

komt gynaecomastie voor bij levercirrose en bij tumoren van endocriene klieren.

## Tumoren

Tumoren van de mammae kunnen onderscheiden worden in benigne en maligne gezwellen. Beide categorieën komen vrijwel uitsluitend voor bij vrouwen. Uit de gegevens van de continue morbiditeitsregistratie van het N.U.H.I. (tabel) blijkt, dat de top van de frequentie van benigne tumoren ligt tussen 20 en 50 jaar (nieuwe gevallen ongeveer 4 per 1000 patiënt-jaren), daarna neemt de frequentie af. Bij het mammacarcinoom is er daarentegen sprake van een met de leeftijd stijgende frequentie. Jaarlijks worden 4,5 nieuwe gevallen gesignaleerd per 1000 vrouwelijke patiënten van 65 jaar en ouder. Het aandeel van de maligne gezwellen in het totaal aantal voor het eerst gesignaleerde gezwellen van de mammae bij vrouwen neemt met de leeftijd toe tot honderd procent. Met het stijgen van de leeftijd moet een mammatumor dus steeds meer als (zeer) verdacht worden beschouwd.

In een huisartspraktijk van gemiddelde omvang en leeftijdssamenstelling komen per jaar twee nieuwe gevallen van mammacarcinoom aan het licht. Daar de overlevingsduur, mede door de behandeling, betrekkelijk lang is, zijn er in een gemiddelde huisartspraktijk acht à tien vrouwen onder controle bij wie deze diagnose reeds eerder is gesteld. Bij de begeleiding van deze vrouwen heeft de huisarts een belangrijke taak. Mammacarcinoom is de meest voorkomende maligne tumor bij vrouwen. De aanleiding tot het stellen van de diagnose is meestal dat de vrouw zelf een onpijnlijke knobbel in de borst heeft gevoeld. Toch zijn „toevalsbevindingen” door de arts niet zeldzaam. Het is daarom verstandig bij ieder lichamelijk onderzoek van een vrouw aandacht aan de mammae te besteden. Het opvoeden tot systematisch

zelfonderzoek van patiënten en het benutten van gelegenheden hiertoe, zoals bij pilcontroles en borstonderzoek voor luchtweginfecties, zijn daarnaast belangrijke taken van de huisarts. Dit geldt in het bijzonder ten aanzien van vrouwen die reeds behandeld zijn voor (eenzijdig) mammacarcinoom of bij wie deze aandoening in de familie is voorgekomen, omdat dit categorieën zijn met een duidelijk verhoogd risico.

## Senium

Uit het voorgaande volgt reeds dat in deze levensfase bij vrouwen mammacarcinoom bijzonder frequent voorkomt en dat bij mannen nogal eens gynaecomastie optreedt. Goedaardige tumoren en mastopathia cystica komen op deze leeftijd nauwelijks meer voor. Waarschijnlijk nemen deze in aantal af als gevolg van involutie en atrofie van de borstklier op oudere leeftijd.

## Besluit

De borstklier is een belangrijk orgaan, in fysiologisch, psychologisch, sociaal en pathologisch opzicht. Een oriëntering omtrent aandoeningen van de borstklier vanuit het gezichtspunt van de huisarts biedt enig houvast waar het gaat om de relatieve risico's, waaraan met name vrouwen in de onderscheiden levensfasen zijn blootgesteld. Naast het risico van schadelijk geneeskundig handelen ligt er het probleem van de vroege opsporing van maligniteiten van de borstklier. Niet het minst voor de huisarts een uitdaging, waarbij kennis van het natuurlijke beloop van mammacarcinomen van groot belang is.

Preece, P. E., R. E. Mansel and L. E. Huges. Mastalgia: psychoneurosis or organic disease? (1978) Brit. med. J. 1, 29-30.

Nolet, H. A. en M. F. A. Prick-Slot-houwer. Het gevaar van mastopathie. (1977) huisarts en wetenschap 20, 188-190.

Tabel. Nieuwe mammatumoren bij vrouwen over de periode 1971-1978 (n = 5.933 vrouwen; aantal vrouw-jaren = 47.464).

Leeftijdsklasse	Alle tumoren		Benigne tumoren		Maligne tumoren	
	absoluut	/1000	absoluut	/1000	absoluut	/1000
0- 4 jaar	1	0.3	1	0.3	-	-
5-14 jaar	1	0.1	1	0.1	-	-
15-19 jaar	5	1.1	5	1.1	-	-
20-49 jaar	81	4.4	70	3.8	11	0.6
50-64 jaar	28	3.9	14	1.9	14	1.9
65 en ouder	27	4.7	1	0.2	26	4.5

Bron: C.M.R. 1971-1978 Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

## Uit de praktijk

### Oogheelkundige notities (1) De TV-leesloop

Chronisch gehandicapten lopen het gevaar dat hun omgeving – en daartoe behoort ook de huisarts – de verstoring van hun gezondheid als een gegeven, als iets onveranderlijks gaat beschouwen. De technologie biedt echter een steeds groeiende scala van mogelijkheden. Dat bleek weer eens in het geval van een van mijn patiënten, een man van 48 jaar met een dubbelzijdige opticus atrofie. Deze naar Leber genoemde recessief erfelijke ziekte is gelegen in het X-chromosoom en manifesteert zich doorgaans op jong volwassen leeftijd door een vrij snelle daling van de visus van beide ogen.

Door toeval kreeg ik de folder over de „Tiemans TV-leesloop” in handen, met

DR. K. GILL\*

de hoopgevende tekst dat visueel gehandicapten hiermee in staat zouden zijn te lezen, schrijven en typen, kortom weer deel te nemen aan het leven via het geschreven en gedrukte woord. Vergrotingen van 8 tot 24 maal of van 12 tot 35 maal kunnen hiermee met een handbeweging worden gerealiseerd. Op mijn verzoek werd de patiënt door een functionaris van de Nederlandse Blindenbibliotheek te 's-Gravenhage, onderzocht. Het verslag van de test luidde als volgt: „De heer X is in staat met de televisie-leesloop gedrukte teksten te lezen met een vergroting van 20 à 25 maal. Zijn leestempo is redelijk gezien het feit dat hij lange tijd achtereen niet heeft gelezen. Het was beslist geen spellen. De mogelijkheid bestaat dat de heer X na verloop van tijd met een kleinere vergroting toe kan. Volgens las hij een krante- en tijdschriftartikel, bekeek foto's, schreef enige regels met behulp van de leesloop op een gelinieerd blok en vulde een girobiljet in.” De functionaris was van oordeel dat de heer X met de televisie-leesloop in staat zou worden gesteld zijn sociale en culturele onafhankelijkheid terug te winnen.

\* Huisarts te Zwammerdam.



Vervolgens werd, gezien de gunstige uitslag van de test, een aanvraag bij het ziekenfonds ingediend. De kosten van een leesloop bedragen ongeveer f 3500,- exclusief BTW. Ziekenfondsen vergoeden negentig procent bij aankoop en geven het apparaat in sommige gevallen in bruikleen. Goedkeuring volgde spoedig; daarmee werd onafwendbaar leed aanzienlijk vermindert.

Ik acht het niet ondenkbaar dat verschillende slechtzienenden met een televisie-leesloop geholpen kunnen worden. In verband daarmee laat ik hieronder enige demonstratie-adressen volgen.

Nederlandse Blindenbibliotheek,  
Zichtenburglaan 260,  
2544 EB 's-Gravenhage,  
telefoon 070 - 92 43 21.  
Groninger Blindenbibliotheek,  
Rengersstraat 261,  
9721 CS Groningen,  
telefoon 050 - 18 24 78.  
Nederlandse Blindenbibliotheek,  
Rozenburglaan 89,  
4337 JB Middelburg,  
telefoon 0118 - 1 15 75.  
Vereniging Het Nederlandse  
Blindenwezen,  
Kipstraat 54,  
3011 RT Rotterdam,  
telefoon 010 - 11 32 40.

## (2) De baby met een tranend oog

Elke huisarts die regelmatig zuigelingen ziet, ontmoet bij de jongsten onder hen zo nu en dan een tranend oog, waarbij het traanvocht soms met secret is vermengd. Althans, dat dacht ik tot voor enige tijd. Tot mijn grote verbazing vertelde onlangs een bevriend collega, eveneens al vele jaren in de praktijk, deze aandoening nog nooit te hebben gezien.

In dergelijke gevallen raadpleeg je je leermeester, in mijn geval Professor Weve: „Verstoppingen der traanwegen (dacryostenose) met haar gevolgen, hinderlijk tranen (epiphora), ontsteking van den traanzak (dacryocystitis) met phlegmone van de omgeving (dacryophlegmone), perforatie en fistelvorming hebben de menschheid al sedert eeuwen geplaagd en Hirschberg deelt in zijn geschiedenis der oogheekunde mede, dat deze aandoeningen reeds vermeld worden in het 4500 jaar oude wetboek van Hammurabi, koning van Babylon en het 3500 jaar oude Egyptische geschrift bekend als Papyrus Ebers”. Verder blijkt dat Stahl in 1702 een violsnaar door de traanpunt in de traanzak bracht en dat Anel elf jaar later de traanwegen met een zilveren sonde doorgankelijk maakte.

Overmatig tranen is het gevolg van ontstekingen en een gestoorde afvoer. Volgens *Zeeman* zou de gestoorde af-

voer een gevolg zijn van het persisteren van een dunne membraan – die normaal in de laatste weken voor de geboorte zou doorbreken – of van het bestaan van een aangeboren atresie. *Cornelia de Lange e.a.* spreken niet van een membraan, maar van epitheliale verklevingen van de tractus naso-lacrimalis. *Zeeman* bepleit driemaal daags massage van de traanzak en adviseert zich vooral niet te laten ontmoedigen als succes aanvankelijk uitblijft. Boeken van recente datum, zoals van *Duke-Elder* en van *Henkes* en *Van Balen* vermelden de dacryostenose niet, maar spreken van dacryocystitis bij de pasgeborenen.

### Dus:

- massage (beter: leegdrukken van de traanzak);
- bij etterige afscheiding oogdruppelen met een antibioticum;
- niet laten ontmoedigen omdat veelal de persisterende membraan in de eerste zes maanden spontaan perforereert;
- zo nodig sondage van de traanbuis door een oogarts.

Mogen wij op grond van het voorafgaande dacryostenose tot de self-limiting diseases rekenen?

*Duke-Elder*, S. *Parsons' diseases of the eye*. Churchill Livingstone, Edinburgh etc. 1973.

*Henkes*, H.E. en A.Th.M. van Balen. *Oogheekunde voor de algemene praktijk*. Elsevier, Amsterdam etc. 1976.

*Lange*, C. de, A. van Westrienen, E. J. van Harrenstein e.a. *Ziekteleer van den pasgeborenen*. Scheltema & Holkema, Amsterdam, 1947.

*Weve*, H. J. M. *Leerboek der oogheekundige onderzoekingsmethodes*. Stenfert Kroese, Leiden, 1942.

*Zeeman*, W. P. C. *Leerboek der oogheekunde*, deel I. Wetenschappelijke Uitgeverij der Amsterdamse Boek- en Courantmaatschappij, Amsterdam, 1947.

## Nota Bene

De voorkeurshouding voor het bepalen van de bloeddruk is de rugligging, aangezien het hydrostatisch drukverschil tussen het hart en de plaats van bloeddrukmeting gelijk te stellen is aan nul. (Uit het proefschrift *Postural blood pressure differences in pregnancy*, P. W. J. van Dongen, Nijmegen, 1979).