



BORSTKLINIEK

What's in a name?

BORSTKLINIEK, what's in a name?

- Chronologie en perceptie
- Positionering AZ West in BK landschap
- Doorlichten KCE rapport
- BK: werking en uitdaging(en)
- BK in de praktijk: casuïstiek, met commentaar en illustratie
- BK en oncocoach

16 maart 2023: mediastorm Borstklinieken

NIEUWS SPORT SHOWBIZZ NINA REGIO VIDEO PUZZEL PODCAST  ABONNEREN 

Opinie Geld Eten Tech Mobiliteit Gezondheid Woon Reizen **Wetenschap & Planeet** Bizar

Illustratiebeeld. © getty

KCE: “Patiënten in borstkankercentra zonder erkenning hebben lagere overlevingskans”

Patiënten die zich laten behandelen in een borstkankercentrum zonder erkenning hebben een "verontrustend hoger risico" om te overlijden in vergelijking met vrouwen die in een coördinerende borstkliniek worden behandeld. Dat concludeert een nieuwe studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).

IB 16-03-23, 00:35 Laatste update: 16-03-23, 02:24 Bron: BELGA



"Er is wel degelijk een verschil tussen borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning", zegt het KCE na een studie bij 50.000 vrouwen, in samenwerking met de Stichting Kankerregister. De studie toont aan dat het risico om aan borstkanker te sterven 30 procent hoger ligt bij vrouwen die behandeld worden



ADVERTENTIE

Hoeveel kost een traplift?

Vergelijk Portaal



ADVERTENTIE

Hospitalisatieverzekering vanaf €6,83/maand zonder grensbedrag.

Helan Ziekenfonds

Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) onderstreept in de Kamer. Het opstellen van een behandelplan voor borstkanker en eventuele chirurgie zullen binnenkort enkel nog terugbetaald worden als ze binnen een van de 72 erkende borstklinieken plaatsvinden.

SVM 16-03-23, 17:36 Bron: Belga



De beslissing volgt op een studie van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Daaruit blijkt dat borstkankerpatiënten die niet in een erkende borstkliniek worden behandeld fors meer kans hebben om te overlijden in vergelijking met vrouwen die wél een behandeling krijgen in een erkend borstkankercentrum.

Lees ook



Vrouwen met borstkanker lopen in sommige ziekenhuizen 44% meer risico om te sterven: naar welk ziekenhuis ga je het best?



borstkliniek ktanten



16 mrt 2023 — Het is een verplichting dat er in elk net een erkende borstkliniek aanwezig is, dus ook in de provincie Luxemburg.



kw.be

https://kw.be > samenleving > gezondheid > ziekenhuis

Enkel in deze 9 erkende borstklinieken wordt behandeling ...

16 mrt 2023 — Negen van onze ziekenhuizen hebben een erkende **borstkliniek**: AZ Sint-Jan campus Brugge, Jan Yperman Ziekenhuis in Ieper, AZ Sint-Lucas in Brugge ...



radio1.be

https://radio1.be > luister > select > de-ochtend > beha...

Behandeling borstkanker in niet-erkende borstkliniek zal niet ...

Wie zich voor borstkanker laat behandelen buiten een erkende **borstkliniek**, zal daarom in de toekomst niet meer kunnen rekenen op een terugbetaling door de ...



standaard.be

https://www.standaard.be > cnt > dmf20230315_97619393

Overlevingskans is hoger na behandeling in erkende ...

16 mrt 2023 — Een behandeling voor borstkanker wordt alleen nog terugbetaald in een erkende **borstkliniek**. Dat heeft minister Frank Vandenbroucke besloten.





wablief.be

https://www.wablief.be > krant > binnenland > studie-...

Studie naar borstkanker verrast - Wablief

20 mrt 2023 — Krijg je borstkanker? Kies dan voor een behandeling in een erkende

[Raadpleeg een arts](#) >[Ons zorgaanbod](#) >[Bereikbaarheid](#) [Contact](#) [Home](#) > [Nieuws](#) > [Reactie op KCE-studie borstkliniek](#)

Reactie op KCE-studie borstkliniek

 [Algemeen](#)  [Medisch nieuws](#)

vrijdag, 17 maart, 2023

Achtergrond borstkliniek az West

Als we even teruggaan in de tijd, dan zien we dat az West al de werking van een borstkliniek hanteert sinds 2001, m.a.w. al van voor de wetgeving rond borstklinieken bestond. Vandaar hanteren wij toen en nog steeds de benaming borstkliniek, alhoewel wij inderdaad niet beschikken over de officiële erkenning. Toen de wetgeving er kwam, hebben wij meermaals geprobeerd deze erkenning te krijgen, maar als klein ziekenhuis voldeden wij toen niet aan alle criteria. Toch zijn wij zonder erkenning blijven werken zoals een satellietcentrum dat doet, maar zonder de financiering ervoor. Dit enkel en alleen omdat wij geloven in de meerwaarde van onze activiteit voor de patiënten uit onze streek.

Hoe werkt de borstkliniek in az West

We voeren de basiszorg oncologie uit op onze site zoals die voorgeschreven staat in het zorgprogramma. Dit alles mogen we wettelijk gezien doen. Voor de meer gespecialiseerde zorg (bv. radiotherapie) werken we samen met het coördinerend centrum van AZ Sint-Jan Brugge Oostende.

In 2019 is medisch oncoloog dr. Vroman in dienst gekomen, wat voor een evolutie gezorgd heeft in ons oncologisch centrum. Ondertussen beschikken wij wel over alle gevraagde criteria om de erkenning als borstkliniek te behalen. We hebben de nodige artsen in dienst met een bijzondere beroepstitel in de oncologie en kunnen ook de gewenste volumes op vlak van aantal



PERSBERICHT

Veurne, 17 maart 2023

GEEN WETTELIJKE ERKENNING WEL KWALITATIEVE ZORG IN BORSTKLINIEK AZ WEST

Reactie op KCE-studie "Borstkankerzorg in centra met en zonder erkenning voor borstkanker – er is wel degelijk een verschil!"

Achtergrond borstkliniek az West

Als we even teruggaan in de tijd, dan zien we dat az West al de werking van een borstkliniek hanteert sinds 2001, m.a.w. al van voor de wetgeving rond borstklinieken bestond. Vandaar hanteren wij toen en nog steeds de benaming borstkliniek, alhoewel wij inderdaad niet beschikken over de officiële erkenning. Toen de wetgeving er kwam, hebben wij meermaals geprobeerd deze erkenning te krijgen, maar als klein ziekenhuis voldeden wij toen niet aan alle criteria. Toch zijn wij zonder erkenning blijven werken zoals een satellietcentrum dat doet, maar zonder de financiering ervoor. Dit enkel en alleen omdat wij geloven in de meerwaarde van onze activiteit voor de patiënten uit onze streek.

Hoe werkt de borstkliniek in az West

We voeren de basiszorg oncologie uit op onze site zoals die voorgeschreven staat in het zorgprogramma. Dit alles mogen we wettelijk gezien doen. Voor de meer gespecialiseerde zorg (bv. radiotherapie) werken we samen met het coördinerend centrum van AZ Sint-Jan Brugge Oostende.

Chronologie

- 16/3/23: borstkliniek mediastorm
- **30 tot 44% meer kans om te sterven** in niet erkende centra
- Column 'oneigenlijk' gebruik term Borstkliniek door AZ West
- Geen inzicht in rapport

- Pas 17/3/23: lijvig KCE rapport beschikbaar ZH
- 17/3/23: crisisvergadering en perscommuniqué AZ west

- 16/3 en later:
 - bezorgde telefoons pten
 - Bezorgdheid team en medewerkers
 - Gevolgen?

Communicatie IMPACT publiek

Kranten voorpagina nieuws
VTM, VRT prime time

columns kranten
mening experts

Lobbying organisaties

Perscommuniqué AZ West

Info pten en familie
Info HA

Wetenschappelijke avond HA

GROOT

Impact perceptie grote publiek,
patiënten, familie, artsen, VPK, ...

Beperkt



BORSTKLINIEK, what's in a name?

Negatieve perceptie gecreëerd
Moeilijk recht te trekken

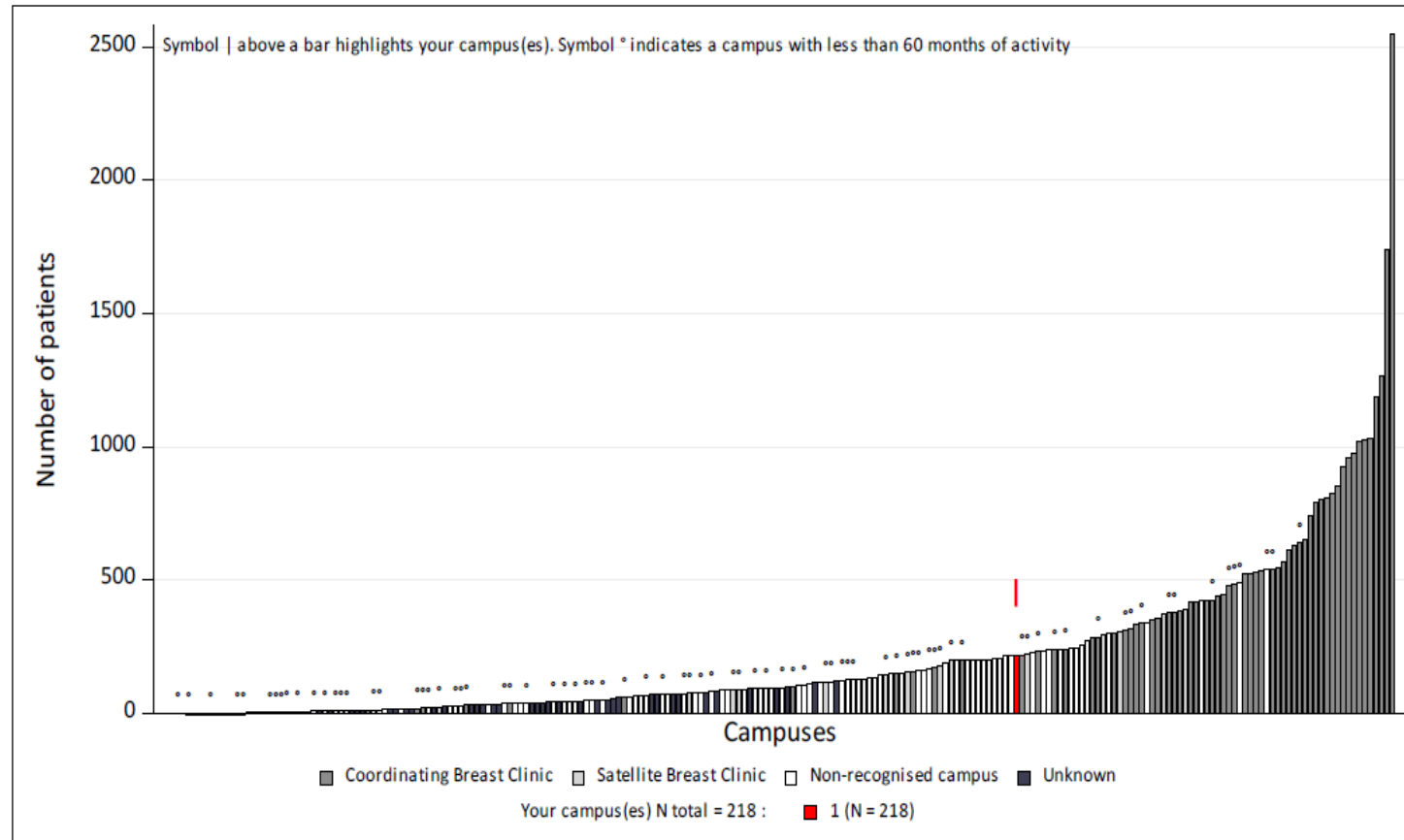
kwaliteit BK AZ West illustreren
KCE doorlichten: 'positie' AZ West



Nadruk op kwalitatieve zorg in eigen streek

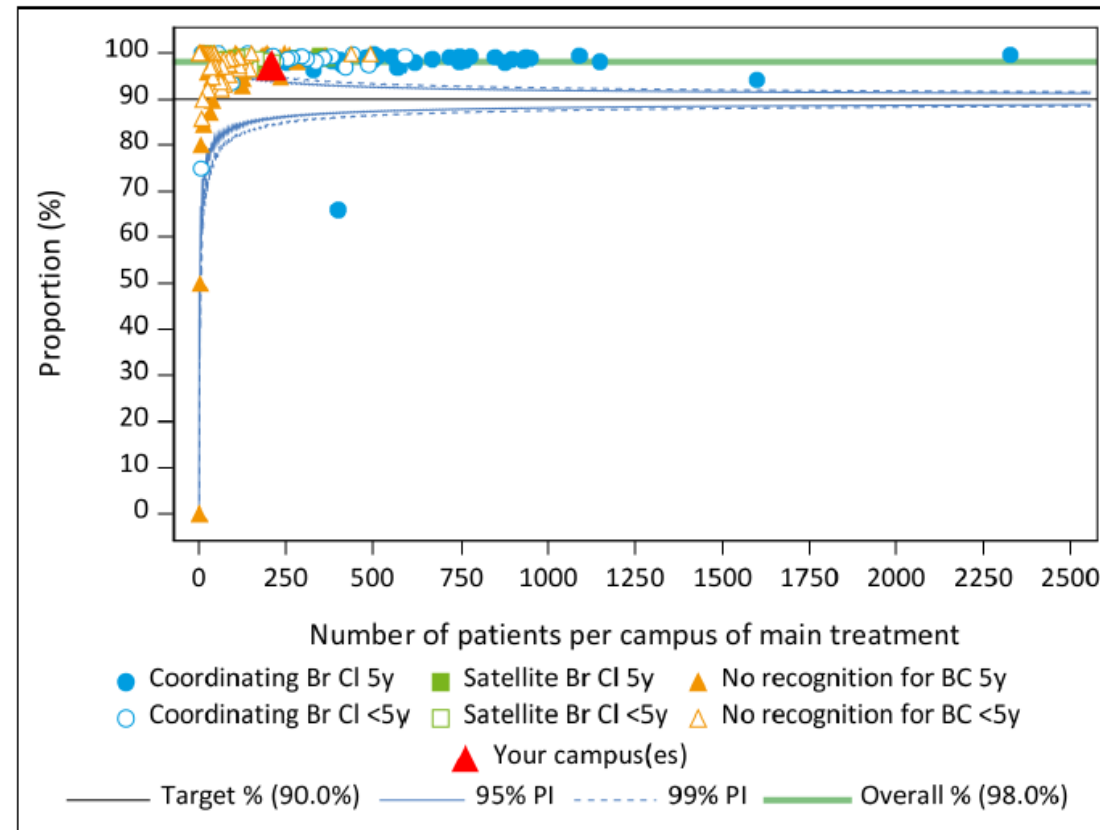
KCE rapport

Figure 4: Volume of the study population for all Belgian campuses, by campus of main treatment



KCE rapport: kwaliteitsindicatoren

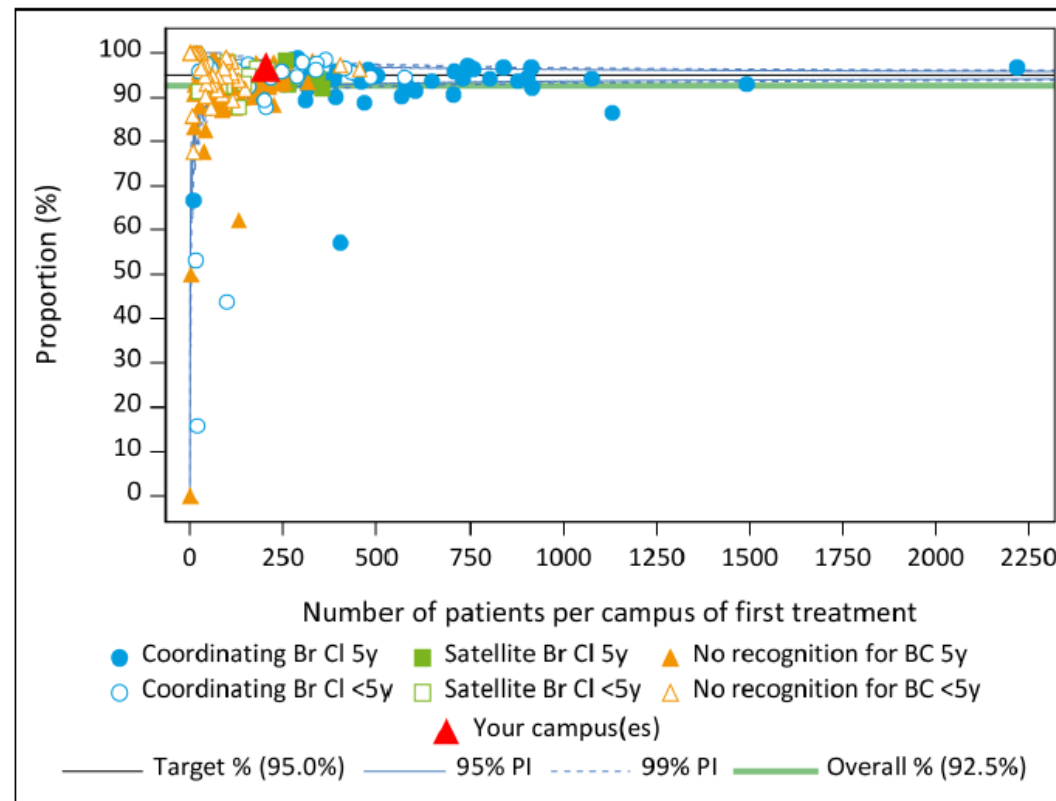
Figure 18: Proportion of women with invasive breast cancer with histological or cytological assessment before any treatment, by campus of main treatment



Note: there were 182 units of analysis reported in the funnel plot, 25 of them having less than ten patients in denominator. One unit was situated below the 99% prediction interval, while 108 were situated above the 99% prediction interval. 2 080 patients, who could not be assigned to a campus of first treatment, were not represented in the funnel plot.

KCE rapport: kwaliteitsindicatoren

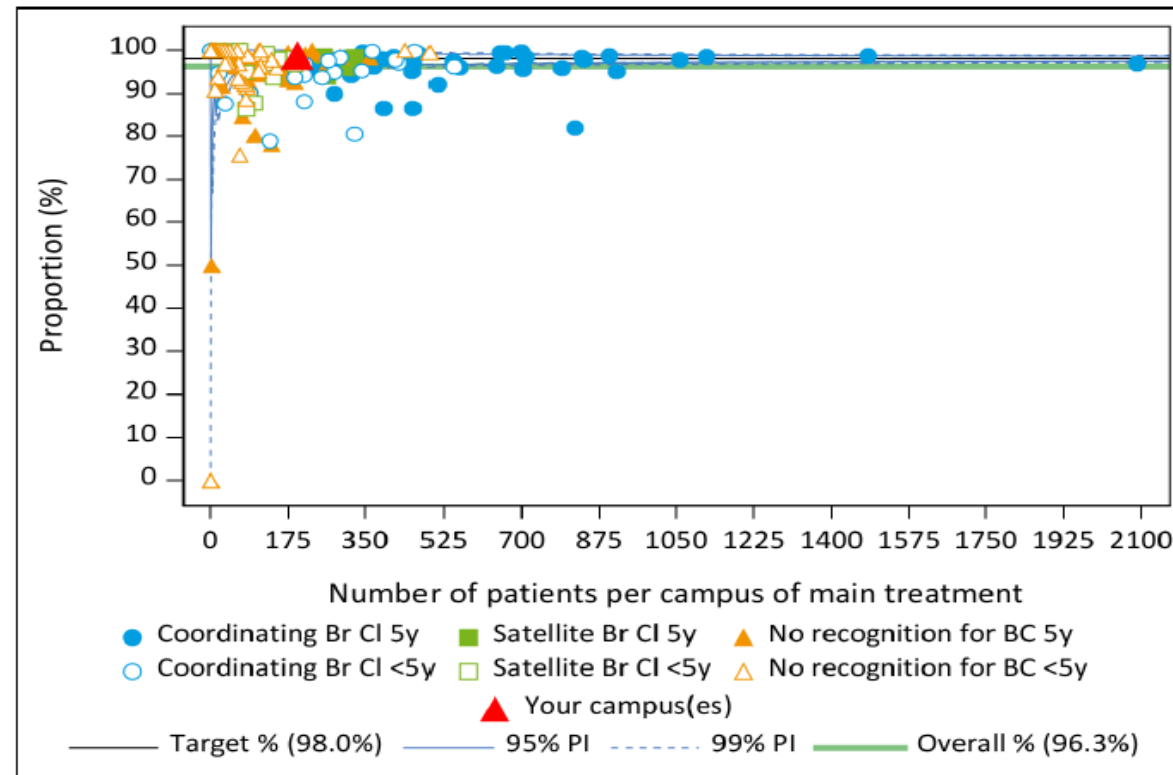
Figure 19: Proportion of women with invasive breast cancer with mammography and breast sonography before any treatment, by campus of first treatment



Note: there were 184 units of analysis presented in the funnel plot, of which 20 had less than 10 patients in the denominator. An open plot symbol is used when the recognition status or the number of beds changed during the 5-year study period. 3 304 patients for whom the campus could not be identified, are not represented in the funnel plot.

KCE rapport: kwaliteitsindicatoren

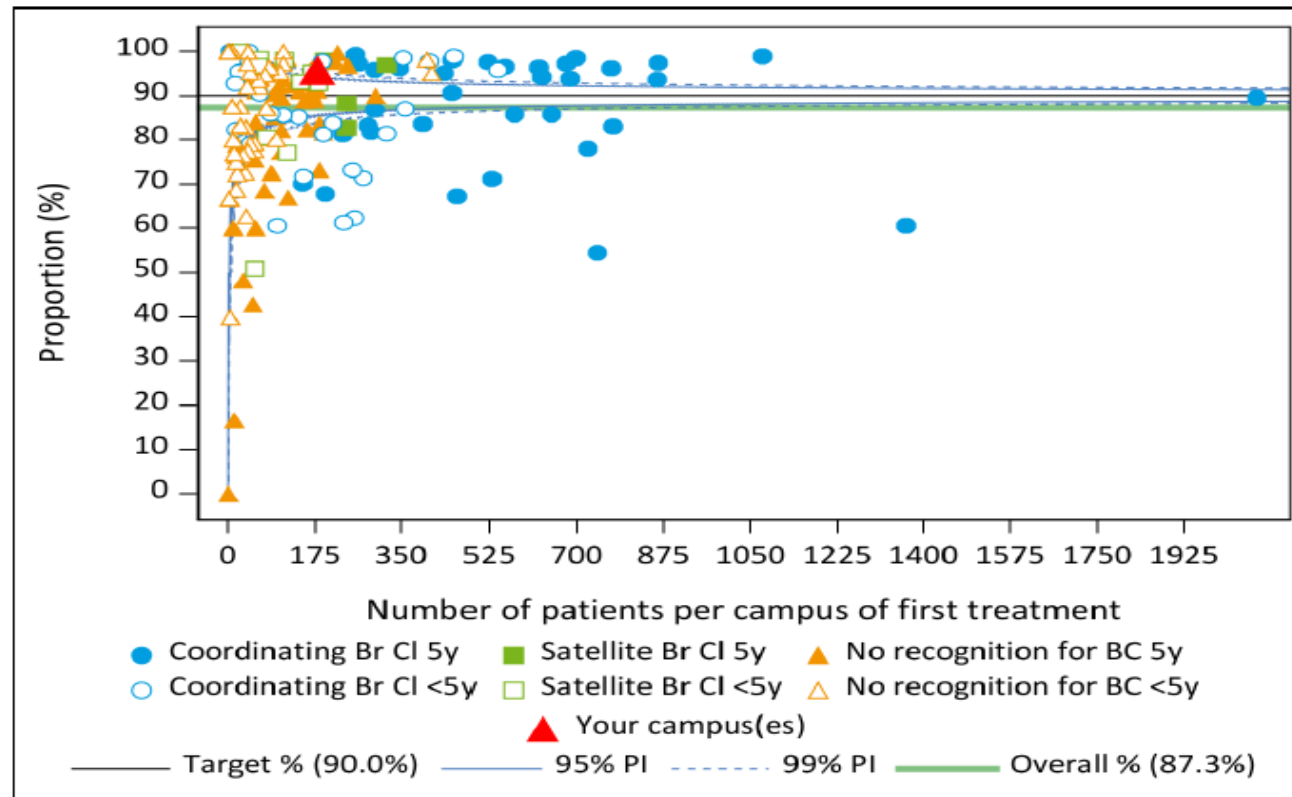
Figure 12: Proportion of women with invasive breast cancer who had surgery, for whom the (y)pTNM stage is reported to the BCR, by campus of main treatment



Note: there were 175 units of analysis reported in the funnel plot, including 21 units with less than ten patients in denominator. 38 out of 175 units were situated below the 99% prediction interval. 60 patients, who could not be assigned to a campus of main treatment, are not represented in the funnel plot.

KCE rapport: kwaliteitsindicatoren

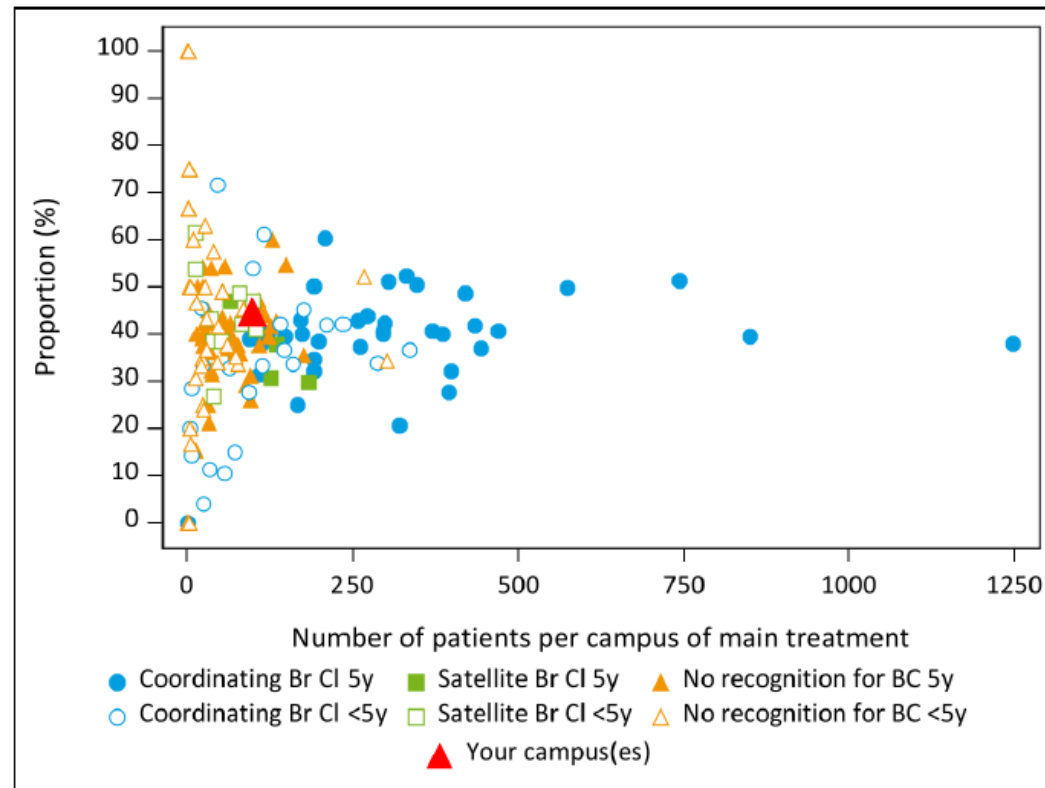
Figure 14: Proportion of women with invasive breast cancer for whom first treatment was initiated within 6 weeks (42 days) of incidence, by campus of first treatment



Note: there were 178 units of analysis reported in the funnel plot, 19 of them having less than ten patients in the denominator. 43 out of 178 units were situated below the 99% prediction interval. 1 717 patients, who could not be assigned to a campus of first treatment, were not represented in the funnel plot.

KCE rapport: kwaliteitsindicatoren

Figure 29: Proportion of women <70 years old with invasive breast cancer (M0) who received adjuvant chemotherapy within 4 months after surgery, by campus of main treatment



Note: there were 162 units of analysis presented in the scatter plot, of which 23 units had less than 10 patients in the denominator. An open plot symbol is used when the recognition status or the number of beds changed during the 5-year study period. 22 patients for whom the campus could not be identified, are not represented in the scatter plot.

KCE rapport: kwaliteitsindicatoren

Figure 30: Proportion of women <70 years old with invasive breast cancer (M0) who received adjuvant endocrine therapy within 9 months after surgery, by campus of main treatment

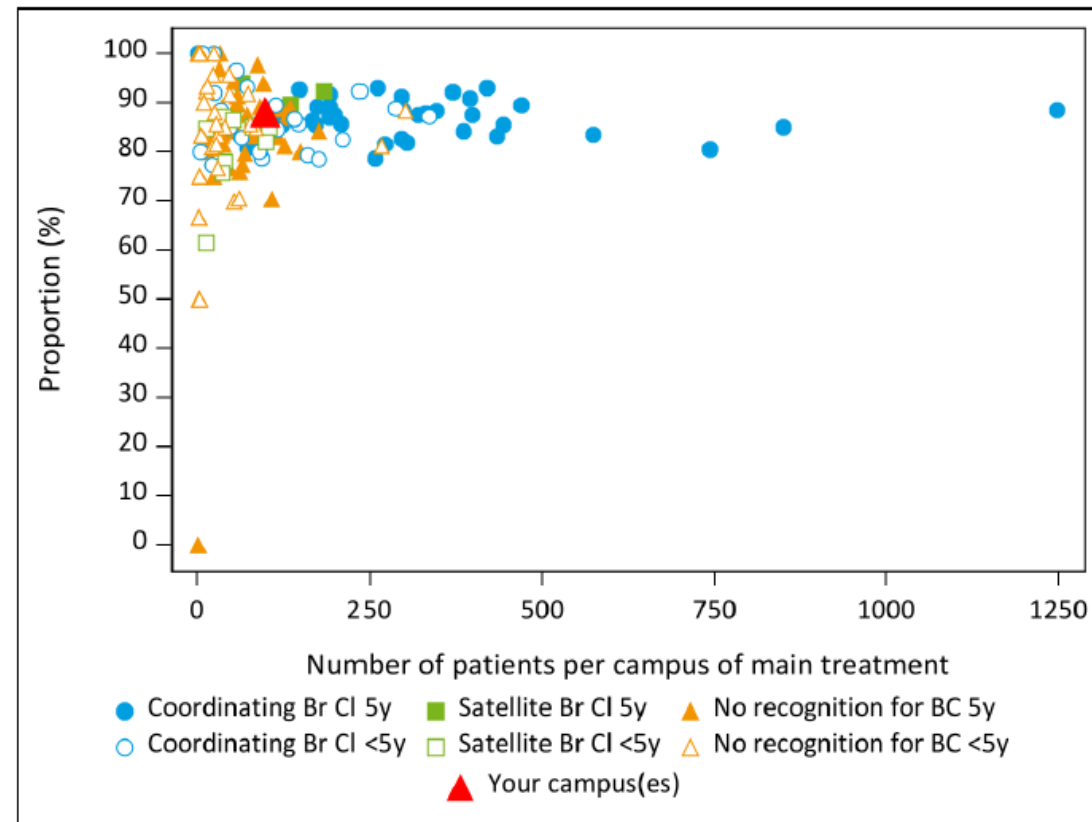


Figure 40: Unadjusted 10-year observed survival probability for patients diagnosed with invasive breast cancer assigned to your hospital on the basis of m

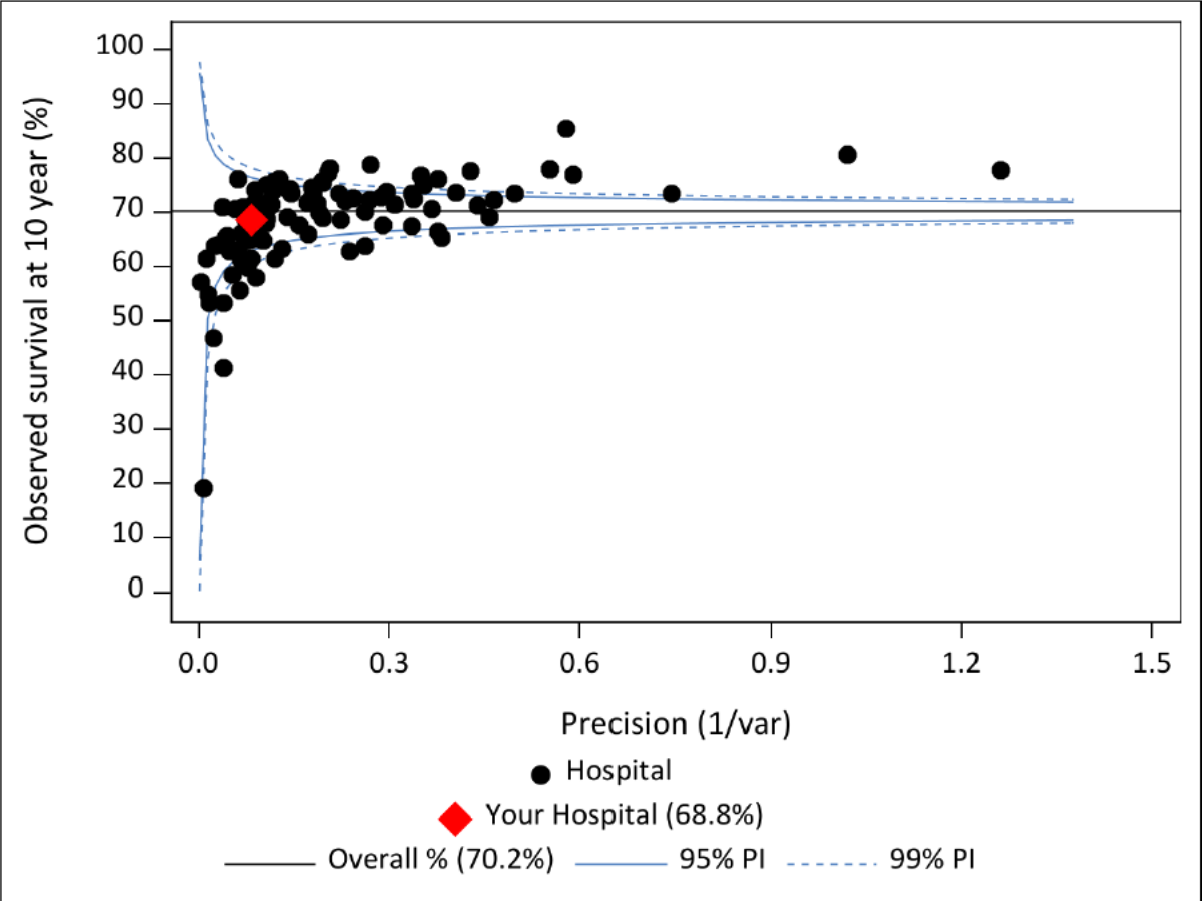
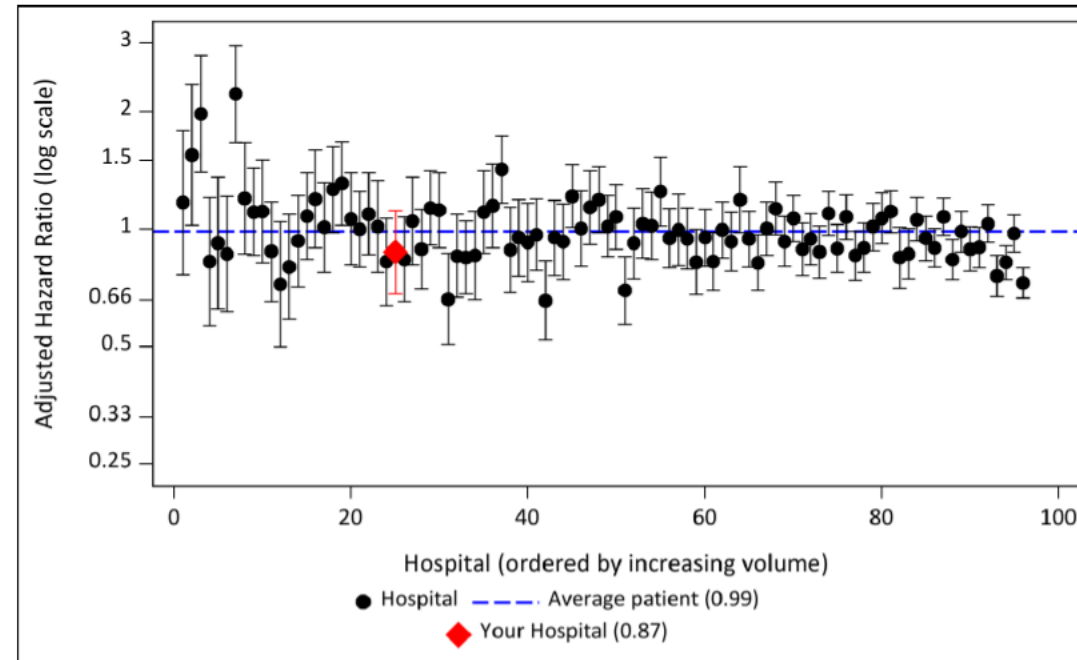


Figure 41: Case-mix adjusted hazard ratio for all-cause death in patients with non-metastatic invasive breast cancer assigned to your hospital on the basis of main treatment



Hazard ratios were determined over the [0,10] year survival time interval. A minimum hospital size of 40 assigned patients was applied, with size referring to the number of patients available for the analysis. For 96 hospitals the adjusted HR could be obtained. The hazard ratios were adjusted for age at diagnosis, WHO score, number of previous hospital bed days, cardiovascular disease, respiratory disease, diabetes, combined tumour stage, differentiation grade. Value 1.0 represents the average hospital and the dashed blue line is the HR for the average patient (which equals the weighted sum of all hospitals HR, with the number of patients per hospital as weight). The hospitals are ranked according to the number of patients assigned to them: from smallest (left) to largest (right). A HR which is lower than 1.0, indicates a lower hazard (or instantaneous risk) to die, and thus a higher survival. When the vertical lines, which represent the 95% CI on the hospital HR, include value 1.0 (dashed line), the HR of that hospital is not statistically significantly different from the average hospital (average patient).

Borstkliniek AZ WEST

- 30 tot 44 % meer overlijdensrisico?
- Relatief versus absoluut risico!
- 'cut off' beoordeling 'verkeerd' gehanteerd?
 - Debat:
 - erkende vs niet erkende
 - Performant vs minder performant

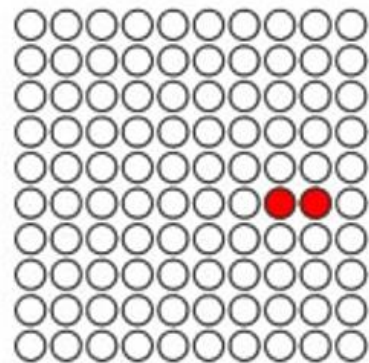


Absoluut vs Relatief Risico

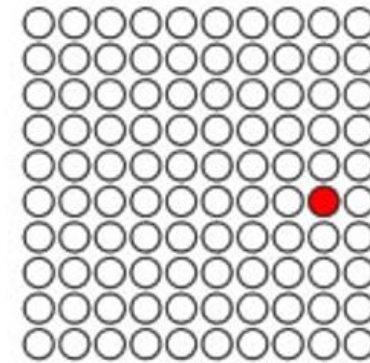
Example

If you **didn't** take aspirin, your risk of having a heart attack was **2%** over 5 years.

If you **did** take aspirin, your risk of having a heart attack was **1%** over 5 years.



A 2 in 100 chance if you don't take aspirin.

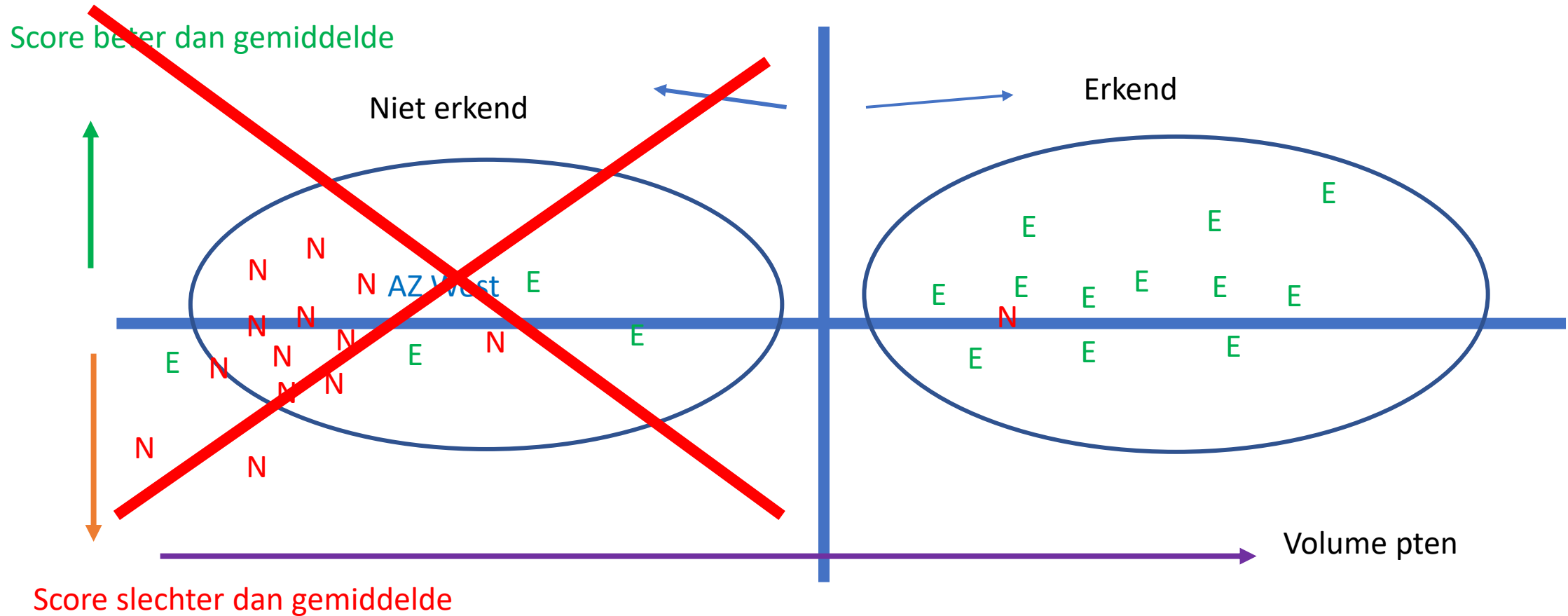


A 1 in 100 chance if you do take aspirin.

Relative Risk Reduction would say that aspirin reduces your chance of heart attack by **50%**

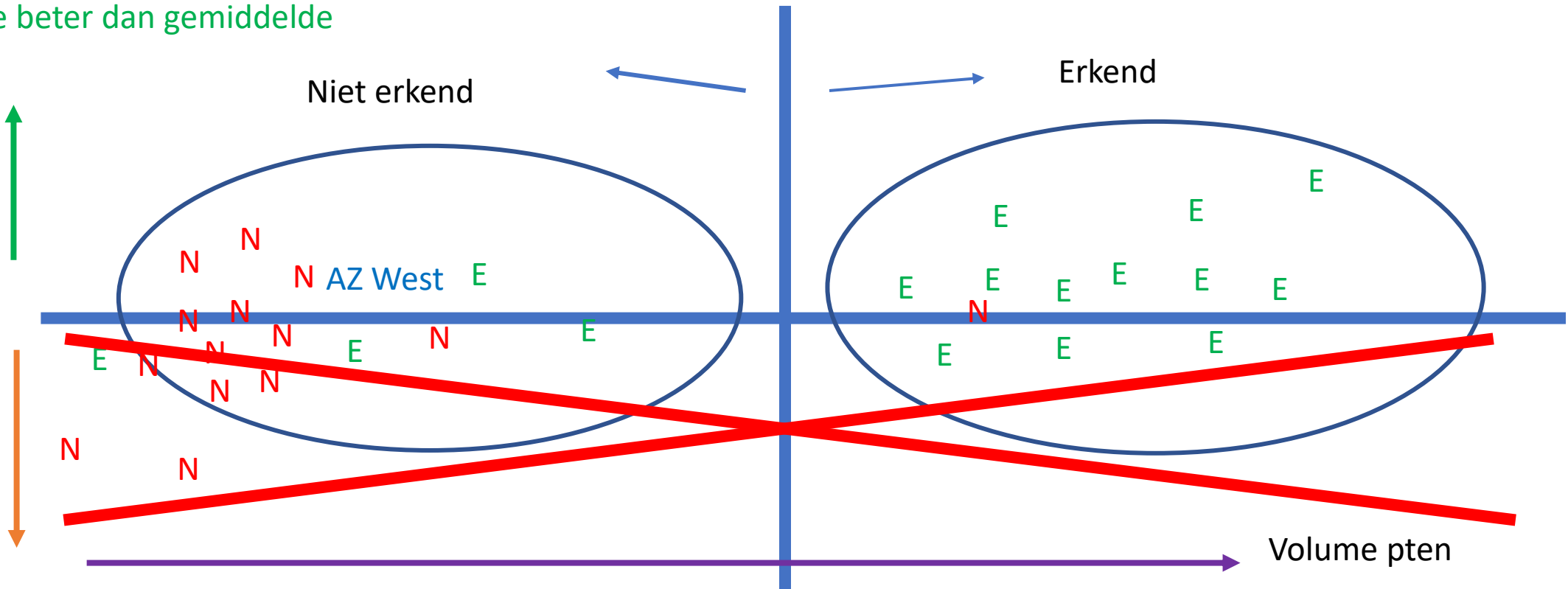
Absolute Risk Reduction would say that aspirin reduced your chance of heart attack by **1%**

Verdeling ziekenhuizen... beoordeling vs erkenning ?



Verdeling ziekenhuizen... beoordeling vs score ?

Score beter dan gemiddelde



Toekomst BK AZ West Veurne

- Schrapping terugbetaling HK?
- MOC enkel in erkende centra?
- Quid praktische impact voor patiënt?

Kwalitatieve senologische zorg in de Westhoek

Kwalitatieve oncologische senologie in eigen streek

WAT IS EEN BORSTKLINIEK ?

Geen aparte afdeling binnen het ziekenhuis maar een organisatie die alle medische disciplines in het ziekenhuis samenbrengt die bij de behandeling van borstkanker betrokken zijn, in de zogenoemde MOC senologie (Multidisciplinair Oncologisch Consult). De borstkliniek van het AZ West vergadert op vaste tijdstippen, maandelijks op vrijdag van 12 tem 14 uur.

De Borstkliniek helpt borstkankerpatiënten doorheen alle fasen van hun ziekte: van screening, diagnostiek, lokale en medicamenteuze behandeling, opvolging, risicobepaling tot eventueel palliatieve zorg, psychosociale begeleiding, enzovoort.

Zorgpad senologie:

Voor elk type diagnostische procedure en behandeling hoort een specifieke medische uitleg door de betrokken specialist, met nadien steeds duiding met aangepaste en op maat gemaakte documentatie en coaching door de borstverpleegkundige, aangevuld met een klinisch psychologe, diëtiste en sociaal verpleegkundige

De borstkliniek wordt ook getoetst aan haar activiteit en is gebonden aan een strikte registratie. Elke diagnose en behandeling wordt conform de wetgeving, door een performant team zorgvuldig gedocumenteerd in een nationaal kankerregister waardoor een optimale kwaliteitscontrole en feedback gegarandeerd wordt.

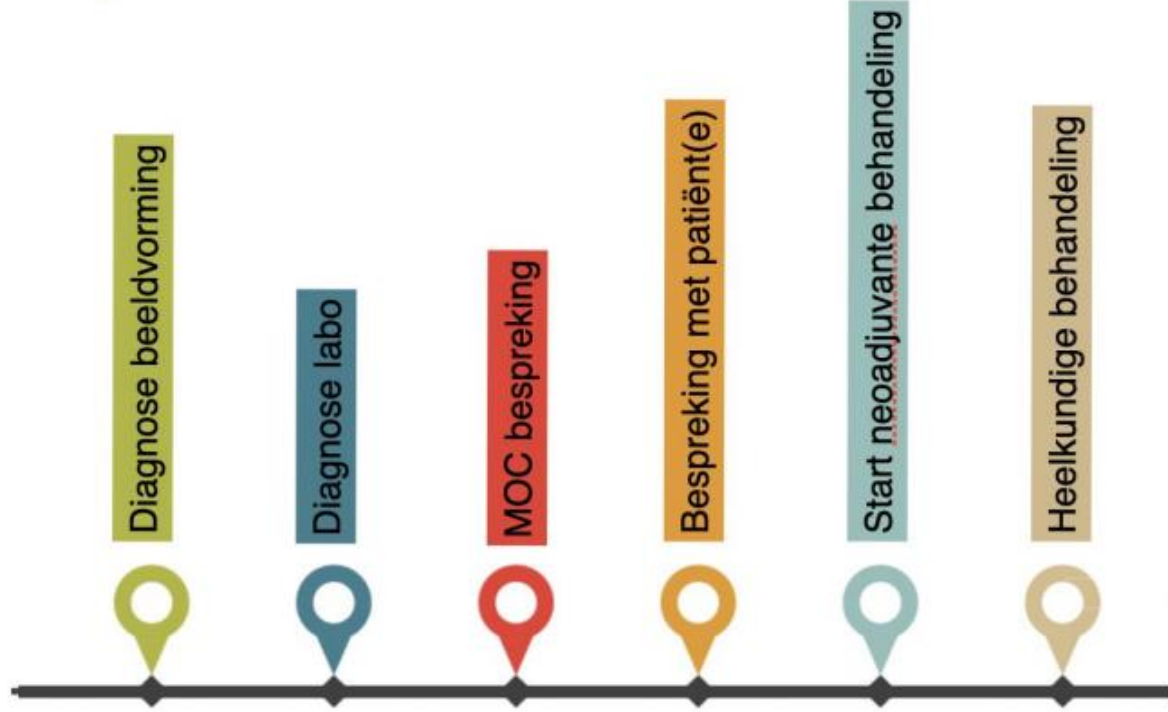
BORSTKLINIEK

*Gynaecoloog
Chirurg
Anatoompatholoog
Radioloog
Radiotherapeut
Medisch Oncoloog
Algemeen chirurg
Plastisch chirurg
Oncocoach*

Huisarts



Timing



Nabehandeling steeds *gevarieerder* en complexer

MOLECULAIRE TYPERING

Fenotypische benadering van Genotype

Luminal A
Luminal B
HER2 positive
Basal



Volgorde van
verminderde
prognose

Triple positief



Oestrogeen receptor positief
Progesteron receptor positief
HER₂ negatief
Lage ki67 (<15%)

Oestrogeen receptor positief
Progesteron receptor negatief of positief
EN
Hoge ki67 of
HER₂ geamplificeerd

Hormoonreceptor negatief
Her₂ geamplificeerd

Triple negatief



Oestrogeen receptor negatief
Progesteron receptor negatief
HER₂ negatief

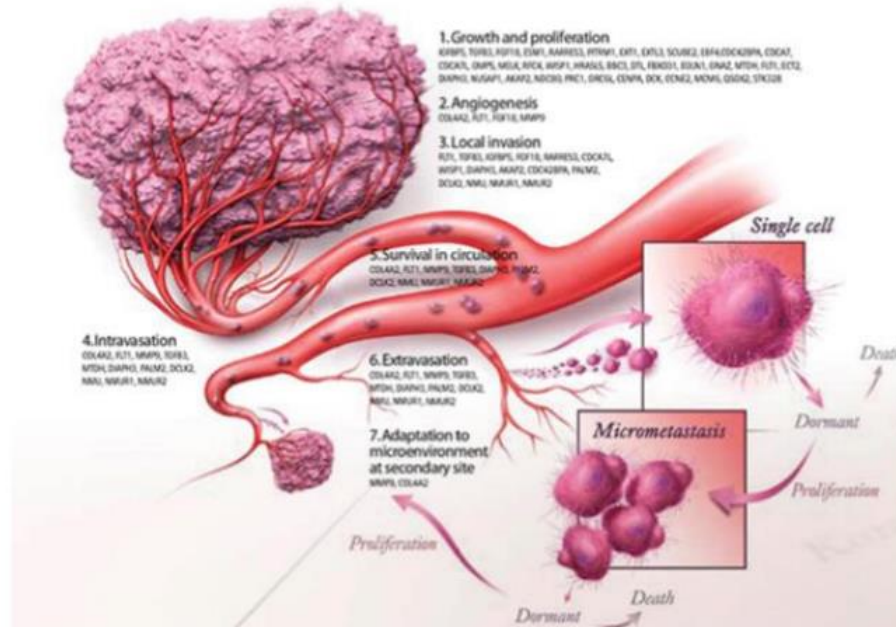
Steeds meer complexe algorithmes !
Internationale en nationale richtlijnen
BSMO, ESMO, NCCN, ASCO, ...

●●● GEP: GENE EXPRESSION PROFILING

- Gen Expressie Profiel
- Beeld van celfunctie op basis van welke genen “geactiveerd” zijn
- Afhankelijk van welke genen aan of uit staan: hoog - laag risicoprofiel
- bvb: Mammaprint/Oncotype DX



Full genome analysis ensures coverage of the 7 metastatic cascade channels.





MINDACT

Belangrijkste punten van het onderzoek

De klinische studie **Microarray In Node-negative (or 1-3 positive lymph node) Disease may Avoid ChemoTherapy (MINDACT)** is een studie die borstkankerpatiënten en hun artsen helpt om met behulp van **MammaPrint®** een weloverwogen besluit te nemen over chemotherapie.

Enkele van de indrukwekkende gegevens van dit **POSITIEVE** onderzoek:

112

Instellingen

6693

Patiënten met borstkanker in een vroeg stadium

landen

CE-markering

Goedgekeurd door de FDA. Opgenomen in belangrijke richtlijnen.

Vergoed door zorgverzekering*

46%

van de patiënten met klinisch hoog risico kan chemotherapie bespaard blijven

DEFINITIEVE

Definitieve uitslag: Laag Risico/Hoog Risico

MammaPrint is een 70-generatie waarmee wordt bepaald hoe hoog het risico is dat uw kanker binnen 5 jaar terugkomt. Patiënten bij wie invasieve borstkanker in stadium I of II is gediagnosticeerd die lymfeklier negatief of lymfeklier positief (tot maximaal 3 lymfeklieren) zijn en waarvan de tumor niet groter is dan 5 cm is, komen in aanmerking voor deze borstkankertest van Agendia.

HOOGSTE

Niveau 1A

van medisch bewijs

Vraag uw arts of u in aanmerking komt voor de MammaPrint test.

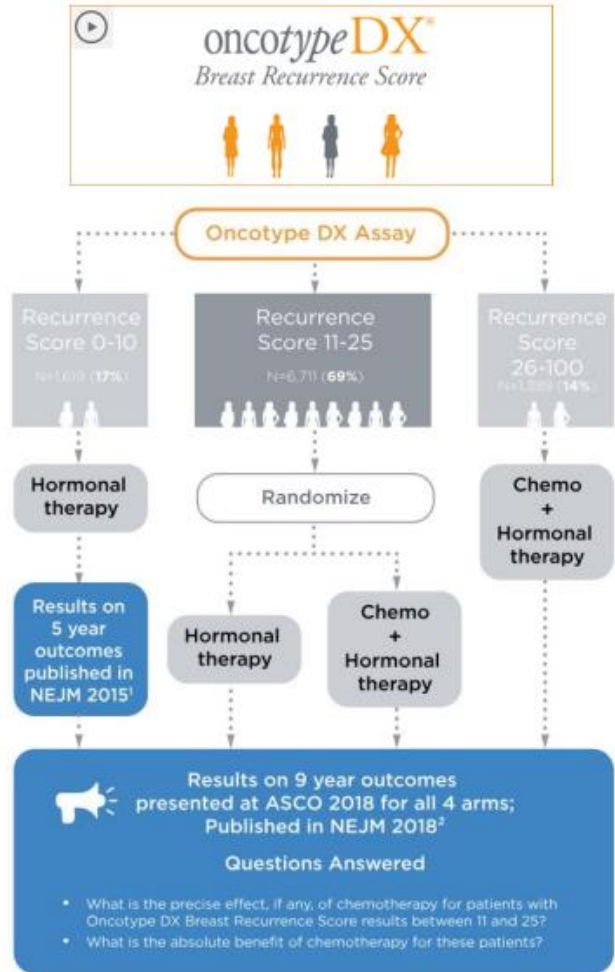
Blijf op de hoogte!

mammaprint.nl

[facebook.com/mammaprintnederland](https://www.facebook.com/mammaprintnederland)

[wherewasimammaprint_nl](https://twitter.com/wherewasimammaprint_nl)

Sinds juli 2019 tot juli 2022
Terugbetaald voor **pT1-2 N0-1**
HR+, HER2-



NCCN Guidelines (breast cancer 256 blz ...)

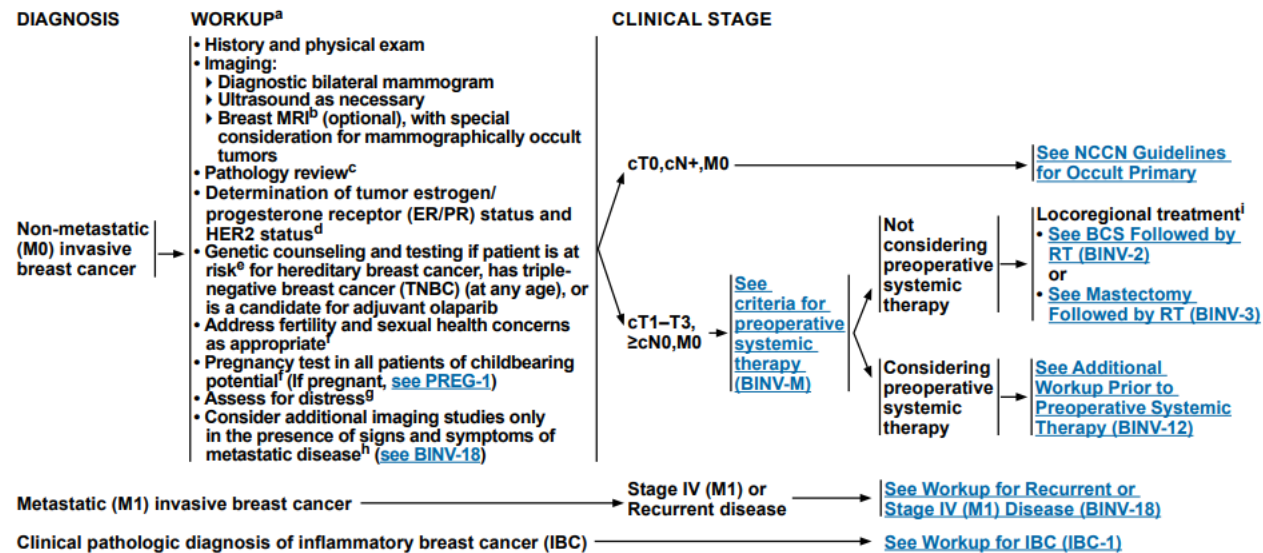
Printed by philippe vroman on 5/14/2023 5:22:58 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2023 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 4.2023 Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)



^a For tools to aid optimal assessment and management of older adults, see [NCCN Guidelines for Older Adult Oncology](#).

^b Breast MRI may be useful for characterizing axillary and/or internal mammary nodal disease. See [Principles of Dedicated Breast MRI Testing \(BINV-B\)](#).

^c The panel endorses the College of American Pathologists Protocol for pathology reporting for all invasive and noninvasive carcinomas of the breast. <http://www.cap.org>.

^d See [Principles of Biomarker Testing \(BINV-A\)](#).

^e For risk criteria, see [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic](#).

^f For Fertility and Birth Control, see [BINV-C](#). The general considerations for fertility and sexual health/function outlined for specific populations in [NCCN Guidelines for Adolescent and Young Adult \(AYA\) Oncology](#) and [NCCN Guidelines for Survivorship](#) are applicable to all patients diagnosed with breast cancer.

^g See [NCCN Guidelines for Distress Management](#).

^h Routine systemic staging is not indicated for non-metastatic (M0) cancer in the absence of systemic symptoms. If metastatic disease is suspected, see Workup on [BINV-18](#).

ⁱ Patients with a known or suspected genetic predisposition to breast cancer may have an increased risk of ipsilateral breast recurrence or contralateral breast cancer with breast-conservation therapy. These patients may be considered for prophylactic bilateral mastectomy for risk reduction. See [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic](#).

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

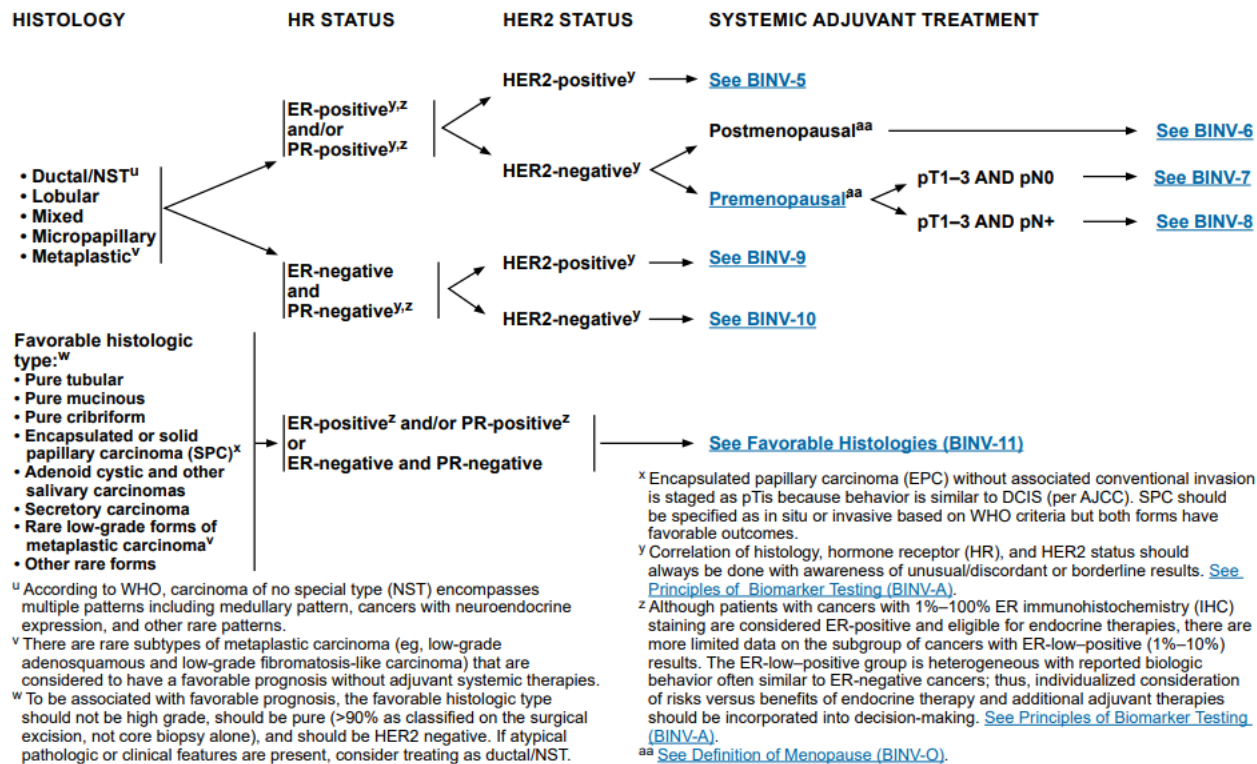
NCCN Guidelines



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 4.2023 Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)



Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

NCCN Guidelines

Printed by philippe vroman on 5/14/2023 5:22:58 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2023 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.

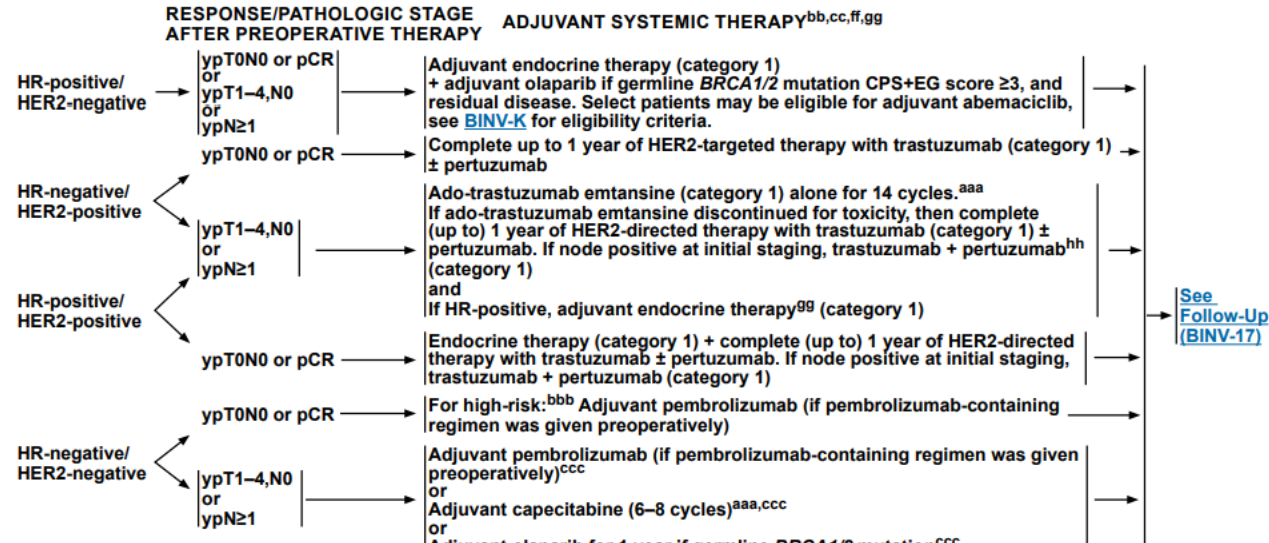


National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 4.2023 Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

ADJUVANT SYSTEMIC THERAPY AFTER PREOPERATIVE SYSTEMIC THERAPY^{ff}



^{bb} See [Adjuvant Endocrine Therapy \(BINV-K\)](#).

^{cc} See [Preoperative/Adjuvant Therapy Regimens \(BINV-L\)](#).

^{ff} Consider adjuvant bisphosphonate therapy for risk reduction of distant metastasis for 3–5 years in postmenopausal patients (natural or induced) with high-risk node-negative or node-positive tumors.

^{gg} Consider extended adjuvant neratinib following adjuvant trastuzumab-containing therapy for patients with HR-positive, HER2-positive disease with a perceived high risk of recurrence. The benefit or toxicities associated with extended neratinib in patients who have received pertuzumab or ado-trastuzumab emtansine is unknown.

^{hh} Updated results from the adjuvant APHINITY trial in HER2-positive early breast cancer, with a median follow-up of 8.4 years, have confirmed the benefit of adding pertuzumab to trastuzumab plus chemotherapy in preventing recurrences.

^{aaa} Recommendations do not apply to residual DCIS (ypTis).

^{bbb} High-risk criteria include stage II–III TNBC. The use of adjuvant pembrolizumab (category 2A) may be individualized.

^{ccc} There are no data on sequencing or combining adjuvant capecitabine, pembrolizumab and/or olaparib in patients who meet criteria for treatment with one or more of these agents. However, their sequential/combined use may be considered in certain patients with high-risk of recurrence.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Borstkliniek AZ west

Casuïstiek

- ‘Op maat’ vs richtlijnen, conform state of the art
- AT, leeftijd, comorbiditeit !
- Consensus tussen alle aanwezige disciplines
- Multidisciplinair, ZH overkoepelend en dynamisch gebeuren

Casuïstiek

CASUS 1 – Triple neg BC

60 jaar. VG: hysterectomie – hypertensie – hypothyroïdie. G0

Familiaal: niet belast (borst/ovariumca)

M/E 2020: normaal – 2021 normaal senologisch ondz op consultatie

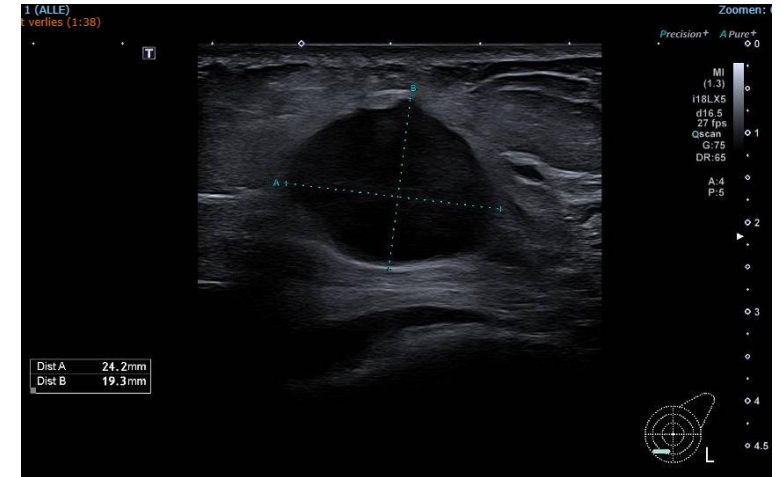
2022: mobiele nodus IIQ links 7u, +/- 2-3 cm, klinisch suspect.

M/E: gelobuleerde hypo-echogene massa IIQ links, verdacht vr RIP. Geen axillaire adenopathiën. BIRADS 5

Core biopsie: weinig gedifferentieerd invasief ductaal ca, **triple negatief**, 3,3 cm, KI proliferatie-index 95%.

cTNM: cT2 cN0 M0.

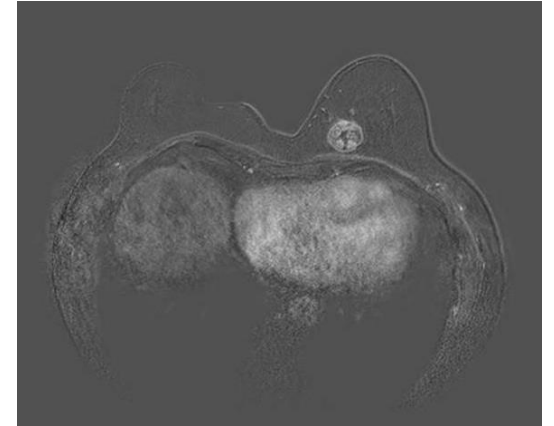
Staging negatief (CT-scan – botscan – Labo CA 15.3)



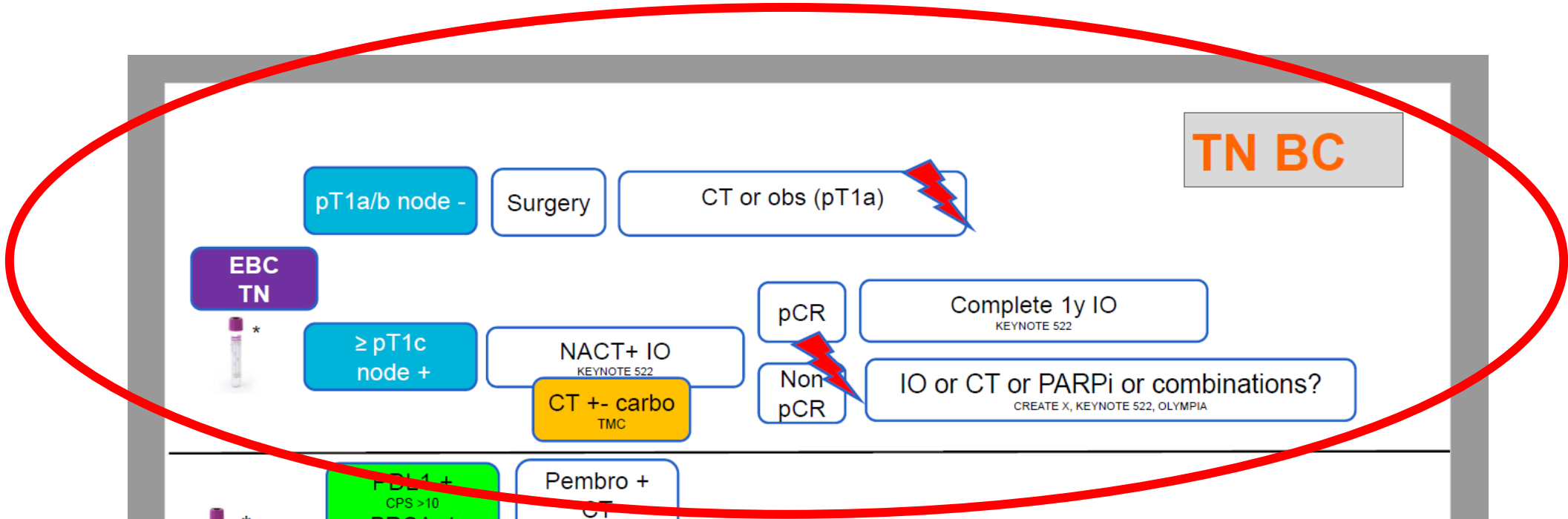
Casuïstiek

Beleid

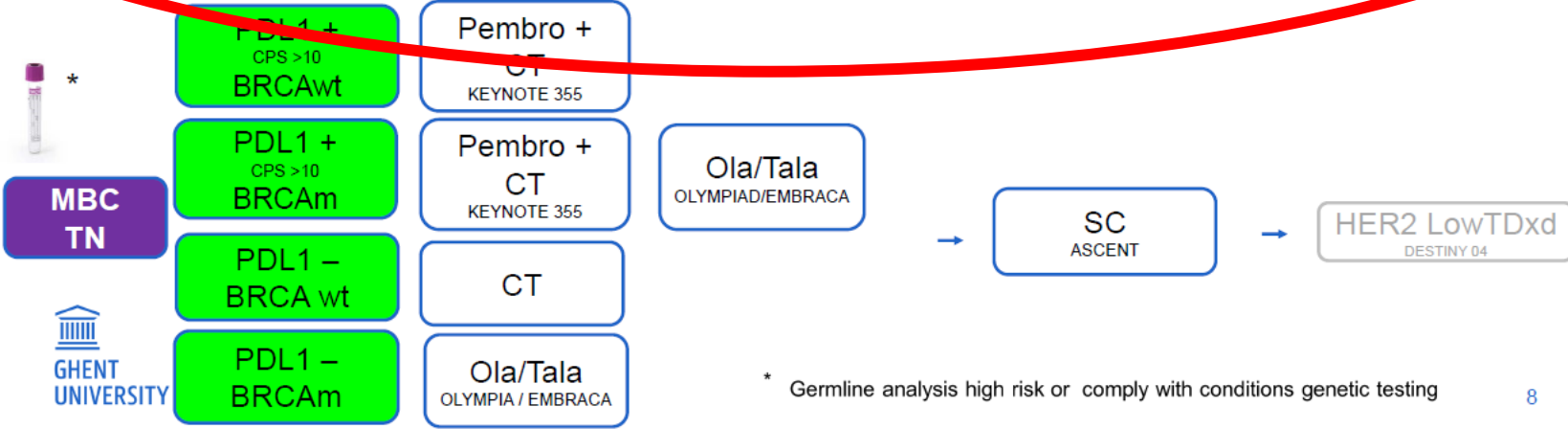
1. NGS analyse
2. MRI pre-chemo
3. PAC plaatsing en plaatsing clip intratumoraal
4. Neo-adjuvante chemotherapie + Immunotherapie o.v.v. Keytruda
5. MRI post-chemo: quasi volledige regressie vh RIP, mogelijk nog kleine restnodus 10 mm (dd fibrose)
6. Tumorectomie (harpoengeleid - clip) met sentinelklierprocedure links
 - APO: sentinel: 1 macrometastase borstca; geen kapsel doorbraak
 - APO tumor: fibrose + hooggradige DCIS 2,5 cm + zeer beperkte focus invasief carcinoma (geen pCR)
 - ypT1mi N1a(sn) Mx
7. Postoperatief radiotherapie borst + boost + MSP klierstreken
8. Postoperatief Keytruda continueren (1 jaar)



TNBC (ER, PR, NEU negatief)



TN BC



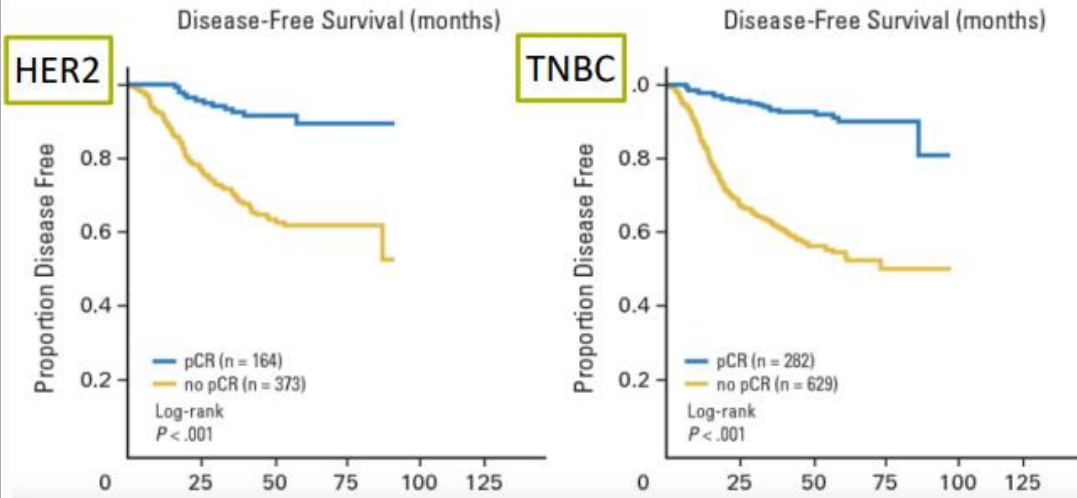
* Germline analysis high risk or comply with conditions genetic testing

●●● PATHOLOGISCHE RESPONS

Definitie = geen invasief of in situ restant in de borst en axillaire klieren

ypT0N0

pCR, het ultieme doel!



Next Generation Sequencing (NGS)

- Analyse 'risico' genen
- In essentie bij **familiale belasting**
- BRCA 1 en 2, CHEK 2, ...
- Resultaat na 3 maanden
- Genetische counseling
- Arts, oncocoach, specialistisch advies

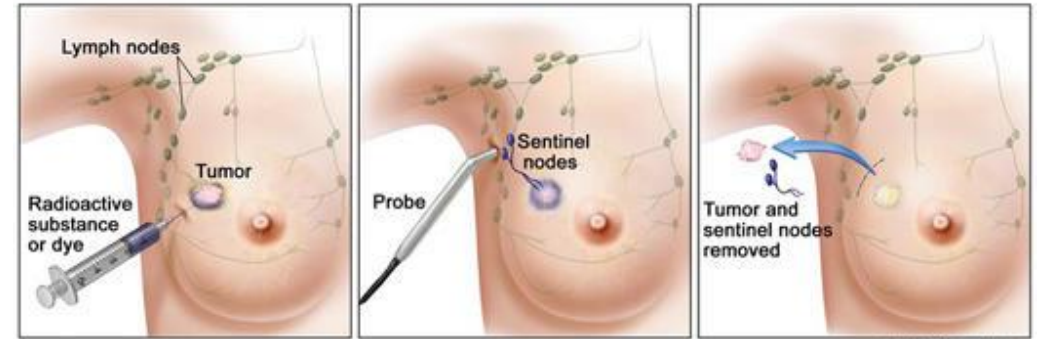
Belgian guideline for diagnostic testing criteria for breast-ovarian-cancer- genes-panel-analysis *

I. Woman with breast cancer + one of the following

- diagnosed \leq 40yrs
- diagnosed < 50yrs and one relative with bilateral breast cancer, or breast cancer < 50yrs, or prostate cancer diagnosed < 60yrs
- 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 < 50yrs
- triple negative breast cancer < 60yrs
- HER2 negative [hormone receptor-negative or hormone receptor-positive] metastatic breast cancer
- ovarian cancer or pancreatic cancer any age

Sentinel

- Technetium-99m radiocolloid tracer +/- patent blue
- Invasief carcinoom T1-3 met:
 - klinisch negatieve nodale status (klinisch, M/E en evt. MRI)
 - geen metastasen
- DCIS graad 3 of uitgebreid DCIS
- Enkel bij multifocaal (in hetzelfde kwadrant), en niet bij multicentrische tumoren



© 2010 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

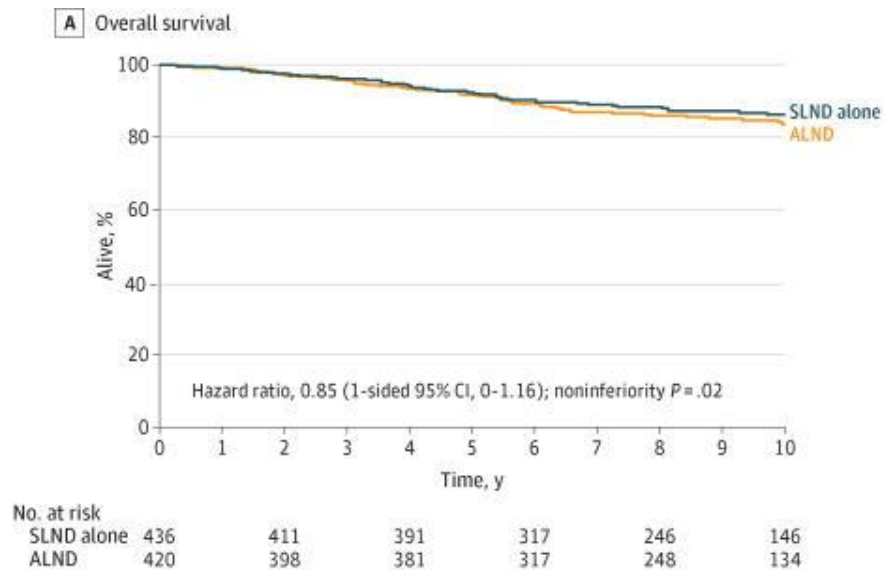
Okselklierediment

- bij multicentriciteit
- bij voorgaande uitgebreide chirurgie of radiotherapie van de borst
- bij > 2 ingenomen sentinelklieren (cfr ACOSOG trial)
- wanneer de sentinelklier niet gevonden wordt perop
- bij preoperatief bewezen inname van een okselklier met FNAC (zonder NACT)

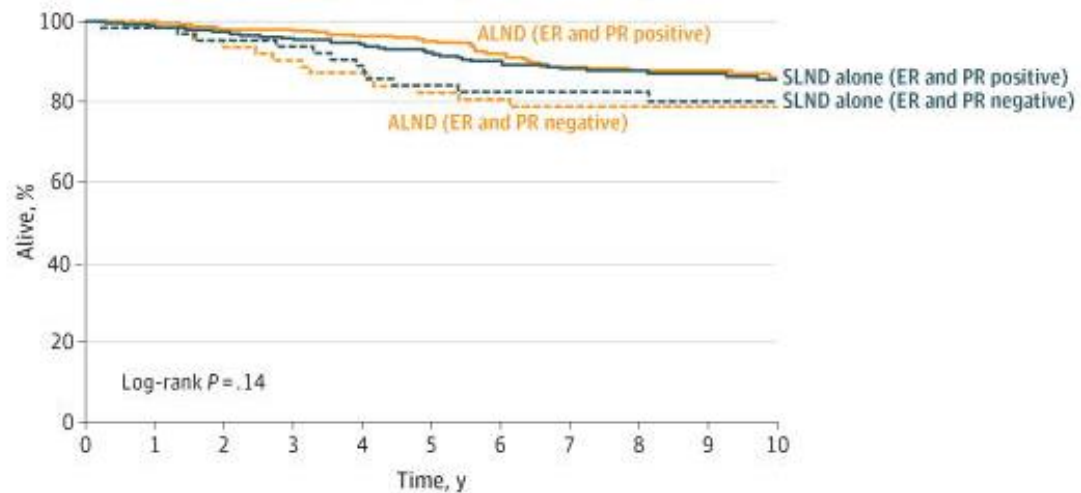
Okselklierediment – meer en meer verlaten?

Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis: The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial (2017)

Conclusions and relevance: Among women with T1 or T2 invasive primary breast cancer, no palpable axillary adenopathy, and 1 or 2 sentinel lymph nodes containing metastases, 10-year overall survival for patients treated with sentinel lymph node dissection alone was noninferior to overall survival for those treated with axillary lymph node dissection. These findings do not support routine use of axillary lymph node dissection in this patient population based on 10-year outcomes

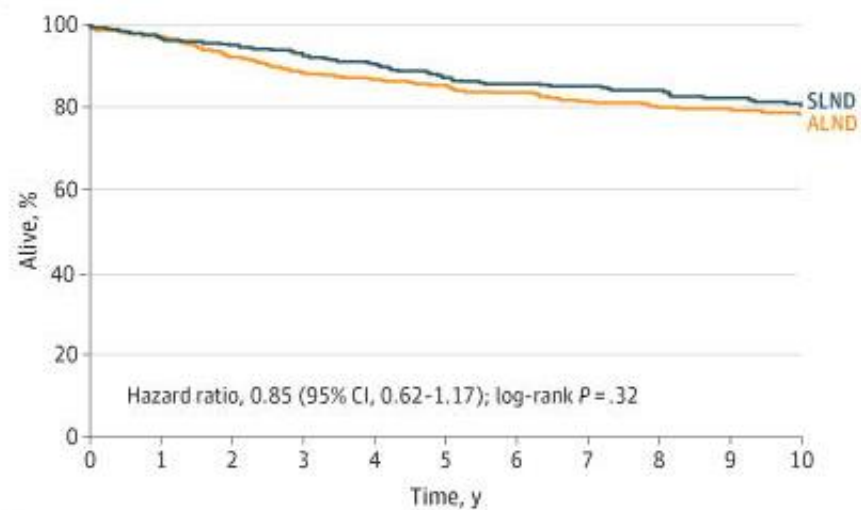


B Overall survival by estrogen receptor (ER) and progesterone receptor (PR) status



No. at risk		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SLND alone												
ER and PR Negative	64	60	56	45	37	19						
ER and PR Positive	270	254	240	196	147	92						
ALND												
ER and PR Negative	63	58	54	45	31	19						
ER and PR Positive	256	243	238	201	163	85						

C Disease-free survival



No. at risk		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SLND alone	435	399	374	303	237	137						
ALND	418	376	352	295	233	126						

Casuïstiek

Casus 2 – ER+ / PR+

54 jaar. Obesitas, VG ovariëctomie links (teratoom), McLean gastroplastie, sterilisatie, appendectomie

P2 – menopauzaal sinds 41j – HST gedurende 14 jaar

FA: paternale tante borstca

Afwijkende screeningsmammografie links (stellair letsel, 10u; 5,7 x 3,4 mm)

Core biopsie: matig gediff invasief ductaal ca, ER 100%, PR 100%, Her2 neu -; KI proliferatie-index 5%

Staging normaal

cTNM cT1c cN0 M0

Casuïstiek

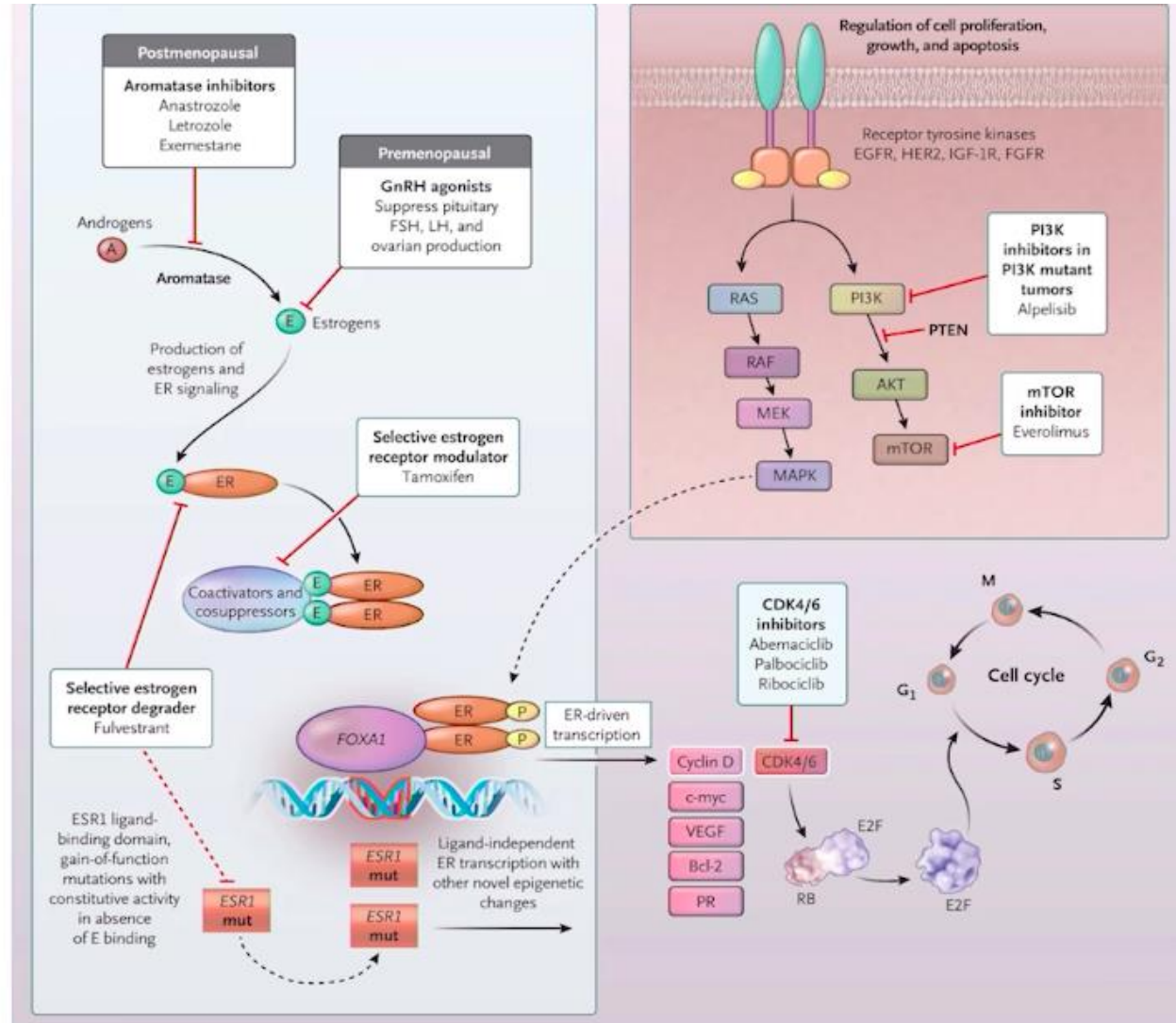
Beleid

1. Harpoengeleide tumorectomie met sentinelklierprocedure links
 - APO: matig gediff IDA 9 mm, snijvlak negatief, sentinel 3 Inn-/3Inn
 - pTNM: pT1b pN0 (sn) M0
2. Adjuvant radiotherapie
3. Adjuvant aromatase-inhibitor 5 jaar
4. (Geen adjuvant Zometa: geïndiceerd vanaf pT1c)

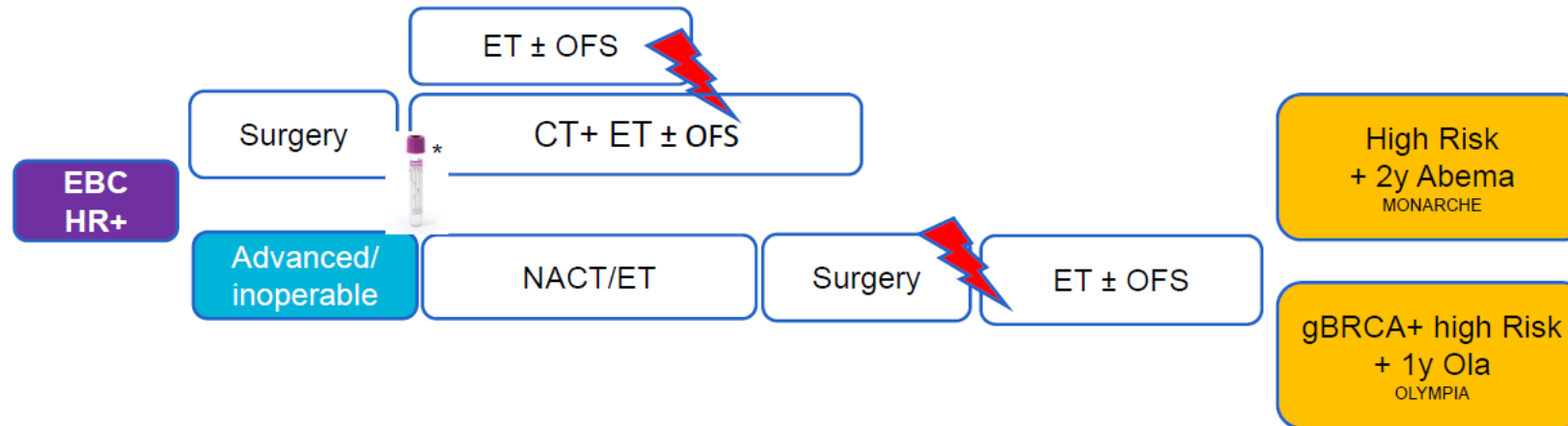
Adjuvant antihormonale therapie

Keuze obv:

- Premenopauze ?
- Menopauze ?
- High risk?
- BRCA status
- Contra-indicaties ?
- ...



HR+ EBC



Antihormonale therapie - premenopauze

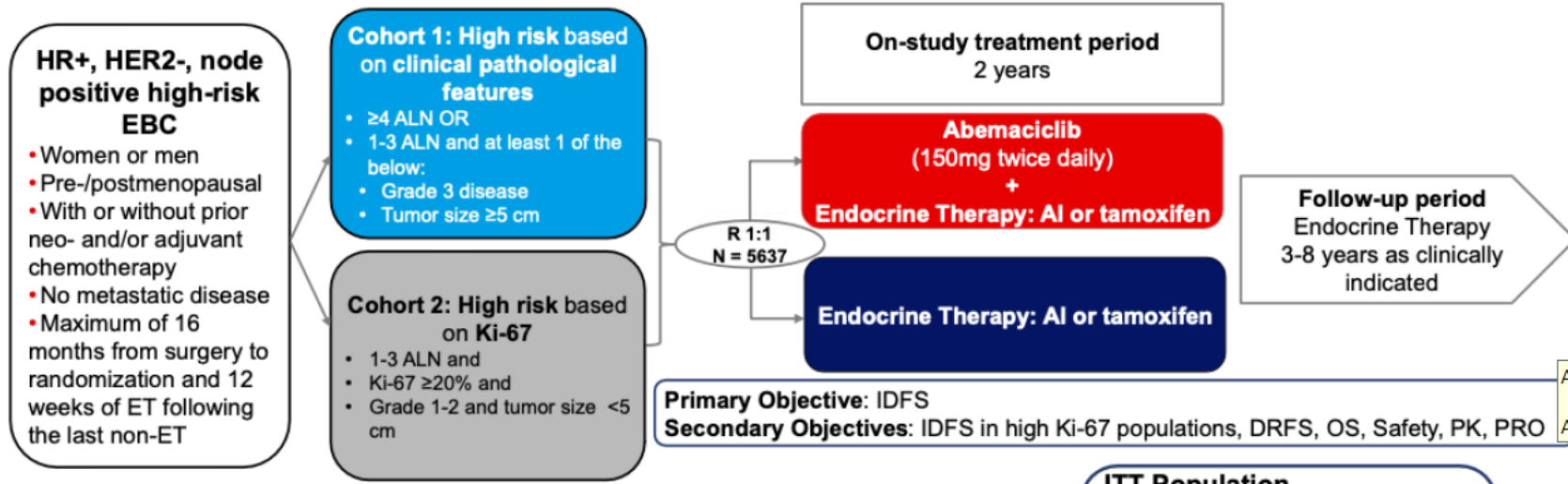
- **Standaard SERM: tamoxifen**
 - 5 jaar (korter = slechtere outocme)
 - High risk: overweeg verlenging tot 10 jaar (of + OFS cfr infra)
 - Perimenopauze: 2j tamoxifen + 5jr AI
- **High risk (< 44 jaar, CT): ovariële suppressie (OFS): betere OS/DFS**
 - 1e keuze: AI + GnRh analoog (vb. zoladex SC, decapeptyl IM maandelijks)
 - 2^e keuze: GnRh analoog + Tamoxifen
 - 3^e keuze: tamoxifen mono
 - OFS: max 5 jaar, opvolgen hormonale status
- CI: trombo-embolie: AI
- Substraat CYP2D6: vb inhibitie door paroxetine/fluoxetine
- Endometrium agonist: diagnostiek bij bloedverlies
 - Routinematig screenen met TVE: niet zinvol (lage incidentie maligniteit – hoog vals pos %)

Antihormonale therapie - postmenopauze

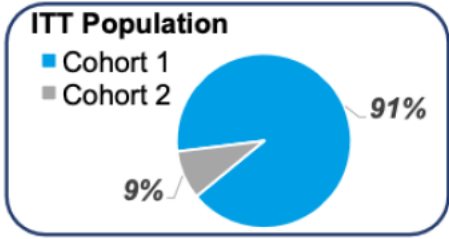
- Voorkeur 5 jaar **Aromatase-Inhibitor (AI)**
 - Blokkade perifere oestrogeen productie
- High risk (vb. N+): tot 7-8 jaar (langer: weinig meerwaarde)
- I.g.v. perimenopauze: start Tamoxifen 2-3j; indien menopauzaal switch AI 5j
- I.g.v. te hoge toxiciteit: switch na 2-3j (zo mogelijk) naar Tamoxifen
- Voor start: botdensitometrie

Adjuvant VERZENIOS (abemaciclib)

monarchE Study Design (NCT03155997)

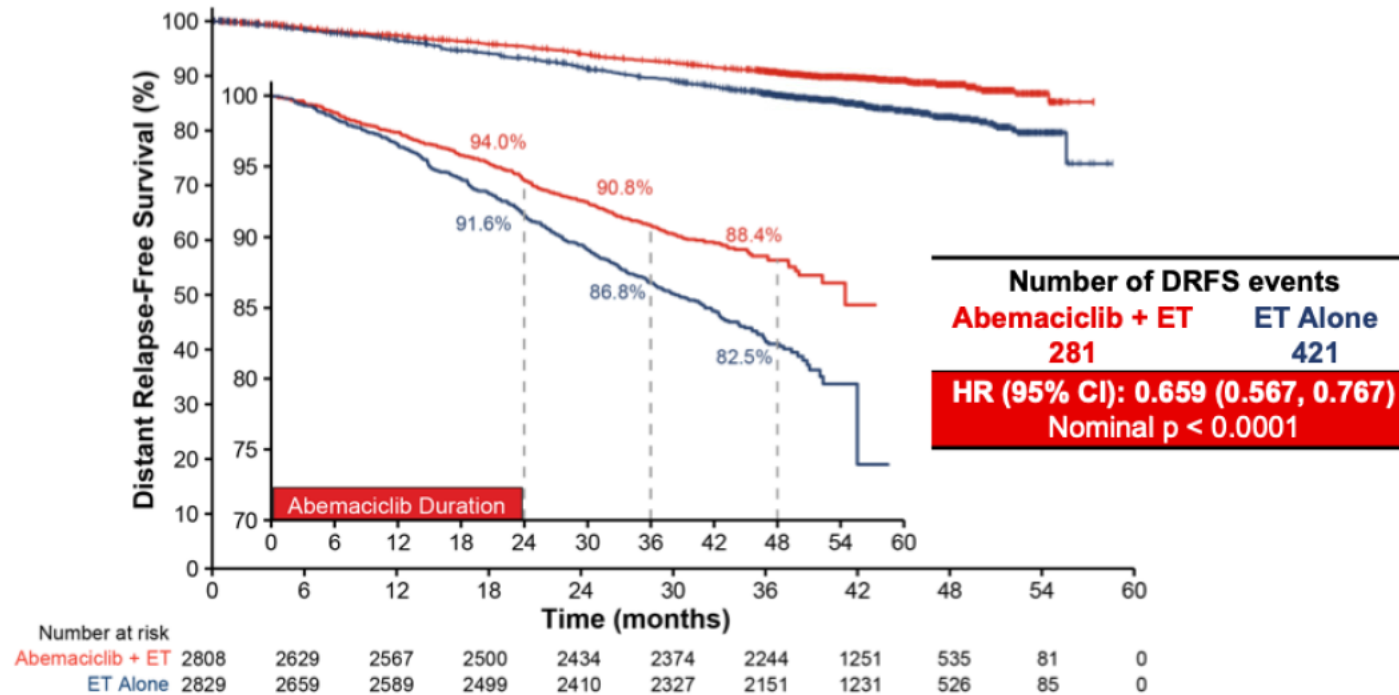


Afbeelding met te
Automatisch gege



Adjuvant VERZENIOS (abemaciclib)

DRFS Benefit in ITT Persists Beyond Completion of Abemaciclib

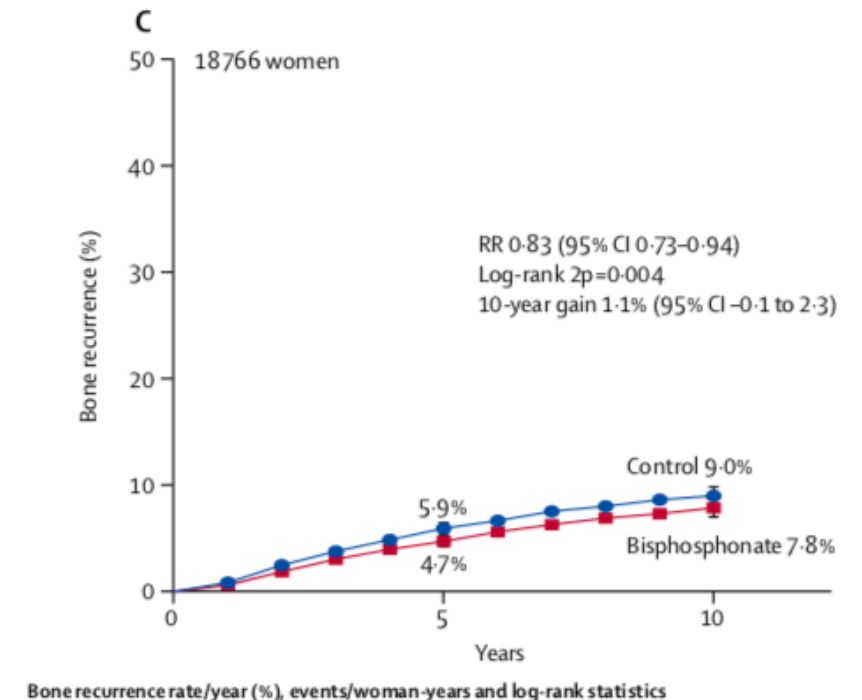


34.1% reduction in the risk of developing a DRFS event with an increase in absolute benefit in DRFS 4-year rates (5.9%), compared to 2- and 3-year rates (2.5% and 4.1%, respectively)

Zoledroninezuur (Zometa)

- Postmenopauzale patiëntes
- Vanaf pT1c + afh. van levensverwachting
- Reductie botmetastasen
 - secundair gedaalde borstkanker-gerelateerde mortaliteit
- 6 maandelijks (3 jaar)
- Cave osteonecrose kaak
- Dosis reductie afh. van GFR

EBCTCG meta-analysis. Adjuvant bisphosphonate treatment in early breast cancer: meta-analysis of individual patient data from randomised trials. Lancet 2015; 386: 1353–61.



Casuïstiek

Radiotherapie – recente wijzigingen

Verkorte schema's

Evoluties in bestraling bij borstkanker



dr. Sarah Roels

[RADIOTHERAPIE | AZ Sint-Jan \(azsintjan.be\)](http://azsintjan.be)

Waarom bestraling?

- Risico op lokaal herhaal halveert ($1/2$)

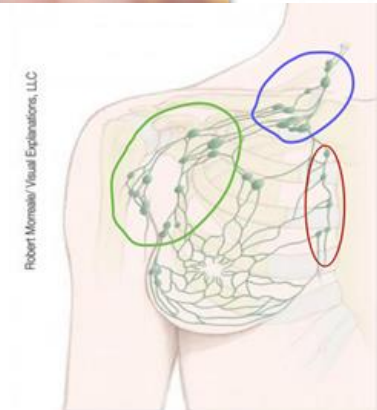
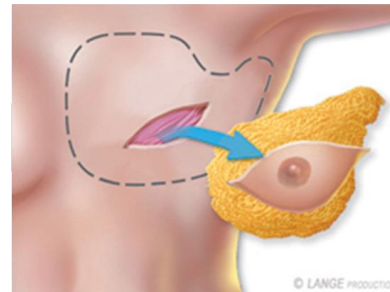
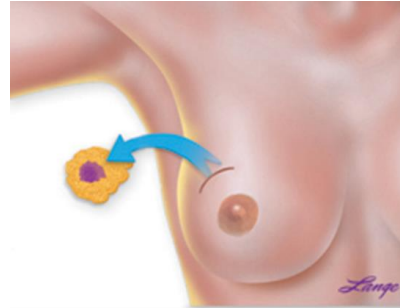
- Overleving verbetert – ca. $1/6$

Wanneer bestraling?

- Altijd na **borstsparende heelkunde**
- Altijd bij **klieraantasting**
- Na mastectomie - zo tumor **> 2cm én risicofactoren** voor herval
 - zo tumor **> 5cm**

Wat wordt er bestraald?

- De **borst +/- tumorbed**
- De **thoraxwand**
- De **klierregio's**
 - mediaal subclavia
 - parasternale
 - axillaire



Regional Lymph Nodes (N)
© 2005-2011 American Society of Clinical Oncology (ASCO)

Duur van bestraling

- Bestraling borst/thoraxwand +/- klierstreken

vroeger: schema van 25 à 33 fracties (2Gy/Fr, 5x/week)

nu: schema van 16 à 20 fracties, (2,66/Fr, 5x/week)

Duur van bestraling

START Pilot

1986 - 1998

42.9Gy in 13Fr

39Gy in 13Fr

50Gy in 25Fr

START A

1998-2002

41.6Gy in 13Fr

39Gy in 13Fr

50Gy in 25Fr

START B

1999-2001

40Gy in 15Fr

50Gy in 25Fr

CANADIAN

1993 - 1996

42.5Gy in 16Fr

50Gy in 25Fr

CHINESE

2008-2016

43.5Gy in 15Fr

50Gy in 25Fr

DBCg

2009-2014

40Gy in 15Fr

50Gy in 25Fr

Duur van bestraling

- Bestraling borst/thoraxwand +/- klierstreken
schema van 16 à 20 fracties, 5x/week
- Is korter schema van 5 fracties evenwaardig?

na BCS, T<3cm, cN0

FAST studie: schema van 5 fracties, 1x/week

FAST-forward studie: schema van 5 fracties, 5x/week

FAST 2004 - 2007

J Clin Oncol. 2020 Oct.

Ten-Year Results of FAST: A Randomized Controlled Trial of 5-Fraction Whole-Breast Radiotherapy for Early Breast Cancer

Adrian Murray Brunt, FRCR¹; Joanne S. Haviland, MSc²; Mark Sydenham, BSc Hons²; Rajiv K. Agrawal, FRCR³; Hafiz Algurafi, FRCR⁴; Abdulla Alhasso, FRCR⁵; Peter Barrett-Lee, FRCR⁶; Peter Bliss, FRCR⁷; David Bloomfield, FRCR⁸; Joanna Bowen, FRCR⁹; Ellen Donovan, PhD¹⁰; Andy Goodman, FRCR¹¹; Adrian Harnett, FRCR¹²; Martin Hogg, FRCR¹³; Sri Kumar, FRCR¹⁴; Helen Passant, FRCR¹⁵; Mary Quigley, FRCR¹⁶; Liz Sherwin, FRCR¹⁷; Alan Stewart, FRCR¹⁸; Isabel Syndikus, FRCR¹⁹; Jean Treliett, MSc²⁰; Yat Tsang, PhD²¹; Karen Venables, PhD²²; Duncan Wheatley, FRCR²³; Judith M. Bliss, MSc²⁴; and John R. Yarnold, FRCR²⁵

- 28.5Gy in 5Fr 1x/w
- 30Gy in 5Fr 1x/w
- 50Gy in 25Fr 5x/w

N: 915 - pT1-2 N0, > 50j, no chemo, BCS, no boost

10j moderate or marked normal tissue effects

9.9% (28,5Gy)

18% (30Gy)

7,5% (50Gy)

Very Low LR at 10 years <2%

FAST Forward 2011-2014

Lancet. 2020 May.

Hypofractionated breast radiotherapy for 1 week versus 3 weeks (FAST-Forward): 5-year efficacy and late normal tissue effects results from a multicentre, non-inferiority, randomised, phase 3 trial

Adrian Murray Brunt*, Joanne S Haviland*, Duncan A Wheatley, Mark A Sydenham, Abdulla Alhasso, David J Bloomfield, Charlie Chan, Mark Churn, Susan Cleator, Charlotte E Coles, Andrew Goodman, Adrian Harnett, Penelope Hopwood, Anna M Kirby, Cliona C Kirwan, Carolyn Morris, Zahal Nabi, Elinor Sawyer, Navita Somaiah, Liba Stones, Isabel Syndikus, Judith M Bliss†, John R Yarnold†, on behalf of the FAST-Forward Trial Management Group

- 26Gy in 5Fr 5x/w
- 27Gy in 5Fr 5x/w
- 40Gy in 15Fr

N: 4096 – pT1-3, pN0-1, >18j, chemo in ¼, BCS/ME, boost in 1/4

Zeer lage LRR op 5j <2 % (non inferior)

5j moderate or marked normal tissue effects

11.9% (26Gy)

15,4% (27Gy)

9.9% (40Gy)

Casuïstiek

CASUS 3 – Her 2 neu positief

61 jaar, DM type 2, nicotine (rookstop sinds diagnose)

Afwijkende screeningsmammografie: stellair letsel rechts prepectoraal 9u; 1,2 cm, geen adenopathieën

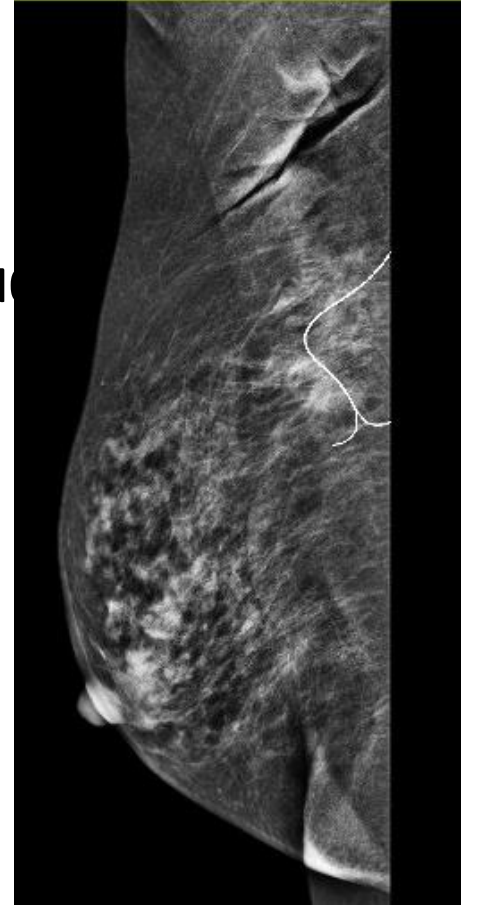
Core biopsie: matig tot weinig gediff IDA, ER 100%, PR negatief, **Her2neu 2+ tot 3+ (SISH positief)**. KI proliferatie-index van 43%

Staging (CT – botscan – labo): negatief

Casuïstiek

Beleid

1. Primaire heekunde: harpoengeleide tumorectomie met sentinel rechts
 - APO: weinig gedifferentieerd IDA, 2cm, sentinel tumorvrij, pT1c pN0(sn) M0
2. Adjuvant chemotherapie + herceptine
3. Adjuvant radiotherapie borst + boost
4. Adjuvant aromatase-inhibitor 5 jaar
5. Adjuvant Zometa IV



Harpoenplaatsing preoperatief / plaatsing clip pre-chemotherapie



Designed and sized for visibility

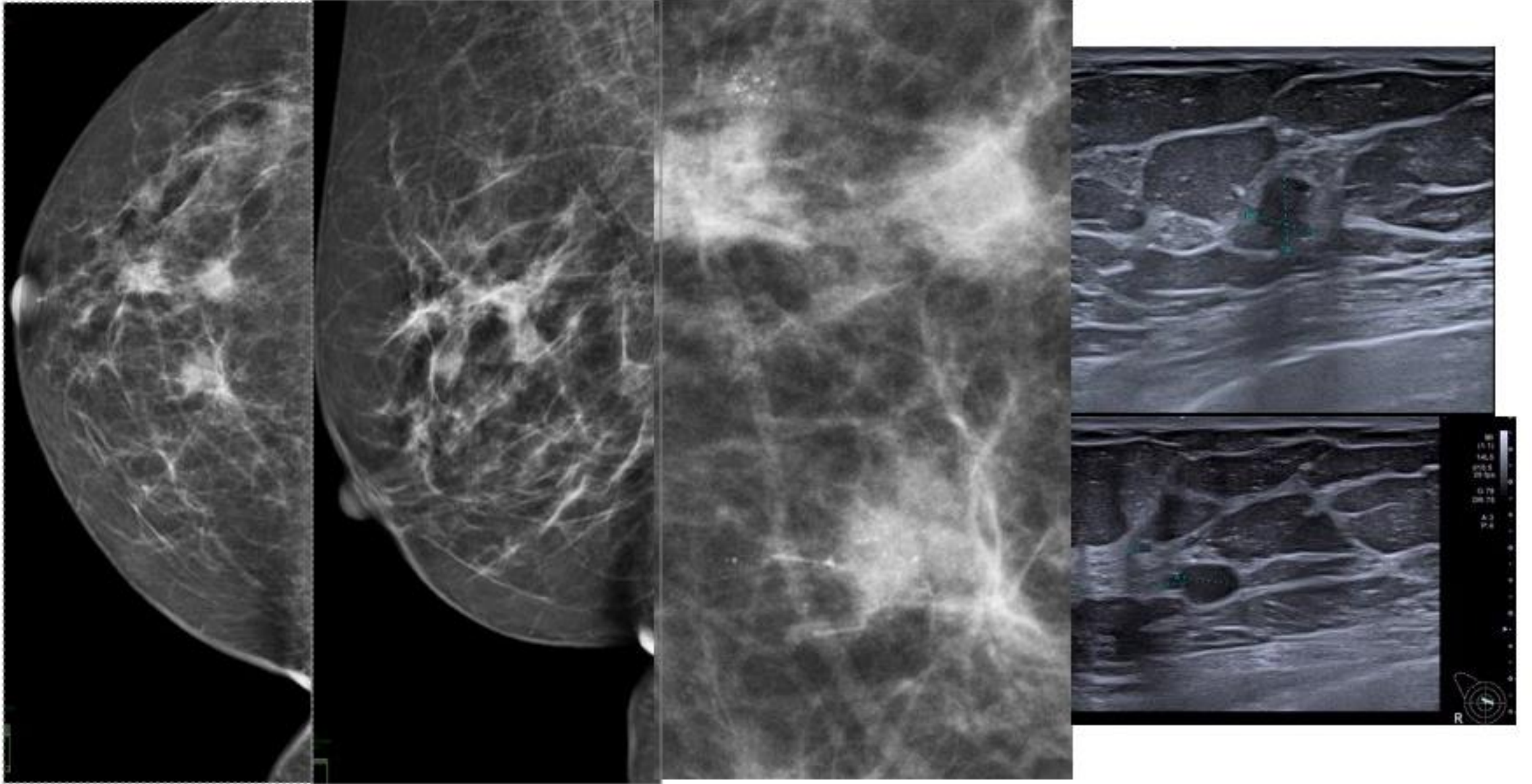
The breast tissue marker's distinctive twirled ring shape and profile aid in its visibility.

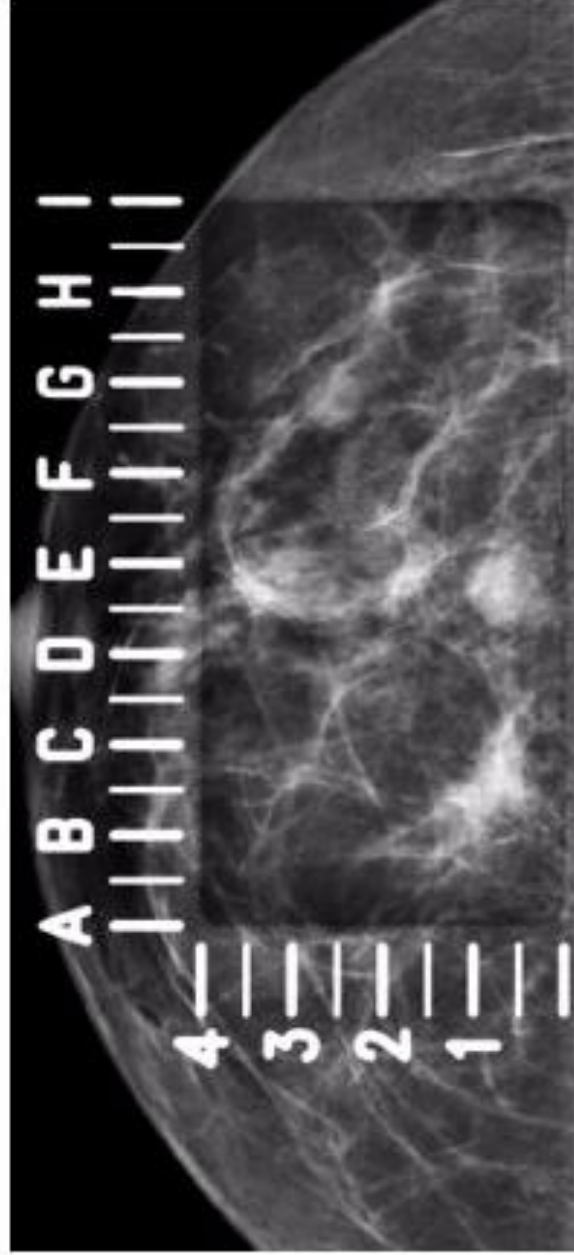
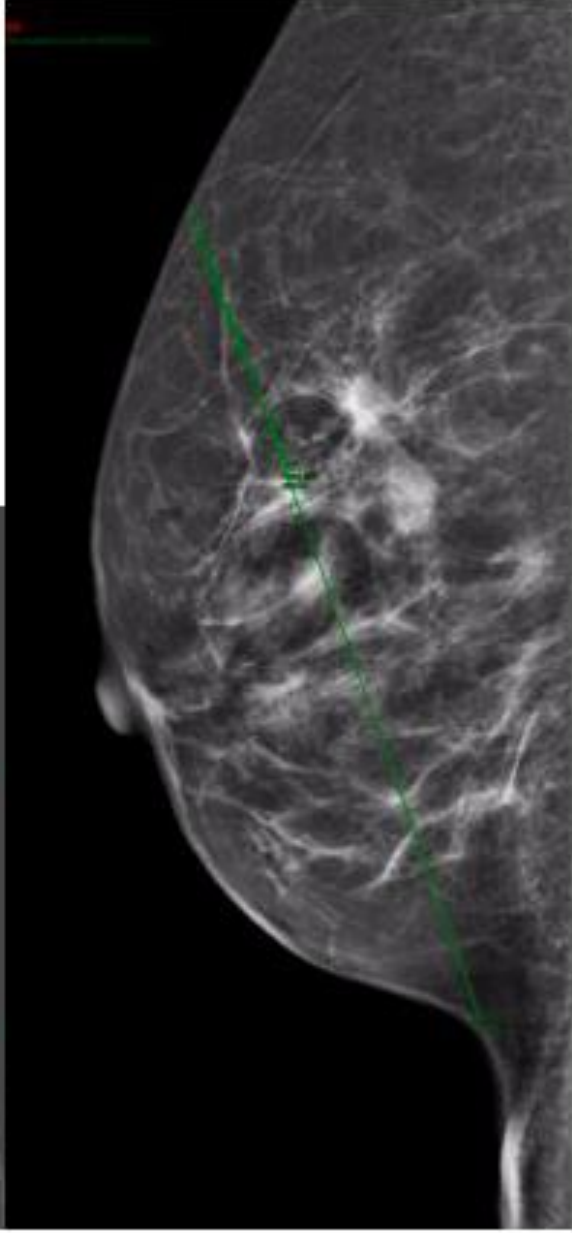
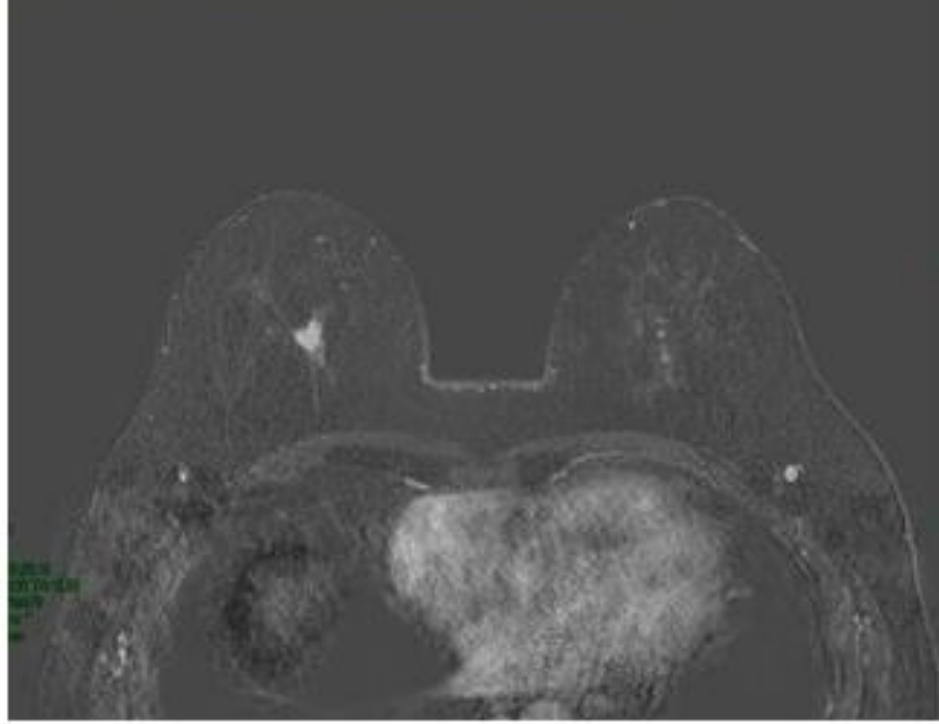
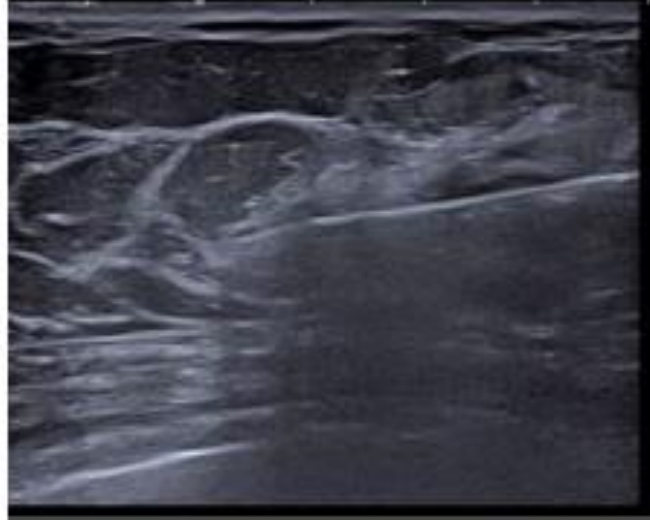


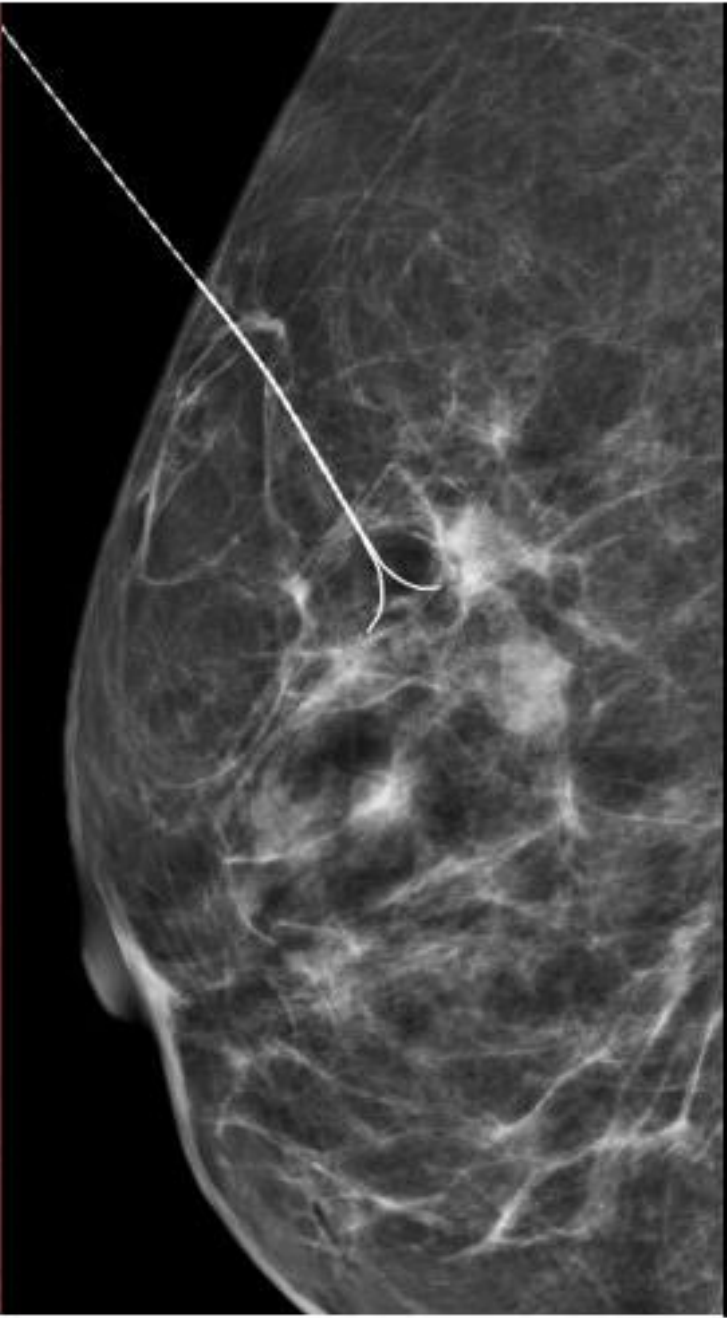
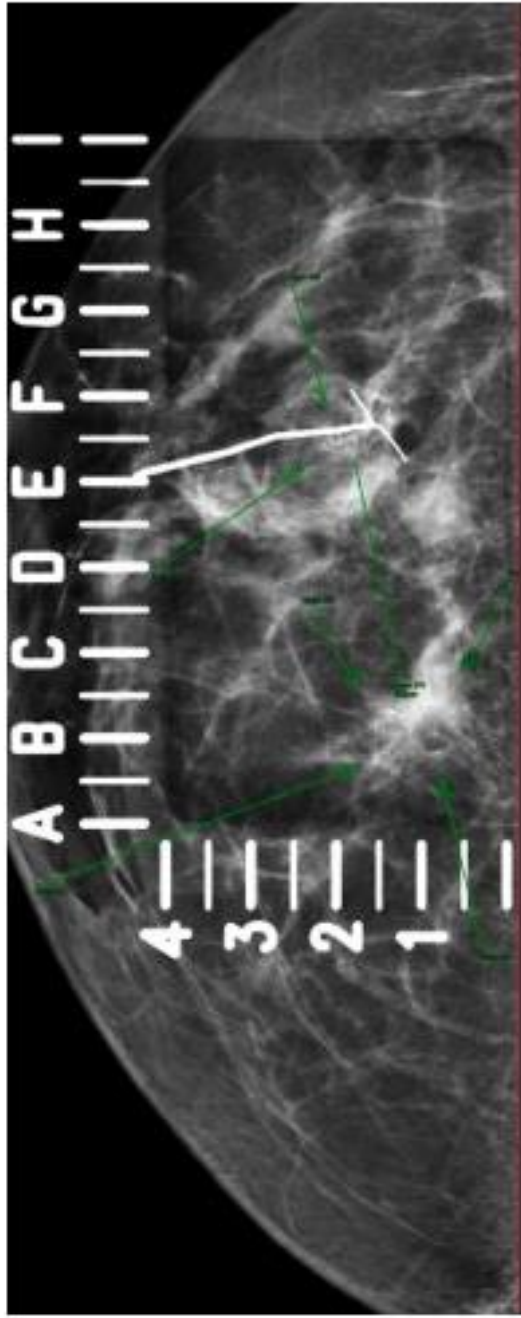
Self-incorporating design

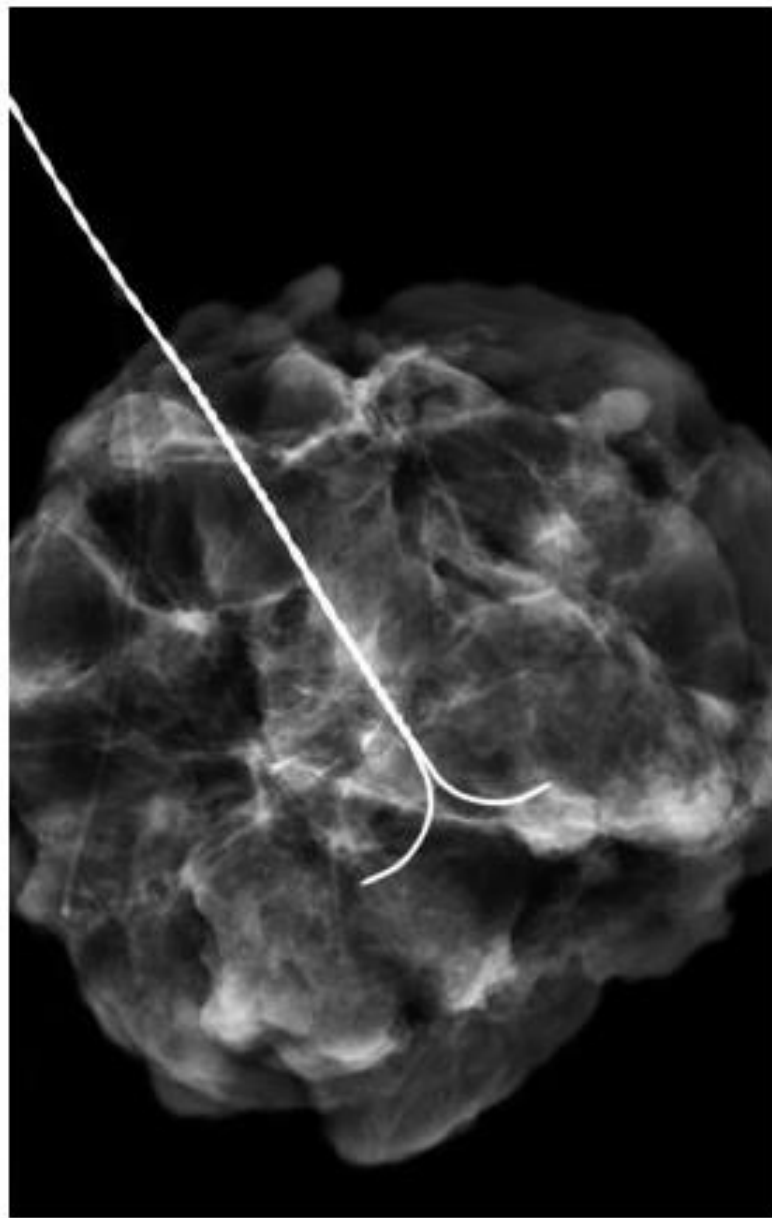
As the UltraCor™ Twirl™ Breast Tissue Marker is deployed, it self-incorporates directly into tissue,

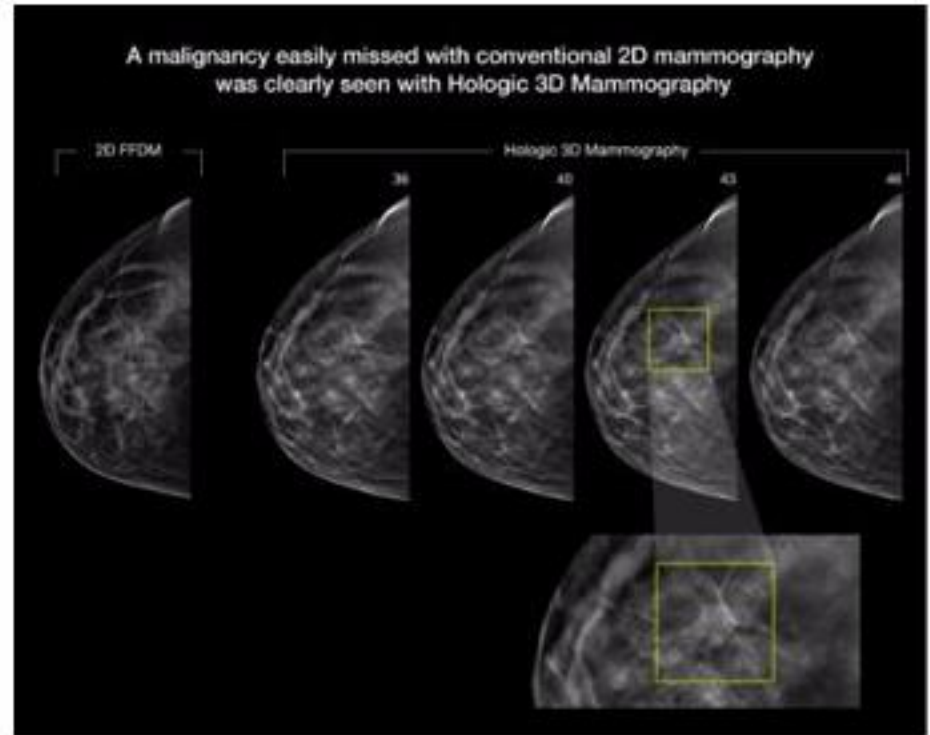
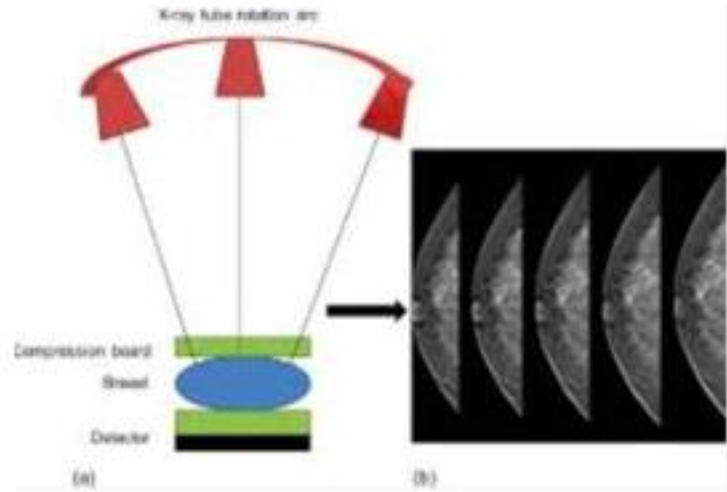




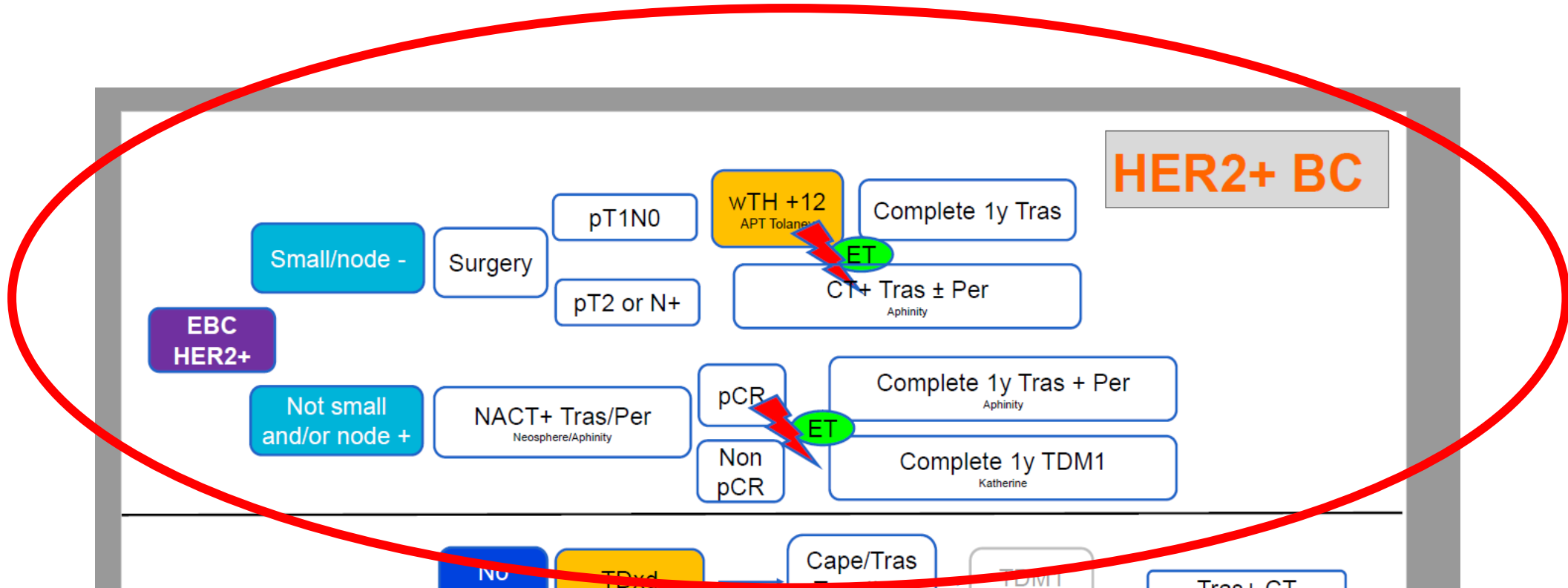




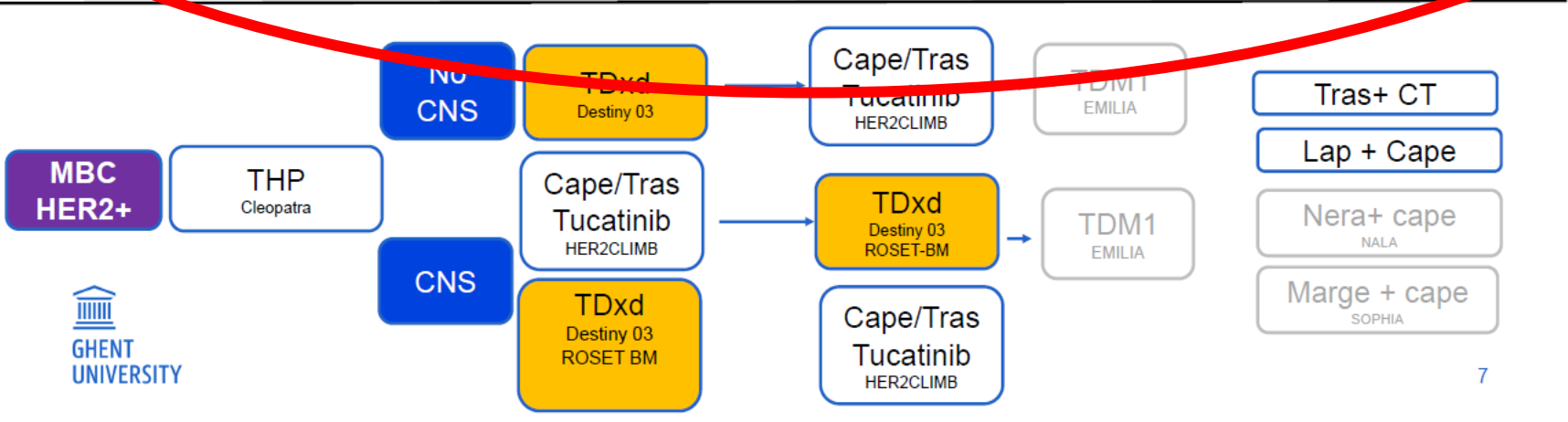




Her2+ tumoren: steeds meer beschikbare middelen in de pipeline



HER2+ BC



Casuïstiek

Casus 4 – multifocaal en lobulair

44 jaar. Blanco VG. G2P2. FA: paternale oma borstca

Routine controle: vaststelling denser klierweefsel linker borst >> rechts.

M/E: zeer dens klierweefsel bilateraal retro-areolair. Stellaire distorsie prepectoraal links lateraal. Aanvullende echo: hyporelectieve zone tussen 4-5 uur links, onscherp, 13x12mm, in contact met pectoralisspier. Geen manifeste hyperemie op power doppler.

Aanvullende **MRI** : **multifocale** aankleuring linker borst (vnl inferieur en SEQ, ductaal patroon), type 2 aankleuringspatroon.

Core biopsie: invasief pleiomorf **lobulair** carcinoma van de borst met meerdere haarden van lobulair carcinoma in situ (LCIS). ER 99%, PR 99%, Her2 negatief, KI 40%)

Staging (CT – botscan – labo): negatief

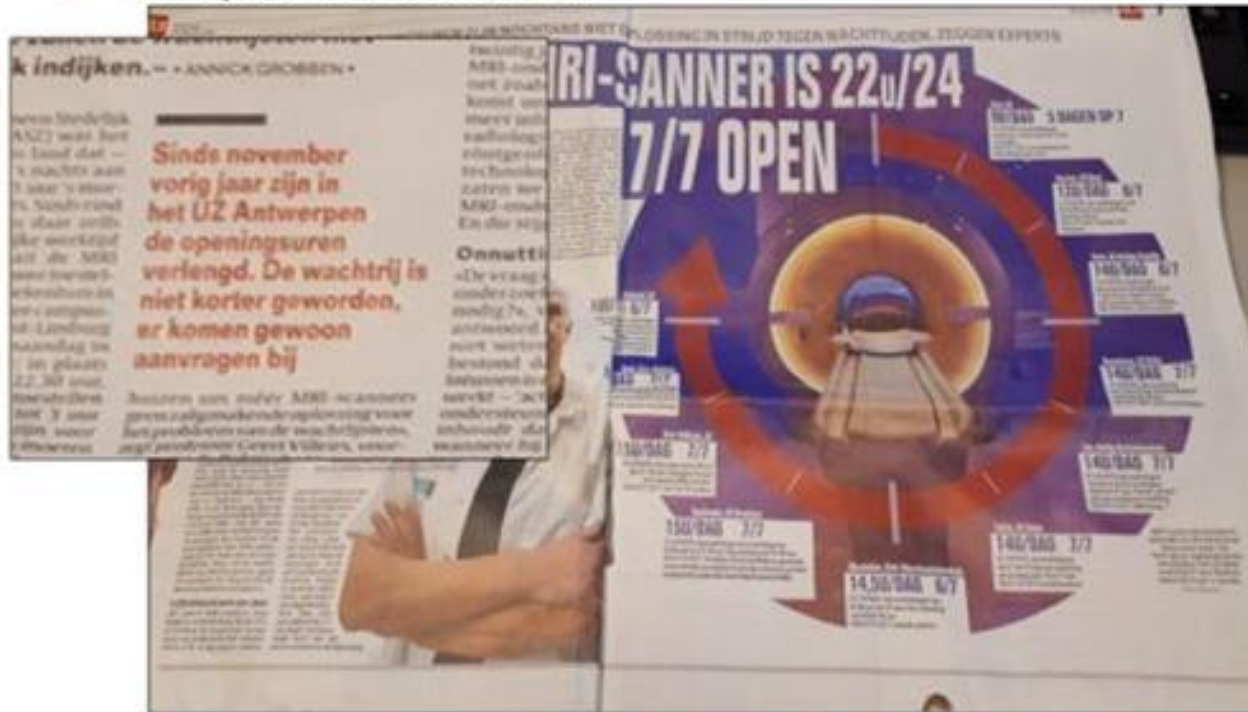
Casuïstiek

Beleid

1. Subcutane **mastectomie met sentinelklierprocedure links en expander.**
 - Multifocaal weinig gediff invasief pleiomorf lobulair ca met haarden van LCIS (ER 99%, PR 99%, Her2 negatief, KI 40%) en focaal goed gediff invasief ductaal adenoca. Uitgesproken tumorale permeatie. 3 sentinelklieren: 1 negatief, 2 massief metastatisch geïnfiltrerd door lobulair ca met kapseldoorbraak.
 - p TNM pT1c (m) N1a Mx.
2. Adjuvant chemotherapie
3. Adjuvant radiotherapie thoraxwand + klierstreken
4. Adjuvant 10 jaar antihormonale therapie ovv Tamoxifen
 - Alternatief: switch naar Zoladex + AI indien terugkeer menstruatie binnen het jaar na beëindigen chemotherapie
5. Genetica: negatief

Clinical indications of breast MRI

- ▶ Availability of MRI is a problem
 - ▶ One possible solution:



- ▶ But has also a counterproductive effect: the waiting list only temporary shortens, because the number of requests increases

- ▶ Availability of MRI is a problem
 - ▶ **Second part of the solution: use MRI in correct indications**

Patterns of Breast Magnetic Resonance Imaging Use: An Opportunity for Data-Driven Resource Allocation

Journal of Internal Medicine 2014; 275: 125-132. doi:10.1111/jim.12193

Abstract

Background. While breast magnetic resonance imaging (MRI) is a valuable tool for breast cancer diagnosis, its use is limited by availability and cost. We evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines. We also evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines. We also evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines.

Results. We evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines. We also evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines. We also evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines.

Conclusion. Our study shows that the use of breast MRI is not consistent with current guidelines. We also evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines. We also evaluated the use of breast MRI in a large, multi-center breast cancer cohort to determine whether MRI use was consistent with current guidelines.

JAMA Intern Med. 2014; January 1; 174(1): 125-132. doi:10.1001/jamainternmed.2013.11963.

Patterns of Breast Magnetic Resonance Imaging Use in Community Practice

Karen J. Wernli, PhD¹, Wendy B. DeMartini, MD², Laura Ichikawa, MS¹, Constance D. Lehman, MD PhD³, Tracy Onega, PhD³, Karla Kertlikowski, MD MS⁴, Louise M. Henderson, PhD⁵, Berta M. Geller, EdD⁶, Mike Hofmann⁶, Bonnie C. Yankaskas, PhD⁷, and the Breast Cancer Surveillance Consortium

¹Group Health Research Institute, Seattle, WA
²Department of Radiology, University of Washington, Seattle Cancer Care Alliance Seattle, WA
³Department of Community and Family Medicine, Norris Cotton Cancer Center, Dartmouth Medical School, Hanover, NH
⁴Departments of Medicine and Epidemiology and Biostatistics, General Internal Medicine Section, Department of Veterans Affairs, University of California, San Francisco, San Francisco, CA
⁵Departments of Family Medicine and Radiology, University of Vermont, Burlington, VT
⁶Department of Radiology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC

- ▶ Only 25% of MRI screening was performed for appropriate indications, as defined by the guidelines (>20 à 30% lifetime risk of breast cancer)
- ▶ Improved patient selection is urgently needed to maximize the benefit of breast MRI

Clinical indications of breast MRI

- ▶ **Based on the most recent guidelines of**
 - ▶ **ACR** (American College of Radiology)
 - ▶ **ASBS** (American Society of Breast Surgeons)
 - ▶ **EUSOBI** (European Society of Breast Imaging)
 - ▶ **NCCN** (National Comprehensive Cancer Network)
 - ▶ **BeSHG** (Belgian Society of Human Genetics)



Consensus Guidelines on Diagnostic and Screening Magnetic Resonance Imaging of the Breast

Purpose: To outline the recommended practice of diagnostic and screening magnetic resonance imaging (MRI) of the breast.

Associated ASBS Guidelines or Quality Measures:

1. The American Society of Breast Surgeons' Position Statement on the Use of Magnetic Resonance Imaging in Breast Surgical Oncology* (July 27, 2016) and "The Use of Magnetic Resonance Imaging in Breast Oncology" (May 6, 2017).
2. The ASBS Choosing Wisely® Campaign defines the response: "Don't routinely order breast MRI in asymptomatic patients." There are no other ASBS Guidelines or Quality Measures on breast MRI.

Doc Ref ID: A619447
DOI: 10.1007/s12265-017-9807-4

BREAST

Breast MRI: EUSOBI recommendations for women's information

Elise M. Mann¹, Corine Bellefleur², Pascal A. Baltzer³, Ulrik Bek⁴, Catherine Colla⁵, Diana Comand⁶, Andrew Crane⁷, Eva Falckberg⁸, Catherine Forest⁹, Michael W. Friedrich¹⁰, Françoise Gilibert¹¹, Thomas H. Helwig¹², Arlene H. Horvath-Kobrin¹³, Julia Campo-Herrero¹⁴, Christian K. Hild¹⁵, Laura Marbach¹⁶, Fabrice Padern¹⁷, Peter Pantzer¹⁸, Lutz J. Pica¹⁹, René W. Pijpker²⁰, Katja Pilger-Bronwig²¹, Per Skane²², Francesco Tarantini²³, for the European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europe Breast - The European Breast Cancer Coalition



NCCN
National
Comprehensive
Cancer
Network

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines)
**Genetic/Familial
High-Risk Assessment:
Breast and Ovarian**

Version 1.2018 — October 1, 2017
NCCN.org

Continue

2013 ACR Practice Guidelines for the use of Breast Magnetic Resonance Imaging

Magnetic Resonance Imaging (MRI) of the breast is a useful tool for the detection and characterization of breast disease, assessment of local extent of disease, evaluation of treatment response, and guidance for biopsy applications. MRI findings must be correlated with clinical history, physical examination, mammography and any other prior breast imaging. The following recommendations for the use of MRI in breast cancer are based on the review of current literature and national practice guidelines. Practice details of the uses of these recommendations should be based on patient-specific needs and documented in the medical record.

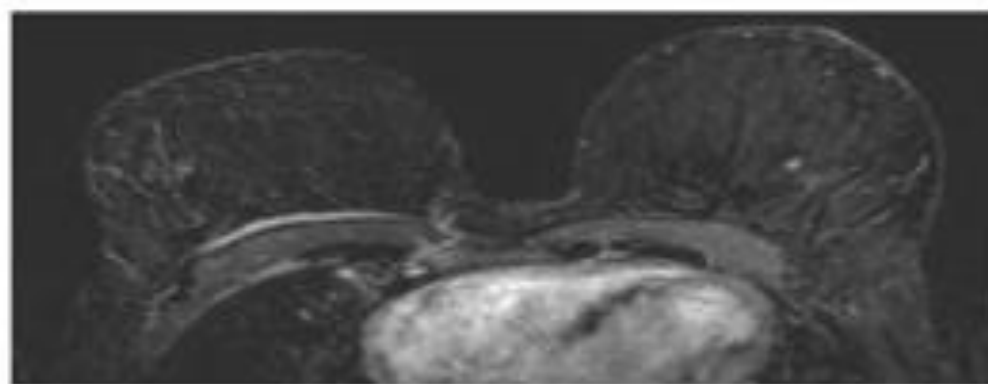
Belgian Society for Human Genetics 

Home | Meeting | Contact | Working | Publications | Links

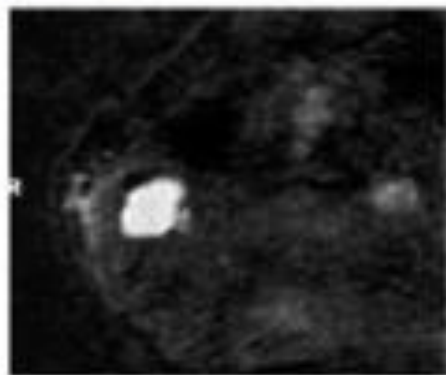
Good Practice Guidelines

Breast MRI is the **most sensitive (80-100%)** imaging modality for detection of invasive breast cancer but is associated with a high rate of **'false alarm' (up to 25%)**

- Require additional imaging and/or biopsy
- Cause patient anxiety



- ▶ **False positives:** lesion with high vascularisation: overlap between benign and malignant:

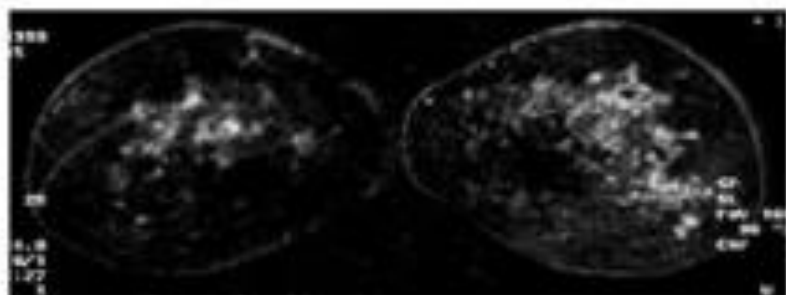


- ▶ Fibroadenoma time intensity curves:

- 83% linear curve
- 12% plateau curve
- 5% wash-out curve

- ▶ 'focus' (BUBO: Breast Unidentified Bright Object)

- <5 mm isolated spot of non-mass like enhancement
- Too small to characterize
- Usually stable on follow-up examinations
- Risk of malignancy extremely low



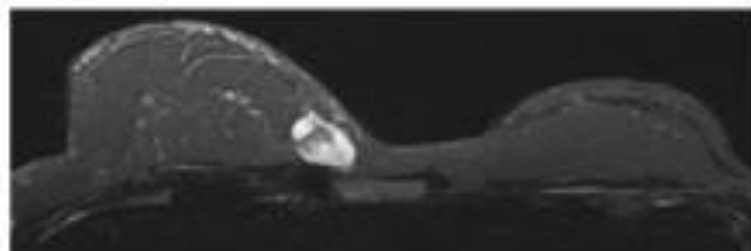
- ▶ **False negatives:** very small lesions or diffusely infiltrative lesions:
- ▶ DCIS
 - ▶ Invasive lobular carcinoma



Clinical indications of breast MRI

1) New diagnosis of breast cancer

- ▶ **MRI highest accuracy for evaluation lesion size and extension**
 - ▶ Useful when size estimation difficult with clinical exam and/or MX/US
 - ▶ Useful to evaluate chest wall involvement
 - ▶ Preoperative MRI may identify additional lesions in the ipsilateral or contralateral breast that are not evident with standard imaging.
- ▶ **Preoperative MRI changes treatment in 10-20%**
 - ▶ Patients otherwise deemed suitable candidates for breast-conserving surgery might undergo more extensive surgery or mastectomy



Clinical indications of breast MRI

1) New diagnosis of breast cancer

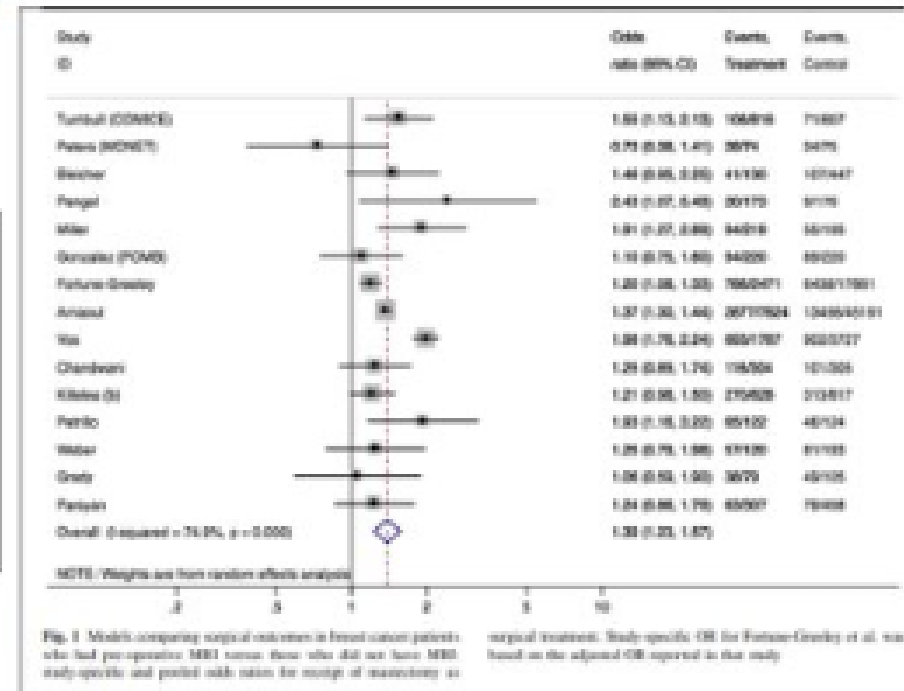
Breast Cancer Res Treat (2017) 145:273–283
 DOI 10.1007/s10549-017-4324-3

CrossMark

REVIEW

Meta-analysis of pre-operative magnetic resonance imaging (MRI) and surgical treatment for breast cancer

Nehmat Houssami¹ · Robin M. Turner² · Monica Morrow³



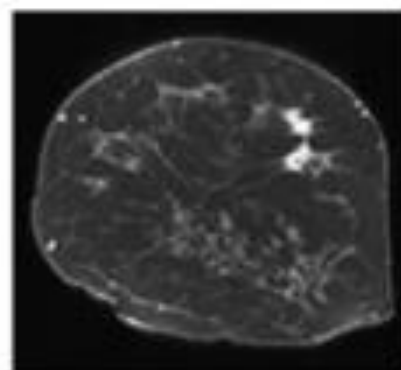
- ▶ Meta-analysis of studies comparing surgical outcomes in primary breast cancer patients who received pre-operative MRI and those who did not receive MRI
- ▶ Conclusions:
 - **preoperative MRI is not associated with improved surgical treatment** (in terms of tumor-free surgical margins or re-operation rate)
 - **increased likelihood of mastectomy for the cancerous breast**
 - **increased likelihood of contralateral prophylactic mastectomy**

Clinical indications of breast MRI

- 1) New diagnosis of breast cancer

Problems:

- 1) **Modest specificity of MRI: only 20% of additional lesions are malignant**
- 2) **The true malignant additional lesions seem to have no clinical significance**
 - The majority of them are anyhow successfully treated with radiotherapy and/or systemic therapy
 - It is unclear whether untreated occult malignant lesions will ever evolve to life-threatening tumors



Clinical indications of breast MRI

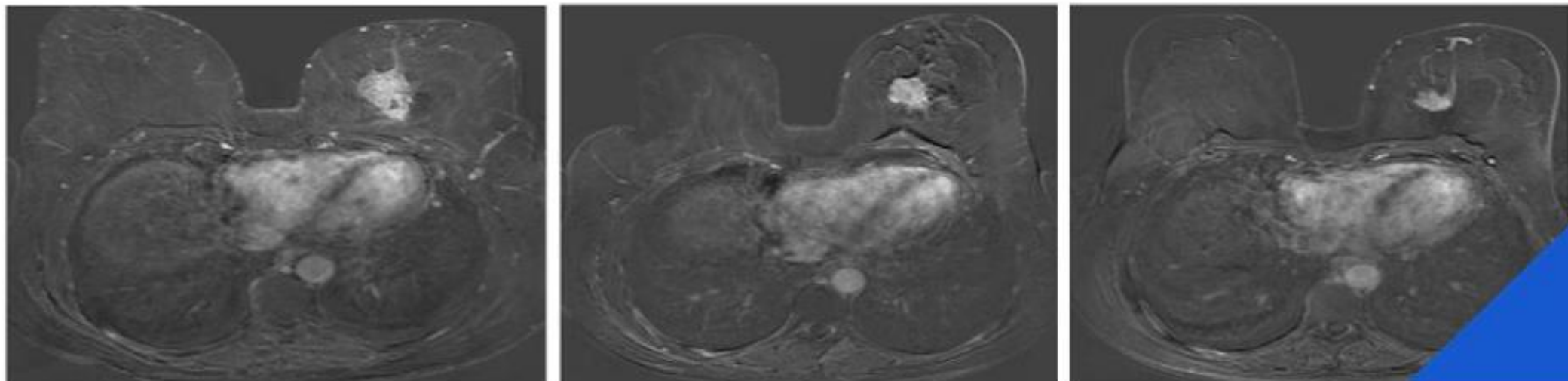
2) Problem solving when discrepancy between clinical exam, mammography and/or ultrasound

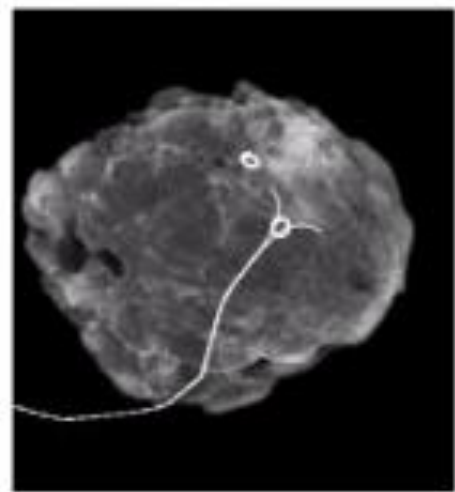
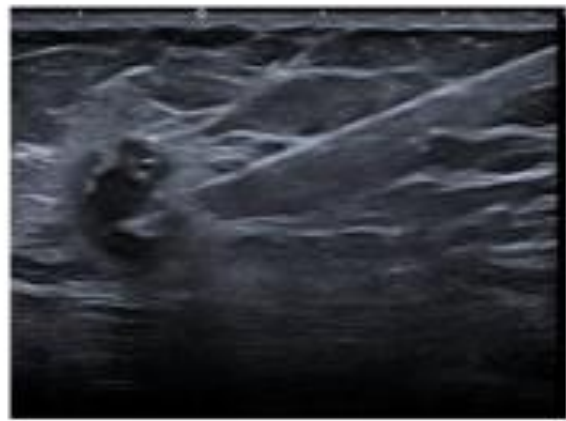
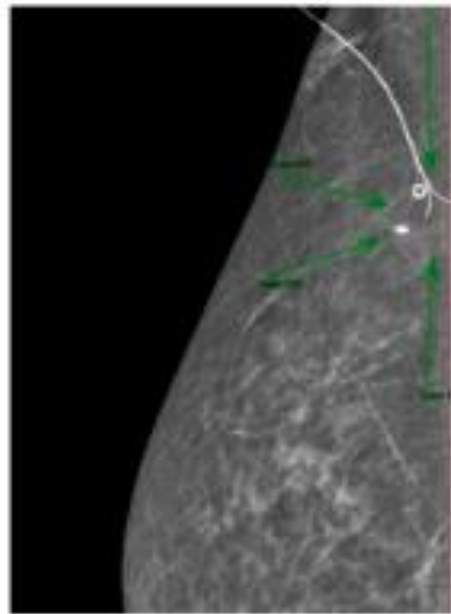
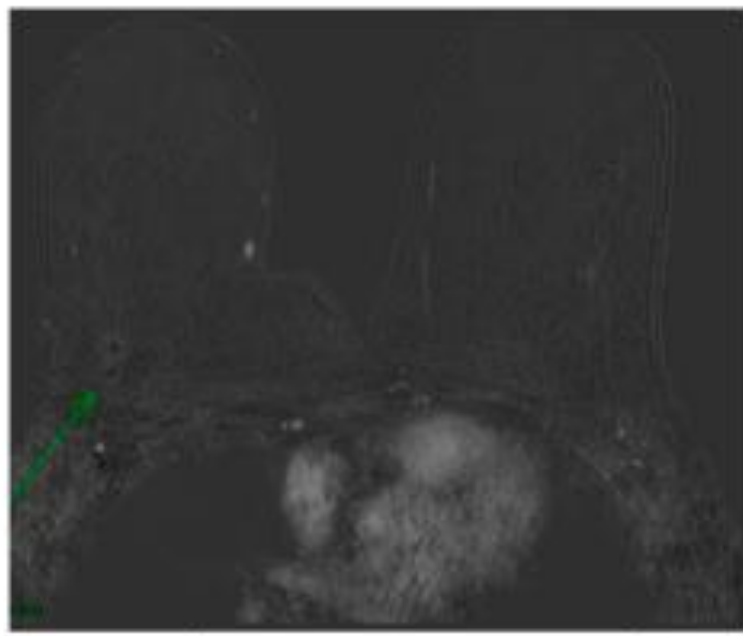
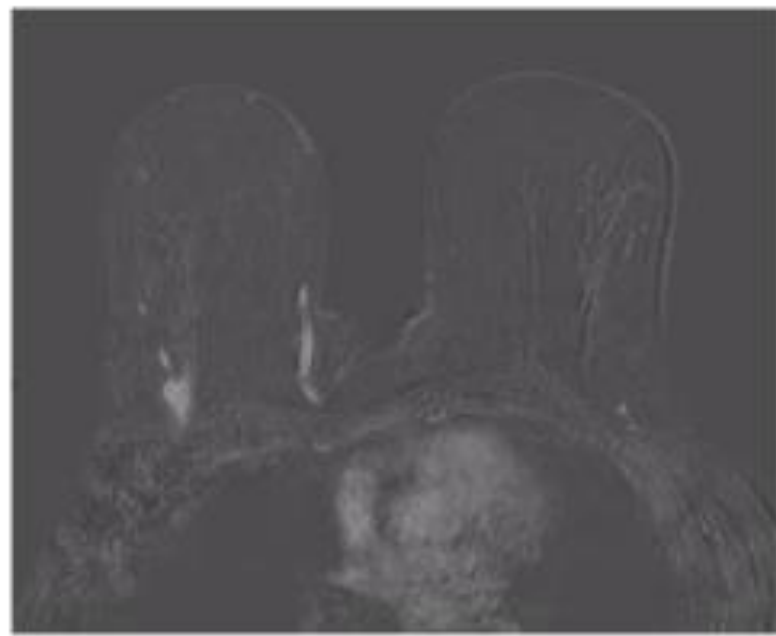
- ▶ **Metastatic axillary lymph node but without visible lesion on MX or US**
 - ▶ < 2% of all breast cancers are found via metastatic axillar lymph nodes
 - ▶ Sensitivity of MRI in these cases: 75-85%
- ▶ **Bloody nipple discharge**
 - ▶ Intraductal papilloma? US and MRI have replaced galactophorography
- ▶ **Paget's disease of the nipple**

Clinical indications of breast MRI

3) Evaluation of neo-adjuvant chemotherapy

- ▶ **MRI has the highest accuracy for monitoring chemotherapy**
 - ▶ Change in tumor size, signal intensity and contrast kinetics
 - ▶ Underestimation possible!
 - Chemotherapy is often an anti-angiogenetic agent, but contrast-enhancement is based on vascularity
 - ▶ MRI before start of neo-adjuvant chemotherapy and after treatment
 - Intermediate MRI between the courses of chemotherapy may not be necessary





Clinical indications of breast MRI

4) Follow up after surgery

- ▶ **Recurrence rate 1%/year after surgery**
- ▶ **Standard follow up modalities are mammography and ultrasound**
 - ▶ Also after mastectomy and breast reconstruction
- ▶ **Yearly MRI may be used as alternative in**
 - ▶ Women <35 years
 - ▶ Women with genetic very high risk (>30%) when residual glandular tissue is present (i.e. when there is no autologous reconstruction)
- ▶ **MRI to differentiate between scar tissue and recurrence**
 - Enhancement 2 years after completion of treatment is suspicious



Clinical indications of breast MRI

5) Screening of asymptomatic women with very high risk

- ▶ **>30% risk (based on genetic mutation, family history, ...)**

	Genetic mutation	Number of 1st or 2nd degree family members with:					Other factors :	
		Breast cancer	bilateral breast cancer	Male with breast cancer	Ovarian cancer	sarcoma at young age, adrenocortical tumors, pattern of multiple carcinomas	Breast density	mantlefield radiation therapy at young age
Average risk (<17%)	no	no (risk mammaca 10%) 1 >40y	no	no	no	no	BI-RADS a to c	no
High risk (17-30%)	no	1 <40y 2 at mean age >50y 3 at mean age >60y	no	no	no	no	BI-RADS d (extreme dense)	no
Very high risk (>30%)	BRCA1, PALB2, ATM, CDKN1, APC, STK11, PTEN	3 at mean age <50y 2 at mean age <60y 3 with at least 1 1st degree	1 <50y	1 <50y	2			yes
Very high risk (>60%)	BRCA1, BRCA2, TP53, Li Fraumeni	4 at mean age <50y others with	<50y = 1 1st or 2nd degree breast cancer	1 <50y = 1 1st or 2nd degree breast cancer	1 + 1 1st or 2nd degree breast cancer			

Clinical indications of breast MRI

5) Screening of asymptomatic women with very high risk

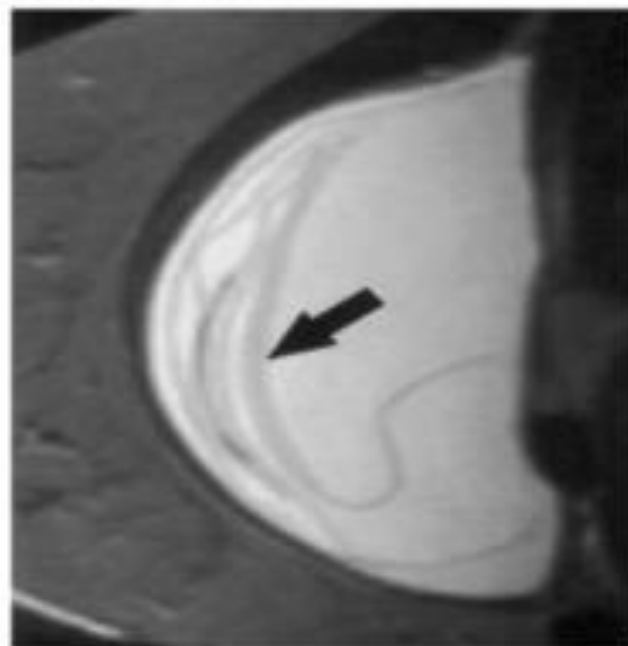
- ▶ **Annual MRI**
 - ▶ **Starting at the age of 25 years** in case of BRCA1, BRCA2, TP53 of Li Fraumeni
 - ▶ **Starting at the age of 35 years** in case of PALB2, CHEK2, ATM, CDH1, NF1, STEK11, PTEN
 - ▶ **Or 5 years before the age of diagnosis in the youngest family member**
- ▶ Controversy exists about additional ultrasound 6 months after every MRI and additional mammography from the age of 40
- ▶ Alternative: preventive mastectomy and salpingo-oophorectomy



Clinical indications of breast MRI

6) Breast prosthesis

- ▶ **No MRI for routine follow up**
 - use standard MX and US
- ▶ **MRI only indicated in case of prosthesis complications**
 - ▶ Dislocation
 - ▶ Suspicion of rupture of silicone breast implant
 - sensitivity MRI 80%, US 60%, MX 40%

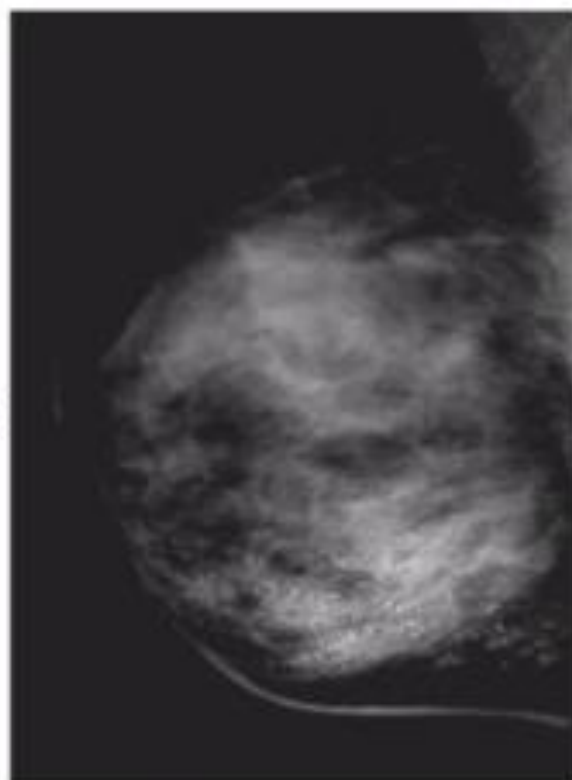


Linguine sign

NO indication of breast MRI

Microcalcifications on mammography

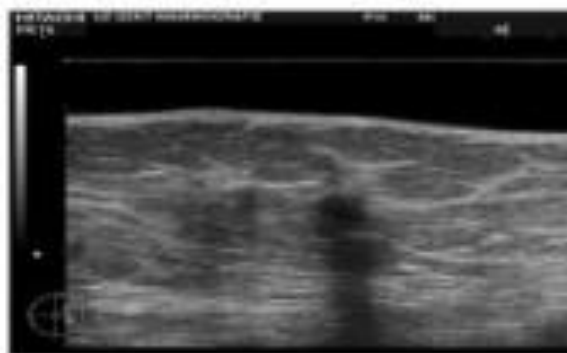
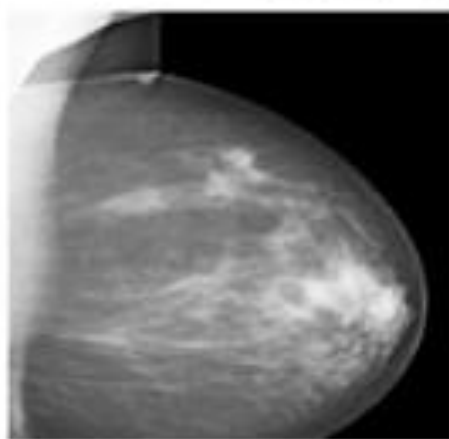
- ▶ Judgement should be based on the mammographic aspect of the microcalcifications
- ▶ **If considered suspicious: → stereotactic biopsy**
- ▶ **MRI is not contributive:**
 - ▶ If no enhancement on MRI: may be false negative in DCIS (NPV <85%)
 - ▶ If enhancement on MRI: may be false positive in benign hyperplastic disease



NO indication of breast MRI

Women with pain or a palpable nodule in the breast

- ▶ Should be first evaluated with **clinical exam, MX, US, and/or biopsy**
- ▶ **MRI is not contributive:**
 - ▶ if the lesion is enhancing → biopsy
 - ▶ if the lesion is not enhancing → also biopsy when MX or US are suspicious
- ▶ **MRI cannot be used as alternative to biopsy**
 - ▶ The NPV of MRI is not high enough to postpone/omit biopsy



"Off hand, I'd say you're suffering from an arrow through your head, but just to play it safe, I'm ordering a bunch of tests."

NO indication of breast MRI

Screening of low-risk women

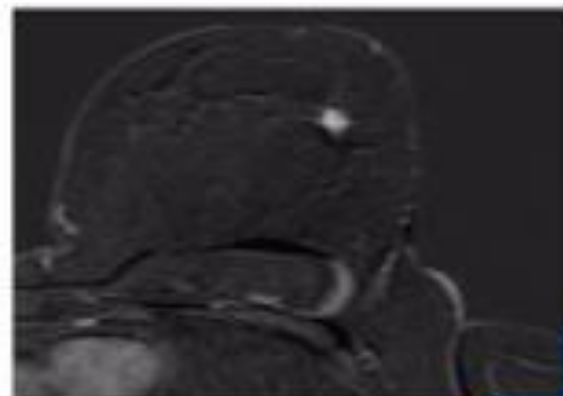
- ▶ **MRI is not a good screening tool for women with low or intermediate risk**
 - ▶ Risk of 'false alarm' is too high as compared to the likelihood of finding an occult breast cancer
- ▶ **These patients should only have mammography in population screening programme**



Conclusion

Clinical indications of breast MRI:

- 1) **New diagnosis of ILCA in dense breast**
- 2) **Problem solving when discrepancy** between clinical exam, mammography and/or ultrasound
- 3) Evaluation of neo-adjuvant **chemotherapy**
- 4) Follow up **after surgery**
- 5) **Screening** of asymptomatic women with **very high risk**
- 6) Rupture of silicone **breast implant**



Borstkankerscreening bij asymptomatische vrouwen

Aanbevelingen UZ Gent



1) Screening asymptomatische vrouwen volgens risicoprofiel

Genetische afwijking	Aantal 1 ^{ste} of 2 ^{de} graads familielieden met					Andere factoren	
	mammacarcinoom	bilateraal mammacarcinoom	mannelijk familielid met mammacarcinoom	ovariumcarcinoom	setoriale of jonge leeftijd, bijverschommelen, patroon van multiple carcinoomen	diagnostiek borstkwade (BI-RAQS a tot e)	menstrueel vroege start of jonge leeftijd
Geen risico (alleen uitval)	geen (naar mammografie 10%) 1 < 40 jaar	geen	geen	geen	geen	BI-RAQS a tot e	nee
Verhoogd risico (BRCA1/2)	1 < 40 jaar 2 gemiddeld < 50 jaar 3 gemiddeld < 50 jaar	1 > 50 jaar	1 > 50 jaar	geen	geen	BI-RAQS d (echografie)	nee
Sterk verhoogd risico (BRCA1/2)	2 gemiddeld < 50 jaar 3 gemiddeld < 50 jaar 4 gemiddeld < 50 jaar	> 50 jaar + 1 ^{ste} of 2 ^{de} gr mammacarcinoom	1 > 50 jaar 1 ^{ste} of 2 ^{de} gr mammacarcinoom	1 + 1 ^{ste} of 2 ^{de} gr mammacarcinoom	1	?	ja
Genetisch bewezen sterk verhoogd risico (BRCA1, BRCA2, PALB2, CHEK2, ATM, TP53, L1, Rad51, CDH1, NF1, PTEN, APC)	?	?	?	?	?	?	?

Gemiddeld risico: mammografie om de 2 jaar tussen 50 en 69 jaar

- o In kader van de gratis Vlaamse Borstkankerscreening (geen echografie)

Verhoogd risico: jaarlijks mammografie vanaf 40 jaar

- o Aanvullende echografie wordt niet aanbevolen, tenzij bij 1ste presentatie of bij extreem dichte borstklierweefsel (BI-RAQS d)
- o Tussen 50 en 69 jaar kan de jaarlijkse mammografie eventueel afwisselend gebeuren in kader van de gratis Vlaamse Borstkankerscreening

Sterk verhoogd risico: jaarlijks MRI vanaf 25 jaar (of vanaf 5 jaar voor leeftijd diagnose bij jongste familielid)

- o **Én jaarlijkse mammografie vanaf 40 jaar** (eventueel aangevuld met echografie)
 - o Telkens 6 maand na de MRI

Genetisch bewezen sterk verhoogd risico: screenen volgens richtlijnen Belgisch College Genetica

<https://www.college-genetics.be>, HBOC guidelines management

- o **Alternatief: preventieve mammeotomie en salpingo-ovariëctomie**

2) Vrouwen >70 jaar

- o Verder screenen op eigen initiatief zolang levensverwachting >10 jaar
- o Op dezelfde manier verder screenen zoals tussen 50 en 69 jaar naargelang risicocategorie

3) Opvolging na borstkanker (tumorectomie of mammeotomie) of na biopsie LCIS, ADH of ALH

- o **Jaarlijks mammografie + echografie**

4) Opvolging na preventieve mammeotomie met autologe reconstructie

- o **Klinisch onderzoek, geen beeldvorming noodzakelijk**
- o **Eventueel jaarlijkse mammografie** (enkel oblique opnames volstaan) + **echografie**

Borstkliniek en oncocoach

Rol van de onco coach



- Aanwezig zijn op het slechtnieuwsgesprek
- Plannen staging
- Info verlenen rond diverse therapieën op maat van de patient (chemotherapie , immunotherapie , target therapie , radiotherapie , plaatsing PAC)
- Nood aan persoonlijke begeleiding
- Laagdrempelig aanspreekpunt
- Altijd aanwezig bij de opstart van de therapie
- Rode draad doorheen hun ziekte proces
- MOC planning – registratie – afwerken
- Onco consultaties

Multidisciplinaire werking

- Hoofdverpleegkundige van het oncologisch dagziekenhuis Mieke Deceuninck



- Alle Verpleegkundigen hebben een bijzondere beroepstitel in de oncologie

Mieke

Nathalie

Sonja

Anick

Davita

Ludwine

Ellen

Stephanie

Hélène

- Onco psychologe
- Onco diëtiste
- Sociale dienst
- Pijn verpleegkundige
- Wondzorg verpleegkundige
- Diabetes verpleegkundige
- Palliatief support team

Sarah

Kelly

Karolien

Nathalie

Bo

Vinciane

Brigitte

Dr Maes

Elisa

Veronique

Bieke

Katleen

Julie

Vernieuwde infrastructuur

- Afzonderlijke ingang
- 10 kamers – 14 relax zetels
- 2/3 van de ptn zijn oncologisch – 1/3 van de ptn komen voor een niet oncologische behandeling (ziekte van Chron , colitis ulcerosa , PC , ijzer , Nucala , Xolair , enz)

Welke pathologiën behandelen wij ?

- Borst - gynaeco
- ORL
- Melanoom
- Longca - mesothelioom
- Maagca
- Darmca
- Simoïdca
- Rectumca
- Pancreasca
- Blaasca
- RCC
- HCC
- Prostaatca

4 Ogen principe

- Controle naam – geboorte datum
- Naam van het product
- Dosis
- Inloopsnelheid
- Dubbele handtekening
- Bloedvatcontrole

Onco revalidatie

- Intake
- Revalidatie op maat van de patiënt
- 2 x week
- Betere conditie en uithouding
- Minder vermoeidheid
- Werken aan herstel

Ik nodig jullie graag een rondleiding op onze afdeling
maar eerst geef ik nog graag het woord door aan
onze hoofdgeneesheer Dr Debels

KB 23 november 2022 : locoregionale zorgopdrachten

23 NOVEMBER 2022. - Koninklijk besluit tot kwalificatie van de supraregionale zorgopdrachten en van de locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken en tot bepaling van het geografisch aanbod van locoregionale zorgopdrachten van de locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken

Bron : VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Publicatie : Belgisch Staatsblad van 01-12-2022 bladzijde : 88766

Inwerkingtreding : 11-12-2022

Art. 1 : opsomming ziekenhuisdiensten, -functies, zorgopdrachten en –programma's die locoregionaal of supraregionaal moeten georganiseerd zijn

KB 23 november 2022 : locoregionale zorgopdrachten

Art. 3. De in artikel 1 bedoelde zorgopdrachten worden in het **locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk derwijze aangeboden dat **een aanrijtijd van maximum 30 minuten voor 90% van de inwoners binnen het geografisch gebied dat door het bedoeld ziekenhuisnetwerk wordt bestreken, is gegarandeerd.** Hiervan kan voor een zorgopdracht worden afgeweken indien het garanderen van de aanrijtijd subsidieerbare investeringen in onroerende infrastructuur vereist op een nieuw in te richten vestigingsplaats of indien de desbetreffende zorgopdracht in een naburig locoregionaal netwerk wordt aangeboden binnen de aanrijtijd.**

De in het eerste lid bedoelde aanrijtijd is de rijtijd tussen de woonplaats van de inwoners van het geografisch gebied en de toegang tot de **≤locoregionale> zorgopdracht **met de wagen uitgaande van een normale verkeerssituatie op een gemiddelde weekdag.****

De **≤locoregionale> klinische ziekenhuisnetwerken beschikken over een termijn van drie jaar te rekenen vanaf de datum van in werking treden van onderhavig besluit, om aan dit artikel te voldoen.**

KB 23 november 2022 : locoregionale zorgopdrachten

Artikel 1. De hierna vermelde zorgopdrachten worden gekwalificeerd als **≤locoregionale≥** zorgopdrachten :

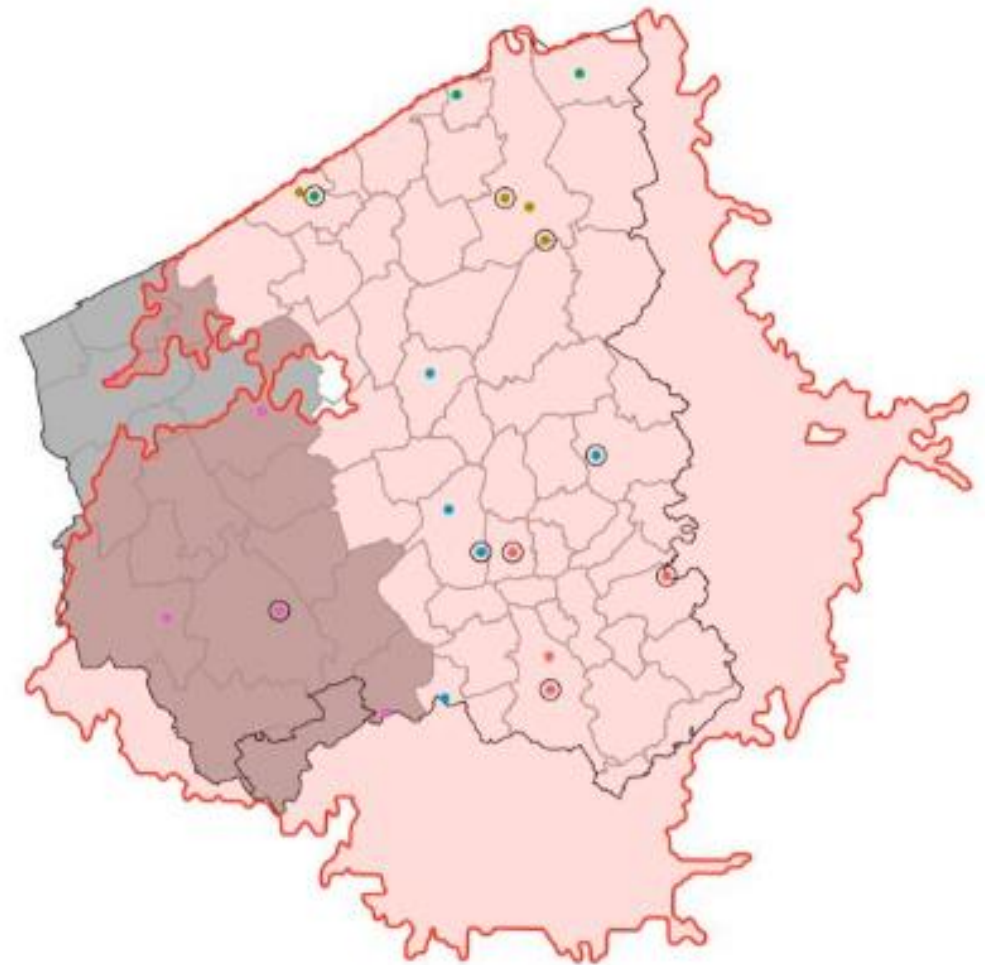
4° de zorgopdrachten gerelateerd aan volgende zorgprogramma's :

- a) het zorgprogramma voor oncologische basiszorg;
- b) het zorgprogramma voor oncologie;
- c) het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker;
- d) **het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (satellietborstkliniek);**
- e) het zorgprogramma voor kinderen;
- f) het zorgprogramma `cardiale pathologie' A;
- g) het zorgprogramma `cardiale pathologie' B, deelprogramma B1 (invasieve diagnostiek);
- h) het zorgprogramma `cardiale pathologie' B, deelprogramma B2 (interventionele, niet-chirurgische therapie);
- i) het zorgprogramma `cardiale pathologie' P (pacemakertherapie);
- j) het zorgprogramma `reproductieve geneeskunde' A;
- k) het basiszorgprogramma `acute beroertezorg';
- l) het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt.

Nabijheid van zorg is hier zeker belangrijk !

KB 23 november 2022 : locoregionale zorgopdrachten

Zorgprogramma borstkanker (satelliet)





az**West**

Zorg op mensenmaat

Dank u voor uw aandacht!