

Opvolging na behandeling voor borstkanker

Prof. Dr. Wiebren Tjalma

Gynaecologisch Oncoloog en Borstchirurg

Medisch Coördinator Universitair Multidisciplinair Borstkliniek Antwerpen

Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Wilrijkstraat 10

2650 Edegem

Wiebren.Tjalma@uza.be

1. Inleiding

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij de vrouw. Volgens het Belgisch Kankerregister bedraagt de incidentie 176 per 100.000 vrouwenjaren. Op wereldniveau heeft Vlaanderen de hoogste borstkankerincidentie. Het merendeel van de tumoren wordt in een vroegtijdig stadium ontdekt wat zich vertaalt in een vijfjaaroverleving van meer dan 80 %. Vele duizenden ex-borstkankerpatiënten zijn dan ook in opvolging. Het doel van de opvolging is in de eerste plaats de overleving

van patiënten die borstkanker hebben gehad te verbeteren. Voor sommigen onder ons is de opvolging spijtig genoeg een soort ritueel geworden. Misschien was een betere titel voor deze voordracht geweest: “De kunst van de oncologie wanneer kanker niet het doel is”.

2. Opvolging

De opvolging begint na het voltooien van de behandeling van het primair mammcarcinoom. De opvolging zou in praktijk drie redenen moeten hebben: (1) Opsporing van een recidief (lokaal en metastasen); (2) Detectie van een tweede primaire tumor; (3) Begeleiding van de patiënte en haar naasten.

2.1. Opsporing van een recidief

Een recidief kan lokaal zijn of op afstand, zgn metastase. De kans op het ontwikkelen van een recidief is uiteraard afhankelijk van het stadium van de ziekte en de leeftijd van de patiënte. Wanneer er zich een recidief voor doet is dit in een derde van de gevallen lokaal en op afstand en in twee derde van de gevallen enkel lokaal.

2.1.1. Lokaal recidief

De kans op het ontwikkelen van een lokaal recidief is bijna tweemaal hoger na een borstsparende ingreep (11%) dan na een borstverwijderende ingreep (6%). Echter dit heeft geen weerslag op de overleving.

Ongeveer de helft van de recidieven doen zich voor de eerste drie jaar terwijl de andere helft verspreid is over vele jaren. Bij late recidieven zou men zich de vraag moeten stellen of het niet gaat om een tweede primaire tumor.

Een derde van de recidieven wordt ontdekt door de patiënte zelf. De rest wordt vastgesteld door de combinatie klinisch onderzoek en beeldvorming.

2.1.2. Metastasen

Patiënten die een metastase ontwikkelen zijn moeilijk te genezen. Integenstelling tot lokale recidieven doen metastasen zich veelal later voor, ongeveer een kwart presenteert zich na vijf jaar. Belangrijk is de vaststelling dat de overleving van patiënten met detecteerbare asymptomatische afstandsmetastasen gelijk is aan die van

symptomatische afstandsmetastasen. Verschillende recente overzichts studies leren ons dat de overleving en kwaliteit van leven niet beïnvloed worden door de intensiteit van opvolging en wie de opvolging uitvoert. Opvolgings onderzoeken geven een grote psychologische druk. Op basis hiervan is er dan ook geen plaats voor een intensieve routine opvolging met bloed- en beeldvormende onderzoeken.

2.2. Detectie van een tweede primaire tumor

De kans op het ontstaan van een contralateraal mammacarcinoom varieert van 4 tot 8 per 1000 vrouwen per jaar (0,4-0,8%). De kans is hoger naarmate de leeftijd bij diagnose van het eerste mammacarcinoom lager is, wanneer de eerste tumor van het lobulaire type is en wanneer er sprake is van een positieve familieanamnese en/of genetische predispositie. In het algemeen geldt dat vrouwen bij wie het eerste mammacarcinoom wordt vastgesteld voor het 45e levensjaar een kans hebben van 25% dat er voor het 75e jaar een tumor in de contralaterale borst manifest wordt. Jaarlijkse mammografie in combinatie met een klinisch onderzoek dragen bij tot het vroegtijdig ontdekken van een tweede primaire tumor, met een verbeterde prognose.

2.3. Begeleiding van de patiënte en haar naasten

De verwerking van de ziekte is even belangrijk zo niet belangrijker dan de genezing van de ziekte. De korte en lange termijn klachten gerelateerd aan de behandeling moeten (heelkunde, radiotherapie, chemotherapie, monoklonaal antilichaam therapie en hormonale therapie) niet onderschat worden. De voornaamste problemen zijn: lymfoedeem, secundaire hematologische maligniteiten (acute myeloïde leukemie of myelodysplasie), cardiotoxiciteit, gewrichtsklachten, osteoporose, (premature) menopauze, seksuele problemen, chronische vermoeidheid en cognitieve functiestoornissen. De cognitieve functiestoornissen zijn eigenlijk te wijten aan de interactie van de complexe verzameling van factoren gerelateerd aan de behandeling. Eigenlijk bestaat er geen goede definitie om cognitieve functiestoornissen te omschrijven. De bestaande studies zijn niet alleen beperkt maar ook moeilijk vergelijkbaar. Psychologische ondersteuning bij patiënten met kanker is wel zeer zinvol. Het leidt tot een duidelijke verbetering in niet alleen de emotionele toestand maar ook de lichamelijke toestand en dus het dag dagelijks functioneren.

De secundaire hematologische maligniteiten, cardiotoxiciteit en cognitieve functiestoornissen hebben geen impact op de frequentie en inhoud van

de opvolging. De goede overleving maakt dat er chronische problemen kunnen ontstaan gerelateerd aan de kankerbehandeling. De kwaliteit van leven en overleven is dan verschillend.

Aandachtspunten

- Menopauzale klachten

- Het gebruik van niet hormonale alternatieve medicatie is effectief en veelbelovend: serotonine heropnameremmers (SSRI's: venlafaxine (37,5-75 mg), paroxetine en fluoxetine) of GABA (300-900 mg). In combinatie met tamoxifen moet gebruik van paroxetine en fluoxetine vermeden worden.

- Osteoporose

- preventie voor osteoporose wordt veelal vergeten. Advies is voldoende lichaamsbeweging, voldoende inname van calcium (1.000 - 1.200 mg dd), = naast basisvoeding vier eenheden zuivel of plakken kaas, dan wel suppletie met calciumtabletten. Wanneer patiënten nauwelijks in de buitenlucht komen is het aan te bevelen om ook vitamine D (10 microgram dd = 400 IE) te nemen.

- Een BMD is aangeraden voor
 - o postmenopauzale vrouwen in de beginfase van de behandeling met aromataseremmers.
 - o premenopauzale vrouwen rond een jaar na de ovarieel uitval cq behandeling met tamoxifen.
 - o Bij een T-score van < -1 zonder doorgemaakte fracturen wordt herhaling van het onderzoek na een jaar geadviseerd.

3. Wat vindt de patiënte van haar opvolging ?

In het algemeen zijn de patiënten tevreden over de opvolging omdat het hen een geruststelling geeft. Wel verwachten patiënten meer kans te hebben op een langere overlevingsduur door het uitvoeren van meer testen. Het kost veel meer moeite om een patiënte uit te leggen dat bijkomende onderzoeken zinloos zijn dan om ze aan te vragen. Goede informatie over de doelstellingen van de opvolging is uitermate belangrijk. Wie de opvolging leidt maakt niet uit voor de overleving of levenskwaliteit, wel is van belang dat er goede afspraken worden gemaakt over de frequentie van opvolging en aan te vragen onderzoeken.

4. Organisatie van de opvolging

Eenmaal per jaar een borstfoto. Indien geïndiceerd gecombineerd met een MRI. Andere bijkomende technische onderzoeken enkel op indicatie.

Het eerste en tweede jaar klinische controle om de drie – vier maanden.

Derde tot vijfde jaar klinische controle om de zes maanden

Nadien jaarlijkse controle.

5. Conclusies

- De overleving van vroege stadia borstkanker is goed.
- Regelmatig klinisch onderzoek en jaarlijks mammografie zijn aangewezen voor het opsporen van een lokaal recidief en zorgen voor tijdig opsporen van een tweede primaire borstkanker. In probleem gevallen kan een MRI borst nuttig zijn.
- Van een intensieve opvolging met bloed- en technische onderzoeken met de bedoeling asymptomatische metastasen op te sporen is geen overlevingsvoordeel te verwachten.

6. Referenties

- American Society of Clinical Oncology, JCO,24,5091-5097,2006
- National Comprehensive Cancer Network, www.nccn.org
- NABON richtlijn 2008; Oncoline.nl
- NEJM, 356,2505-2513,2007
- JCO, 18,2345-2348,2000