

## INGEZONDEN

## BEHANDELING VAN METASTASEN VAN CARCINOMA MAMMAE

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van Collega CHARBON<sup>1</sup> betreffende bijnierextirpatie bij patiënten met gemetastaseerd mammacarcinoom, menen wij enkele bedenkingen te moeten uiten

Adrenalectomie kan inderdaad een objectieve remissie bewerkstelligen bij een aantal lijderezen aan gemetastaseerd mammacarcinoom (volgens de op bl. 2015 van deze jaargang gerefereerde auteurs in ongeveer een vierde gedeelte van de gevallen).

Het gaat echter niet zo zeer om de vraag of deze wijze van behandelen doeltreffend is dan wel om de kwestie of dit een aangewezen vorm van therapie is.

Om een vergelijking te maken, die uiteraard niet tot in bijzonderheden opgaat: hypofysectomie kan het insulinegebruik bij ernstige diabetes laten verminderen. Daarom is echter hypofysectomie niet de therapie bij deze ziekte.

Ten aanzien van gemetastaseerd mammacarcinoom is het bekend dat ovalectomie, zowel als toediening van androgene en oestrogene stoffen als ook van cortison, bij een deel van de patiënten tijdelijke remissies veroorzaken die in gunstige gevallen tot enkele jaren kunnen duren. Met het wegnemen van de bijnierezen, die deze drie hormonen zelf ook produceren, is vermoedelijk geen principieel nieuwe therapeutische mogelijkheid geschapen. Het is nog de vraag of de gecombineerde ovalectomie en adrenalectomie (of hypofysectomie) een effect heeft, dat meer is dan een summatie van de resultaten die de verschillende afzonderlijke eenvoudiger behandelingsmethoden zouden hebben gehad. Het is bovendien de vraag, of men door het primair doen van deze grote ingrepen niet al dadelijk alle mogelijkheden uitput, zodat men bij verergering van het proces geen therapeutische maatregelen meer over heeft. Uit de tot nu toe gepubliceerde literatuur blijkt niet, dat men de minder ingrijpende therapieën altijd ten volle heeft geprobeerd

Het meest ingrijpende gevolg van beiderzijdse adrenalectomie is het feit, dat deze patiënten haar cortison (vaak gecombineerd met wat DOCA) beslist nooit mogen staken. Zij moeten zich bij elke, ook geringe infectie als verkoudheid, melden, omdat een snelle en sterke verhoging van de cortison tot een veelvoudige dosis, gecombineerd met de juiste antibiotica, noodzakelijk kan zijn. De gevolgen van adrenalectomie omvatten daarom meer dan alleen het substitueren met een kleine hoeveelheid cortison. De patiënte wordt voor haar verdere, toch reeds bekorte leven, geheel van geneesmiddelen en geneesheren afhankelijk. Het komt ons dan ook ongewenst voor, deze ingreep voor te stellen speciaal aan huisartsen, die „gewoonlijk het eerst dergelijke patiënten voor pijnklachten ten gevolge van hun metastasen te zien krijgen”. Een adrenalectomie (evenals hypofysectomie) behoort o.i. niet als primaire therapie te worden ingesteld ten koste van beproefde eenvoudiger palliatieve behandeling. Ze verkeert nog zo in het experimentele stadium, dat ze naar onze mening alleen in aanmerking komt, als men objectief de veranderingen van het carcinoomproces door herhaald klinisch, biochemisch, hematologisch en histologisch onderzoek verifieert. Pas aan de hand van ervaringen die op deze wijze zijn verkregen, zal de toekomst nog moeten leren of er werkelijk een indicatie voor deze ernstige ingreep bestaat.

*Literatuur:* <sup>1</sup>N.T.v.G. (1955) 99, 3291.

Amsterdam }  
Rotterdam } 9 november 1955

Dr. H. A. VAN GILSE, Interniste.  
(Rotterdams Radiotherapeutisch Instituut)  
Dr. J. GERBRANDY, Internist,  
(Antoni van Leeuwenhoek-Huis, Amsterdam)

## HERNIA NUCLEI PULPOSI

Met enige aarzeling zou ik willen verdedigen, dat de behandeling van de hernia nuclei pulposi<sup>1</sup> m.i. primair berust bij de competente huisarts. Sinds deze ongelukkige kwaal ontdekt is, duurt de genezing van een „ischias” m.i. veel langer, en de ambulante behandeling die vroeger in vele gevallen een goed resultaat had, is vrijwel tot de onmogelijkheden gaan behoren, „grondig geïnstrueerd” als de patiënt is door allerlei periodieken en damesblaadjes.

Het feit nu dat de huisarts zich indirect incompetent verklaart om deze kwaal te behandelen, verlengt m.i. in een aantal gevallen de behandelingsduur, omdat hiermee de „ernst van de kwaal” wordt onderstreept, de patiënt nog meer dan anders de breuk tegen zijn zenuw