

in nefrotoxiciteit al moeten leiden tot terughoudendheid in co-medicatie met lisdiuretica. De vergelijkende studies tussen furosemide en bumetanide zijn inderdaad hoopvol: de genoemde publikatie is – helaas – een studie bij cavia's (het bumetanide-metabolisme verschilt al tussen de diverse diersoorten). Recente overzichten bevestigen de mogelijkheid van geringere otoxiciteit bij gebruik onder bijzondere omstandigheden.^{3,4}

LITERATUUR

- 1 Kerremans ALM. Furosemide. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 2000-1.
- 2 Reddel RR, Kefford RF, Grant JM, et al. Ototoxicity in patients receiving cisplatin: importance of dose and method of drug administration. Cancer Treat Rep 1982; 66: 19-23.
- 3 Ward A, Heel RC. Bumetanide. Drugs 1984; 28: 426-64.
- 4 Whelton A, ed. Current trends in diuretic therapy. Am J Cardiol 1986; 57: 1A-53A.

A. L. M. KERREMANS

Helmond, november 1986

Mammografie, soms een feilbaar onderzoek

Collega Stroosma betoogt, dat elke patiënt met een palpabele mammatumor verwezen moet worden naar de chirurg voor biopsie (1986; 1041-2). Hierop reageert collega De Jongh, die berekent dat er dan 766 vrouwen van 20-29 jaar onnodig een biopsie moeten ondergaan.¹ Het probleem is mijns inziens belangrijk genoeg om op terug te komen.

Het verschil van mening gaat over de vraag of bij vrouwen van 20-49 jaar volstaan kan worden met de uitslag benigne na palpatie en mammografie (strategie I) dan wel dat elke patiënte met een palpabele mammatumor verwezen moet worden voor biopsie (strategie II). In een stad van 200.000 inwoners met circa 80 huisartsen gaat het per jaar om 150 vrouwen tussen de 20-49 jaar,² gemiddeld twee gevallen per huisarts. Van de 150 vrouwen blijken er 25 carcinoom te hebben.³ Als de zeer sensitieve, maar minder specifieke waarden worden aangehouden van een bevolkingsonderzoek bij 50-plussers, dan komt men inderdaad tot zeer grote aantallen extra biopsieën voor vrouwen van 20-29 jaar om dat ene met strategie I gemiste carcinoom met strategie II wel vast te stellen.⁴ De carcinoomincidentie blijkt echter van grote invloed te zijn op de uitkomst in de berekening van De Jongh. Een aandeel van 5% carcinomen, dan wel een aandeel van 1,5%, veroorzaakt een verschil in uitkomst van de berekeningen van enige honderden extra biopsieën per gemist carcinoom. Bij vrouwen van 40-49 jaar blijkt de verhouding veel minder ongunstig te zijn.

Aangezien bij jonge vrouwen waarschijnlijk veel minder sensitieve en veel meer specifieke waarden aangehouden moeten worden voor palpatie en mammografie, lijkt het beter de waarden aan te houden zoals de Gezondheidsraad die minimaal

TABEL 1. Het aantal palpabele mammatumoren in de huisartspraktijk en het aandeel carcinoom, per 100.000 ingeschreven vrouwen, per leeftijdsgroep, per jaar^{2,4}

	leeftijdsgroepen			
	20-29 jr.	30-39 jr.	40-49 jr.	20-49 jr.
aantal tumoren	38	38	72	147
aantal carcinoomen	0,6 (1,5%)	7,1 (19%)	17,5 (24%)	25 (17%)

opgeeft.^{5,6} Ook dit blijkt een grote invloed te hebben op de uitkomst (tabellen 1 en 2).

Het is duidelijk, dat er in de discussie tussen voor- en tegenstanders van verwijzing van alle vrouwen met palpabele mammatumoren onvoldoende aandacht wordt geschonken aan de onzekerheidsmarges in de getallen die in de formules worden ingevoerd. De uitspraak 'Strategie II kost slechts 4 biopsieën per carcinoom meer' is even onvolledig als de uitspraak 'Strategie II kost vele honderden biopsieën per carcinoom meer'. Het betreft verschillende breuken met een verschillende betekenis over hetzelfde probleem.

Mijn persoonlijke mening is, dat de huisarts er goed aan doet alle vrouwen boven de 30 jaar met een knobbeltje in de borst te verwijzen naar de chirurg. Dit geeft de grootste zekerheid zonder dat daarvoor excessief veel biopsieën verricht hoeven worden, noch absoluut, noch relatief. Gezien het geringe aantal tumoren bij de heel jonge vrouwen van 20-29 jaar is verwijzing ook bij deze groep het overwegen waard. De begeleiding van die twee vrouwen per jaar per huisarts is te overzien. Tot slot kan worden opgemerkt, dat over de psychische belasting van vrouwen die 'onnodig' een biopsie moeten ondergaan, dan wel een gemist carcinoom blijken te hebben, de mening van de vrouw van minstens even groot belang is.

LITERATUUR

- 1 Jongh TOH de. Mammografie, soms een feilbaar onderzoek (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 1332.
- 2 Continue Morbiditeitsregistratie NUHI 1971-1978; gewone ziekten, deel I. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- 3 Gezondheidsraad. Advies inzake radiotherapie, deeladvies I; epidemiologie (incidentie van kanker). 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1984.
- 4 Knottnerus JA. Interpretatie van diagnostische gegevens. Huisarts Wetensch 1983; 26: 363-8.
- 5 Gezondheidsraad. Tweede interimadvies inzake vroege opsporing van borstkanker. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1984.
- 6 Dronkers DJ. De betrouwbaarheid van mammografie. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 955-8.

N. P. VAN DUIJN

Almere, augustus 1986

TABEL 2. Uitkomsten van twee diagnostische strategieën voor aan de huisarts aangeboden palpabele mammatumoren per 100.000 vrouwen per jaar (incidenties volgens tabel 1)

	leeftijdsgroepen							
	20-29 jr.		30-39 jr.		40-49 jr.		20-49 jr.	
	strategie I	strategie II	strategie I	strategie II	strategie I	strategie II	strategie I	strategie II
voorspellende waarde positieve uitslag	11%	1,6%	63%	19%	70%	24%	60%	17%
aantal benodigde biopsieën (abs.)	5,4	38	11	38	24	72	40	147
aantal gemiste carcinomen (abs.)	0,02	0	0,3	0	0,7	0	1	0
aantal biopsieën per carcinoom	9,4	63,2	1,6	5,3	1,4	4,1	1,7	5,8
voor strategie II extra benodigde biopsieën; aantal biopsieën per carcinoom bij sensitiviteit van strategie I van 96% (specificiteit 87%)	1350		95		70		105	
voor strategie II extra benodigde biopsieën; aantal biopsieën per carcinoom bij sensitiviteit van 98% (specificiteit 87%)	2700		190		135		210	