Borstkankerscreening in de huisartsenpraktijk bij patiënten met familieleden met borstkanker

Haio: PROVINCIAEL Pieter , U.A.
Promotor: VAN HAL Guido , U.A.
Praktijkopleider: SPINNEWIJN Bram , STOFFELEN Hilde

Context: In de huisartsenpraktijk heerst er onduidelijkheid bij artsen over de toepassing van het borstkankerscreeningsbeleid, met name bij familiaal belaste vrouwen en bij vrouwen die met ongerustheid kampen betreffende borstkanker.

Onderzoeksvraag: Hierdoor hebben we binnen het kader van deze masterthesis volgende onderzoeksvragen onderzocht: ‘Waarom, wanneer en op welke manier wordt er afgeweken van normale borstkankerscreening bij vrouwen tot en met 69 jaar in de huisartsenpraktijk? Wordt er gebruik gemaakt van de Domus Medica richtlijn over borstkankerscreening en biedt deze voldoende handvaten om de vragen van patiënten te beantwoorden in de praktijk?’

Methode: De studie betreft een verkennend prospectief onderzoek waarbij de onderzoeksvragen werden getest door middel van een semigestructureerd kwalitatief interview bij tien huisartsen (in opleiding; HAIO). Hierbij werd een topiclijst bestaande uit drie hoofdvragen met in totaal 25 subvragen als leidraad gehanteerd. Tevens werden de richtlijnen van de Gezondheidsgids en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE 172A rapport), alsook een eerste draft van de in deze studie voorgestelde aanpassingen aan de Domus Medica steekkaart van borstkankerscreening besproken.

Resultaten: Het interview werd afgenomen bij acht huisartsen en twee HAIO’s uit vijf verschillende praktijken. De voornaamste reden waarom er afgeweken wordt van de normale borstkankerscreening is vanwege ongerustheid van de patiënt en/of arts vanwege een familiale belasting. Dit enerzijds omwille van een doelbewuste keuze van de arts en anderzijds omdat de Domus Medica richtlijn en steekkaart onvoldoende handvaten biedt, voornamelijk betreffende de ‘matig verhoogde’ risicogroep dewelke niet opgenomen is in de flowchart. In de praktijk wordt daardoor vaak een beleid bepaald op basis van eigen klinische ervaring of verschillende richtlijnen, met diagnostische mammografie met echografie als meest voorgeschreven types beeldvorming bij familiaal belaste patiënten. Om een risico-indeling te maken werd de richtlijn van de Gezondheidsgids het meest positief onthaald, verder waren de artsen unaniem positief over de draft versie van de aangepaste flowchart. Tot slot is belangrijk te vermelden dat uit dit onderzoek bleek dat nadelen van (over)screening zelden besproken worden met de patiënt. Op basis van de resultaten uit de interviews werd de flowchart uit de Domus Medica steekkaart over borstkankerscreening aangepast met als belangrijkste toevoeging de ‘matig verhoogde’ risico groep. Verder werd de tabel uit de Gezondheidsgids, met de ‘hoog risico’ kenmerken uit de Domus Medica richtlijn en het KCE 172A rapport gecombineerd als tool voor de risico-indeling. Tot slot werden twee additionele pagina’s toegevoegd aan de steekkaart om het correcte gebruik van de verschillende types beeldvorming te omschrijven, alsook de voor- en nadelen van screening. Op deze manier verschaft de steekkaart de arts meer informatie die tot een vermindering van onnodige of foutieve beeldvorming kan leiden en gebruikt kan worden om de patiënt een geïnformeerde keuze te laten maken.

Conclusie: Dit onderzoek heeft aangetoond dat er onduidelijkheid heerst over het te volgen beleid bij borstkankerscreening, vooral bij patiënten met familieleden met borstkanker, waarbij de Domus

Medica steekkaart onvoldoende handvaten biedt om patiënten te adviseren. Verder kwam naar voren dat er vaak echografie toegevoegd wordt aan screening, wat in de richtlijnen niet geadviseerd wordt en dat de nadelen van screening zelden besproken worden. Er werd een aangepaste steekkaart ontwikkeld die hier een alternatief voor kan bieden.