

## *Tuberculeuze mastitis: een zeldzame maar niet vergeten aandoening*

J. DENEKENS<sup>1</sup>, DR. B. VAN HERENDAEL<sup>2</sup>, DR. A. DE COSTER<sup>2</sup>, DR. M. T. DE VREE<sup>2</sup>  
EN DR. D. HOUTHOOFT<sup>3</sup>

Hoewel één van de zeldzame lokalisaties van tuberculose, is borsttuberculose niet uitzonderlijk. Gedurende twee jaar dat een algemeen borstonderzoek plaatsvond, werd deze aandoening bij twee patiënten geconstateerd, wier ziektegeschiedenis wordt beschreven. Er dient aandacht aan te worden besteed omwille van de belangrijke differentiële diagnose met borstcarcinoom.

Patiënte A, 58 jaar oud, is van Marokkaanse nationaliteit. Zij klaagt in 1978 over stuwung in de linker borst. Bij onderzoek wordt een ulcerus letsel met rode infiltratie en tepelretractie waargenomen. Een klierpakket wordt gepalpeerd in de linker axilla. Bij mammografie vindt men het beeld van oedemateuze mastitis, dat sterk doet denken aan mastitis carcinomatosa, maar ook kan beantwoorden aan een banale inflammatoire of zelfs tuberculeuze mastitis. Een aspiratie-biopsie, genomen met behulp van dunne-naald-aspiratie bevat lymfocyten en vet. Een chirurgisch biopsie geeft een beeld dat verenigbaar is met tuberculeuze mastitis. Met antituberculeuze behandeling volgt volledige regressie.

Patiënte B, 21 jaar, eveneens van Marokkaanse nationaliteit, komt op het spreekuur wegens een gespannen en pijnlijke, warm aanvoelende, gestuwde rechter borst. Een harde, pijnlijke nodulus is te voelen in het bovenbuitenkwadrant rechts. In de axilla worden harde klieren gevoeld. Mammografie geeft het beeld te zien van een fibro-adeenoom of een kyste diep in de rechter borst. De oksel blijft verdacht, maar thermografisch onderzoek rechts geeft geen positief resultaat. Na klierbiopsie en tumorectomie rechts kan de diagnose tuberculeuze mastitis worden gesteld. Er is volledige regressie van de symptomen na antituberculeuze behandeling.

### *Beschouwing*

Uit circa 1000 gerapporteerde gevallen en de daaruit volgende literatuuroverzichten blijkt dat de borst in tegenstelling tot andere organen zeer resistent is

tegen invasie door de tuberkelbacterie. Het letsel komt bijna uitsluitend unilateraal voor, meestal geïsoleerd of in combinatie met andere lokalisaties, maar bijna nooit in de longen. Penetratie in de borstklier gebeurt ofwel hematogeen ofwel lymfogeen. Soms ontwikkelt de infectie zich meer rondom de borstklier. Men heeft dan te doen met de paramammaire vorm. De maximale incidentie ligt bij vrouwen tussen twintig en veertig jaar. Bij mannen komt de aandoening zelden voor (BIGANO e.a. 1978): één man op 22 vrouwen.

De diagnose kan niet gesteld worden op grond van klinisch onderzoek alleen. Aanvullende onderzoeken zoals mammografie, histologie en kweek van tuberkelbacteriën zijn nodig. Mammografie is niet selectief genoeg voor de differentiële diagnose met carcinoom.

Histologisch bestaan 2 typen van borstkliertuberculose. Meestal ziet men het nodulaire type met uitgebreide verkazing en weinig fibrose. Indien onbehandeld, leidt deze aandoening tot een chronisch producerende fistel. Minder vaak vindt men het sclereuze type en dan vooral bij oudere vrouwen. Hier vindt men overwegend fibrose, weinig verkazing en zelden fistelvorming. Dit type wordt het meest verward met carcinoom. De uiteindelijke bevestiging van de diagnose is het vinden van tuberkelbacteriën bij kweek op de cavia; deze test is echter maar in 25% van de gevallen positief.

De beste therapie is gecombineerd chirurgisch en medicamenteus. Het mammergezwel kan het best geheel weggenomen worden, na onderzoek van een tijdens de operatie gemaakte vriescoupe. Na de chirurgische ingreep dient een aanvullende chemotherapie te worden ingesteld.

### LITERATUUR

BIGANO, F., G. LEONI, M. MESSINEO e.a. (1978) *Minerva ginec.* 30, 539.

Februari 1980

<sup>1</sup>Dokter-stagiair, Universitaire Instelling Antwerpen, <sup>2</sup>dienst Gynaecologie (hoofd: dr. B. VAN HERENDAEL) en <sup>3</sup>hoofd departement Oncologische Chirurgie, Jan Palfijnziekenhuis O. C. M. W. Merksem.