

**CONCEPT :**

**Visiedocument werkgroep mammachirurgie NVCO:**

**Diagnostiek en behandeling van de patiënt met borstaandoeningen**

**Inhoud:**

- 1. Borstkanker zorg anno 2022**
- 2. Toewerkend naar borstkanker zorg 2030**
- 3. Voorwaarden**

**Procedure:**

**Dit concept visie document is opgesteld door het bestuur en subgroepen van de NVCO Werkgroep Mammachirurgie naar aanleiding van discussies in eerdere ledenvergaderingen als ook naar aanleiding van de heidag 2021 van het bestuur plus subgroepen.**

**Het visiedocument is gedeeld en aangekondigd op de ALV 19 mei 2022. Het zal op de ALV tijdens de DBSC op 20 jan uitgebreid met de leden worden besproken en zo nodig aangevuld / aangepast. Hierna zal het ter goedkeuring aan het bestuur van de NVCO worden voorgelegd**

## 1. Borstkanker zorg anno 2022

Als borstchirurg zijn we poortspecialist en nemen we de verantwoordelijkheid voor onze patiënt met aandoeningen van de borst. De snelle en soms complexe diagnose veronderstelt optimale informatievoorziening, helpen bij keuzen en gezamenlijke besluitvorming over de behandeling, waarbij heel wat dilemma's voor patiënt en familie een rol spelen. De borstchirurg neemt (samen met de verpleegkundige specialist, physician assistent of gespecialiseerd verpleegkundige) de leiding in het optuigen en onderhouden van het multidisciplinaire mammateam en het multidisciplinaire overleg (MDO) waarbij diagnostiek en behandeling van de borstkanker patiënten wordt besproken.

### A. Diagnostiek

In alle ziekenhuizen waar patiënten met borstaandoeningen worden behandeld is een mammapoli ingericht waarbij de radiologie- ,nucleaire geneeskunde (echo-mammografie MRI-PET scan) en pathologie (cytologische punctie-histologie- whole genome sequencing etc) belangrijke afdelingen zijn voor het verrichten van de diagnostiek. Bovendien zijn er afspraken met de afdeling familiale tumoren in huis of in een ander instituut.

In toenemende mate wordt de echografie ook door de chirurg gebruikt in het diagnostisch traject: dit kan plaatsvinden in de spreekkamer, om zo de afwijking beter ruimtelijk te oriënteren, te kunnen vervolgen of te behandelen (abces drainage/ seroom puncties).

### B. MDO

Alle patiënten met een maligne of premaligne afwijking worden besproken op het MDO. Na de diagnostiek volgt een MDO met een voorstel van de behandelmogelijkheden, inventarisatie studies, keuzehulpen, PROMs en kwaliteitsmeting. Indien de patiënt start met neoadjuvante systemische zal er voor operatieve behandeling nog een keer een MDO volgen. Patiënten worden postoperatief ook op een MDO besproken.

Bij het MDO zijn in principe alle disciplines van het mamma team aanwezig (zie ook Soncos document). Er wordt gestreefd naar gestandaardiseerde verslaglegging van hetgeen tijdens het MDO wordt besproken.

### C. Behandeling

Op het snijvlak tussen diagnostiek en chirurgie ontwikkelen de **echogeleide interventies**. Minimaal invasieve RFA- en microwave ablaties als ook de vacuum-assisted resecties van benigne en binnen afzienbare tijd mogelijk ook een selectie van de maligne afwijkingen worden nu , in de meeste gevallen, nog verricht door de radioloog, maar kunnen in principe ook verricht worden door de daartoe bekwame chirurg.

In grote lijnen zijn er 3 behandeltrajecten:

- I. primaire chirurgie gevolgd door bestraling / systemische behandeling
- II. neoadjuvante systemische behandeling gevolgd door chirurgie / bestraling / adjuvante systemische behandeling
- III. primair behandelen met endocriene therapie (oudere, fragiele patiënten)

De borstkanker chirurg is (samen met de verpleegkundige specialist, physician assistent of gespecialiseerd verpleegkundige) de coördinerende behandelaar tijdens bovenstaande behandeltrajecten

## **I. Borstchirurgie/ operatieve behandelingen:**

- **Peroperatieve echografie** heeft zijn intrede gedaan, evenals peroperatieve beoordeling van resectiepreparaten door middel van specimen-mammografie, beide waar nodig in samenwerking met de mammaradioloog.

- Op het gebied van operatieve borstsparende vaardigheden is de **oncoplastische chirurgie** onderdeel van het arsenaal geworden. Bij borstsparende chirurgie is er meestal een indicatie het operatie gebied met enige vorm van plastiek te sluiten ter bevordering van de cosmetiek (level I – zie FMS richtlijn borstreconstructie). Steeds meer mammachirurgen bekwamen zich echter ook in uitgebreidere resecties en de bijhorende planning en uitvoering van zowel volume herschikking (oa verticale, ratchet, wise, J, en B- mastoplasty) als volume vervanging (perforator flap zoals LICAP, TDAP, LD) (level II) (zie punt 4)

- Bij de ablatieve chirurgie wordt steeds vaker (nu bij 28 % van de patiënten die een ablatie krijgt) gebruik gemaakt van een directe reconstructie. Momenteel worden deze reconstructies uitgevoerd door de plastisch chirurgen. We zien in Nederland een variatie in het toepassen van directe reconstructies van 0 tot bijna 80 %. Onderzoek heeft uitgewezen logistieke factoren hier mogelijk een rol bij kunnen spelen. De indicatiestelling en het uitvoeren van curatieve en risico-reducerende huid- en tepelsparende mastectomie behoort tot het gebied van de borstchirurg.

- In de toekomst is het voor te stellen dat een borstchirurg bekwaam is in het plaatsen van prothesen en behandelen van de hieraan gerelateerde complicaties (zoals ook in andere Europese landen, bijvoorbeeld de opleiding breast surgeon UK).

## **II. Systematisch behandelingen**

- Neo-adjuvante chemo/ immuno therapie: de borstchirurg speelt (samen met de verpleegkundige specialist, physician assistent of gespecialiseerd verpleegkundige) tijdens dit traject een coördinerende rol. Hier moet gedacht worden aan het bepalen van de optimale timing van beeldvorming, operatie strategie en betrekken van eventueel de plastisch chirurg.

- Op het vlak van systeemtherapie zien we een steeds belangrijker rol voor endocriene therapie in de neo-adjuvante, adjuvante, palliatieve en profylactische setting. Het ligt in de lijn der verwachting dat risico laesies (DCIS, LCIS...) in te toekomst steeds vaker in aanmerking gaan komen voor profylactische endocriene therapie. Als we diagnostiek, counseling en behandeling van risico laesies belangrijk vinden, dienen we ons te bekwamen in de gepersonaliseerde zorg, inclusief endocriene opties.

- De mammachirurg is bekwaam om neo-adjuvante endocriene therapie te geven, kan de evolutie van de tumor middels echo monitoren op de poli en zo het geschikte moment van operatief ingrijpen bespreken. Patiënten die geen ingreep wensen of aankunnen, kunnen door de mammachirurg begeleid worden tijdens de endocriene therapie.

## 2. Toewerkend naar optimale borstkanker zorg in 2030 en de rol van de borst chirurg

In het verleden was er voor de chirurg geen mogelijkheid om een echo te verrichten, werden patiënten voor oncoplastische chirurgie verwezen naar een plastisch chirurg en werd endocriene behandeling begeleid door een medisch oncoloog. Het hoeft geen betoog dat het switchen tussen behandelaars en afdelingen een grote druk legt bij patiënten in een kwetsbare situatie. Vanuit de werkgroep mammachirurgie streven wij naar het verbreden van de mogelijkheden van de borstchirurg waarbij aspecten als echografie, oncoplastische chirurgie en endocriene behandeling nadrukkelijker onderdeel zijn van onze dagelijkse praktijk bij de behandeling van patiënten met een borst afwijking. Dit zal leiden tot een verschuiving van zorg.

De ontwikkelingen in diagnostische en therapeutische opties voor de patiënt met een borstaandoening in combinatie met voortschrijdende **professionalisering** van de mammachirurg, vergen een proactieve houding van de NVCO mammawerkgroep, chirurgie vakgroepen, MSB's, medische staven, NABON BOOG, het capaciteitsorgaan en patiëntenverenigingen.

Conform het Visiedocument Medisch Specialist 2025 is **samenwerken en vertrouwen** cruciaal voor een optimale gezondheidszorg. De visie van de NVCO en de mammachirurgen benadrukt ook het streven om samenwerking tussen de verschillende disciplines rondom de borstkankerpatiënt optimaal te houden met de borstchirurg als spil.

Vandaag de dag willen en kunnen veel borstchirurgen hun patiënten **integraal behandelen** voor zover ze zich daarin bekwaamd hebben. Dit is een logische ontwikkeling in de tijdsgeest waarin van medische professionals personalised medicine, een holistische benadering gevraagd wordt door patiënten, overheid en zorgverzekeraars: **zinnige zorg**. Dit is niet anders dan bij andere specialismen (vaatchirurgie) of mammachirurgische praktijken in omgevende landen. Deze inzet kan geleverd worden door de bekwame en daardoor bevoegde borstchirurg.

**AIOS-chirurgie c.q. differentianten** chirurgische oncologie krijgen naargelang interesse en stadium van de opleiding de ruimte te participeren in de complete diagnostiek en behandeling van de borstkankerpatiënt, onder begeleiding van de borstchirurg.

## 3. Voorwaarden:

- Iedere chirurg die borstkanker patiënten behandelt i lid van de Werkgroep Mammachirurgie bij voorkeur ook van BOOG en NABON.
- Om expertise te verkrijgen en te behouden is het van belang dat de iedere chirurg die patiënten met borstkanker behandelt participeert in het MDO, doet aan nascholing en op de hoogte blijft van relevant wetenschappelijk onderzoek. Ook zou er voor de meeste procedures een **jaarlijks volume per medisch specialist** gewenst kunnen zijn (Eusoma criteria: 50 primaire mamma operaties per jaar per chirurg, 150 nieuwe mamma patiënten per jaar per centrum)
- Vanuit de werkgroep mammachirurgie zullen wij bij- en nascholing faciliteren door een jaarlijkse onderwijscyclus door en voor mammachirurgen (i.o)
  - o echografie cursus/ oncoplastische chirurgie cursus/ huid-en tepelsparende mastectomie/ okselklierdissectie/ endocriene therapie
  - o Dutch Breast Surgeon Course
  - o Propageren internationale cursussen
- Brede basis kennis en kunde opbouwen tijdens de differentiatie oncologische chirurgie : minimaal 6 maanden van de differentiatie wordt besteed aan de mammachirurgie
- Bewaken van kwaliteit van de borstkankerzorg door NBCA data te bespreken in het mamma team, als ook tijdens ALV vergaderingen van de werkgroep mammachirurgie. Daarnaast is er aandacht voor complicatie besprekingen en het bij elkaar kijken op poli, tijdens het MDO en op de operatie kamer
- Ondersteunen van collegae bij dilemma's inzake lokale situatie