

# Borstkankerzorg individueler met meer aandacht voor kwaliteit van leven

Breast cancer care more personalized with more attention for quality of life

drs. T. van Vegchel<sup>1</sup>, dr. C.H. Smorenburg<sup>2</sup>, drs. D. Hairwassers<sup>3</sup>, prof. dr. L.J. Boersma<sup>4</sup>, dr. A.I.M. Obdeijn<sup>5</sup>, dr. M.J.C. van der Sangen<sup>6</sup>, dr. L.J.A. Strobbe<sup>7</sup>, G.M. Smit-Hoeksma, MANP<sup>8</sup>, dr. A.H. Honkoop<sup>9</sup>

## SAMENVATTING

In Nederland wordt jaarlijks bij ongeveer 15.000 vrouwen (en 120 mannen) de diagnose invasieve borstkanker gesteld en bij ongeveer 2.300 de diagnose in-situ-carcinoom. Borstkanker is in Nederland de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen.

Richtlijnen met betrekking tot borstkanker bestaan al geruime tijd in ons land. In 2000 verscheen allereerst de richtlijn over screening en diagnostiek. Twee jaar later, in 2002, volgde de eerste landelijke multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van borstkanker. In 2008 zijn de screenings- en behandelingsrichtlijn samengevoegd. De laatste volledige revisie van de richtlijn vond in 2012 plaats. Door alle nieuwe inzichten is enkele jaren geleden op initiatief van de NIV en het NABON en met ondersteuning van IKNL een revisietraject in vier delen gestart. Het laatste deel is op dit moment in de commentaarfase, de overige drie zijn reeds gepubliceerd. De revisie is uitgevoerd door een werkgroep bestaande uit afgevaardigden van meerdere wetenschappelijke en beroepsverenigingen, het NABON en Borstkankervereniging Nederland.

(NED TIJDSCHR ONCOL 2019;16:144-5)

## SUMMARY

In the Netherlands, approximately 15,000 women (and 120 men) are diagnosed with invasive breast cancer each year. Approximately 2,300 cases of an in situ carcinoma are registered. Breast cancer is the most common cancer in women in the Netherlands. Guidelines regarding breast cancer have existed in our country for some time. In 2000, the screening and diagnostics guideline first appeared. Two years later, in 2002, the first national multidisciplinary guideline for the treatment of breast cancer followed. In 2008 the screening and treatment guidelines were merged and revised in 2012. Due to all new developments and insights, a revision process in four parts was started a few years ago at the initiative of the NIV and NABON and with the support of IKNL. The last part is currently in the commenting phase, the remaining three have already been published. The revision was carried out by a working group consisting of mandated representatives from several scientific and professional associations, NABON and the breast cancer patient association.

<sup>1</sup>klinisch informaticus, afdeling Zorginnovatie, IKNL Utrecht, procesbegeleider, <sup>2</sup>medisch oncoloog, NKI-AvL, voorzitter richtlijncommissie, <sup>3</sup>gezondheidswetenschapper, belangenbehartiger, Borstkankervereniging Nederland, <sup>4</sup>radiotherapeut-oncoloog, MAASTRO Clinic, <sup>5</sup>radioloog, Erasmus MC, <sup>6</sup>radiotherapeut-oncoloog, Catharina Ziekenhuis, <sup>7</sup>chirurg-oncoloog, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, <sup>8</sup>verpleegkundig specialist mammacare, Dijklander Ziekenhuis, <sup>9</sup>medisch oncoloog, Isala, voorzitter NABON.

Correspondentie graag richten aan de procesbegeleider: dhr. drs. T. van Vegchel, klinisch informaticus, IKNL, locatie Utrecht, Postbus 19079, 3501 DB Utrecht, tel.: 06 54 93 34 24, e-mailadres: t.vanvegchel@iknl.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: de revisie van de richtlijn is tot stand gekomen door ondersteuning vanuit SKMS.

**Trefwoorden:** borstkanker, gedeelde besluitvorming, revisie, richtlijn

**Keywords:** breast cancer, clinical practice guideline, shared decision making, update

ONTVANGEN 26 APRIL 2019, GEACCEPTEERD 6 MEI 2019.

## BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN

“We zijn duidelijk op weg naar een beleid van meer individuele behandeling, met minder behandeling als het kan en alleen meer als het echt nodig is”, zegt Carolien Smorenburg, voorzitter van de richtlijnwerkgroep en werkzaam als internist-oncoloog in het Antoni van Leeuwenhoek.

De belangrijkste wijzigingen zijn:

- Er is meer aandacht voor individualisering van diagnostiek, behandeling en nazorg.
- Er ligt meer nadruk op gedeelde besluitvorming.
- De screeningsadviezen zijn uitgebreid voor nieuwe mutaties in borsttumoren (onder meer *CHEK2* en *PALB2*).
- De beeldvorming, zowel bij screening, diagnostiek, stadiering als responsmonitoring is aangepast, ook bij zwangere vrouwen.
- De behandelingsmogelijkheden bij DCIS en laag risico invasief carcinoom zijn aangepast, waarbij niet of minder behandelen vaker een mogelijkheid is.
- Het locoregionale beleid is in meerdere fasen van behandeling uitgebreid herzien. De indicaties voor een okselklierdissectie zijn afgezwakt; radiotherapie wordt specifiek gegeven en er zijn meer individuele mogelijkheden opgenomen.
- Het NABON-NVMO-standpunt aangaande genexpressietesten is opgenomen.
- De indicaties voor systemische therapie (vooral de afkappaarden voor een ongunstige N0-tumor) zijn aangepast.
- Het aantal beschikbare middelen bij systemische therapie is uitgebreid, zowel bij neoadjuvante, adjuvante als in de gemetastaseerde setting.
- Een aantal predictiemodellen is in de richtlijn opgenomen.
- Het preventief weghalen van de eierstokken (ovariëctomie) als onderdeel van endocriene therapie wordt niet meer aanbevolen als eerste keus, omdat dit ingrijpende en onomkeerbare effecten heeft.
- Er worden aanbevelingen gedaan voor het systemisch beleid bij recidief.
- In de richtlijn staan voor het eerst ook interventies in geval van seksuele problemen en vermoeidheid.
- Ook is er aandacht voor de impact van kanker op het gezinsleven.
- De hoofdstukken betreffende borstkanker bij mannen, zwangerschap en fertiliteit zijn geheel herschreven.

“In veel meer situaties is expliciet toegevoegd: overleg samen met de patiënt. Dat is belangrijke winst”, aldus Désirée Hairwassers, patiëntenbelangenbehartiger namens Borstkankervereniging Nederland en betrokken bij de totstandkoming

van de richtlijn. “Het zijn de momenten waarop de arts de vraag moet stellen: wat is belangrijk in uw leven? De één grijpt ieder procentje extra kans op overleving aan, ook al heeft dat grote invloed op zijn of haar stemming, energieniveau of seksleven. Een ander maakt een andere keus. Daar kun je geen algemene aanbeveling voor doen.”

## MODULAIR REVISEREN

Reviseren van een richtlijn kost tijd, zeker als het een uitgebreid onderwerp als borstkanker betreft. Er zijn veel partijen die bevestigd moeten worden naar de relevante onderwerpen die aanpassing behoeven. Literatuuronderzoek, schrijven, consulteren, aanpassen en autoriseren zijn ingewikkelde en langdurige processen.

Modulaire revisie heeft als voordeel dat het relatief snel kan.<sup>1</sup> De tijdswinst heeft te maken met de efficiëntere manier van werken. Met een bestaande zoekstrategie met enkel verruiming van de gegevens en het aanpassen van bestaande teksten in de reeds bestaande modules is aanpassing in beperkte tijd mogelijk. De huidige modulaire revisie heeft echter langer geduurd dan aanvankelijk verwacht. De belangrijkste reden is dat er nog geen losse modules beschikbaar waren; er was immers sprake van één grote richtlijn. Gedurende het project is gekeken welke onderwerpen gegroepeerd konden worden aangepast. Zo werd wel voldaan aan het andere voordeel van modulair reviseren, namelijk dat reeds gereed zijnde modules niet hoeven te wachten totdat de gehele richtlijn gereed is. Er hoeft slechts te worden gewacht totdat modules die bij elkaar hoorden, zoals ‘beeldvorming’ of ‘locoregionale behandeling van DCIS’ gereed waren voor de commentaar- en autorisatieronde.

## HOE NU VERDER

De ontwikkelingen op het gebied van borstkanker gaan snel. De richtlijnwerkgroep blijft daarom in stand en verzamelt mogelijke onderwerpen voor revisie. De richtlijnwerkgroep is een werkgroep van het NABON en is gemandateerd voor het beoordelen van de actualiteit, het prioriteren van onderwerpen en het daadwerkelijk (laten) uitvoeren van het benodigde onderhoud. Voor onderwerpen waarvoor specifieke of extra expertise gewenst is, kan de richtlijnwerkgroep experts betrekken voor tijdelijke aanvulling op de reeds aanwezige expertise en voor nadere input.

## REFERENTIE

1. [https://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/Richtlijndatabase\\_algemeen/Procedure\\_modulair\\_onderhoud\\_Raad\\_Kwaliteit\\_september\\_2015.pdf](https://richtlijndatabase.nl/uploaded/docs/Richtlijndatabase_algemeen/Procedure_modulair_onderhoud_Raad_Kwaliteit_september_2015.pdf)