

10. Overzicht activiteiten Senologische oncologie

Het borstcentrum in het Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) werd opgericht in 1999 naar aanleiding van nieuwe Europese richtlijnen waarin kwantitatieve en kwalitatieve normen werden opgelegd waaraan borstcentra in de toekomst dienden te voldoen om als dusdanig een erkenning te verkrijgen. Een borstcentrum zou een kritische massa moeten hebben van 150 nieuwe casus per jaar.

Samenstelling borstcentrum:

Gynaecologie:

Prof. dr. E. de Jonge
dr. J.-C. Schobbens
dr. G. Van de Putte
dr. J. Vlasselaer

Medische beeldvorming:

dr. C. Bevernage
Dr. M.-J. De Proft
dr. J. Gelin
dr. M. Horvath
dr. L. Meylaerts

Radiotherapie – Oncologie:

dr. G. Debrock
dr. W. De Rook
Prof. Dr. J. Janssens
dr. Y. Staelens
dr. E. Van De Werf

Plastische en reconstructieve Heelkunde:

dr. B. Van den Hof
dr. N. Verhelle

Nucleaire Geneeskunde:

dr. B. Dehaes
dr. O. Drieskens
dr. E. Merckx
dr. L. Mesotten

Psychologie:

S. Markovitz

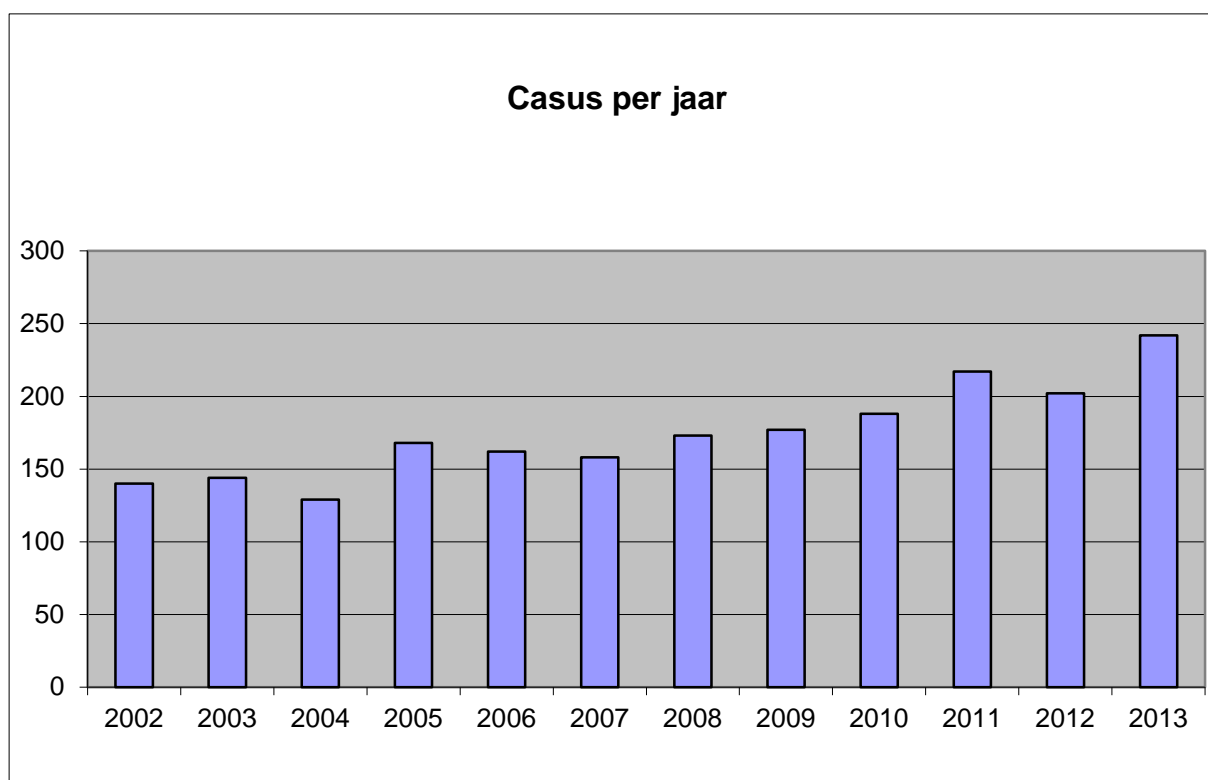
Borstverpleegkundigen:

M. Massarotto
E. Boons

Secretariaat:

M. Tollenaers

Sinds 1 januari 2002 wordt in het ZOL een gegevensbank bijgehouden met alle patiënten die in het borstcentrum behandeld werden voor een borstcarcinoom. Deze databank wordt dagelijks onderhouden en aangepast aan de hand van briefwisseling van de behandelende artsen (oncologen, radiotherapeuten, radiologen, ...), contacten met huisartsen, gegevens uit de resultaten-server van het ziekenhuis en opvolgraadplegingen van de behandelde patiënten. Het aantal patiënten vertoont sinds de start van het borstcentrum een lichte jaarlijkse stijging (Tabel 1).

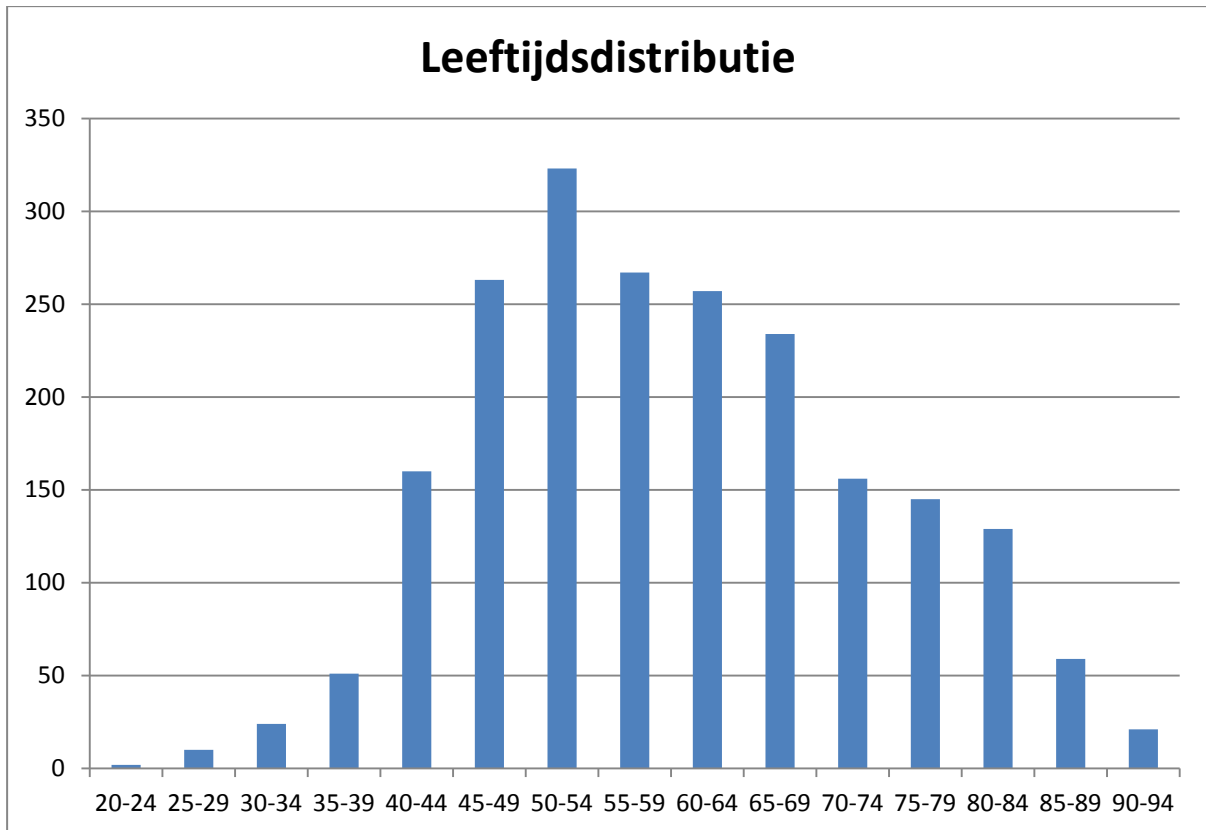


In 2013 werden er 242 nieuwe diagnoses gesteld van borstkanker bij 232 patiënten. 10 daarvan hadden een bilaterale tumor.

Tot en met 2013 gaat het om een totaal van 2102 patiënten. Daarvan zijn er 12 mannelijke patiënten.

Leeftijd:

De gemiddelde leeftijd van de populatie borstkanker patiënten bedraagt in onze database 60.1 jaar met een range van 22 tot 93 jaar. Van de 2090 vrouwelijke patiënten is 69,7 % post-menopauzaal en 25 % pre-menopauzaal. Van 5.3 % is de menopauzale status onbekend.



Heelkunde:

Sinds 2011 gebeuren de ingrepen nog door 4 gynaecologen: dr. Vlasselaer, dr. Van de Putte, dr. Schobbens en dr. de Jonge.

Wat betreft heelkundige ingrepen merken we op dat 5 à 10% van de patiënten geen heelkundige ingreep ondergaat. Dit gebeurt omdat patiënten reeds metastasen vertonen bij diagnose (gemiddeld 5%) of omdat patiënten te oud zijn, een te hoge co-morbiditeit vertonen of een zeldzame keer een persoonlijke keuze van de patiënte. Een klein percentage van patiënten wordt bij bepaalde indicaties ook de mogelijkheid geboden om een mastectomie en reconstructie in één tijd te ondergaan in samenwerking met de dienst Plastische en Reconstructieve Heelkunde. In 2013 ondergingen 6 patiënten een mastectomie met gelijktijdige reconstructie.

Globaal ondergaat 35 à 40% van de patiënten een borstampuatie en 55 à 60% wordt borstsparend behandeld. Voor 2013 bedragen deze cijfers respectievelijk 28% en 60%. 12% onderging (nog) geen heelkundige ingreep.

	<u>Type heelkundige ingreep</u>												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Totaal	140	145	128	169	162	158	173	176	188	217	202	242	
Borstsparend	57,1	61,4	57,8	55,0	51,9	55,1	54,3	58,0	55,3	53,9	55,4	60	
Mastectomie	40,7	33,8	32,8	36,7	38,9	37,3	32,9	30,7	37,2	29,5	36,1	28	
Geen ingreep	2,1	4,8	9,4	6,5	6,8	5,1	9,2	8,0	7,4	16,6	8,9	12	

Vanaf 2002 werd gestart met sentinel node procedures. Aanvankelijk werd dit steeds gevolgd door een axillaire uitruiming tot voldoende ervaring met de procedure was opgebouwd. Er werden een dertigtal procedures op die manier uitgevoerd. Vanaf 2004 werd meer systematisch gebruik gemaakt van deze techniek, de eerste jaren bijna uitsluitend voor tumoren kleiner dan 2 cm, recent ook meer voor T2 tumoren (van 2,1 tot 5,0 cm).

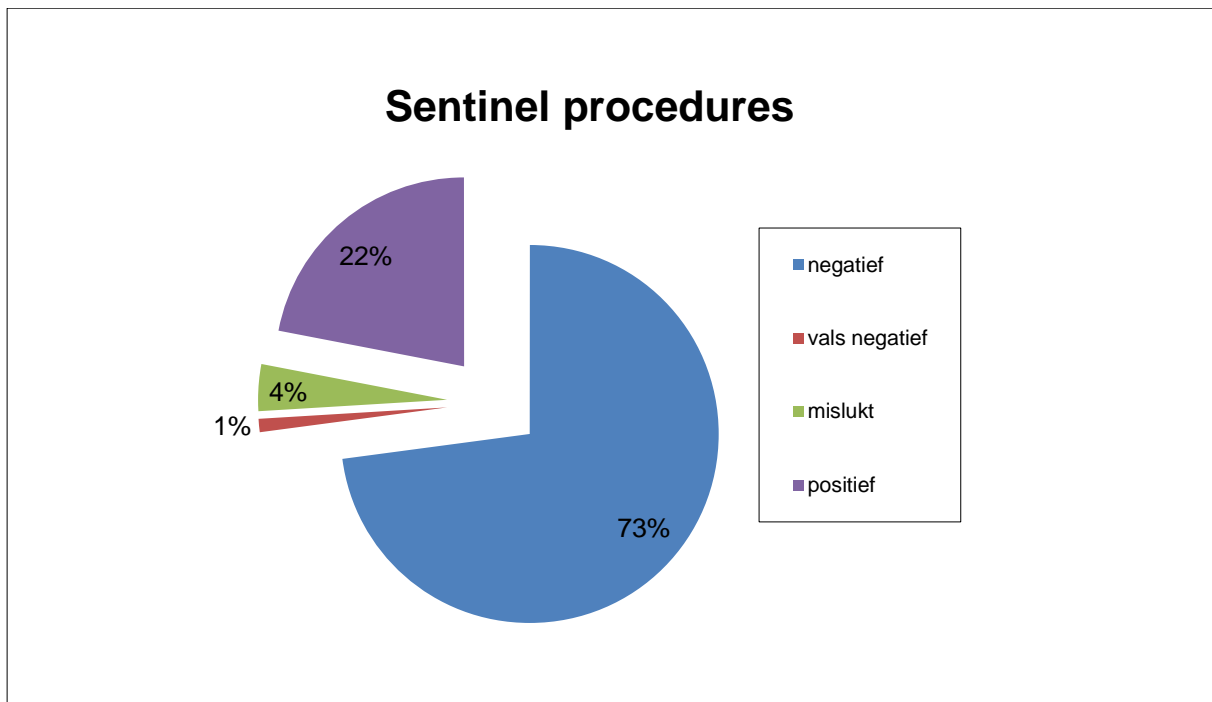
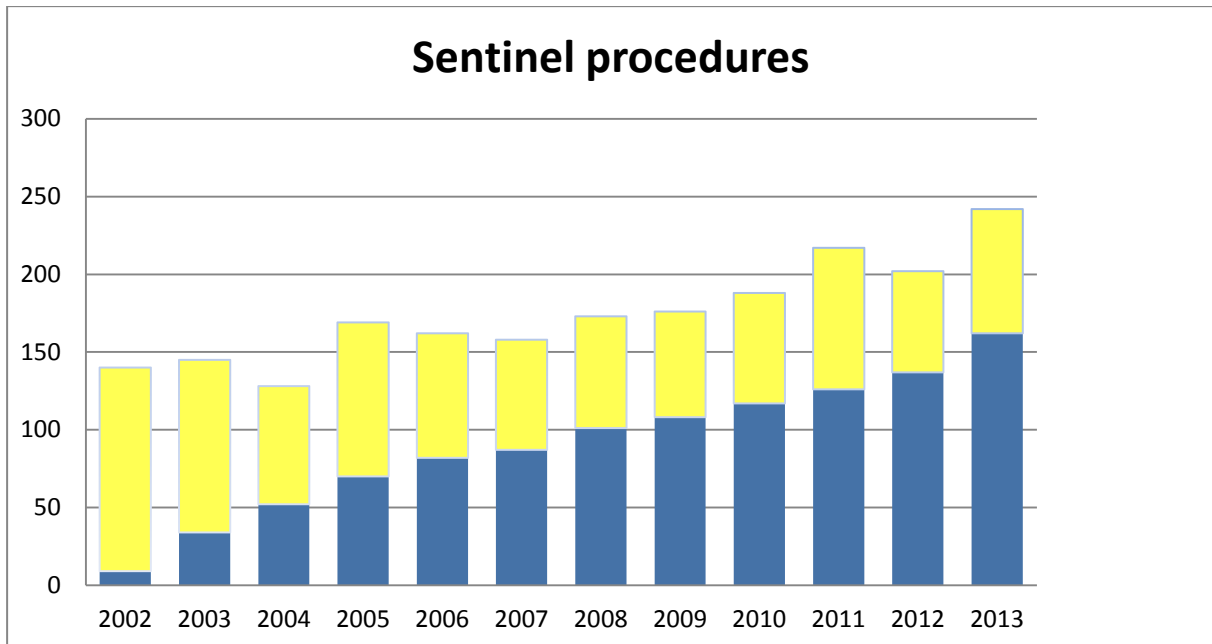
Sentinel procedure: bij palpeerbare letsels wordt radioactief Te99 ingespoten peritumoraal. Bij een niet palpeerbaar letsel wordt peri-areolair geïnjecteerd in het kwadrant van de tumor. Indien geen axillaire weiknoop gedetecteerd wordt, of bij twijfelachtige detectie wordt bij de start van de ingreep 2 ml patent blauw peri-areolair geïnjecteerd in het kwadrant van de tumor. Indien ook hiermee geen sentinel weiknoop kan ontdekt worden, wordt een klassiek okselevident uitgeoefend.

Tot midden 2011 werd de sentinel weiknoop peroperatief via vriescoupe onderzocht en daarna verder verwerkt om een definitief histologisch onderzoek toe te laten. In twijfelgevallen werd het definitief onderzoek afgewacht en werd zo nodig een okselevident in een tweede tijd uitgeoefend. Indien in de weiknoop een micrometastase werd vastgesteld, waarbij de afmeting van de metastase tussen 0,2 mm en 2 mm bedroeg, werd in principe de behandeling ook vervolledigd met een okselevident. Bij nog kleinere letsels, die beschouwd worden als geïsoleerde tumorcellen, wordt geen axillaire uitruiming gedaan.

Sinds midden 2011, na de publicatie van Giuliano (Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al.: Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA 305 (6): 569-75, 2011), wordt echter geen vriescoupe meer uitgeoefend indien er via beeldvorming geen verdachte weiknopen werden vastgesteld. Dit gebeurt echter wel nog bij verdenking op axillaire aantasting peroperatief.

Ook bij DCIS groter dan 3 cm, DCIS met massa vorming of een DCIS waarvoor een mastectomie uitgeoefend wordt, gebeurt een sentinel procedure.

Uit onderstaande grafiek blijkt de duidelijke proportionele toename van het aantal sentinel procedures over de voorbijgaande jaren.



Staging:

Met een toenemend aantal vrouwen die een screening mammografie ondergaan, zouden we ook een toename moeten zien van diagnose van borstkanker in een vroegtijdig stadium en ook meer niet-invasieve letsels. Limburg scoort overigens qua screening het best van alle Vlaamse provincies. Uit onze cijfers blijkt echter geen duidelijke afname van gevorderde tumoren of een toename van vroege stadia. Waarschijnlijk zijn de aantallen van het ZOL alleen onvoldoende om hier een trend te kunnen vaststellen.

	<u>Verdeling stadia in % (n= 2102)</u>												
Stadium	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
0	8.6	2.7	9.4	12.5	8.6	12.1	8.7	5.7	14.4	13.8	12.4	9.1	
I	45.0	42.9	35.2	34.5	33.3	41.4	35.3	34.7	27.7	30.0	34.6	36.4	
II	32.9	30.6	32.8	32.1	34.6	28.0	34.7	40.9	39.4	39.6	40.1	39.3	
III	11.4	17.0	13.3	14.9	16.7	15.3	14.5	16.5	13.8	11.0	9.4	11.2	
IV	2.1	6.8	9.4	6.0	6.8	3.2	6.9	2.3	4.8	5.5	3.5	4.1	

Indeling in stadia:

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
Stage II A	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stage IIB	T2	N1	M
	T3	N0	M0
Stage IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Stage IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Stage IIIC	Any T	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1