de borstverpleegkundige samen met de patiënt en haar/zijn

partner alles nog eens rustig doorneemt en indien gewenst, nog wat bijkomende informatie verleent.

❖ Daarna volgen de “follow-up” of “controle” raadplegingen. De frequentie ervan is afhankelijk van de aard en het tijdstip van de ingreep en van de soort borstkanker. Deze momenten zijn opnieuw enorm stressvol, zeker als er voorafgaande onderzoeken zoals een mammografie, een echo van de lever, een radiografie van de longen en een botscan, werden verricht. Het opnieuw wachten, de angst voor het resultaat, de gedachte aan de mogelijkheid van een eventueel herval wegen loodzwaar. Wij, borstverpleegkundigen, zijn ons daar héél goed van bewust en proberen daarom de tijdsperiode tussen het uitvoeren van de onderzoeken en de dag van de raadpleging waarop de resultaten medegedeeld worden, zo kort mogelijk te houden.

❖ Bij het voltooien van de behandeling worden de patiënten vaak geconfronteerd met een gevoel van “verlaten” worden, van te vallen in een “zwart gat”. Maandenlang werden ze omringd door dokters en verpleegkundigen die allen het beste met hen voor hadden en nu vallen die plots weg. Ook voor de buitenwereld moet het nu stilaan gedaan zijn, ben je niet meer ziek maar herstellende...

Er moet dus gezocht worden naar een “nieuw leven”, een “nieuw evenwicht”. Tijdens deze zoektocht is hulp vaak welkom en als borstverpleegkundige kunnen wij andere hulpkanalen aanbieden die kunnen helpen meer greep te krijgen op de nieuwe leefsituatie.

Om de vermoeidheid de baas te worden kan men deelnemen aan revalidatieprogramma's; daar wordt niet alleen aandacht besteed aan de lichamelijke maar ook aan de psychische aspecten ervan.

In geval van spanningsklachten kunnen relaxatie- en/of meditatieoefeningen, ik denk hierbij aan bijvoorbeeld Mindfulnessstraining, de nodige hulp brengen.

En “last but not least”, de waardevolle aanwezigheid en hulp van de vrijwilligers; zij zijn immers het levende bewijs dat je na kanker opnieuw actief in het leven kan staan. De kans is groot dat de kankerpatiënten die op hen beroep doen zich later ook op de een of andere manier gaan inzetten en dit inzien als een nieuwe start.

Wij, borstverpleegkundigen, worden dagelijks geconfronteerd met patiënten die in een situatie van angst, stress en onzekerheid verkeren. Ons doel is dan ook deze patiënten op een humane en empathische manier te benaderen, te begeleiden en zo trachten hen te helpen deze moeilijke periode door te komen.

## Goede en slechte redenen om een borstamputatie uit te voeren

Dr. Birgit **Carly**

Borstchirurge, Borstkliniek UMC St. Pieter, Brussel

Vice Voorzitster Koninklijk Belgisch Genootschap Heelkunde

European Delegate Europa Donna Belgium

Tot in de jaren tachtig was de chirurgische standaardbehandeling voor een vrouw met borstkanker een borstamputatie. Dank zij Umberto Veronesi in Italië en Fisher in de Verenigde Staten veranderde dit. Door groots opgezette studies toonden zij aan dat de overleving van een vrouw met een vroegtijdig stadium van borstkanker dezelfde was na borstamputatie als na borstsparende heelkunde. Toch beef de medische wereld lang sceptisch en had slechts 10 tot 45% van de vrouwen met vroegtijdige borstkanker recht op een borstsparende heelkunde in de laatste 20 jaar!

De Belgische richtlijnen stellen duidelijk dat de vrouwen met vroegtijdige borstkanker de keuze moeten hebben tussen borstsparende heelkunde, gevolgd door radiotherapie of borstamputatie met directe reconstructie, gezien de overlevingskansen dezelfde zijn en dit mits correcte informatie aan de patiënte. Toch krijgen nog te veel vrouwen dat zinnetje te horen van hun arts: "We nemen uw borst weg, mevrouw, zo zijn we zeker dat het nooit meer terug komt...". Dit is dus foute informatie!

Artsen stellen soms liever een borstwegname met reconstructie voor om bestraling te vermijden. Bestraling duurt inderdaad 6 weken en vergt dus veel energie van de patiënte zelf en haar omgeving, die moet instaan voor het vervoer. Maar wegen 6 weken stralen op tegen een borstamputatie? En is een borstreconstructie beter dan een eigen borst? Alleen de vrouw zelf kan die keuze maken, wat zeker niet gemakkelijk is en studies hebben aangetoond dat vrouwen wel degelijk inspraak willen in de behandelingskeuze, maar die niet altijd krijgen!

Vooraf Amerikaanse studies tonen aan dat oudere vrouwen, vrouwen uit minder bevoordeelde en lagere socio-economische milieus, vrouwen uit agrarische streken en niet blanke vrouwen een verhoogd risico hebben op borstamputatie. Misschien wordt met hun keuze minder

rekening gehouden of zijn ze minder mondig om hun visie te verdedigen? Dit zijn dus allemaal slechte redenen tot borstamputatie, zonder enige wetenschappelijke waarde.

Ook grotere tumoren, waarvoor een borstamputatie de enige keuze is zonder voorafgaandelijke systemische behandeling, is dus geen indicatie meer tot borstamputatie. De internationale richtlijnen zeggen duidelijk dat chemotherapie voor de chirurgie van grotere tumoren een veilige optie is. In de helft van de gevallen kan, na deze chemotherapie, een borstsparende heilkunde gebeuren. En dat is dan toch het proberen waard!

Maar naast die slechte redenen om een borstamputatie uit te voeren, bestaan er jammer genoeg nog steeds goede redenen om een borstamputatie voor te stellen: inflammatoire borstkanker, multicentrische borstkanker, vroegere bestraling op de thoraxwand, uitgebreide microcalcificaties in de borst op mammografie en een zwangerschap in het eerste en tweede trimester blijven onverbiddelijk redenen voor borstamputatie. Een borstamputatie is hier noodzakelijk om een betere kans op leven te hebben, maar die groep is vandaag zeker de minderheid!

Waar mogelijk moeten de artsen er alles voor doen om die borsten te sparen.

## Voeding tijdens en na kanker

Mevr Myriam **Van San**  
diëtiste

(Tekst niet ontvangen)





