

BELGIAN SOCIETY OF RADIOLOGY

PERSBERICHT

BELGISCHE VERENIGING VOOR RADIOLOGIE VOORSTANDER VAN NIEUWE MAMMOGRAFIE-NOMENCLATUUR

Brussel, 12 maart 2018

De Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) is stomverbaasd over het tumult dat ontstaan is rond de invoering van de nieuwe mammografie-nomenclatuur, die normaal per 1 april 2018 had moeten in werking treden. Een en ander heeft kennelijk te maken met een **golf van desinformatie** die recent via sociale media verspreid werd. Ook de verwarring die bij veel mensen heerst tussen **medische onderzoeken in het kader van diagnostiek en onderzoeken in het kader van preventie van borstkanker** heeft mogelijk een rol gespeeld. De Belgische Vereniging voor Radiologie wil via dit bericht scherpstellen op een aantal fundamentele begrippen.

Diagnostiek is aangewezen bij **vrouwen met symptomen die kunnen wijzen op borstkanker** (bvb. een knobbeltje). In deze groep vrouwen is de kans op het vinden van een kwaadaardige tumor reëel. De gekozen onderzoekstechniek moet maximale zekerheid bieden dat een eventueel aanwezige tumor ook als dusdanig herkend wordt. Een diagnostische mammografie wordt daarom dikwijls gecombineerd met een klinisch onderzoek, extra mammografische opnamen (bijvoorbeeld een “tomosynthese”), een echografie of een MRI-scan. Dit verhoogt de kans op het ontdekken van een tumor, maar tegelijk ook de kans op een “vals alarm”: een afwijkend beeld dat aanleiding geeft tot een biopsie, terwijl er in werkelijkheid geen kanker aanwezig is. Dit is bij diagnostiek echter aanvaardbaar, aangezien de vrouw hoe dan ook een symptoom heeft waarvoor ze een verklaring wenst.

Bij **preventie** is de situatie helemaal anders. **De vrouwen die zich voor een screeningsonderzoek aanmelden hebben geen symptomen en de overgrote meerderheid (>99%) heeft ook helemaal geen borstkanker.** Deze vrouwen hebben nochtans evenveel recht op een correct onderzoeksresultaat, met name een “normaal resultaat”. De voordelen van maximale detectie moeten dan ook zorgvuldig afgewogen worden tegen het risico op “vals alarm” (met onnodige angst en zelfs nodeloze behandelingen tot gevolg). Uit talloze wetenschappelijke studies is gebleken dat de kleine winst in extra kankerdetectie dankzij het combineren van screeningsmammografie met bijkomende technieken (zoals echografie) niet

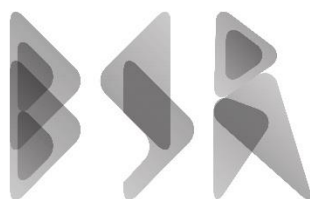
in verhouding staat tot het grote aantal gevallen van “vals alarm”. Dat is de reden waarom **alle screeningsrichtlijnen** (waaronder de Amerikaanse, Canadese, Australische, Europese, Britse, Franse én Belgische) **enkel een mammografie als screeningsonderzoek** aanbevelen. Bijkomend onderzoek wordt gereserveerd voor de uitwerking van een afwijkende screeningsmammografie of voor screening van vrouwen met sterk verhoogd risico (bijvoorbeeld vrouwen met genetische afwijkingen).

De recente aanpassing van de nomenclatuur voor radiologie van de borsten kwam aan deze wetenschappelijke consensus tegemoet. Het reserveerde de diagnostische nomenclatuur voor échte diagnostiek en verhinderde het oneigenlijk gebruik van de 50% duurdere diagnostische mammografie voor screeningsdoeleinden. De echografie kon eventueel nog uitgevoerd worden, maar niet meer als extra “screeningsonderzoek” aangerekend worden.

Bovendien voorzag de nieuwe nomenclatuur in een verplichte dubbele lezing van elk screeningsdossier (afzonderlijke beoordeling door twee onafhankelijke radiologen) en bleef bij vrouwen met een sterk verhoogd risicoprofiel een gepersonaliseerde screening (met eventuele bijkomende echografie of MRI) mogelijk. Dit alles was gebaseerd op internationale wetenschappelijke consensus. Aangezien er geen consensus bestaat over screening bij vrouwen jonger dan 45 jaar en ouder dan 75 jaar, werden deze groepen terecht niet opgenomen in de nieuwe nomenclatuur (tenzij bij sterk verhoogd risico).

Naast een verduidelijking en wetenschappelijk correctere ondersteuning van de nomenclatuur had de wetgever ook een **efficiëntere besteding van het beschikbare budget** voor ogen. Het bedrag dat jarenlang oneigenlijk uitgegeven werd aan diagnostische mammografie en echografie voor screeningsdoeleinden, kon nu gebruikt worden voor investering in performantere digitale apparatuur.

De Belgische Vereniging voor Radiologie betreurt dan ook ten zeerste dat de nieuwe mammografie-nomenclatuur “on hold” geplaatst werd, maar hoopt dat Minister Maggie De Block deze nomenclatuur, die gebaseerd is op een correcte toepassing van de internationale wetenschappelijke consensus en een efficiëntere besteding van het beschikbare budget, alsnog snel kan invoeren.



BELGIAN SOCIETY
OF RADIOLOGY

Communiqué de presse
LA SOCIÉTÉ BELGE DE RADIOLOGIE
FAVORABLE À LA NOUVELLE NOMENCLATURE DE LA MAMMOGRAPHIE

Bruxelles, le 12 mars 2018

C'est avec stupéfaction que la Société Belge de Radiologie (SBR) a pris connaissance des remous entourant l'introduction de la nouvelle nomenclature de la mammographie, qui aurait en principe dû entrer en vigueur au 1^{er} avril 2018. Ceux-ci ne sont certainement pas sans lien avec la **vague de désinformation** qui s'est récemment propagée sur les médias sociaux, mais la confusion qui existe encore dans bien des esprits entre **les examens médicaux qui s'inscrivent dans un cadre diagnostique et ceux qui touchent à la prévention du cancer du sein** a sans doute également eu un rôle à jouer. Par la présente, la Société Belge de Radiologie souhaite donc remettre au clair quelques notions fondamentales.

Le diagnostic est indiqué chez **les femmes qui présentent des symptômes susceptibles de trahir une tumeur mammaire** (p.ex. présence d'une « boule » dans la poitrine). Dans ce groupe, la probabilité de découvrir une malignité est en effet bien réel et il est important que la technique d'examen choisie offre les meilleures garanties qu'elle soit effectivement identifiée. La mammographie diagnostique sera alors fréquemment combinée avec un examen clinique, des clichés mammographiques supplémentaires (p.ex. par « tomosynthèse »), une échographie ou une IRM. Cette batterie d'examens accroît les chances de découvrir une éventuelle tumeur, mais aussi les risques de « fausse alerte » – comprenez, de résultats d'imagerie anormaux qui donneront lieu à une biopsie alors qu'il n'est en réalité pas question d'un cancer. Dans un cadre diagnostique, ce risque est toutefois acceptable, puisque la patiente présente déjà un symptôme dont l'origine doit être clarifiée.

Il en va tout autrement dans le cadre de la **prévention**. **Les femmes qui se présentent pour un examen de dépistage n'ont aucun symptôme et l'immense majorité d'entre elles (> 99 %) ne souffrent pas non plus d'un cancer du sein.** Évidemment, elles n'en ont pas moins le même droit que les autres à des résultats d'examens corrects, en particulier lorsqu'ils sont « normaux ». Il convient donc de soigneusement peser les bénéfices d'une identification maximale des tumeurs en regard des risques de « fausse alerte » (avec l'anxiété voire les traitements inutiles qui en découlent). Or de nombreuses études scientifiques sont parvenues à la conclusion que le modeste bénéfice supplémentaire obtenu en termes de détection de

tumeurs supplémentaires en associant à la mammographie de dépistage d'autres techniques (telles que l'échographie) ne fait pas le poids en regard du nombre important de « fausses alertes ». C'est pour cette raison que **toutes les recommandations en matière de dépistage** (notamment aux États-Unis, au Canada, en Australie, en Europe, en Grande-Bretagne, en France et en Belgique) **préconisent d'utiliser uniquement la mammographie comme examen de dépistage**, les examens supplémentaires étant réservés à une exploration plus poussée en cas de résultat déviant à la mammographie ou au dépistage chez les femmes qui présentent un risque fortement accru (p.ex. parce qu'elles sont porteuses d'une anomalie génétique).

L'adaptation récente de la nomenclature en radiologie mammaire répondait à ce consensus scientifique, en réservant la nomenclature diagnostique aux vrais actes diagnostiques et en faisant obstacle à l'usage inapproprié de la mammographie diagnostique (dont le prix est de 50 % plus élevé) à des fins de dépistage de masse. L'échographie restait possible, mais ne pouvait plus être facturée comme « examen de dépistage » supplémentaire.

En outre, la nouvelle nomenclature prévoyait une double lecture obligatoire de chaque dossier de dépistage (évaluation distincte par deux radiologues indépendants) et autorisait toujours un dépistage personnalisé (éventuellement avec échographie ou IRM complémentaire) chez les femmes avec un profil de risque sensiblement accru. Toutes ces mesures reposaient sur le consensus scientifique international. Dans la mesure où il n'existe pas de consensus en faveur d'un dépistage chez les femmes de moins de 45 ans ou de plus de 75 ans, ces groupes n'ont – à juste titre – pas été retenus dans la nouvelle nomenclature (sauf risque fortement accru).

En plus de clarifier la nomenclature et de lui assurer des fondements scientifiques plus judicieux, le législateur visait également à parvenir à **une utilisation plus efficiente des budgets disponibles**. Le montant qui a, pendant des années, été injustement consacré à la mammographie diagnostique et à l'échographie dans le cadre du dépistage peut à présent être investi dans un appareillage numérique plus performant.

La Société Belge de Radiologie déplore donc au plus haut point que la nouvelle nomenclature de la mammographie ait été mise « en veilleuse » et espère que la ministre Maggie De Block pourra malgré tout introduire rapidement cette nomenclature reposant sur une application correcte du consensus scientifique international et sur une utilisation plus efficiente des budgets disponibles.