

- ¹ Anonymus. Is thermografie nuttig voor de opsporing van mammatumoren? (Vraag en Antwoord). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 414.
- ² Cabré Garcia LC, Gomez AG, Bazan DR. Thermographic examination in breast diseases. Lecture presented at the Second international congress on senology, Barcelona: 1981.
- ³ Fournier D von, Späh U, Schultz-Wendtland R, Bauer M, Kubli F. Ergebnisse der Plattenthermographie mit der BTD-Folie in Screening und bei der Untersuchung gutartiger und bösartiger Brustveränderungen. Thermologie Fachberichte. 1981; 3: 35-9.

Onstwedde, april 1984

A. WESTERBRINK

Ad 1. Als aan het oppervlak geen temperatuurverschillen te meten zijn, waarop zou dan wél de detectie van een gezwel gebaseerd moeten zijn?

Ad 2. In de „Breast Cancer Detection Demonstration Projects” (BCDDP) was het percentage fout-negatieve thermografische bevindingen 63.¹ Indien bij de desbetreffende 280.000 vrouwen alleen röntgenologisch mammografisch onderzoek was uitgevoerd op geleide van een positief thermogram zou 80% van de niet palpabele gezwellen gemist zijn! Van een aantal publikaties die betere resultaten claimen, moet helaas geconstateerd worden dat ze niet aan goede epidemiologische criteria voldoen.

Ad 4. Het is niet ongewoon dat, indien een aantal diagnostische methoden wordt toegepast, de uitkomst van één der methoden ertoe leidt de overige resultaten nog eens opnieuw te bezien. De beschreven casuïstische ervaring kan uiteraard geen rol spelen bij het formuleren en het heroverwegen van algemene richtlijnen.

Samenvattend moet worden geconstateerd dat er geen redenen zijn voor het ingenomen standpunt inzake de toepassing van thermografie voor de diagnostiek van mammatumoren te wijzigen. Het „American College of Radiology” heeft zeer onlangs zijn standpunt over thermografie opnieuw geformuleerd en uitgesproken dat het hier een experimentele methode betreft, waarvoor geen klinische indicaties bestaan.²

LITERATUUR

- ¹ Beahrs OH, Shapiro S, Smart C, McDivitt RW. Report working group BCDDP. J Natl Cancer Inst 1979; 62: 708-9.
- ² American College of Radiology. ACR-Bulletin, 1984; 40: 13.

Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren?

Deze onlangs gestelde vraag 17 in nr. 16 wordt nogal ongenueanceerd, en daardoor verwarrend, beantwoord.¹ De vraagsteller stelt terecht dat de diagnostiek van het maligne melanoom moeilijk kan zijn voor een huisarts omdat deze de afwijking erg weinig of nooit zal zien en daarom begrijpelijkerwijs minder op de hoogte zal zijn van de manier van behandelen (welke excisiemarges bij welke histopathologische bepalingen enz.). Toch kan, zoals in het redactionele antwoord blijkt, geen verbod opgelegd worden de bewuste (be)handeling uit te voeren. Net zo min kan een huisarts verboden worden bijv. zelf de fracturen in zijn praktijk te behandelen mits hij voldoende kennis in zaken heeft; de volle verantwoording wordt uiteraard wel door hem gedragen.

De kern van het probleem is echter dat de huisarts te maken krijgt met een huidafwijking waarbij hij de mogelijkheid van een maligne melanoom overweegt. Anders gezegd een arts die meer vertrouwd is met huidafwijkingen

(circa 10% van de patiënten in de huisartsenpraktijk heeft huidproblemen) dan welk specialisme ook (uitgezonderd huidspecialisten) vraagt om hulp bij een diagnostisch probleem en de behandelingsmethode. Het is niet meer dan logisch dat in een redactioneel antwoord advies gegeven wordt (zou het zelfs nodig zijn?) een ter zake deskundige dat wil zeggen een huidspecialist te raadplegen.

Het primair naar een chirurg verwijzen is een onjuist advies. Iedere huidspecialist is vertrouwd met de dermatoncologie en weet dat in de praktijk een aanzienlijk percentage van de verdachte afwijkingen in het geheel niet berust op maligne pigmenttumoren. Vaak blijken het bijv. donker gepigmenteerde epidermale proliferaties (bijv. basale-cellenpapillomen), gepigmenteerde basale-cellen-carcinomen of angiomateuze proliferaties te zijn. De fijne diagnostiek van deze afwijkingen is moeilijk. Indien echter door een huidspecialist een melanoom met zekerheid kan worden uitgesloten, is een aangepaste behandeling (bijv. coagulatie, curettage, cryo-chirurgie enz.) op haar plaats en een chirurgisch ingrijpen met grote marges in wezen een fout. Bij twijfel kan de huidarts overgaan tot een diagnostische of therapeutische excisie en zonodig zal aansluitend in overleg met een (plastisch) chirurg, internist en soms radiotherapeut het vervolgbeleid worden opgesteld. Ook bij de noodzakelijke na-controle is de huidspecialist nauw betrokken. Een dergelijke, mijns inziens meer genuanceerde benadering is, om met dezelfde zinsnede als de redactionele beantwoording te eindigen, „praktisch gezien voor de patiënt beter”.

LITERATUUR

- ¹ Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? (Vraag en antwoord). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 778.

Eindhoven, mei 1984

P.J.M. BERRETTY

Ik ben het geheel eens met de steller van vraag 17 dat een dergelijke ingreep bij voorkeur niet door de huisarts dient te geschieden en wel om oncologisch-technische redenen („fieldblock”-anesthesie, juiste primaire excisiemarge, excisie tot in de subcutis zonder dat de fascie à vue is enz.). Bovendien kan in verband met een eventuele radicale herexcisie ook de eerste ingreep beter plaatsvinden door de arts (specialist, team) die de definitieve excisie moet verrichten. Ik kan mij dan ook moeilijk verenigen met uw redactioneel antwoord dat bij geringe verdenking de huisarts wel zelf kan excideren. Ook hier is een specialistisch advies te verkiezen. Een „geringe” verdenking door de huisarts kan, gezien door de bril van de huidarts of chirurg, gemakkelijk omslaan in een „matige”, „sterke” of ook „geen” verdenking. Dit kan het beleid in belangrijke mate beïnvloeden.

De uitlating dat doorverwijzing naar de chirurg moet plaatsvinden behoeft nuancering. Ook de huidarts kan in een aantal gevallen een waardevolle bijdrage leveren. De incidentie van het melanoom neemt sterk toe en er is een verschuiving ontstaan naar detectie in een vroeger stadium. Juist in deze gevallen wordt vaker naar de huidarts verwezen dan naar de chirurg.

De huidarts is ten opzichte van de chirurg in het nadeel wat zijn snijvaardigheid betreft, zodat waarschijnlijk daarom (te) vaak de stansbiopteur wordt gehanteerd bij klinische verdenking op melanoom.^{2,3} Gelukkig hebben de dermatologische opleidingsklinieken ernst gemaakt met de scholing in de dermatochirurgie. Een dermatoloog behoort zich de techniek van de excisie eigen te maken, wil hij de brede scala van solitaire huidaandoeningen, elk met een

eigen specifieke aanpak, optimaal kunnen behandelen. Beheerst hij deze techniek niet dan zal doorverwijzing moeten plaatsvinden naar de chirurg.

De dermatoloog is veel verfijnder in zijn differentiële diagnostiek. Wij hebben de indruk (Amsterdam-Rotterdam-melanoomenquête) dat chirurgen doorgaans slechts drie diagnoses gebruiken bij voor melanoom verdachte huidaandoeningen: melanoom, naevus en tumor. Bij dermatologen passeert daarentegen een gevarieerde pluimage van benigne en maligne huidafwijkingen de revue.

De primaire behandeling van het melanoom door de huidarts, maar ook door de chirurg, laat soms te wensen over. Dit is niet alleen onze ervaring.^{1,2} In New York komen onjuiste diagnostische ingrepen door beide disciplines regelmatig voor.³ Bij een analyse van 530 patiënten in Giessen, West-Duitsland, bleek dat de huidarts en de chirurg even vaak foutieve beslissingen namen (L. Illig, persoonlijke mededeling). Concluderend zou ik willen stellen dat de huisarts het beste kan verwijzen naar een specialist met oncologische ervaring, hetzij dermatoloog, hetzij chirurg, of naar een centrum waar beide disciplines verdachte aandoeningen in onderling overleg zien. Geen monopolisering dus, maar samenwerking.

LITERATUUR

- ¹ Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? (Vraag en antwoord). Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 778.
- ² Rampen FHJ, Hulsebosch H-J. Het maligne melanoom van de huid. Behandelingadviezen naar aanleiding van een enquête onder Nederlandse dermatologen. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1853-7.
- ³ Rampen FHJ, Rümke P. Patient's and doctor's delay in melanoma management. In: Ruiter DJ, Welvaart K, Ferrone SP, red. Cutaneous melanoma and precursor lesions. Boston: Nijhoff, 1984. Ter perse.
- ⁴ Macy-Roberts E, Ackerman AB. A critique of techniques for biopsy of clinically suspected malignant melanomas. Am J Dermatopathol 1982; 4: 391-8.

Amsterdam, mei 1984

F.H.J. RAMPEN

Op de vraag „Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren?”¹ luidde het antwoord dat, wanneer geen of slechts geringe verdenking op een melanoom bestaat, de huisarts zonder bezwaar de aandoe-

ning kan verwijderen mits oncologisch verantwoord uitgevoerd, maar dat bij verdenking op een melanoom het wenselijk is patiënt te verwijzen naar een chirurg.

Kennelijk is collega Berretty een geheel andere mening toegedaan. Als ik hem goed begrijp, beschouwt hij het verwijzen naar een chirurg als een onjuist advies; hij spreekt zelfs van een fout omdat hij kennelijk in de overtuiging verkeert dat bij deze verwijzing direct bij iedere gepigmenteerde aandoening grote marges worden verwijderd. De huidarts daarentegen is kennelijk wel in staat lege artis een diagnostische excisie uit te voeren. Zelfs een therapeutische excisie gaat collega Berretty niet uit de weg. Kennelijk, getuige de brief, is iedere huidspecialist vertrouwd met de dermato-oncologie en kan hij daarom een melanoom met zekerheid uitsluiten wanneer het een gepigmenteerde aandoening betreft. Helaas zijn zijn collegae Rampen en Hulsebosch een geheel andere mening toegedaan:² een enquête onder de Nederlandse dermatologen betreffende de behandeling van het melanoom van de huid wees uit dat de Nederlandse huidarts bij vermoeden van melanoom regelmatig onjuiste diagnostische ingrepen verricht, ingrepen die traumatiserend zijn voor de tumor: stansbiopsie, krabben met scherpe lepel, elektrocoagulatie enz. werden helaas te vaak bij melanomen uitgevoerd. Chirurgen excideren liever en wachten het rapport van de patholoog-anatoom af. Uit dezelfde enquête bleek eveneens dat niet elke huidarts (in tegenstelling tot een chirurg) even bedreven is met het scherpe mes.

De behandeling van het melanoom is in de eerste plaats chirurgisch; niet alleen wat betreft de definitieve excisie van de primaire tumor, ook wat betreft de behandeling van de (regionale) lymfklieren. Mede op grond van dit aspect dient ook de chirurg de patiënten met melanoom in de anamnese poliklinisch te controleren. Het antwoord op de vraag zoals gesteld in de rubriek Vraag en antwoord zou ik gaarne onverkort willen handhaven.

LITERATUUR

- ¹ Mogen huisartsen een voor melanoom verdachte huidafwijking excideren? (Vraag en antwoord). Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 778.
- ² Rampen FHJ, Hulsebosch HJ. Het maligne melanoom van de huid; behandelingsadviezen naar aanleiding van een enquête onder Nederlandse dermatologen. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1853-7.

BOEKAANKONDIGINGEN

Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine. Onder redactie van E. BRAUNWALD. 2e druk. 1844 bl., fig., tabellen. W.B. Saunders, Philadelphia 1983. Prijs: geb. £ 92,50.

De nieuwe Braunwald is er, ruim 1800 pagina's dik, vijf kilo zwaar en met ruim vijftig medewerkers, van wie het merendeel leerling of medewerker is van de Harvard Medical School. Het boek verscheen voor het eerst in 1980 en de tweede druk toont de versnelde ontwikkeling, vooral in de cardiologische beeldvorming, waardoor 8 van de 57 hoofdstukken geheel werden herzien. De indeling is klassiek en begint met het onderzoek van de patiënt met alle gebruikelijke methoden, vervolgt met pathofysiologie, diagnostiek en behandeling van de belangrijkste aandoeningen en eindigt met verworven of aangeboren gebreken en de rol van ziekte op bloedsomloop en vice versa. Braunwald

zelf was voor de helft van de hoofdstukken verantwoordelijk en er is gewaakt voor verdubbeling, herhaling of hiaat.

Het boek is zonder twijfel een monument van de Amerikaanse cardiologie en laat zelden verstek gaan bij het zoeken naar informatie. Daartoe draagt vooral een bibliografie bij die uitgebreid en bijgewerkt is tot 1983, terwijl illustratie en presentatie van gegevens voorbeeldig genoemd kunnen worden. Wat hier ontbreekt en elders wel aanwezig is, ook bij een groot auteurscollectief, is enig persoonlijk oordeel of stijlkenmerk zoals in de voorganger, het eenmanswerk van Friedberg, was te vinden en wat nog niet verdwenen is in Britse leerboeken. Dit alles doet niet af aan de bruikbaarheid van deze cardiologische statenbijbel, die geen internist of cardioloog ongeopend zou moeten laten.

A.J. DUNNING