



DOSSIERS VAN HET OBSERVATORIUM

Vierde evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (2009-2013)

Samenvatting



COLOFON

Redactie

Melody YANNART,
David HERCOT,
Murielle DEGUERRY

Bijdrage

Déogratias MAZINA,
Peter VERDUYCKT,

Cartografie

Sarah LUYTEN

Dankwoord

Dit vierde evaluatierapport was niet mogelijk geweest zonder de waardevolle medewerking van verschillende partners die dit werk verrijkten dankzij het uitwisselen van gegevens, nauwgezet nalezen en bedachtzaam advies:

Jean-Benoît BURRION, Joëlle PROBOST en Patricia SENELLE (Brumammo), Anne VANDENBROECK en Michel CANDEUR (Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl), Julie FRANCCART en Isabelle DE BRABANDER (Belgian Cancer Registry), Reinhilde VAN EECKHOUDT en Pieter VANDENBULCKE (Agentschap zorg en gezondheid)

Lay-out

Centre de Diffusion de la Culture
Sanitaire asbl :
Nathalie DA COSTA MAYA

Vertaling

Brussels Language Services

Depotnummer

D/2015/9334/20

Voor meer informatie

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie Louizalaan, 183 – 1050 Brussel
Tel. : 02/552 01 89 - observat@ggc.irisnet.be - www.observatbru.be

David HERCOT - Tel. : 02 552 01 81 - dhercot@ccc.irisnet.be

U kan **dit dossier downloaden** op de website van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn: **www.observatbru.be**

I SAMENVATTING

Het **georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker** voor vrouwen van 50 tot 69 jaar loopt in het Brussels Gewest sinds juni 2002 en wordt georganiseerd door de vzw "Brussels Coördinatiecentrum voor Borstkankeropsporing", Brumammo. Dit vierde verslag analyseert de gegevens van het programma tussen 2009 en 2013.

Eind 2013 waren in Brussel 32 **radiologie-eenheden** erkend, waarvan er 30 digitaal en 2 analoog werkten; er zijn ongeveer 54 radiologen betrokken bij het 'lezen' van de mammotests.

Sinds 2010 voert Brumammo geleidelijk een globaal digitaal beheer in van de medische beeldvorming, de administratieve gegevens en de lezingprotocollen van de radiografieën.

De wachttijden voor een afspraak voor een mammotest verschillen naargelang de eenheden: een afspraak maken duurt tussen 2 dagen en 6 maanden.

Sinds 2010 zijn informatie- en sensibiliseringsacties zeer beperkt geweest. Gezien het verloop van het debat over het belang om vrouwen correct te informeren over de voor- en nadelen van de screening, zou het nuttig kunnen zijn om, vertrekkende van bestaande instrumenten, communicatiemiddelen te ontwikkelen of ter beschikking te stellen die aangepast zijn aan de verschillende Brusselse doelgroepen. Het werk van het Federale Kennis Centrum (KCE) dienaangaande kan dienen als werkbasis.

Borstkanker is de **meest voorkomende kanker bij vrouwen**: de 930 invasieve tumoren die bij Brusselse vrouwen werden gediagnosticeerd in 2012 vertegenwoordigden meer dan een derde van de kankers bij vrouwen.

In 2012 bedraagt de bruto-incidentiegraad 157,8/100 000. Dit cijfer daalt sinds 2004 en ligt, na standaardisering voor leeftijd, vanaf 2011, tussen de incidentie gemeten in Wallonië en die in Vlaanderen. **De incidentie verschilt naargelang de leeftijd**, 45% van de borstkankers treedt op tussen 50 en 69 jaar. De incidentie ligt hoger in de gemeenten van het zuidoosten van het Gewest en in Ganshoren en Jette, wat deels een weerspiegeling is van de ongelijke verdeling van de risicofactoren van en de beschermingsfactoren tegen borstkanker en waarschijnlijk ook van de betere dekking van de screening.

Borstkanker is de **eerste doodsoorzaak door kanker bij vrouwen** en ook de **eerste oorzaak van vroegtijdig overlijden bij vrouwen**. In 2013 zijn 208 Brusselse

vrouwen overleden aan borstkanker, wat 18,5% van de overlijdens door kanker en 4,2% van alle overlijdens betekent.

In 2013 bedroeg het bruto sterftecijfer door borstkanker 35,0/100 000. Dat cijfer daalt sinds het midden van de jaren 80. Bij vrouwen vanaf 25 jaar ligt het Brusselse sterftecijfer (67,9/100 000) hoger dan het Vlaamse (55,2/100 000) (gestandaardiseerde gegevens, 2011). Het risico op **overlijden door borstkanker stijgt met de leeftijd**. Borstkanker sterfte is niet significant verschillend tussen de socio-economisch clusters van de Brusselse gemeenten.

In 2012-2013 werden 107 681 uitnodigingen verstuurd, goed voor 93,9% van de vrouwen van 50 tot 69 jaar ingeschreven in het Rijksregister en aangesloten bij een verzekeringsinstelling (in 2009-2010 werden 104 583 uitnodigingen verstuurd, goed voor 97,1% van de doelgroep): de volledigheid van de uitnodigingen is dus lichtjes verminderd.

In 2013 hebben 6 034 Brusselse vrouwen een mammotest ondergaan in een Brusselse radiologische eenheid. De **dekkingsgraad** van de mammotest is stabiel sinds 2009-2010 en schommelt tussen 9,9 en 10,7%. Zelfs wanneer de mammografieën uitgevoerd buiten het kader van het georganiseerde programma (met een dekking van 42,7% in 2011-2012) hier worden bijgeteld, blijft het aandeel Brusselse vrouwen dat een screening ondergaat met 53% beduidend lager dan de 70% van de Europese aanbevelingen.

In 2013, lieten 52,9% van de vrouwen die opnieuw een mammotest doen, dit binnen de 21 tot 27 maanden na hun vorige deelname doen. De aanbeveling in België is 24 maanden. 70,8% van de vrouwen die opnieuw deelnemen doen hun volgende mammotest binnen de drie jaren, de door Europa aanbevolen termijn.

Ongeveer zes op de tien deelnemende vrouwen neemt aan het programma deel na een uitnodiging, drie op voorschrift van een arts en één op tien na zowel een uitnodiging als een voorschrift. De **belangrijkste redenen die vrouwen ertoe aanzetten om een mammografie te laten nemen** is het advies van hun huisarts of gynaecoloog. De mammotest wordt eerder aanbevolen door de huisarts en de mammografie buiten het programma door de gynaecoloog.

In 2012-2013 werd 75% van de resultaten binnen de 16 dagen opgestuurd, dat is 2 dagen meer dan in 2009-2010. Deze verlenging is deels het gevolg van de sterke

stijging van het aantal derde lezingen, die bij 24,6% van de mammotests werden uitgevoerd, tegenover 13% in 2009-2010 en 3% in Vlaanderen in 2013.

In 2012-2013 werd **13,4% van de vrouwen heropgeroepen** voor bijkomend onderzoek, zij het voor een positieve mammotest (11,3%), voor dicht borstweefsel (2,1%) of voor een niet-interpreteerbare mammografie. Dat is één procent minder dan in 2009-2010, maar nog altijd ver boven de Europese normen. De verandering van het beslissingsalgoritme in 2011 heeft geleid tot een daling van het aantal heropgeroepen vrouwen voor een echografie omwille van dicht borstweefsel, maar daarnaast was er ook een stijging van positieve mammotests, onder andere door de digitalisering (zichtbaarheid van kleine letsels die niet kunnen geïnterpreteerd worden in afwezigheid van vroegere radiografieën).

In 2009-2010 werden 6,9 gevallen van kanker opgespoord per 1 000 vrouwen die een eerste mammotest lieten uitvoeren; 36% van deze kankers zijn invasieve kankers in stadium II of hoger. Voor de volgende mammotests bedraagt de opsporingsgraad 6,0/1 000, waarvan 34% van de gedetecteerde tumoren invasieve kankers betreft in stadium II of hoger (cijfers gestandaardiseerd naar de standaardwereldpopulatie). De cijfers bij vrouwen die een eerste mammotest laten uitvoeren worden beïnvloed door het aanzienlijke aantal vrouwen die reeds een mammografie hebben laten uitvoeren buiten het programma, waardoor de eerste mammotest in veel gevallen niet de eerste mammografie is.

Tussen 2005 en 2010 was de sensibiliteit van het programma 71,6% en de specificiteit 95,2%.

7 CONCLUSIES

Dit vierde rapport maakt een stand van zaken op van het Brusselse programma na 11 jaar georganiseerde screening.

De incidentie van invasieve borstkanker in het Brussels Gewest is de afgelopen tien jaren stabiel gebleven of zelfs lichtjes gedaald. Borstkanker blijft de meest voorkomende kanker bij vrouwen in België en in het Brussels Gewest. Net zoals voor onze noorderburen situeren de incidentie en de mortaliteit door borstkanker in België en in het Brussels Gewest zich in het hoogste derde van de Europese landen.

De ongelijkheden tussen de gemeenten op het vlak van incidentie en mortaliteit die in het vorige rapport werden waargenomen, worden kleiner. Deze daling van de sociale gradiënt, meer bepaald op het vlak van mortaliteit, kan worden verklaard door verschillende factoren, waaronder de evolutie van het profiel van de Brusselse bevolking in de gemeenten en het ontbreken van fijnere gegevens om met de beschikbare gegevens de sociale risicogroepen te identificeren.

Sinds de ronde 2009/2010 hebben er enkele veranderingen plaatsgevonden

Het beslissingsalgoritme dat leidt tot het resultaat van de mammotest werd vereenvoudigd, waardoor de heroproepingsgraad voor echografie voor dicht borstweefsel is gedaald. Dit effect werd beoogd maar ging ten koste van een aanzienlijke stijging van het aantal derde lezingen. De globale heroproepingsgraad is echter stabiel gebleven, omdat de heroproepingsgraad voor een positief resultaat gestegen is.

Alle voor het uitvoeren van mammotests erkende radiologische eenheden, behalve twee, maken nu digitale foto's.

De analyse van de diagnose- en terugbetalingsgegevens vormt een nuttige aanvulling op de screeningsgegevens. Dankzij de koppeling van de gegevens van het programma aan het Kankerregister konden de analyses van de performantie van het programma worden ontwikkeld, die met name in dit rapport worden voorgesteld. Het Intermutualistisch Agentschap heeft bovendien vorderingen geboekt in de beschrijving van de vrouwen die niet deelnemen.

Het programma heeft sterke en zwakke punten

De volledige doelgroep van vrouwen van 50 tot 69 jaar wordt sinds 2006 uitgenodigd en het bestand wordt regelmatig bijgewerkt met de gegevens van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KBSZ).

Sinds de protocolwijziging in 2011 worden minder vrouwen opnieuw opgeroepen voor een echografie, maar meer voor een onduidelijk beeld. De heroproepingsgraad blijft zeer hoog in vergelijking met Vlaanderen.

De meeste erkende screeningseenheden zijn overgestapt op digitale onderzoeken en wisselen de gegevens langs elektronische weg uit met Brumammo. Laatstgenoemde staat in voor de opvolging van de technische kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken. De betrouwbaarheid van de connectiviteit tussen de systemen moet nog worden verbeterd en de prestaties van dit nieuwe systeem zullen pas echt goed zijn wanneer de eerder genomen mammografieën beschikbaar zullen zijn voor alle betrokken radiologen. Dit laatste punt zou ervoor moeten zorgen dat de heroproepingsgraad daalt.

De totale dekkingsgraad (53% in 2009-2010) en de dekkingsgraad van de mammotest zijn niet verbeterd. Ongeveer 10% van de uitgenodigde vrouwen neemt deel aan het georganiseerde programma (ondergaan een mammotest) en de meeste Brusselse vrouwen die aan de screening deelnemen, doen dit via de zogenaamd opportunistische en als een diagnostisch onderzoek gefactureerde mammografie. In het bijzonder de gynaecologen die door de Brusselse vrouwen worden geraadpleegd, schrijven hoofdzakelijk mammografieën voor. Het aantal vrouwen dat aan 'overonderzoek' of 'overscreening' doet (meer dan één maal om de twee jaar) is niet bekend in het Brussels Gewest.

De totale heroproepingsgraad (positieve radiografie en echografie voor dicht borstweefsel) van de deelnemende vrouwen alsook het aandeel derde lezingen zijn hoog en aanvullende maatregelen moeten ingevoerd worden om ze te verminderen. Het aandeel vrouwen die binnen de 21 dagen het resultaat van zijn onderzoek krijgt moet verhogen en preciezer worden opgevolgd.

Perspectieven voor het programma

Brumammo wil de kwaliteit van de screening blijven verbeteren door feedback te geven aan de radiologen tweede/derde lezers over de globale en individuele prestaties van de uitgevoerde onderzoeken dankzij de opvolging van de gescreende vrouwen. Deze feedback zal met name gebaseerd zijn op de koppeling van de gegevens van het programma aan die van het Kankerregister.

Naar het voorbeeld van Vlaanderen en Wallonië wil Brumammo uitsluitingslijsten opstellen, zodat de vrouwen die niet in aanmerking komen niet worden uitgenodigd, bijvoorbeeld wanneer bij hen reeds borstkanker is gediagnostiseerd.

Op technisch vlak moeten de erkende screeningscentra die nog analoog werken snel digitaliseren en moet de vlotte terbeschikkingstelling van de nieuwe en oude mammografieën worden versneld.

Perspectieven voor de evaluatie

Het evaluatieproces van het Brusselse programma moet verder evolueren en bepaalde indicatoren zouden moeten opgenomen worden in een volgende rapportage, zoals "overscreening" en de termijn tussen het verzenden van de resultaten en bijkomend onderzoek of behandeling.

De uitdagingen voor een Brussels preventiebeleid

Gelet op de aanhoudende polemiek omtrent het nut van de screening moeten de gezondheidszorgbeoefenaars een duidelijke en evenwichtige boodschap brengen over de voor- en nadelen van de screening. De opportunistische screening buiten het programma mag in deze discussie niet vergeten worden. Op basis van de werkzaamheden van het KCE moet een reeks instrumenten worden ontwikkeld die beantwoorden aan de behoeften op het terrein.

Er moeten actieve inspanningen worden geleverd om vrouwen die niet deelnemen te sensibiliseren. De onderzoeken van het IMA naar niet-deelnemende vrouwen tonen aan dat de eerstelijnszorg hierbij een belangrijke rol kan vervullen. Er bestaat een pilootproject in Vlaanderen dat ook in het Brussels Gewest getest zou kunnen worden.

De Brusselse actoren voor borstkankerscreening hebben in 2010 een *Strategisch plan voor het informeren over en het sensibiliseren voor het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest voor het doelpubliek en de gezondheidswerkers* uitgewerkt, dat echter niet werd uitgevoerd.

Er moet dringend werk worden gemaakt van het verduidelijken van de structuur die ervoor moet zorgen dat alle Brusselse vrouwen gebruik kunnen maken van de preventie- en promotie-interventies gestoeld op wetenschappelijke evidentie, zoals de screening voor borst- en darmkanker, en dat de acties op het vlak van preventie, informatie en gezondheidspromotie in het Brussels Gewest worden gecoördineerd met inachtneming van de gezondheidsbevoegdheden van de gefedereerde entiteiten in het Brussels Gewest.

Tot besluit

Sinds 2011 zijn er aanzienlijke inspanningen geleverd op het vlak van digitalisering en technische kwaliteit. In termen van participatie en heroproepingsgraad is er echter weinig vooruitgang geboekt.

Een duidelijke definitie van de verantwoordelijkheden op het vlak van preventiebeleid in het algemeen en de screening van kankers in het bijzonder "ten dienste van alle Brusselaars" blijft in dit stadium een belangrijk element dat een sterke en coherente beleidsactie vereist om het screeningsprogramma voor borstkanker in het bijzonder en de gezondheid van de Brusselaars in het algemeen te bevorderen.