

TH. M. BROUWERS, lid
Academisch Ziekenhuis, Groningen
050-139123 ts. 2821
9.00-12.00
T. TJABBES, lid
Sophia Ziekenhuis, Zwolle
05200-77444
15.00-16.00 beh. vrijdag
G. J. HOOGENDOORN, lid
St. Geertruidengasthuis, Deventer
05700-76543
8.00-18.00
Dr. D. J. TH. WAGENER, lid
St. Radboud Ziekenhuis, Nijmegen
080-514762
17.00-18.00
Dr. L. TH. P. VAN LANGE, lid
Radiotherapeutisch Instituut, Heerlen
045-716204
10.00-12.00
A. M. NUS, lid
Maria Ziekenhuis, Tilburg

013-678123
10.00-12.00 beh. donderdag
Dr. H. M. PINEDO, voorzitter
Academisch Ziekenhuis, Utrecht
030-372202
9.00-17.00
J. MULDER, vice-voorzitter
Rotterdamsch Radiotherapeutisch Instituut, Rotterdam
010-858800
9.00-17.00
Dr. A. T. VAN OOSTEROM, lid
Academisch Ziekenhuis, Leiden
071-147222 ts. 3519
W. W. TEN BOKKEL HUININK, lid en
Prof. dr. F. J. CLETON, lid
Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis, Amsterdam
020-5129111
8.30-17.15
beiden Secretariaat
Bureau KWF,
de Lairesestraat 33, 1071 NS Amsterdam
020-735575

INGEZONDEN

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

Het blinde bijgeloof

Prof. ZWAVELING (1978) heeft in zijn klinische les aandacht gevraagd voor het feit dat niet alle mammacarcinomen bij mammografie gevonden worden. Dat is nuttig en veel ingewijden zullen daarom zijn vermanende artikel met instemming hebben begroet. Te betreuren is alleen dat bij de kwantificering van het probleem te sombere cijfers (resp. 13, 15 en 16% gemiste carcinomen) werden vermeld, merendeels daterend uit de jaren voor de invoering van aanzienlijke technische verbeteringen in de mammografie, een vooruitgang die de schrijver zelf ook signaleert. Het enige recente gegeven (1977) dat wordt aangehaald verschilt echter zo weinig van de verouderde resultaten dat men zich afvraagt of deze maatstaf, waarin de technische vooruitgang zich niet manifesteert door een verbetering van de diagnostische resultaten, wel representatief is voor deze tijd.

Het is mijn ervaring dat bij de moderne mammografie het percentage gemiste carcinomen aanzienlijk lager is. In ons eigen materiaal over 1975 en 1976 misten wij 8 van de 155 carcinomen (5%). De gemiste carcinomen blijken vnl. voor te komen bij vrouwen met een sterk stralenabsorberend klierweefsel zoals voorkomt bij ernstige mastopathie en bij jonge vrouwen. Bij deze patiënten heeft de mammografie dus duidelijk haar beperkingen. Bij onze patiënten konden wij 5 carcinomen ook achteraf bij nauwkeurige revisie niet op het mammogram waarnemen, hetgeen betekent dat 3% van de carcinomen „röntgenologisch occult” was. Ook in de buitenlandse literatuur treft men dergelijke percentages aan. In de radiologie geldt de mammografie daardoor als één van de meest betrouwbare röntgenonderzoeken. Wel maakt het percentage missers dat men, zoals ZWAVELING terecht stelt, nooit volledig op de mammografie mag vertrouwen. Om hier te waarschuwen voor „blind bijgeloof” gaat ons wat ver. „Niet blindelings geloven” was onzes inziens juist geweest!

Literatuur: ZWAVELING, A. (1978) Ned. T. Geneesk. 122, 889.

Velp, juni 1978

D. J. DRONKERS

Zoals ik ook reeds in mijn les vermeldde, zullen zonder twijfel in een aantal klinieken de laatste jaren de resultaten verbeterd zijn. Graag wil ik collega DRONKERS complimenteren met zijn voortreffelijke resultaten. Naar aanleiding hiervan heb ik nog eens ons eigen materiaal over 1976 en 1977 betreffende 119 geopereerde patiënten met mammacarcinoom nagezien. Helaas moet ik hierbij vaststellen, dat het aantal patiënten bij wie in het verslag geen aanleiding werd gezien maligniteit, alleen op grond van het mammogram, te overwegen, zelfs nog groter was dan 15%. De waarschuwing: vertrouw niet uitsluitend op de röntgenfoto, blijft dus van kracht.

Leiden, juli 1978

A. ZWAVELING

In zijn klinische les wijst collega ZWAVELING (1978) terecht op een veel gemaakte fout: nl. de overschatting van een röntgenonderzoek. Een van de redenen waarom de röntgenologen steeds vragen om meer plaats voor de röntgendiagnostiek in het curriculum van de student is dan ook dat veelal aanvragers, die onvoldoende bekend zijn met de waarde van de röntgendiagnostiek, bepalen of het onderzoek voldoende is of niet. In het onderhavige geval is er sprake van twee problemen.

In de eerste plaats gaat het over schaduwen die bij mamma-onderzoek gevonden werden en die ten onrechte versleten zijn voor benigne. Het zijn dus geen schaduwen die over het hoofd zijn gezien — een fout die ook mogelijk is — maar schaduwen die geen duidelijke maligne kenmerken toonden. Iedereen die voldoende bekend is met de röntgendiagnostiek van de mamma, weet dat het uitsluiten van maligniteit op grond van een dergelijke schaduw vrij-

wel onmogelijk is. De aanwezigheid van dit soort schaduwen, gecombineerd met de klinische bevindingen, moet dan ook leiden tot nader onderzoek, met name detailopnamen en eventueel een diagnostische punctie.

Collega ZWAVELING haalt het artikel van mw. Den HERDER-KROON aan, die zegt dat elke palpabele tumor geëxirpeerd dient te worden. In veel gevallen verdient tegenwoordig de diagnostische punctie, een eenvoudiger procedure, de voorkeur. Vaak berust een palpabele tumor op een kyste. De punctie is dan diagnostisch en therapeutisch, daar de kyste meestal verdwijnt. In geval van een vaste tumor is op grond van de cytologie spoedig de uitslag bekend en kan het advies tot extirpatie onverwijld volgen. De röntgenoloog dient zich hierover goed te verstaan met de aanvragers. In het Academisch Ziekenhuis in Utrecht bv. wordt de punctie door de röntgenoloog zelf gedaan, zodat de diagnose op grond van de cytologie ten spoedigste de aanvragende arts kan bereiken (in 1977 kwamen deze aanvragen voor 15% van de chirurgie; 20% van de radiotherapie; 30% van huisartsen en 35% van de afdeling interne en gynaecologie). (Hierbij mag zeker vermeld worden dat deze procedure aanvankelijk is opgebouwd met de welwillende medewerking van dr. LOPES CARDOZO te Leiden.)

In de tweede plaats is er sprake van een discrepantie tussen een positieve klinische bevinding en een negatief röntgenonderzoek. Ook hier geldt dat iedere deskundige op de hoogte is van het feit dat in een gering aantal gevallen een klinisch waarneembare tumor onzichtbaar is op de foto, bv. te midden van dicht klierweefsel. De röntgenoloog dient zich hiervan zelf te overtuigen en eventueel aanvullend en detail-onderzoek te verrichten. Bij discrepantie krijgt de verwijzende arts altijd het dringende advies de tumor te laten verwijderen.

Wij menen dus dat het aanbeveling verdient bij de klinische les van collega ZWAVELING op te merken dat er sprake is van bijgeloof in de zin van „Ijdel vertrouwen” omdat de aanvrager niet voldoende kennis heeft van de betekenis van een röntgenuitslag. De röntgenoloog dient door een goede verstandhouding met zijn aanvragers en een juiste redactie van de uitslag dit soort fouten te helpen vermijden.

Overigens geldt dit niet alleen voor de mammadiagnostiek: de röntgenoloog werkt altijd in een team en er moet natuurlijk een goede bekendheid zijn wederzijds tussen röntgenoloog en aanvrager, want een zelfde marginale strijd doet zich veelvuldig voor, bv. bij maagulcera, schaduwen in de long, waarbij maligniteit vrijwel nooit geheel is uit te sluiten en waarbij de röntgenoloog dat niet steeds expliciet hoeft te vermelden op straffe van onleesbaarheid.

Literatuur: ZWAVELING, A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 12, 889.

Utrecht, juni 1978

J. W. TH. MULLER
C. B. A. J. PUULAERT

De collegae MULLER en PUULAERT menen, dat de diagnostische punctie van een palpabele mammatumor de voorkeur verdient boven extirpatie. Hiermede ben ik het niet eens, afgezien van punctie van een kyste. Wanneer een kyste geheel leeggezogen kan worden, dient het materiaal cytologisch onderzocht te worden. Men kan daarna een röntgenfoto maken van de kyste gevuld met lucht, ter beoordeling van de wand. De patiënt wordt voor controle opgeroepen na 4 weken. Bij recidief dient alsnog extirpatie te geschieden.

Aangezien ook in ervaren handen de cytologie minder nauwkeurig is dan histologisch onderzoek, neemt men bij soliede tumoren extra risico wanneer alleen volstaan wordt met cytologisch onderzoek (SCHÖNDORF 1977). Wel kan dit onderzoek een extra steun zijn bij de beslissing om af te wachten wanneer klinisch en röntgenologisch onderzoek negatief uitvallen. Is er bij klinisch en mammografisch onderzoek reden tot ongerustheid, dan moet ook bij negatief cytologisch onderzoek een biopsie plaatsvinden. Dit kan dan wel — bij geringe verdenking — poliklinisch geschieden. Valt het cytologisch onderzoek positief uit, dan zal de proefbiopsie bij voorkeur onder narcose moeten plaatsvinden met een vriescoupe-onderzoek. In ons diagnostisch arsenaal heeft dus de cytologie wel degelijk een plaats.

Literatuur: SCHÖNDORF, H. (1977) *Die Aspirationszytologie der Brustdrüse.*

Leiden, juli 1978

A. ZWAVELING

Een blind geloof in de zekerheid van diagnostische hulpmiddelen leidt tot teleurstellingen zoals ZWAVELING in zijn klinische les (1978) aan de hand van voorbeelden uit de praktijk aantoonde. Hij noemt als diagnostische hulpmiddelen bij het onderzoek van afwijkingen van de mamma het klinische onderzoek (palpatie) en het mammogram. Wij menen dat het aantal teleurstellingen in het geloof zal verminderen, indien men bij palpabele afwijkingen van de mamma ook een dunne-naaldpunctie verricht voor aansluitend cytologisch onderzoek. Dit is een snel, niet belastend diagnostisch hulpmiddel met een betrouwbaarheid van ongeveer 90% zonder risico voor de patiënten, ook niet voor een eventuele entmetastasering, aangezien bij het aantonen van een tumor het gehele steekkanaalgebied kan worden meegenomen. Het aantal min of meer mutilerende ingrepen aan de mamma kan dan ook gelimiteerd worden met het voordeel dat mammografische controle goed mogelijk blijft. In ongeveer 80% van de palpabele afwijkingen van de mamma bij vrouwen vóór de menopauze wordt in het algemeen een goedaardige afwijking gevonden en zal men zoveel mogelijk sparend te werk moeten gaan. Bij vrouwen na het 60e jaar blijkt een nog maar kort bestaande palpabele afwijking in 90% maligne te zijn en in die gevallen dient men het advies van ZWAVELING — de afwijking via chirurgische exploratie te onderzoeken — zonder meer te volgen. *Palpatie, mammografie én cytologisch onderzoek* (na dunne-naaldispiratie) kunnen het geloof in diagnostische hulpmiddelen versterken en de patiënt beschermen tegen overbehandeling. Chirurgische exploratie dient plaats te vinden ook al is slechts het resultaat van één van deze drie diagnostische hulpmiddelen verdacht. Vanaf dat tijdstip behandelde men de patiënte als hebbende een mammacarcinoom, totdat het tegendeel bewezen is.

Amsterdam, juli 1978

P. VAN HEERDE
JOH. KOUDSTAAL

Uit mijn antwoord op de opmerkingen van de collegae MULLER en PUULAERT moge reeds blijken, dat ik het in grote lijnen eens kan zijn met de opmerkingen van de collegae VAN HEERDEN en KOUDSTAAL. In mijn Klinische Les heb ik niet een opsomming willen geven van diagnostische mogelijkheden bij mammatumoren, doch op het gevaar willen wijzen van gerustgesteld te worden door het mammografieverslag, een gevaar dat vooral de huisarts bedreigt. Het feit, dat cytologisch onderzoek een betrouwbaarheid geeft van ongeveer 90%, moet tot voor-