

# TOTSTANDKOMING EN METHODEN

NHG-Standaard Borstkanker (Mo7)

*December 2016*



nederlands huisartsen  
genootschap

# Totstandkoming en methoden

NHG-Standaard Borstkanker (M07)

December 2016

# Inhoudsopgave

<b>1 Samenstelling werkgroep</b>	<b>3</b>
<b>2 Inleiding</b>	<b>4</b>
2.1 Doel van de standaard	4
2.2 Afbakening van het onderwerp	4
2.3 Werkwijze	4
2.4 Gebruikers van de richtlijn	4
2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties	4
2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers	4
2.7 Implementatie	4
2.8 Juridische status van richtlijnen	4
2.9 Delegeren van taken	5
2.10 Belangenverstrengeling	5
2.11 Financiering	5
<b>3 Methoden</b>	<b>6</b>
3.1 Ontwikkelproces	6
3.1.1 Knelpuntenanalyse	6
3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen	6
3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur	6
3.1.4 Doelmatigheid	6
3.1.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen	6
3.2 Commentaar- en autorisatiefase	6
3.3 Procedure voor herziening	8
<b>Referenties</b>	<b>8</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>9</b>
Bijlage 1 Uitgangsvragen	10
Bijlage 2 Zoekstrategieën	11

# 1 Samenstelling werkgroep

<b>Wergroep lid</b>	<b>Affiliatie/instelling</b>
Prof.dr. Truuske de Bock	Hoogleraar oncologische epidemiologie, UMC Groningen
Monica Bronsgeest	namens de Borstkankervereniging Nederland
Marijke Corsten	Huisarts, Overbetuwe
Rikste Hinloopen	Huisarts, Utrecht
Annette Korver	Huisarts, Zeist
Marika de Meij	Huisarts, Amsterdam
Vincent Verstappen	Huisarts, Weesp
Dr. Gerda van der Weele	Senior wetenschappelijk medewerker NHG
Jolanda Wittenberg	Wetenschappelijk medewerker NHG, epidemioloog

De huisartsen in opleiding (AIOS) David Peyrot en Michiel Hijzen droegen bij aan noot 22, de AIOS Hanneke Molthoff en Shanna Meijer droegen bij aan noot 24.

De volgende personen hebben gedurende het proces de conceptaanbevelingen becommentarieerd:

- Dr. Margreet Ausems, klinisch geneticus/hoofd sectie Oncogenetica UMC Utrecht, namens de Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN);
- Mechli Imhof-Tas, mammarioloog UMC St. Radboud Nijmegen, namens de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR);
- Petra Gielink, bestuurslid, portefeuille wetenschap en oedeemfysiotherapeut, namens de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie (NVFL);
- Annemarie Beintema, fysiotherapeut, oncologiefysiotherapeut en oedeemfysiotherapeut Cancer Care Center Amsterdam (op persoonlijke titel).

Het stroomdiagram 'Indicaties voor screening buiten het bevolkingsonderzoek borstkanker of voor verwijzing naar een klinisch geneticus' is ontwikkeld door een subgroep van de multidisciplinaire werkgroep borstkanker. Deze subgroep stond onder voorzitterschap van dr. Marleen Kets, klinisch geneticus UMC St. Radboud Nijmegen.

De werkgroep werd ondersteund door de volgende medewerkers van het NHG:

- Lian Hielkema, medisch informatiespecialist;
- Prof.dr. Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap;
- Florijn Jacobi, huisarts, medewerker afdeling Implementatie;
- Mirjam van der Zwan, secretaresse.

## 2 Inleiding

### 2.1 Doel van de standaard

Deze standaard beoogt de huisarts aanbevelingen te geven voor:

- 1) het diagnostisch beleid bij vrouwen die de huisarts bezoeken met klachten over of afwijkingen van de borst;
- 2) de rol van de huisarts na verwijzing van de vrouw naar de mammapoli;
- 3) de follow-up na de behandeling voor borstkanker;
- 4) het beleid bij familiale belasting: indicaties voor screening buiten het bevolkingsonderzoek en verwijzing naar een klinisch geneticus;
- 5) de rol van de huisarts bij het bevolkingsonderzoek borstkanker.

### 2.2 Afbakening van het onderwerp

De NHG-Standaard Borstkanker gaat niet over borstkanker bij mannen. Ook de palliatieve zorg voor patiënten met borstkanker valt buiten de scope van de standaard.

### 2.3 Werkwijze

De ontwikkeling van de standaard is gestart in oktober 2014; in acht werkgroepvergaderingen stelde de werkgroep een conceptstandaard op. Daarbij werd het bewijs systematisch samengevat door de NHG-medewerker (Jolanda Wittenberg) en bereidden de werkgroepleden de conceptaanbevelingen voor ter bespreking tijdens de vergaderingen. De vergaderingen werden geleid door de NHG-medewerker (Jolanda Wittenberg), zonder dat er sprake was van een formeel voorzitterschap.

### 2.4 Gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is primair ontwikkeld voor huisartsen die bij de diagnostiek en follow-up van patiënten met borstkanker betrokken zijn.

### 2.5 Betrokkenheid beroepsorganisaties

De richtlijn is tot stand gekomen in overleg met de Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN), Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR), Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie (NVFL) en is afgestemd op de landelijke multidisciplinaire Richtlijn Borstkanker van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

### 2.6 Betrokkenheid patiëntenvertegenwoordigers

De richtlijn is tot stand gekomen in overleg met de Borskankervereniging Nederland (BVN). Een ervaringsdeskundige zat namens de BVN in de richtlijnwerkgroep. Daarnaast is de BVN gevraagd naar knelpunten rondom de zorg voor patiënten met borstkanker en is er overleg geweest met leden van de BVN rond het thema erfelijkheid.

### 2.7 Implementatie

In de verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn en de daadwerkelijke uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Ter bevordering van de implementatie van de richtlijn zullen diverse implementatiematerialen (zoals patiënteninformatie op [Thuisarts.nl](http://Thuisarts.nl) en een Programma voor Individuele Nascholing (PIN)) worden ontwikkeld of herzien.

### 2.8 Juridische status van richtlijnen

Richtlijnen bevatten geen wettelijke voorschriften, maar aanbevelingen die zo veel mogelijk op bewijs gebaseerd zijn. Zorgverleners kunnen aan de aanbevelingen voldoen in het streven om kwalitatief goede

of 'optimale' zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op 'algemeen bewijs voor optimale zorg' en de inzichten van de werkgroep hierover, kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig in individuele gevallen afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen is, als de situatie van de patiënt dat vereist, zelfs noodzakelijk. Wanneer zorgverleners van deze richtlijn afwijken, wordt aanbevolen om dit beargumenteerd en gedocumenteerd te doen, waar relevant in overleg met de patiënt.

#### *Inbreng van de patiënt*

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

#### *Afweging door de huisarts*

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

### **2.9 Delegeren van taken**

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd, en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen. Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijken. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

### **2.10 Belangenverstremming**

Alle werkgroepleden hebben een KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremming ingevuld. Door de leden van de werkgroep werd geen belangenverstremming gemeld. De ingevulde belangenverklaringen zijn in te zien op <https://www.nhg.org/themas/publicaties/belangenverklaringen>.

### **2.11 Financiering**

De totstandkoming van deze richtlijn is gefinancierd door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

## 3 Methoden

### 3.1 Ontwikkelproces

Het proces van het ontwikkelen van de standaard heeft plaatsgevonden volgens de [Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden](#).

#### 3.1.1 Knelpuntenanalyse

Bij de start van het traject zijn knelpunten geïnventariseerd door de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS), Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC), leden van de huidige werkgroep en praktiserend huisartsen (via de implementatiecoördinator van het NHG). Via de Borstkankervereniging Nederland (BVN) zijn er knelpunten geïnventariseerd onder patiënten.

#### 3.1.2 Opstellen van uitgangsvragen

Op basis van de knelpuntenanalyse zijn uitgangsvragen geformuleerd volgens het zogenoemde PICO-format (*patiënt, intervention, control, outcome*). Een overzicht van de uitgangsvragen is opgenomen in *bijlage 1*. Voor noten die niet gebaseerd zijn op een uitgangsvraag is gekozen voor een narratieve beschrijving van de literatuur. De reden hiervoor is veelal het ontbreken van voldoende evidence, waardoor een systematische samenvatting van het bewijs niet efficiënt wordt geacht.

#### 3.1.3 Zoekstrategie en selectie van literatuur

Er is in eerste instantie gezocht naar systematische reviews (SR's) en (buitenlandse) richtlijnen van goede kwaliteit die konden worden gebruikt voor de beantwoording van de uitgangsvragen. Indien voor een uitgangsvraag een geschikte SR werd gevonden, werd een update van de literatuur uitgevoerd vanaf de sluitingsdatum van de zoekactie van deze SR. Er werd door het NHG een nieuwe zoekactie uitgevoerd per uitgangsvraag naar primaire studies indien er geen geschikte SR's of richtlijnen werden gevonden. De gevonden literatuur is gescreend op basis van titel en abstract. Van de meest relevante literatuur werd de volledige tekst van het artikel aangevraagd.

De zoekstrategieën per uitgangsvraag zijn te vinden in *bijlage 2*. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is (ook) te vinden bij de webversie van deze standaard (zie <https://www.nhg.org/themas/publicaties/zoekstrategieen>)

#### 3.1.4 Doelmatigheid

In deze richtlijn wordt aandacht besteed aan doelmatigheid van de verschillende interventies. Kosten worden bij het proces van bewijs naar aanbeveling meegewogen door de werkgroep door aannames hierover te maken. Er zijn geen kosteneffectiviteits- of budgetimpactanalyses gedaan.

#### 3.1.5 Synthese van bewijs en opstellen van aanbevelingen

De literatuur werd door een wetenschappelijk medewerker/epidemioloog (Jolanda Wittenberg) samengevat en beoordeeld; vervolgens werd in samenwerking met een of meer inhoudelijk deskundige werkgroepleden een concepttekst geschreven waarop de werkgroep commentaar kon leveren. De conclusies die uit de literatuur werden getrokken vormden de basis voor het opstellen van de aanbevelingen. Op basis van discussies binnen de werkgroep werden vervolgens aanpassingen gemaakt. De aanbevelingen zijn tot stand gekomen op basis van (informele) consensus binnen de werkgroep. Tekstgedeelten in de hoofdtekst die niet konden worden gebaseerd op literatuur en waarbij een noot ontbreekt, zijn – na discussie door de werkgroep – op basis van consensus tot stand gekomen.

### 3.2 Commentaar- en autorisatiefase

In december 2015 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden elf commentaarformulieren retour ontvangen. In januari 2016 vond er een focusgroep met elf huisartsen plaats, onder leiding van Mireille Ballieux.

Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten:

- dr. M.G.T. Dolders, beleidsmedewerker, namens Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde;
- L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsmedewerker Beleid & Ontwikkelingen, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV);
- M. Favié, voorzitter, namens Bogin;
- dr. M. Nelissen, senior apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM);
- prof.dr. J.A. Roukema, lid van (voormalige) werkgroep Herstel na Kanker;
- M. ten Horn, beleidsadviseur, namens de Patiëntenfederatie NPCF (NPCF);
- P. Gielink MSc, bestuurslid en oedeem- en oncologiefysiotherapeut, namens de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie (NVFL);
- M. van der Wel, beleidsadviseur, namens Taskforce Oncologie;
- B. Gijzen, senior adviseur richtlijnimplementatie, namens het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL);
- C. Bavelaar, nucleair geneeskundige, namens de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG);
- H.J. Hummel MSc MBA, senior adviseur oncologische zorg, namens Nationaal Borstkankeroverleg Nederland (NABON);
- dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*;
- L. van der Es, beleidsmedewerker, namens InEen;
- dr.ir. N. de Jong, programmacoördinator bevolkingsonderzoeken borstkanker, namens het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM (CvB/RIVM);
- dr. K. Flobbe, senior beleidsadviseur Kwaliteit, namens de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR);
- P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog, namens de Nederlandse wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie (NVVS);
- L.J. Meijer, huisarts en voorzitter FMCC en H. van Bavel, transmuraal coördinator Catharina Ziekenhuis Eindhoven en bestuurslid FMCC, beiden namens de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC);
- dr. M. van den Muijsenbergh, huisarts en senior onderzoeker/adviseur, namens Pharos;
- dr. A.N.M. Wijmenga, dossierhouder Richtlijnen NVMO en dr. R.M. van Schelven, voorzitter NIV commissie Richtlijnen/Kwaliteitsmeting, namens de Nederlandse Internisten Vereeniging (NIV)/Nederlandse Vereniging voor Oncologie (NVMO);
- dr. A.L.M. Kerremans, gepensioneerd internist/klinisch farmacoloog, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker en A. van Rongen MSc, AIOS ziekenhuisfarmacie, allen namens het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum (KNMP);
- M.H.A. van Oppenraay, apotheker/eindredacteur van het Farmacotherapeutisch Kompas, namens het Zorginstituut Nederland (ZiN);
- dr. F. Groenman, gynaecoloog, namens de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG);
- dr. J.J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie, namens Nefarma;
- T. Smit, verpleegkundig specialist, namens SIG mammacare;
- E. Visserman, projectleider, namens Leven met Kanker;
- T. van Vegchel, procesbegeleider en adviseur richtlijnen, namens de multidisciplinaire werkgroep borstkanker van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL);
- prof.dr. E. Rutgers en dr. L. Strobbe, beiden chirurg-oncoloog, namens de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVVH)/Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO);
- dr. H. Lantink, oncologisch psycholoog en F. Postma-Schuit, arts, beiden namens de Nederlandse Vereniging voor Psychosociale Oncologie (NVPO);
- werkgroep Klinische Oncogenetica, namens de Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN);
- C. Deurman, medisch adviseur, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN);



- J.H. Maduro, W.H.J.M. Smit, N. Bijker en M.C. Stenfert Kroese, allen namens het bestuur van de LPRM van de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (Nvro);
- dr. M.A.M. Mureau, plastisch chirurg, namens de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC);
- J.M. Oostveen en A.J.C.G. Jenner, beiden bedrijfsarts en consulent oncologie, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB);
- M. Schrieks, ervaringsdeskundige en programmamanager kwaliteit van zorg, namens Borstkankervereniging Nederland (BVN).

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. H. Eekhof en G.M.H. Kramer, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 8 juni 2016 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

### **3.3 Procedure voor herziening**

Deze standaard zal periodiek worden herzien. Uiterlijk in 2021 bepaalt het NHG of deze richtlijn nog actueel is. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de standaard te herzien. De geldigheid van deze standaard komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn om een herzieningstraject te starten.

## **Referenties**

Bij verwijzing naar NHG-producten: zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

## BIJLAGEN

## Bijlage 1 Uitgangsvragen

Uitgangsvraag (PICO)		Cruciale uitkomstmaten (O)
<i>Diagnostiek</i>		
1.	(noot 22) Kan bij vrouwen zonder mamma-/ovariumcarcinoom in de voorgeschiedenis (P) door een advies voor <b>periodiek borstzelfonderzoek</b> (I) borstkanker in een eerder stadium worden vastgesteld en vermindert dit de sterfte aan borstkanker? Gaat dit advies gepaard met overdiagnostiek of overbehandeling (O)?	- Sterfte - Overdiagnostiek - Overbehandeling
2.	(noot 24) Heeft bij vrouwen met een voorgeschiedenis van borstkanker (P) <b>palpatie van de mammae</b> naast mammografie (I) meerwaarde voor de detectie van een recidief of nieuwe tumor (O) t.o.v. mammografie alleen (C)?	- Lokaal recidief - Nieuwe primaire tumor
3.	(noot 34) Heeft bij vrouwen met een familiair verhoogd risico op borstkanker (P) <b>palpatie van de mammae</b> naast mammografie (I) meerwaarde voor de detectie van een tumor (O) t.o.v. mammografie alleen (C)?	- Lokaal recidief - Nieuwe primaire tumor
4.	(noot 13) Is heldere <b>tepeluitvloed</b> geassocieerd met een verhoogde kans op borstkanker?	-
5.	(noot 14) Zijn <b>lokale pijnklachten</b> geassocieerd met een verhoogde kans op borstkanker?	-
<i>Follow-up na behandeling voor borstkanker</i>		
6.	(noot 27) Is <b>oedeem(fysio)therapie</b> (I) effectief voor patiënten die zijn behandeld voor borstkanker en op het spreekuur komen met oedeemklachten (P)?	- Oedeemvolume
7.	(noot 28) Is <b>oefentherapie en/of cognitieve gedragstherapie</b> (I) effectief voor patiënten die zijn behandeld voor borstkanker en op het spreekuur komen met aan de kanker gerelateerde vermoeidheid (P)?	- Vermoeidheid

## Bijlage 2 Zoekstrategieën

<b>Uitgangsvraag 1</b>	<b>Gestructureerd borstzelfonderzoek</b>
Zoekdatum	November 2014
Database searched	Search terms
PUBMED	("Breast Neoplasms/prevention and control"[mh] OR breast neoplasms/mortality[mh] OR breast neoplasms/diagnosis[majr] OR breast cancer[tiab] OR primary tumor[tiab]) AND (breast self-examination[mh] OR "Self-Examination"[majr] OR "Physical Examination"[majr] OR breast examination[tiab] OR self-examination[tiab]) AND (cohort studies[mh] OR guideline[pt] OR meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab]) AND (hasabstract[text])
<b>Uitgangsvraag 2</b>	<b>Palpatie van de mammae (bij vrouwen met voorgeschiedenis borstkanker)</b>
Zoekdatum	November 2014
Database searched	Search terms
PUBMED	("Neoplasm Recurrence, Local"[majr] OR "Breast Neoplasms"[majr] OR breast cancer[tiab]) AND (palpation[mh] OR "Physical Examination"[majr] OR routine physical examination[tiab] OR routine clinical examination[tiab] OR CBE[tiab] OR breast examination[tiab] OR palpation[tiab]) AND (mammography[mh] OR mammography[ti]) AND (cohort studies[mh] OR guideline[pt] OR meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab]) AND (hasabstract[text])
<b>Uitgangsvraag 3</b>	<b>Palpatie van de mammae (bij vrouwen met familiair verhoogd risico op borstkanker)</b>
Zoekdatum	November 2014
Database searched	Search terms
PUBMED	("Neoplasm Recurrence, Local"[majr] OR "Breast Neoplasms"[majr] OR breast cancer[tiab]) AND (palpation[mh] OR "Physical Examination"[majr] OR routine physical examination[tiab] OR routine clinical examination[tiab] OR CBE[tiab] OR breast examination[tiab] OR palpation[tiab]) AND (mammography[mh] OR mammography[ti]) AND (cohort studies[mh] OR guideline[pt] OR meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab]) AND (hasabstract[text])
<b>Uitgangsvraag 4</b>	<b>Tepeluitvloed en kans op borstkanker</b>
Zoekdatum	Oktober 2014
Database searched	Search terms
PUBMED	(nipple discharge[tiab] OR nipple fluid[tiab]) AND (breast cancer[tiab] OR breast neoplasms[mh] OR breast disease[tiab] OR breast lesions[tiab] OR breast carcinoma[tiab] OR malignancy[tiab]) AND (hasabstract[text] AND ("2000/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND (English[lang] OR Dutch[lang]))

<b>Uitgangsvraag 5</b>	<b>Lokale pijnklachten en kans op borstkanker</b>
Zoekdatum	Januari 2015
Database searched	Search terms
PUBMED	(painful breast*[tiab] OR breast pain[tiab]) AND (breast cancer[tiab] OR breast neoplasms[mh] OR breast disease[tiab] OR breast lesions[tiab] OR breast carcinoma[tiab] OR malignancy[tiab]) AND (risk[tiab] OR suspect*[tiab] OR predict*[tiab]) NOT (male[tiab] OR mastectomy[tiab] OR surgery[sh] OR surgery[tiab]) AND (hasabstract[text] AND ("2007/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]) AND (English[lang] OR Dutch[lang]))

<b>Uitgangsvraag 6</b>	<b>Oedeem(fysio)therapie</b>
Zoekdatum	November 2015
Database searched	Search terms
PUBMED	(beast neoplasms/surgery[mj] OR breast surgery[tiab] OR breast cancer surgery[tiab] OR mastectomy[tiab] OR lymph node dissection[tiab]) AND (lymphedema[all fields] OR lymphoedema[all fields]) AND (physiotherapy[tiab] OR physical treatment[tiab] OR physical therapy[tiab] OR physical modality therapy[mh]) AND (hasabstract[text] AND ("2000/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]))

<b>Uitgangsvraag 7</b>	<b>Oefentherapie en/of cognitieve gedragstherapie</b>
Zoekdatum	November 2015
Database searched	Search terms
PUBMED	(beast neoplasms[mj] OR breast cancer[tiab] OR mastectomy[tiab]) AND (physical exercise[tiab] OR exercise[ti] OR cognitive therap[tiab] OR behavioral therapy[tiab] OR behavioural therapy[tiab] OR behavior therapy[tiab] OR behaviour therapy[tiab] OR cognitive behavior*[tiab] OR cognitive behaviour*[tiab]) AND (fatigue*[tiab] OR tired*[tiab]) AND (meta-anal*[tiab] OR systematic[sb] OR systematic review[tiab] OR RCT[tiab] OR randomized controlled trial[pt] OR (double[tw] AND blind[tw]) OR placebo[mh]) AND (hasabstract[text] AND ("2000/01/01"[PDat] : "3000/12/31"[PDat]))

© Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht  
Postbus 3231  
3502 GE Utrecht  
Tel. 030 - 282 35 00  
[www.nhg.org](http://www.nhg.org)

# Totstandkoming en methoden