

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### DE PRAKTISCHE WAARDE VAN DE MAMMOGRAFIE VOOR DE CHIRURG

De conclusie tot welke de collegae J. C. MOLENAAR en B. DEN HERDER-KROON (1970) komen ten aanzien van de praktische waarde van de mammografie voor de chirurg: „Het verrichten van röntgenologisch onderzoek van de mamma als routinemaatregel bij elke patiënt die wegens reële of vermeende aandoeningen de polikliniek bezoekt, is niet nuttig” kan door ons niet worden gedeeld.

Uit een onderzoek van de gegevens van een groep van 312 patiënten bij wie in het St. Lucas Ziekenhuis op indicatie van een vermeende of reële aandoening van de mamma in totaal 404 mammografieën werden verricht, bleek dat na de correlatie van mammografie, klinisch onderzoek en pathologische anatomie, de diagnose maligne mammatumor in 91,7% van de gevallen pre-operatief was gesteld, waarvan in 79,3% op grond van klinisch onderzoek en mammografie beide, in 6% op grond van klinisch onderzoek alleen en in 6% op grond van mammografie alleen. (Dit onderzoek wordt nader gepubliceerd.) Uit deze gegevens zou mogen volgen, dat de mammografie een goed *aanvullend* onderzoek is en niets afdoet aan de ook door ons gevolgde gedragslijn, dat iedere mammatumor geëxideerd en pathologisch-anatomisch onderzocht dient te worden.

Als routine wordt door ons bij de na-controle van patiënten die een amputatio mammae ondergingen, iedere zes maanden een mammografie van de contralaterale mamma verricht. Uit dit controle-onderzoek resulteert een aantal patiënten bij wie in de overgebleven mamma röntgenologisch een nieuwe afwijking wordt waargenomen, die op zichzelf opnieuw het oorspronkelijke standpunt van de onderzoeker ten opzichte van een mammatumor vereist.

Van de 4 patiënten met een maligne dubbeltumor, die in onze serie voorkomen, werden er twee op de mammografie ontdekt zonder dat bij klinisch onderzoek afwijkingen werden gevonden. Ook deze bevindingen tonen opnieuw aan welke praktische waarde de mammografie voor de chirurg kan hebben.

*Literatuur:* MOLENAAR, J. C. en B. DEN HERDER-KROON (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1688.

Amsterdam, november 1970

W. L. MARX

De collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON (1970) stellen dat „De praktische waarde van de mammografie voor de chirurg” niet groot is. Hun conclusie luidde immers: „Het verrichten van röntgenologisch onderzoek van de mamma als routine-maatregel bij elke patiënt, die wegens reële of vermeende aandoeningen de polikliniek bezoekt, is niet nuttig.”

De argumentatie komt in het kort hierop neer: Het is röntgenologisch niet mogelijk met zekerheid onderscheid te maken tussen maligne en benigne aandoeningen, zodat toch steeds een proefexcisie verricht moet worden; alleen de patholoog-anatoom kan de aard van een mammatumor vaststellen.

Naar aanleiding van het gestelde zijn bij mij enkele vragen en tegenwerpingen gerezen:

1. Hoe is de techniek van het onderzoek geweest? Laag kilovoltage (ongeveer 30 kV) en hoog mAsgetal (ongeveer 1500 mAs)? Het is namelijk opvallend dat schrijvers bij 90 maligne tumoren slechts 22 maal de typische „calcifications en grains de sel” zagen, terwijl andere auteurs (SHEPARD e.a. 1962; WOLFE 1967) bij onderzoek van zeer grote aantallen patiënten komen tot percentages van 33-75.

2. Wie beoordeelde de mammogrammen? Meer dan één radioloog? Onafhankelijk van elkaar?

3. Hoe was de retrospectieve beoordeling van de zes fout-negatieve bevindingen (de belangrijkste missers)?

4. EGAN (1960) en WOLFE (1967) stelden bij mammografisch onderzoek van respectievelijk 1000 en 10.000 patiënten in 97%, resp. 96% der gevallen terecht de diagnose op een maligne tumor. Het lijkt mij minder juist, bij zulke kleine patiëntenreeksen als uit het V.U.-ziekenhuis de conclusie te trekken, dat de onderzoeksmethode niet nuttig is. Welke onderzoeksmethode haalt trouwens een dergelijk hoge scoringsgraad? Het uitwendig onderzoek door de clinicus zeker niet. Dit facet werd helaas niet in het onderzoek betrokken.

5. De pathologische anatomie komt ongetwijfeld verder dan de clinicus en de röntgenoloog, maar dit wordt door geen enkele onderzoeker in twijfel getrokken. Toch heeft ook de pathologische anatomie in combinatie met de chirurgie haar beperkingen. Het komt voor dat met de proefexcisie niet de verdachte laesie is weggenomen. Dit nu is vaak alleen te verifiëren met een controle-mammografie. Vóór de proefexcisie moet dan echter reeds een mammografie verricht zijn. Bovendien maakt mammografie, voorafgaand aan de biopsie, op zichzelf al een gerichtere proefexcisie mogelijk.

6. Mammografie biedt de kans, klinisch onvermoede en onherkenbare maligne tumoren te diagnostiseren en te lokaliseren in de contra-laterale mamma. Statistisch is de kans dat deze mamma eveneens een maligne tumor herbergt groter dan de kans op een maligne tumor op een controle-groep vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep bij wie geen mamma-carcinoom bekend is.

7. Alle bekende onderzoekers zijn van mening (o.a. GERSHON-COHEN e.a. 1962) dat een tumorschaduw waarin of waarbij de typische calcificaties gegroepeerd voorkomen, vrijwel bewijzend is voor carcinoom. Als in een dergelijk geval het pathologisch-anatomisch onderzoek negatief blijkt te zijn, dient zeker een controle-mammografie verricht te worden om na te gaan of inderdaad de verdachte laesie is weggenomen en indien dit zo is, moet de patholoog-anatoom verzocht worden zijn preparaat opnieuw te bezien.

Ook voor de groep patiënten, die door de schrijvers dan nog wel voor mammografisch onderzoek in aanmerking komen, is van belang dat gestreefd wordt naar een zo goed mogelijke techniek en het verkrijgen van een zo groot mogelijke ervaring. Om dit te bereiken is het routine-onderzoek eveneens van belang en geoorloofd, daar het vrijwel geen belasting van de patiënt inhoudt en onschadelijk is. Tenslotte acht ik het een goed en naar ik dacht, algemeen aanvaard principe om, alvorens tot een bloedige ingreep over te gaan, tot een zo goed mogelijke diagnose en lokalisering van de te behandelen aandoening te komen. Hieraan wordt niet voldaan met alleen klinisch vooronderzoek. Mammografie is veel nauwkeuriger en niet alleen van academisch belang. Wij zouden m.i. een stap terug doen als wij dit onderzoek als routine voortaan achterwege zouden laten. De publikatie van het artikel van de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON is naar mijn mening niet nuttig en naar ik vrees, zelfs schadelijk.

*Literatuur:* EGAN, R. L. (1960) Experience with mammo-graphy in a tumor institution. *Radiology* **75**, 894. — GERSHON-COHEN, J., L. S. YU en S. M. BERGER (1962) *The diagnostic importance of calcareous patterns in roentgenography of breast cancer.* — MOLENAAR, J. C. en B. DEN HERDER-KROON (1970) De praktische waarde van de mammografie voor de chirurg. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1688. — SHEPARD, T. J., G. CRILE en W. C. STRITTMATTER (1962) Roentgenographic evaluation of calcifications in paraffin block specimens of mammary tumors. *Radiology* **78**, 967. — WOLFE, J. N. (1967) *Mammography.* Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A.

Amsterdam, november 1970

A. VAN DER SPEK

Aanvankelijk lag het niet in onze bedoeling op het artikel van de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON (1970) te reageren, doch nu er zich na de reactie van collega THIJN (1970) mogelijk een discussie kan gaan ontwikkelen, willen wij toch enige opmerkingen maken.

Als enig criterium voor de praktische waarde van de mammografie voor de chirurg bij een patiënt met een palpabele tumor in de borst wordt in dit artikel de mate van zekerheid genomen, waarmee de radioloog kan differentiëren tussen benigne en maligne afwijkingen.

Van vrijwel geen enkel röntgenonderzoek mag verwacht worden dat met 100% zekerheid een juiste histologische diagnose gesteld kan worden, hoe groot de ervaring van de onderzoeker ook moge zijn. Uitgaande van de gedachten-gang van de schrijvers zou de mammografie zelfs zonder analyse van de resultaten verworpen moeten worden. Nieuwe onderzoeksmethoden blijken vroegere echter meestal niet te vervangen doch ze leveren vaak door een andere benade-ringswijze een aanvulling op de reeds aanwezige gegevens, die het uiteindelijke diagnostische resultaat kan verbeteren.

Dat de mammografie in dit opzicht zeer nuttig kan zijn, blijkt uit de zeer uitgebreide literatuur, waarin ervaringen met vele duizenden mammografieën vermeld worden. Een gevaar van een artikel, zoals dat van de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON, lijkt ons, dat lezers die zijdelings met de problematiek te maken hebben of die het artikel niet kritisch genoeg lezen, de laatste zin uit de conclusie vasthouden en het mammogram ten onrechte als nutteloos beschouwen. Hiermee zou een methode die alom als waardevol erkend wordt, onrecht aangedaan worden. Eén van ons (O) heeft in verschillende ziekenhuizen de invoering van de mammografie meegemaakt. Het uitgangspunt is steeds geweest dat een negatief mammogram een om andere redenen noodzakelijk geachte biopsie niet overbodig maakt. In het algemeen was de houding van de chirurgen ten opzichte van de mammografie aanvankelijk zoals die van de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON, namelijk: palpabele tumoren worden zonder uitzondering verwijderd en pathologisch-anatomisch onderzocht; aan een aanvullend onderzoek is geen behoefte. Wanneer in een goede samenwerking tussen chirurgen, patholoog-anatomen en radiologen wordt besloten, iedere patiënte die met een reële of vermeende aandoening van de mamma de polikliniek bezoekt, mammo-grafisch te onderzoeken, blijkt de mammografie een integre-rend deel van het onderzoek te worden. Na enige tijd willen de chirurgen de mammografie dan ook niet meer missen. Met enige voorbeelden moge dit geïllustreerd worden.

A. Een patiënte bezoekt met vage klachten van de mamma de chirurg. Deze voelt een moeilijk af te grenzen zwelling in de mamma. De mammografie toont een voor carcinoom verdachte lokalisatie. Er wordt een biopt geno-

men, waarin de patholoog-anatoom geen carcinoom vindt. Na onderling overleg wordt een tweede mammografie ge-daan, waarbij blijkt dat de radiologisch verdachte plek nog aanwezig is. Bij de tweede biopsie wordt inderdaad een car-cinoom gevonden.

B. Een patiënte met een mamma-tumor bezoekt de chi-rurg. De palpatore bevindingen zijn uiterst verdacht voor een carcinoom. Een mammogram is hier vrijwel bewijzend voor. Bij wijze van uitzondering wordt besloten zonder biopsie tot een mamma-amputatie over te gaan. De patho-loog-anatoom vindt in de geamputeerde mamma geen car-cinoom. Na radiologisch onderzoek van de geamputeerde mamma wordt de afwijking gemarkeerd en de patholoog stelt de diagnose: carcinoom.

C. Een patiënte ondergaat in verloop van enkele jaren drie proefexcisies in verband met zowel klinisch, radiolo-gisch als pathologisch-anatomisch benigne afwijkingen. Als zij voor de vierde keer met een benigne aandoend knobbeltje komt, wordt volstaan met een mammogram dat een afwij-king toont, waarvan het röntgenologische beeld geheel ge-lijk is aan dat van de vorige onderzoeken. Van een vierde biopsie wordt afgezien.

D. Een patiënte komt met een palpabele tumor in de rechter borst. Zowel klinisch als radiologisch gaat het hier vrijwel zeker om een carcinoom. In de linker borst waar palpatoor geen afwijkingen zijn, wordt radiologisch eveneens een voor carcinoom verdachte plek gevonden. Een en ander wordt bij operatie bevestigd.

Wij vinden het onjuist dat de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON in hun artikel met geen woord reppen over de contra-laterale mamma. Waarschijnlijk is het niet zelden voorkomen van een bilateraal mamma-carcinoom de be-langrijkste indicatie om bij iedere patiënte met een mamma-tumor mammografie (altijd bilateraal) te verrichten.

Verder missen wij in het artikel een analyse van de fout-bronnen. Waarom waren in vier gevallen de mammo-grammen onbeoordeelbaar? Bevonden de fout-negatief be-oordeelde afwijkingen zich in borsten van jonge vrouwen met een zeer dicht klierweefsel of in mammae met een masti-tis chronica cystica, waarvan bekend is dat de radiodiagnos-tische mogelijkheden beperkt zijn? Waarom werden de re-sultaten niet aan die van de literatuur getoetst?

Concluderend menen wij dat de collegae MOLENAAR en DEN HERDER-KROON op grond van een klein materiaal, maar vooral met een verkeerd uitgangspunt een te boude uitspraak hebben gedaan. Wij vinden dat iedere patiënte met reële of vermeende klachten van de mamma mammo-grafisch behoort te worden onderzocht.

*Literatuur:* MOLENAAR, J. C. en B. DEN HERDER-KROON (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1688. — THIJN, C. J. P. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 2012.

Haarlem, december 1970

J. O. OP DEN ORTH  
H. E. SCHÜTTE

## INTEGRALE OF GEDIFFERENTIEERDE INTERNE GENEESKUNDE?

De velen, die zich betrokken voelen bij het thema dat collega WIJDEVELD (1970) behandelt, zullen hem erkentelijk zijn voor de wijze waarop hij de problematiek aan de orde stelt. De ontwikkelingen in de interne geneeskunde, zoals deze door hem zijn geschetst, maken het noodzakelijk, dat personen, verenigingen en instanties zich bezinnen over pa-