

Tepeluitvloed

Misschien is het de toevallige gelijktijdigheid van drie artikelen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van 2 augustus jongstleden, namelijk het bericht (bl. 1231) over de ongewijzigde sterfte aan borstkanker in de wereld, het feuilleton (bl. 1230) met de toespraak tot een jonge doctor bij zijn promotie van NIEWEG over de „hybris” van de moderne intellectueel en het oorspronkelijke stuk (bl. 1209) van de hand van ZWAVELING over de betekenis en therapie van tepeluitvloed, die mij de pen hebben doen grijpen.

Collega ZWAVELING behoort tot de kleine groep oncologisch geschoolde chirurgen, die Nederland rijk is en zijn woord en geschrift genieten met reden veel gezag.

Daarom meen ik dat het laatst genoemde artikel aanleiding zou kunnen zijn tot het verrichten van een conus-excisie van de mamma bij iedere vrouw, ongeacht de leeftijd, wanneer er tepelafscheiding is — „tenzij er een fysiologische oorzaak voor aan te geven is”(!). Het doel wordt hierdoor volledig voorbijgeschoten en de verkregen mutilatie weegt niet op tegen de winst, wanneer de indicatie tot operatie zo ongenueanceerd wordt gesteld.

1. Van de gevonden 10 patiënten met een carcinoom op een serie van totaal 55 patiënten met tepeluitvloed is helaas niet na te gaan hoeveel patiënten geen palpabele tumor en een negatieve uitslag van de mammografie hadden, want in wezen gaat het eigenlijk om de patiënten met *tepeluitvloed ten gevolge van een carcinoom, dat niet op andere wijze te diagnostiseren was*. HAAGENSEN (1971) zag dit slechts 5 maal op 1669 patiënten met mammacarcinoom.

2. De conus-excisie is een ingrijpende operatie, waarbij alle melkgangen doorsneden worden en waarbij een pyramidaal weefselgebied wordt verwijderd met een basis van minstens 7 cm en een hoogte van 5-7 cm. Dit kan ongetwijfeld een mutilerende ingreep zijn. Volgens de publikatie werd deze ingreep vijf maal bij vrouwen onder de 30 jaar (zelfs bij een vrouw van 22 jaar!) verricht, terwijl op zichzelf een mammacarcinoom in die leeftijdsgroep uiterst zeldzaam is. Zogsecretie is na een dergelijke ingreep onmogelijk.

3. Hoewel een enkele regel er op wijst dat galactorroe door extra-mammaire oorzaken dient te worden uitgesloten, is het toch nuttig om met meer nadruk te waarschuwen dat de pil en ook tranquillizers tepelafscheiding kunnen veroorzaken. Eveneens onschuldig is de grijs-gele afscheiding, die soms *bij drukken en masseren* uit de tepel komt bij vrouwen dicht bij de menopauze. In zeldzame gevallen bestaat er een licht bloederige afscheiding in de tweede helft van de graviditeit.

4. Of cytologisch onderzoek ons veel verder zal helpen waag ik te betwijfelen. De differentiële diagnose tussen intracaniculair papilloom en intracaniculair carcinoom kan uiterst moeilijk zijn. Terecht wijst ZWAVELING er op dat in dit soort gevallen nooit een beslissing per vriescoupe genomen mag worden. Sommige auteurs adviseren zelfs om de preparaten steeds ook door een andere patholoog-anatoom te laten beoordelen.

5. Bij tepelafscheiding is door voorzichtige palpatie bijna altijd uit te maken uit welke gang het vocht te voorschijn komt. Soms gelukt het een canalografie te verrichten of blauw in te spuiten. In ieder geval is het mogelijk het gebied van

de melfgang te excideren, waardoor de borst veel minder beschadigd wordt. Bovendien kan het intracaniculaire carcinoom zeer perifeer gelegen zijn en zo gemist worden bij een conus-excisie. In het standaardwerk van HAAGENSEN, *Diseases of the breast*, wordt deze techniek nauwkeurig beschreven.

6. Tepelafscheiding is zonder enige twijfel een reden tot zorgvuldig onderzoek van de borst door middel van herhaalde palpatie en van mammografie. Bij negatieve bevindingen en vooral bij vrouwen jonger dan 40 jaar kan rustig 4-8 weken worden afgewacht. Blijft de spontane afscheiding bestaan ook na staken van pil en tranquillizers en is de afscheiding enkelzijdig, dan is exploratie met wigexcisie van het betrokken segment aangewezen. Bij twijfel over de diagnose intracaniculair papilloom of intracaniculair carcinoom is verdere consultatie aan te raden.

Enige steun tot een wat minder agressieve houding in dezen geeft het artikel van collega ZWAVELING zelf. Hoewel de mediane duur van de klachten zelfs 1 jaar was, werd bij geen van de carcinoompatiënten een metastase gevonden.

Litteratuur: HAAGENSEN, C. D. (1971) *Diseases of the breast*. Saunders, Philadelphia. — NIEWEG, H. O. (1975) Toespraak tot een jonge doctor bij zijn promotie. *Ned. T. Geneesk.* 119, 1230. — ZWAVELING, A. (1975) Tepeluitvloed: betekenis en therapie. *Ned. T. Geneesk.* 119, 1209.

Rotterdam, augustus 1975

H, MULLER

Tot mijn genoegen heeft collega MULLER een aantal kritische opmerkingen geplaatst bij mijn artikel „Tepeluitvloed”, waardoor ik in de gelegenheid gesteld wordt mogelijke misverstanden op te helderen. Alvorens nader in te gaan op de geleverde kritiek, is het noodzakelijk te vermelden, dat ik onder tepeluitvloed in de context van het artikel versta: spontane afscheiding uit de tepel, die meer dan incidenteel is en welke niet toegeschreven kan worden aan een extra-mammaire oorzaak. Op dit laatste is VERHOEVEN (1974) in dit tijdschrift zeer uitvoerig ingegaan.

Tepeluitvloed ten gevolge van een lokale borstaandoening heeft twee hoofdoorzaken: epitheelproliferatie met of zonder maligne kenmerken en ductectasie. Dit laatste komt ook op jonge leeftijd reeds voor en kan aanleiding geven tot zeer veel klachten. Het onderscheid tussen beide is lang niet altijd *preoperatief* te stellen, maar beide vereisen therapie.

Wat de kritiek van collega MULLER betreft:

Ad 1. Van de 6 patiënten met tepeluitvloed, bij wie geen tumor palpabel was, is de mammografie waarschijnlijk als negatief afgegeven, eenmaal als waarschijnlijk negatief en driemaal als (zeer) verdacht. Bij een op de drie patiënten waren wij dus niet in staat de tumor op een andere wijze te diagnostiseren. Helaas zijn onze resultaten heel wat minder goed dan die van HAAGENSEN.

Waar het mij echter om ging, was duidelijk te maken, dat tepeluitvloed zonder palpabele tumor niet „en bagatelle” behandeld mag worden, doch zorgvuldige analyse vereist, in-

clusief mammografie en eventueel cytologie. Wordt de diagnose maligniteit preoperatief gesteld: zoveel te beter. Is dat niet het geval, dan mag hieruit niet zonder meer geconcludeerd worden dat er *dus* geen maligniteit in het spel is.

Ad 2. Ik verschil van mening met collega MULLER, dat de conus-excisie een ingrijpende operatie is. Het gebied onder de mamilla en 1 cm er omheen wordt verwijderd. De doorsnede hiervan is gewoonlijk 5 à 6 cm. De dikte van het preparaat is maximaal 4 à 5 cm. De praktijk heeft uitgewezen dat dit niet leidt tot mutilatie. Uiteraard is zogsecretie na de ingreep niet mogelijk, vandaar dat dit van tevoren met de patiënt wordt besproken.

Alle 5 patiënten onder de dertig jaar werden geopereerd wegens ernstige klachten van vochtafscheiding. Bij de jongste twee was de indicatie respectievelijk multipele melkgangabcessen en een tweede recidief met fisteling na melkgangexcisie. Bij twee werd papillaire epitheelproliferatie gezien zonder aanwijzing voor maligniteit en bij de laatste patiënt uitgebreide ductectasie. Hier werd geopereerd wegens de sterke tepeluitvloed, die ernstige klachten gaf, en niet omdat wij hier carcinoom verwachtten, hoewel men zich daarbij kan vergissen!

Ad 3. Het is nuttig, dat er nog eens op gewezen wordt, dat extra-mammaire oorzaken worden uitgesloten. Elke indicatie tot operatie dient altijd en onder alle omstandigheden zorgvuldig te worden gesteld! De „plug” die bij druk of massage te voorschijn komt heeft inderdaad geen betekenis. Het artikel handelt dan ook over tepeluitvloed, d.w.z. spontane vochtproductie, gewoonlijk door de vrouw opgemerkt omdat de bustehouder vlekken vertoont.

Ad 4. De resultaten van het — incidenteel verrichte — cytologisch onderzoek waren bij ons opmerkelijk. Vanzelfsprekend zal een negatieve uitslag niets zeggen (evenals bij de mammografie in ons materiaal), maar als de uitslag verdacht of positief is, zal dat een reden moeten zijn in ieder geval tot exploratie over te gaan.

Ad 5. Juist omdat wij meenden veel recidieven te zien bij de oude methode, zijn we overgegaan op de conus-excisie. Tot nu toe heb ik hiervan geen spijt. Wanneer men echter in dit artikel in de eerste plaats een verdediging van de conus-excisie wil zien, heeft men mij niet goed begrepen. Ik meen, dat de methode bijkomende voordelen heeft, maar waar het om gaat, is dat men niet denkt: tepeluitvloed, niet bloedig, zonder palpabele tumor, betekent niets. Integendeel! Zorgvuldig verder onderzoek en conus-excisie van het zieke gebied is nodig. Niet alleen om de vaak hinderlijke afscheiding te doen beëindigen, maar vooral ook wegens de kans van 10%, dat er maligniteit in het spel is!

Ad 6. Nergens heb ik beweerd, dat er niet enige weken kan worden afgewacht. Alleen al op grond van celkinetische overwegingen zou dat niet te verdedigen zijn. Vanzelfsprekend moet een extra-mammaire oorzaak worden uitgesloten. Er is geen enkele reden tot paniecreacties. Maar een mediane duur van 1 jaar en een tijdsduur bij de patiënten met carcinoom van 1 maand tot 5 jaar, duiden op een onderschatten van de risico's. Juist in deze gevallen bewijst de „vroege diagnostiek” haar waarde.

Literatuur: VERHOEVEN, A. T. M. (1974) Galactorrhoea; diagnostische en therapeutische aspecten. *Ned. T. Geneesk.* 118, 864.

Leiden, augustus 1975

A. ZWAVELING

Het primaire levercarcinoom als „acute buik”

Met veel belangstelling las ik het artikel van STROOSMA (1975) over het primaire levercarcinoom als „acute buik”. Het is zeker een grote bijzonderheid dat in korte tijd twee aan deze ziekte lijdende patiënten met een acute intraperitoneale bloeding werden gezien.

Collega STROOSMA wijst terecht op het verband tussen levercirrose en primair levercarcinoom. Hij citeert uit een artikel van MOSELEY dat bij obductie van aan levercirrose overleden patiënten in 4,5-8,5% een primair levercarcinoom werd aangetroffen. Men dient dan wel te vermelden op welk land deze gegevens betrekking hebben daar de percentages van land tot land en zelfs bij verschillende bevolkingsgroepen van hetzelfde land sterk kunnen verschillen. HUTT en ANTHONY (1973) schrijven dat het percentage in sommige Afrikaanse landen, bv. Mozambique, 40 bedraagt; verder dat het hepatocellulaire carcinoom in Zuid-Afrika bij de Bantu's in 44% van cirrotische levers wordt aangetroffen doch bij blanken slechts in 6%. Dit grote verschil hangt waarschijnlijk samen met het verschil in cirrosetype bij deze bevolkingsgroepen; bij Bantu's overwegend macronodulair, bij blanken micronodulair. In levers met macronodulaire cirrose ontstaat veel vaker maligne degeneratie dan in levers met micronodulaire cirrose.

SHEILA SHERLOCK (1970) wijst eveneens op de grote geografische verschillen in het voorkomen van carcinoom in cirrotische levers; in Engeland zou het percentage ongeveer 15 bedragen.

Collega STROOSMA schrijft verder dat er in Azië weinig publikaties over acute buikaandoeningen bij patiënten met primair levercarcinoom verschenen zijn. Hij noemt een artikel van ONG e.a. (1965) over 20 patiënten met spontane ruptuur van een primair levercarcinoom. ONG en TAW (1972) (vermoedelijk dezelfde collega ONG, uit Hong Kong) vermelden dat op hun chirurgische afdeling in de loop van 8 jaar 207 patiënten met een hepatocellulair carcinoom werden opgenomen, 30 (14,5%!) wegens ruptuur met intraperitoneale bloeding.

— Graag zou ik echter de aandacht willen vestigen op een Nederlandse publikatie, nl. van BONNE (1932), destijds hoogleraar pathologische anatomie aan de Medische Hogeschool te Batavia. Hij vermeldt daarin o.a. dat hij herhaaldelijk bij obductie heeft waargenomen dat een acute intraperitoneale bloeding waaraan een patiënt in korte tijd overleed, veroorzaakt werd door gescheurde vaten in een primair levercarcinoom. Deze dodelijke bloedingen had BONNE nogal eens bij kleine levercarcinomen gezien.

Bij de differentiële diagnose moet natuurlijk ook de ruptuur van een extra-uteriene graviditeit worden genoemd en, vooral in de tropen, de miltruptuur. Verder kunnen ook „benigne” hepatomen door hun vaatrijkdom een ernstige, vaak dodelijke, intraperitoneale bloeding veroorzaken. Deze tumoren zijn in de laatste jaren beschreven bij vrouwen die gedurende korte of langere tijd orale contraceptiva hadden gebruikt; het verband staat echter niet zeker vast (Leading article 1973, 1974, 1975).

Literatuur: BONNE, C. (1932) Eenige weinig bekende feiten van klinische betekenis omtrent het primaire levercarcinoom. *Geneesk. T. Ned.-Ind.* 72, 389. — HUTT, M. S. R. en P. P. ANTHONY (1973) Tumours of liver, biliary system and pancreas. In: A. C. TEMPLETON, *Tumours in a tropical country*; bl. 57. Springer-Verlag, Berlijn. — Leading article