

Literatuur: EGAN, R. L. (1960) Experience with mammography 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 benaderingswijze 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, mammografisch te onderzoeken, blijkt de mammografie een integrerend 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 gedaan, waarbij blijkt dat de radiologisch verdachte plek nog aanwezig is. Bij de tweede biopsie wordt inderdaad een carcinoom gevonden.

B. Een patiënte met een mamma-tumor bezoekt de chirurg. 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 patholoog-anatoom vindt in de geamputeerde mamma geen carcinoom. 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, radiologisch als pathologisch-anatomisch benigne afwijkingen. Als zij voor de vierde keer met een benigne aandoend knobbeltje komt, wordt volstaan met een mammogram dat een afwijking toont, waarvan het röntgenologische beeld geheel gelijk 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 belangrijkste indicatie om bij iedere patiënte met een mamma-tumor mammografie (altijd bilateraal) te verrichten.

Verder missen wij in het artikel een analyse van de foutbronnen. Waarom waren in vier gevallen de mammogrammen onbeoordeelbaar? Bevonden de fout-negatief beoordeelde afwijkingen zich in borsten van jonge vrouwen met een zeer dicht klierweefsel of in mammae met een mastitis chronica cystica, waarvan bekend is dat de radiodiagnostische mogelijkheden beperkt zijn? Waarom werden de resultaten 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 mammografisch 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-