

Landelijke Vereniging van Ouders en Visueel Gehandicapten.

Nationale Vereniging LE-Patiënten.

Nederlandse Coeliakie Vereniging.

Nederlandse Cystic Fibrosis Vereniging.

Nederlandse Vereniging voor Autisme.

Nederlandse Vereniging voor Hemofilie Patiënten.

Stichting Tubereuze Sclerosis Nederland.

Vereniging van Huntington.

Vereniging Spierziekten Nederland.

Nederlandse Federatie van Organisaties van Ouders van Dove Kinderen.

Nederlandse Federatie van Vertegenwoordigers van Ouders van Slechthorende en van Spraakgestoorde Kinderen.

Adressen van deze verenigingen, alsmede informatiepakketten voor artsen en voor ouders, zijn verkrijgbaar bij het Bureau van de VSOP, Postbus 343, 3740 AH Baarn, telefoon: 02154-21421.

Uitgaven van de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties

Gezamenlijk standpunt t.a.v. de vragen van de commissie Ethiek van de Gezondheidsraad. (9 bl., 1977)

Ziekte en erfelijkheid. (40 bl., 1982, 2e druk)

Vroegtijdige opsporing van erfelijke en aangeboren ziekten. (16 bl., 1982, 2e druk)

Zorgen voor morgen. Vroegtijdige onderkenning en diagnostiek, genetic counseling van erfelijke en aangeboren afwijkingen. (174 bl., 1979) Callenbach, Nijkerk.

't Is maar dat u het weet . . . Overzicht doel, werkwijze en activiteiten VSOP. (8 bl., 1982)

Videoband Bloemgroep *Praktijksituaties in beeld:* Een videoconfrontatie met situaties uit het dagelijks leven van ouders, patiënten en overige familieleden, betrokken bij erfelijke en (of) aangeboren ziekten. VSOP, Stichting Klinische Genetica Rotterdam, Instituut voor Huisartsen-geneeskunde, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Opleiding tot epidemioloog

De Nederlandse Hartstichting opent de mogelijkheid tot het volgen van een 1-jarige opleiding in de epidemiologie in de Verenigde Staten. Daarvoor komen in aanmerking academisch gevormden die zich aangetrokken voelen tot de cardiovasculaire epidemiologie. Van de kandidaten zal

worden gevraagd, dat zij een plan uitwerken voor een researchproject dat na terugkeer in Nederland aan een universiteit of instituut al dan niet met steun van de Nederlandse Hartstichting zal worden uitgewerkt.

Zij die hiervoor belangstelling hebben worden verzocht dit uiterlijk 31 december 1982 bekend te maken aan dr. E. Dekker, medisch directeur, Nederlandse Hartstichting, Sophialaan 10, 2514 JR Den Haag.

INGEZONDEN

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

De plaats van de radiodiagnost bij het mam-macarcinoom

Gaarne veroorloof ik mij enkele opmerkingen naar aanleiding van het Commentaar van de collegae J.W.Th. Muller, J.H.C.L. Hendriks en prof.dr. A.C. Klinkhamer¹. Het artikel begint met de mededeling dat de radiodiagnost tegenwoordig een groot aantal mamma-afwijkingen kan ontdekken en veelal kwaadaardigheid kan aantonen of uitsluiten. Elders stellen de auteurs: „Iedere verwijzende arts dient dus goed te beseffen dat mammografie een grotere betrouwbaarheid heeft dan palpatie”. Niettemin volgt hierop direct de mededeling dat „in de radiologische afdeling de palpatie een sleutelpositie inneemt” en tenslotte besluiten de schrijvers met „uiteraard is verwijzing naar de chirurg noodzakelijk bij iedere palpabele (en niet palpabele) solide benigne of maligne afwijking”.

Omdat ik het met de laatste bewering zo eens ben, vraag ik mij af, waarom dan de huisartsen niet te adviseren patiënten rechtstreeks, zonder vertraging, naar de chirurg te verwijzen. De schrijvers gaan er kennelijk van uit dat van ieder knobbeltje in de borst een röntgenfoto gemaakt moet worden. Ik wil daar krachtig tegen protesteren. De palpabele tumor dient bij voorkeur te worden verwijderd, tenzij met aanvullende diagnostiek absoluut zeker kan worden vastgesteld dat het een puur benigne afwijking betreft; de

keuze de tumor al dan niet te verwijderen kan dan aan de patiënt overgelaten worden. De mammografie heeft geen absolute nauwkeurigheid, misschien wel in daarin zeer gespecialiseerde centra, maar stellig niet in het gemiddelde ziekenhuis van ons land. Wanneer bij punctie (door de chirurg!) aspiratievloeistof uit de tumor wordt verkregen, is de diagnose „kyste” gesteld en tevens de juiste therapie gegeven indien de gehele inhoud van de kyste wordt geaspireerd. Dat, zoals de auteurs beweren, de kyste vervolgens moet worden gevuld met lucht, is een handeling die wij niet verrichten: ook zonder lucht is de kyste adequaat behandeld mits volledig leeggezogen. Luchtinsufflatie en vervolgens opnieuw mammografie kunnen zinvolle informatie verschaffen omtrent de wand van de kyste; men bedenke echter dat kysten bij een maligne aandoening van de mamma zelden voorkomen. Het is niet gerechtvaardigd alle patiënten met kysten zo uitgebreid te onderzoeken, zeker niet wanneer na punctie geen resttumor is te voelen.

Wanneer bij punctie een solide tumor wordt gediagnosticeerd is verwijdering geïndiceerd. De cytoloog kan ons met zeer grote nauwkeurigheid informeren over de aard van de tumor. Men kan dan de keuze maken (bij waarschijnlijk benigne tumoren) tussen poliklinische verwijdering of (bij waarschijnlijk maligne tumoren) klinische behandeling.

Wat is de belangrijkste plaats van de mammografie? Het opsporen van niet-palpabele afwijkingen in de borst, zoals

eerder in dit tijdschrift beschreven.² Verder kan mammografie in twijfelgevallen steun betekenen bij de beslissing om over te gaan tot een biopsie of hiervan (voorlopig) af te zien. Vaak zal de cytologie bij deze beslissing echter een grotere rol spelen. Wanneer men bij een palpabele afwijking mammografie laat verrichten, dient men zich te realiseren dat de radioloog zich kan vergissen.

Gaarne wil ik de volgende regels citeren uit „Mammography 1982”: „When physical examination reveals findings sufficient to advise biopsy, a biopsy *should* be performed, even in the presence of a mammogram described as normal.”³ Mammografie is slechts één der middelen om te komen tot een goede diagnostiek. Een te groot vertrouwen in dit ene middel zal tot resultaten kunnen leiden, zoals eerder beschreven in dit tijdschrift.⁴

LITERATUUR

¹Muller JWT, Hendriks JHCL, Klinkhamer AC. De plaats van de radiodiagnost bij het mammacarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1872-5.

²Welvaart K. De waarde van de mammografie voor het opsporen van occulte tumoren. Ned Tijdschr Geneesk 1973; 117: 1885-9.

³American Cancer Society's National Task Force on Breast Cancer Control. Mammography 1982: A statement of the American Cancer Society. Cancer J Clin 1982; 32: 226-30.

⁴Zwaveling A. Het blinde bijgeloof. Ned Tijdschr Geneesk 1978; 122: 889.

Leiden, oktober 1982

K. WELVAART

Collega Welvaart stelt dat niet ieder knobbeltje in de borst mammografisch hoeft te worden onderzocht. Hij vindt ook dat iedere palpabele tumor verwijderd moet worden tenzij door aanvullende diagnostiek met absolute zekerheid kan worden vastgesteld dat het een puur benigne afwijking betreft. Wel legt hij de nadruk op de waarde van mammografie voor het opsporen van benigne en ook occulte tumoren. Hoe valt dit alles met elkaar te rijmen? In elk geval kunnen met deze aanvullende diagnostiek, die onzes inziens primair dient te bestaan uit mammografie, gecombineerd met echografie, lipomen, gehyaliniseerde fibroadenomen, hematomen en kysten met 100% zekerheid worden aangetoond waardoor excisiebiopsie wordt voorkomen. Door het vermogen van mammografie om occulte carcinoomen aan te tonen moeten we iedere kans grijpen om carcinoom in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen.

Wie de punctie doet is een kwestie van afspraak. Er valt iets voor te zeggen de röntgenologische en echodiagnostiek en de diagnostische puncties op geleide van röntgenbeeld en echogram door de röntgenoloog te laten doen:

– Er bestaat dan 100% zekerheid dat de aldus aangetoonde

tumor inderdaad een kyste is en toch niet een carcinoom. – De omvang van de kyste is daarbij nauwkeurig vast te stellen en ook is na te gaan of de kyste geheel is leeggezogen.

– Controlefoto's na luchtinsufflatie maken occulte carcinoemen die achter de kyste liggen gemakkelijker herkenbaar zodat intrakysteuze tumoren kunnen worden uitgesloten.

– De tamelijk zeldzame intrakysteuze tumoren (frequentie 1-2%) kunnen aldus worden gediagnostiseerd zodat het niet nodig is 1 à 2 op de 100 patiënten na punctie met een intrakysteus carcinoom te laten zitten. Door toepassing van bovengenoemde diagnostische methoden zullen patiënten met een intrakysteuze tumor in een zo vroeg mogelijk stadium behandeld kunnen worden.

Het is buitengewoon jammer dat collega Welvaart meent dat mammografie slechts in gespecialiseerde centra kan worden uitgeoefend en niet in het gemiddelde ziekenhuis. Een bewering die overigens niet door getallen onderbouwd wordt. Wij zijn echter van mening dat wij zo goed mogelijk geneeskunde moeten bedrijven en dat wij niet uit moeten gaan van situaties die suboptimaal zijn. Het bevreedt ons verder dat Welvaart zo de nadruk erop legt dat iedereen moet beseffen dat de radioloog zich kan vergissen. Is dit alleen de röntgenoloog beschoren en is de chirurg hiervan gevrijwaard? Een goed samenspel tussen huisarts, chirurg en röntgenoloog, zoals bij onze ziekenhuizen bestaat, kan vergissingen tot een minimum reduceren.

Het citaat uit Mammography 1982 staat als no. 4 van de conclusie van het artikel en is hierdoor enigszins uit het verband gehaald. Om de brief van collega Welvaart aan te vullen: punt 2 en 3 luiden:

„2. Since the symptomatic woman with a dominant mass or persistent discomfort, nipple discharge, or other symptoms and findings may have breast cancer, all such women should have a thorough breast examination including mammography and any other diagnostic study needed to determine if cancer is present.”

„3. Under all circumstances the mammography technique used should produce the greatest possible detail and resolution, with the lowest amount of radiation needed to provide high-quality images. Mammography should be performed and interpreted by experienced, well-trained individuals using modern, carefully monitored equipment and thorough physical examinations. Techniques should be changed as new knowledge and improved technology warrant.”

Wij zijn het er dan ook mee eens dat bij de patiënte bij wie na uitvoerig en uitgebreid onderzoek nog geen verklaring is gevonden voor een verdachte palpabele afwijking een proefbiopsie verricht wordt.

Utrecht, november 1982

J.W.TH. MULLER
J.H.C.L. HENDRIKS
A.C. KLINKHAMER

BERICHTEN

Buitenland

NOORWEGEN

Peper als bron van besmetting met Salmonella oraniënborg. – In Noorwegen werden 126 patiënten gemeld met een infectie met *S. oraniënborg* in de periode van november 1981 tot september 1982. Dit Salmonella-type werd voor-

dien slechts sporadisch gevonden bij kinderen die waren besmet in Oost-Azië. Pas in augustus 1982 kwam men de bron op het spoor. In een besmet gezin vond men in de zelf bereide vleesmaaltijd *S. oraniënborg*. Ook in de gebruikte peper werd deze Salmonella gevonden. Bij nader onderzoek bleek dat ook in andere gezinnen waarin de ziekte was voorgekomen de peper was besmet. De peper was gekocht