

een aantal waarnemingen van maligne huidveranderingen op de lippen die na herpes virus infecties rond de mond waren ontstaan.

Een andere complicatie van genitale infectie is de besmetting van het kind voor of tijdens de geboorte. Hierover zijn betrekkelijk weinig publicaties verschenen; er mag worden aangenomen dat deze prenatale en perinatale infecties geen zeldzaamheid zijn. *South en medewerkers* beschreven een typisch geval van ernstige congenitale misvormingen door een type II infectie in utero. *Torphy en medewerkers* vermeldden vier gevallen van type II infectie ontstaan gedurende de prenatale periode.

Al deze bevindingen maken het noodzakelijk ons standpunt ten opzichte van de herpes progenitalis te herzien. Thans is bekend dat wij hebben te doen met een geslachtsziekte die ernstige gevolgen met zich kan brengen. Een effectieve bestrijding door behandeling van de dragers zal echter pas mogelijk

zijn zodra de chemotherapie van virusinfecties zich voldoende heeft ontwikkeld.

*Summary. Epidemiological and virological aspects of infections caused by human herpes virus.* Virological and epidemiological studies in the past few years have demonstrated that two types of human herpes virus occur in man: an oral type (causing what used to be called herpes simplex) and a genital type, which causes true venereal disease. The correlation between the latter infection and carcinoma of the cervix uteri as well as congenital malformations, indicates the necessity of prevention and control.

Naib, Z.M. (1966) *Acta cytol.* 10, 126.

Nahmias, A. J., W. R. Dowdle, Z. M. Naib (1969) *Brit. J. vener. Dis.* 45, 294.

Parker, J. D. J. en J. E. Banatvala (1967) *Brit. J. vener. Dis.* 43, 212.

Rawls, W. E., W. A. F. Tompkins, M. E. Fugueroa en J. L. Melnick, (1968) *Science* 161, 1255.

South, M. A., A. F. Wayne, A. F. Tompkins, C. R. Morris en W. E. Rawls (1969) *J. Pediat.* 75, 13.

Torphy, D. E., C. G. Ray, R. Mc Alister en J. N. H. Du (1970) *J. Pediat.* 76, 405.

Wyburn Mason, B. (1957) *Brit. med. J.* II, 615.

## Een knobbel in de borst\*

DOOR S. J. VAN COEVORDEN, CHIRURG TE AMSTERDAM

Wanneer een patiënte een knobbel in haar borst bemerkt, is dit voor haar iets alarmerends. Vaak is de angst hierover dermate groot dat zij het aanvankelijk verzwijgt; het komt helaas nog maar al te vaak voor dat hierdoor kostbare tijd verloren gaat.

Het is de taak van huisarts en specialist om in de eerste plaats de acute noodsituatie waarin patiënte verkeert, op te vangen. Dit zal minder moeilijk zijn wanneer men in staat is de afwijking adequaat te beoordelen. In vele gevallen is het mogelijk patiënte vrij exacte informatie over haar aandoening te geven. Op een dergelijk moment is zij niet gebaat met een vaag antwoord, omdat dit haar nog meer kan verontrusten. Het is onze ervaring, dat zowel een gunstig als een ongunstig antwoord kalmerend kan werken, omdat op dat moment een spannende onzekerheid wordt weggenomen. De bedoeling van dit betoog is een aantal factoren te bespreken, die ons in staat stellen een zo juist mogelijke mening te vormen omtrent de aard van de te beoordelen afwijking.

*Anamnese.* De anamnese levert een aantal aanknopingspunten op, die ons nu eens in de goedaardige, dan weer in de kwaadaardige richting doen denken. De vraag hoe lang de aandoening bestaat

wordt meestal niet juist beantwoord, daarom vormt dit gegeven een onbetrouwbaar criterium. Er zijn vrouwen met grote carcinomen die beweren dat zij pas drie weken geleden iets hebben bemerkt. Gelukkig kan men stellen, dat in de tegenwoordige tijd steeds meer vrouwen spoediger de hulp van de arts inroepen. Waarschijnlijk werkt ook de voorlichting (in de damesbladen en wat dies meer zij) gunstig.

Pijn is een kenmerk, dat bij de differentiatie tussen goed- en kwaadaardigheid uitstekend kan worden gebruikt. Patiënten met veel pijn in de borsten hebben zelden carcinoom, vooral wanneer de pijn wisselend is en er verband bestaat met de menstruele cyclus. Ook voor de aandoeningen die met de cyclus in grootte wisselen, geldt dat zij vaak benigne zijn. Niet zelden verdwijnen pijnlijke knobbels in één of beide borsten nadat de menstruatie is begonnen.

De familie-anamnese kan van belang zijn. Er zijn families waarin het mammacarcinoom vaak voorkomt; ook wanneer bij een patiënte met een belaste familie niets verdachts wordt gevonden, moet zij worden beschouwd te behoren tot een „high risk” groep. Ook de leeftijd kan een aanwijzing geven. De „piek” van het mammacarcinoom ligt tussen 45 en 55 jaar. Tumoren bij zeer jonge vrouwen zullen meestal benigne zijn, hoewel ook bij jonge vrouwen maligne processen kunnen voorkomen.

\* Voordracht, gehouden tijdens de cursus voor huisartsen „Maligne aandoeningen”, Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam, oktober 1970.

*Fysisch onderzoek.* Dit onderzoek kan op verschillende manieren worden gedaan, namelijk bij de staande, zittende of liggende patiënte. Wij zijn gewend dit in zittende houding te doen. Bij de inspectie wordt gekeken naar normale welvingen, in-trekkingen, toestand van de tepel, alsmede de stand hiervan. Vergelijking van linker en rechter borst, toestand en kleur van de huid zijn factoren, die alle in ogenschouw moeten worden genomen. Eczeem van de tepel, oedeem en/of roodheid van de huid, ingetrokken tepel of ingetrokken huid en ulceraties zijn kenmerken, die bij maligne aandoeningen voorkomen. Bij een maligne proces in de borst treedt vaak schrompeling op. Dit kan men het beste beoordelen door patiënte te laten voorover buigen. Vochtverlies uit de tepel — meestal sereus, soms bloederig — wijst zelden op een maligne aandoening. Meestal wordt het veroorzaakt door ontsteking van de grote melkgangen eventueel vergezeld gaand van papilloompjes. Het aangedane segment is vaak goed te lokaliseren aan de plaats in de tepel waaruit het druppeltje vocht komt.

De palpatie dient uit oncologische overwegingen zeer voorzichtig te gebeuren, aangezien hierdoor geen tumorcellen mogen worden gemobiliseerd. Ook om deze oncologische redenen wordt het mamma-onderzoek van perifeer naar centraal (dus naar de tepel toe) uitgevoerd; tumorcellen kunnen dan nooit naar perifeer worden „gewreven”. Het onderzoek wordt in de supraclaviculaire ruimte begonnen, vervolgens gaat men via de oksel naar de mamma. Gelet moet worden op klieren in de regionale gebieden en op de tumor zelf, waarvan grootte, consistentie, begrenzing en gevoeligheid moeten worden beoordeeld.

Bij de palpatie kan ook de verschuifbaarheid van de tumor ten opzichte van de huid en onderlaag (spieren en thoraxwand) goed worden bepaald. Fixatie wijst op maligniteit. Er zijn dus vaak kenmerken te vinden die maligniteit of benigniteit waarschijnlijk maken.

Als aanvullend onderzoek door de specialist komt in de eerste plaats de mammografie in aanmerking, omdat deze methode bij goede techniek waardevolle inlichtingen kan verschaffen.\* Om tot een definitieve diagnose te komen is uiteraard biopsie noodzakelijk, omdat slechts de microscopie ons zekere aanwijzingen kan verschaffen omtrent de toestand van het mammaweefsel.

In principe dient elke afwijking in de mamma door de specialist te worden gezien. Toch kan het voor de huisarts vaak moeilijk zijn een patiënte meteen door te sturen. Dit geldt speciaal voor erg nerveuze en angstige mensen. Het lijkt ons dan ook zeker verantwoord sommige aandoeningen zelf nauwlettend te blijven vervolgen, vooral de mastopathieën, die in samenhang met de menstruele cyclus in grootte op en neer gaan, terwijl ook de pijn wisselend is. Hetzelfde geldt voor de ductitiden die alleen wat gelig sereus vocht produceren en waarbij in de mamma geen palpabele afwijkingen zijn te vinden.

Wel lijkt het ons raadzaam ook bij dit soort patiënten een mammografie te laten verrichten.

\* Men moet zich terdege realiseren, dat een negatief röntgenbeeld carcinoom niet uitsluit. Indien er anderszins verdachte kenmerken zijn, blijft bij een negatief mammo-gram verder onderzoek (biopsie) altijd aangewezen.