

Knobbel in de borst

EH Hochheimer,
HGLM Grundmeijer,
E de Jong,
GJ den Heeten

Van klacht naar probleem

Als een vrouw een knobbel in haar borst voelt, heeft deze meestal al een diameter van 2 cm; kleinere knobbeltjes worden in de regel niet gevoeld.^{1,2} Sommige vrouwen ontdekken de zwelling bij min of meer systematisch zelfonderzoek, soms bij toeval tijdens het wassen, aankleden of het vrijen. Zelfonderzoek heeft het voordeel dat de vrouw haar borsten leert kennen en een verandering eerder bemerkt.³ Een maligne knobbel voelt duidelijk anders aan dan het omliggende klierweefsel. Toch lijkt borstzelfonderzoek niet erg geschikt voor de vroege opsporing van mammacarcinoom: er bleek geen verschil in morbiditeit en mortaliteit tussen een groep vrouwen die zelfonderzoek toepasten en een groep vrouwen die dat niet deden.⁴ Wil een vrouw desondanks advies over zelfonderzoek, dan is het zinnig haar te adviseren dit maandelijks na de menstruatie onder de douche te doen. Dit advies geldt ook voor vrouwen die niet meer menstrueren: frequent

Samenvatting

Hochheimer EH, Grundmeijer HGLM, De Jong E, Den Heeten GJ. Knobbel in de borst. *Huisarts Wet* 2002;45(4):194-8.

In Nederland zal de huisarts bij een knobbel in de borst zelf het risico inschatten en het beleid daarop afstemmen. Veel vroeger geleerde symptomen en klachten hebben geen voorspellende waarde of zijn zo zeldzaam dat de betekenis voor de dagelijkse praktijk verwaarloosbaar is. Lactatie in de voorgeschiedenis, langer bestaande ingetrokken tepel, melkachtige afscheiding (uni- of bilateraal), pijn of verschil in grootte hebben geen betekenis. Een ulcus of sinaasappel huid wordt tegenwoordig niet meer gezien. Van veel groter belang zijn de leeftijd van patiënte, de (familiaire) voorgeschiedenis en eventuele genetische gegevens. Hoewel het aanvullend beeldvormend onderzoek binnen de diagnostiek niet meer is weg te denken, moet het vanwege de grote kans op foutpositieve uitslagen bij een lage voorafkans alleen op indicatie gebruikt worden.

AMC/Universiteit van Amsterdam, afdeling huisartsgeneeskunde, divisie Public Health, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam: drs. E.H.

Hochheimer en dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisartsen; afdeling Chirurgie: mevr.dr. E. de Jong, chirurg; afdeling Radiologie: prof.dr. G.J. den Heeten, radioloog.

Correspondentie: dr. H.G.L.M. Grundmeijer, e-mail: h.g.grundmeijer@amc.uva.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niet aangegeven.

Methodologie

In Medline is gezocht op de trefwoorden *breast neoplasms, fibroadenoma, fibrocystic disease of the breast, radiography, echography, self examination, biopsy (needle), diagnosis*. Verder is gebruikgemaakt van de NHG-Standaard Mammografie en het proefschrift van LEM Duijm: *Breast imaging for general practice: a transmural management study*.¹

borstonderzoek leidt tot onnodige onrust en een negatieve lichaamsbeleving.

Het ontdekken van een knobbel in de borst, en vervolgens de stap naar de huisarts, is voor vrouwen vaak bedreigend. De associatie met borstkanker en borstamputatie roept emoties op die verschillende effecten kunnen hebben: van ontkenning en uitstelgedrag tot voortdurende ongerustheid en frequent bezoek aan de huisarts. Een lastige situatie ontstaat als de vrouw een knobbel voelt, maar de arts deze niet kan voelen. Omdat de vrouw haar eigen borstweefsel het beste kent, wordt er bij het beleid dan van uitgegaan dat er een afwijking is.

Van probleem naar differentiële diagnose

Hieronder staan naar aflopende frequentie de meest voorkomende diagnosen bij een knobbel in de borst vermeld.⁵⁻⁷

Mastopathie (of fibrocysteuze mastopathie of *benign nodularity*) bestaat uit hobbelige borsten vooral in het boven-buitenste kwadrant waar het meeste klierweefsel zit. Dikwijls zijn deze bij palpatie, maar ook spontaan pijnlijk, vooral in de premenstruele periode. Mastopathie is waarschijnlijk een variant van het normale. Mastopathie komt vóór de menopauze vaak voor. Na de menopauze kan het ook bestaan bij vrouwen met hormoonsubstitutie-therapie.

Een *mammacyste* is een gladde, goed begrensde, beweeglijke cysteuze tumor. Multicysten komen geregeld voor en vallen onder mastopathie. Ook de cyste is mogelijk een variant van het normale omdat bij 60-90% van de vrouwen bij routineobductie cysten gevonden worden. Mammacysten komen vooral voor tussen de 20 en 55 jaar en rond de menopauze, nauwelijks erna.

Een *fibroadenoom* is een pijnlijke, scherp afgegrensde mobiele tumor, die zowel van het fibreuze als het klierweefsel uitgaat. Fibroadenomen komen het meest voor bij vrouwen tussen 20 en 40 jaar; na de menopauze nog maar zelden.⁸

Mammacarcinoom is een verzamelnaam van zeer verschillende tumoren, waaronder langzaam- en snelgroeiende. Het invasieve

carcinoom dat uitgaat van de melkgangen komt het meest voor en is veruit de meest voorkomende maligne tumor bij vrouwen. Ongeveer 20% van de patiënten die zich melden bij de dokter blijkt al ongeneeslijk vanwege de aanwezigheid van metastasen op afstand. Jaarlijks worden ruim 8000 nieuwe gevallen van mammacarcinoom ontdekt. Bijna 10% van de vrouwen krijgt eens in het leven een mammacarcinoom. In 1996 stierven 3500 vrouwen aan deze aandoening. In een doorsnee huisartsenpraktijk wordt ieder jaar gemiddeld één nieuw geval van mammacarcinoom vastgesteld; daarnaast zijn er 9 à 10 vrouwen bij wie deze diagnose in voorgaande jaren is gesteld.

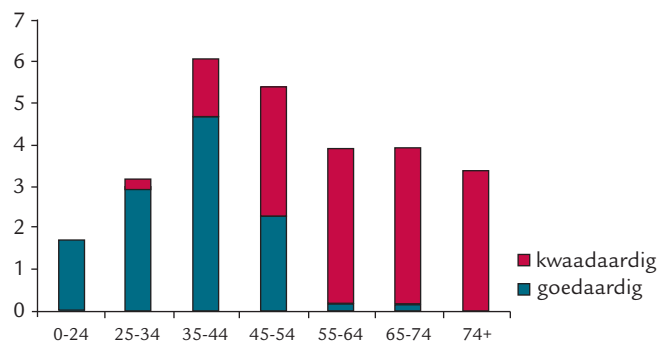
Vanaf 25 jaar is er al een kleine kans op een kwaadaardige borst-tumor, maar deze neemt sterk toe rond de menopauze.

Lipomen en *atheroomcysten* zijn in strikte zin geen knobbels in de borst, maar in de huid van de borst.

Epidemiologie

In een standaardpraktijk wordt elf maal per jaar een knobbel in de borst als nieuw probleem gepresenteerd.⁹ Bij vrouwen voor de menopauze zijn de meeste knobbels goedaardig. Na de menopauze zijn bijna alle palpabele tumoren kwaadaardig (figuur 1). Onlangs is in Nederland onderzoek gedaan onder vrouwen van alle leeftijden die zich bij hun huisarts meldden met een palpabele afwijking in de borst en die verwezen werden voor een mammogram. Bij 52% werd niets gevonden, bij 41% een benigne afwijking (mastopathie) en bij 7% een maligniteit. Dezelfde auteur vond in een populatie door de chirurg naar de radioloog verwezen patiënten een percentage maligne aandoeningen van 21%.

Figuur 1 De incidentie per leeftijdsgroep van mamma-tumoren per 1000 vrouwen per jaar in de huisartsenpraktijk²



Diagnostiek in de huisartspraktijk

FAMILIAIRE BELASTING

Indien een vrouw een eerstegraads familielid heeft die vóór de menopauze borstkanker kreeg, is het risico voor haar sterk verhoogd.^{10,11} **E** Dit risico neemt toe naarmate het familielid jonger was bij de diagnose, indien het mammacarcinoom bilateraal voorkwam en naarmate er meer eerstegraads familieleden met borstkanker zijn. Ook het familiair voorkomen van ovariumkanker geldt als een risicofactor. De relatieve risico's bij familiale belasting zijn dermate hoog dat in de NHG-Standaard Mammografie

Bewijskracht

In dit artikel wordt bij een aantal belangrijke diagnostische stappen de mate van bewijskracht uitgedrukt met behulp van de volgende letters:

- E** voldoende bewijskracht
- A** aanwijzingen of indirect bewijs
- C** consensus uit richtlijnen en standaarden

aangeraden wordt bij vrouwen, die een moeder of zuster hebben met een premenopauzaal mammacarcinoom, vanaf het 35e levensjaar eens in de één à twee jaar een mammogram te laten maken.

GENETICA

Genetisch onderzoek is in opkomst. Indien het BRCA1- of BRCA2-gen is aangetoond kan het risico op het krijgen van borstkanker oplopen tot 75%. Het BRCA1-gen predisponeert ook voor ovariumcarcinoom. Vooral nog kan onderzoek naar deze genen worden aangeboden wanneer er minstens twee eerstegraads verwanten op jonge leeftijd borstkanker hebben gekregen. In nauw overleg met de vrouw worden de opties afgewogen: preventieve verwijdering van het klierweefsel of een jaarlijks mammogram plus echo.

Ook het voorkomen van een eerdere maligniteit in de andere borst verhoogt het risico aanzienlijk. Hetzelfde geldt voor een maligniteit van uterus of ovaria in de anamnese.

Het risico is nauwelijks verhoogd (RR 1,5) als het eerstegraads familielid borstkanker kreeg na de menopauze of als alleen tweedegraads familieleden borstkanker hebben. Ook is er maar een gering verhoogd risico bij vroege menarche, late menopauze, obesitas, nullipariteit en oudere leeftijd bij de geboorte van het eerste kind. Benigne borstpathologie in de voorgeschiedenis, lactatie in de anamnese of alcoholgebruik zijn geen risicofactoren.

ANAMNESE

Samenhang met de menstruele cyclus en/of de aanwezigheid van pijn wijzen in de richting van goedaardige afwijkingen. Kleine palpabele maligne tumoren zijn pijnloos. Bij gelocaliseerde pijn alleen, dus zonder palpabele afwijkingen, is er zelfs geen enkel verhoogd risico op kanker.¹² **E** Verwijzing voor nader onderzoek dient in dat geval slechts ter geruststelling van de vrouw. Ook fluctuaties in de grootte van de zwelling vormen een geruststellende bevinding.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Een aantal omineuze symptomen staan in elk leerboek: sinaasappelhuid, recente tepelretractie, huidoedeem, kleurveranderingen, tepeclezeem of ulceratie. In de praktijk komen deze symptomen van ernstige doorgroei steeds minder voor, omdat de vrouw eerder de knobbel ontdekt en hulp zoekt. Dit geldt ook voor unilaterale afscheiding van sereus of bloederig vocht, hoewel dit meestal veroorzaakt wordt door een (benigne) intraductaal papilloom

en minder vaak door kanker. Uni- of bilaterale melkachtige afscheiding wijst niet op een carcinoom. De grootte en de mate van afhangen van beide mammae kan verschillen zonder dat dit op pathologie hoeft te wijzen. Hetzelfde gaat op voor een al jaren ingetrokken tepel. (tabel 1)

De sensitiviteit van palpatie door de arts is ongeveer 50%.¹³ **E** Zoals eerder vermeld is de diameter van een knobbel die door de vrouw zelf wordt ontdekt meestal minstens 2 centimeter. Bij een tumordiameter <0,5 cm vindt men slechts zelden een lymfekliermetastase; bij tumoren >1 cm is dit 27%, bij een diameter >2 cm 50%.¹⁴

E Bij premenopauzale vrouwen dient het borstonderzoek bij voorkeur postmenstrueel te gebeuren. Bij postmenopauzale vrouwen is het borstonderzoek eenvoudiger omdat er dan meer vet- dan klierweefsel is. Wordt een knobbel gepalpeerd, dan lette men op:

- ▶ **Consistentie:** hoe vaster de knobbel is, des te groter is de kans op maligniteit.
- ▶ **Vorm:** hoe onregelmatiger de knobbel is, des te groter is de kans op maligniteit.
- ▶ **Beweeglijkheid:** fixatie aan huid of onderliggende fascie en spier zijn tekenen van maligniteit. De kans op maligniteit is hoger naarmate de knobbel slechter afgrensbaar is van de omgeving.
- ▶ **Palpatie okselklieren en supraclaviculaire klieren:** iedere klier is verdacht. Net als bij de knobbel zelf zijn infauste tekenen: harde, slecht beweeglijke en onregelmatig gevormde klieren.

Palpatie kan worden uitgevoerd bij de vrouw in staande, zittende of liggende houding met de arm omhoog. Met vier platte vingers (zonder de duim) worden zachte rollende bewegingen uitgevoerd over de gehele borst, achtereenvolgens het bovenste buitenste, bovenste binnenste, onderste buitenste en onderste binnenste kwadrant, de tepel en de tepelstreek en de axillaire uitloper van de borst. Ten slotte volgt palpatie van de okselholte bij de vrouw met hangende arm en van de supraclaviculaire klierstreken.

Tabel 1 Betekenis van voorgeschiedenis, klachten en bevindingen bij lichamelijk onderzoek

Verdacht voor of verhoogde kans op maligniteit

- moeder of zuster mammacarcinoom voor de menopauze (RR 3)
- bilateraal carcinoom bij moeder of zuster (RR 5)
- kanker in de andere borst (RR 3)
- recente tepelretractie
- lokale sinaasappelhuid
- kleurverandering van de huid
- ulceratie
- tepeleczeem
- sereuze of bruinige/bloederige tepelafscheiding
- vaste/harde consistentie
- onregelmatige zwelling
- slecht afgrensbaar van omgeving
- palpabele supraclaviculaire of okselklieren

Niet verdacht of zelfs verminderde kans op maligniteit

- benigne afwijkingen in de voorgeschiedenis
- pijn
- samenhang met de menstruele cyclus
- fluctuaties in grootte
- verschil in grootte tussen links en rechts
- lactatie in de voorgeschiedenis
- melkachtige afscheiding (uni- en bilateraal)
- alcoholmisbruik

De kern

- ▶ Een knobbel in de borst is pas palpabel indien deze groter is dan 2 cm.
- ▶ Bij een palpabel borstcarcinoom zijn er al vaak metastasen.
- ▶ Systematisch zelfonderzoek is niet effectief als opsporingsmethode.
- ▶ Belaste familieanamnese en/of genetische belasting zijn de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van borstcarcinoom.

AANVULLEND ONDERZOEK

Mammografie

Mammografie (figuren 2 en 3) is een waardevolle onderzoekstechniek indien zij wordt uitgevoerd door een ervaren radiodiagnostisch laborant met een goede insteltechniek en de beoordeling geschiedt door een ervaren radioloog.¹⁵⁻¹⁷ **E**

Sensitiviteit. Met mammografie zijn veel kleinere, dus ook vroege carcinomen op te sporen. Patiënten met een door henzelf ontdekte tumor hebben een tienjaarsoverleving van ongeveer 70%, zolang de tumor klinisch tot de mamma beperkt is. Bij zeer vroege detectie door mammografie is naar verwachting een tienjaars-overleving van 95% mogelijk. Het wordt echter steeds duidelijker dat screening bij vrouwen zonder risicofactoren geen effect heeft op morbiditeit en mortaliteit.¹⁸

Mammogrammen zijn in het algemeen bij jonge vrouwen moeilijker te beoordelen dan bij oudere vrouwen door de grotere hoeveelheid klierweefsel en vooral indien er ook mastopathie aanwezig is: de gemiddelde sensitiviteit is dan 80%. Bij vrouwen na de menopauze is deze veel hoger: als er alleen nog maar vetweefsel is en het mammogram als het ware door de hele borst kan 'kijken', is de sensitiviteit bijna 100%. Deze toegenomen sensitiviteit levert wel het probleem op dat er veel 'carcinomen in situ' ontdekt worden. Het natuurlijk beloop hiervan is niet bekend en daarmee is het beleid onduidelijk. Het varieert dan ook van afwachtend beleid (jaarlijkse controle) tot agressieve strategie (mastectomie).

Specificiteit. Een aantal mammacarcinomen zal bij mammografie onopgemerkt blijven. Dit geldt voor zeer vroege carcinomen, maar ook voor het zogenaamde lobulaire mammacarcinoom (ongeveer 5% van de mammacarcinomen), dat röntgenologisch nagenoeg dezelfde dichtheid heeft als normaal klierweefsel. Zeker in een borst met dicht klierweefsel kan dit onopgemerkt blijven. Dit geldt echter voor klinisch niet-waarneembare tumoren, en valt dus buiten het probleem 'knobbel in de borst'. Er bestaan echter ook klinisch manifeste carcinomen die desondanks op een tamelijk recent mammogram nog niet waarneembaar waren. Het gaat dan om snel groeiende carcinomen, die vaker worden gezien bij vrouwen jonger dan 50 jaar.

De arts kan dus voor het uitsluiten van borstkanker niet geheel op het kompas van de mammografie varen. Men moet zelf alert blijven. Naast mammografie blijft zorgvuldig lichamelijk onderzoek bij klinische verdenking onverkort belangrijk.

Standaardisatie van de verslaglegging van mammografische

onderzoeken heeft nooit wortel geschoten. Klaarblijkelijk is het gemiddelde verslag van de radioloog voldoende duidelijk. Het moge duidelijk zijn dat als de aanvragend arts het verslag niet volledig begrijpt, deze met de radioloog overlegt (tabel 2).

Tabel 2 Veel gebruikte termen bij de beoordeling van een mammogram¹

Op goedaardigheid wijzend

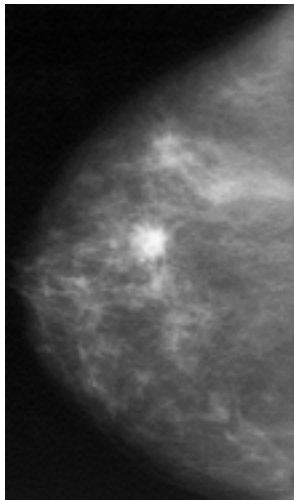
- 'Geen maligniteit aangetoond': er is ook geen maligniteit uitgesloten. Vaak bij jonge vrouwen met veel klierweefsel of bij mastopathie.
- 'Benigne microcalcificaties': diffuse verkalkingen die bij mastopathie passen. Geen clustervorming.
- 'Grove verkalkingen': verkalkingen in goedaardige afwijkingen zoals in gehyaliniseerde fibroadenomen of gebieden met vetnecrose.
- 'Oliecysten': eierschaalverkalkinkjes duidend op vetnecrose en altijd goedaardig.

Op kwaadaardigheid wijzend

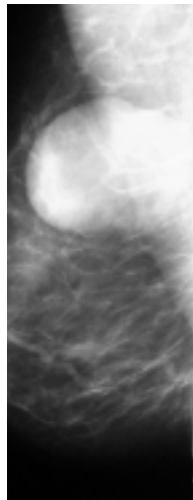
- 'Maligne microcalcificaties': geclusterde verkalkinkjes met specifieke kenmerken zoals polymorfie.
- 'Architectuurverstoring': de opbouw van het steun- en klierweefsel is verstoord.
- 'Stervormige afwijkingen': wordt vaak gereserveerd voor maligniteiten met uitlopers.



Figuur 4 Echogram cyste



Figuur 2 Mammogram mammacarcinoom



Figuur 3 Mammogram fibroadenoom

Echografie

Echografie is van groot belang bij palpabele afwijkingen,^{15,17} maar niet geschikt als er geen gelocaliseerde afwijking aanwezig is: een echogram is een doorsnede. Echografie is geschikt om onderscheid te maken tussen een cyste (figuur 4) en een solide tumor. Blijkt het om een solide tumor te gaan, dan zal een röntgenoloog in de regel kunnen onderscheiden tussen een benigne (meestal fibroadenoom) en een maligne tumor met een zeer hoge sensitiviteit (93%) en specificiteit (95%).¹⁹ **E** Het enige probleem vormt het enkele medullaire of ductale carcinoom dat op een fibroadenoom lijkt. De negatief voorspellende waarde (99%) van echografie bij palpabele afwijkingen is zeer hoog.

Mammografie plus echografie

De combinatie van mammografie en echografie is standaard geworden bij alle vrouwen met knobbels in de borst, evenals bij

premenopauzale vrouwen die om andere redenen een borstonderzoek ondergaan. In een onderzoek onder patiënten met een knobbel in de borst die door huisartsen voor beeldvormend onderzoek waren doorgestuurd bleek de sensitiviteit voor het opsporen van borstkanker 93,3% en de specificiteit 95,0%. Er werd een positief voorspellende waarde van 58,3% gevonden en een negatief voorspellende waarde van 99,5%.⁷ **E**

Cytologie/histologie

In de huisartspraktijk kunnen echografisch bevestigde cysten worden gepuncteerd als de vrouw dat wenst. Het vocht behoeft geen nader onderzoek. Als een chirurg een cyste aantreft, zal deze eerder puncteren – na overleg met de vrouw – en vervolgens nogmaals palperen om te kijken of er nog een andere palpabele laesie blijkt te zijn (zéér zeldzaam). De validiteit van de diagnose fibroadenoom na beeldvormend onderzoek is zeer hoog, hoewel een carcinoom een enkele keer op een fibroadenoom lijkt. Om deze laatste reden, en ook omdat een fibroadenoom uit zichzelf niet verdwijnt maar vaak groter wordt, worden in de praktijk de meeste echografische fibroadenomen gepuncteerd en cytologisch onderzocht. De diagnose carcinoom wordt uiteindelijk per definitie gesteld op basis van cytologisch/histologisch onderzoek. In tabel 3 is het geadviseerde diagnostische beleid op grond van leeftijd, voorgeschiedenis en familiale belasting samengevat.

Tabel 3 Geadviseerd diagnostisch beleid bij knobbel in de borst

Leeftijd	Beleid
<35 jaar	Het onderzoek herhalen na de eerstvolgende menstruatie. Is de knobbel verdwenen, dan is geen controle vereist. Is de knobbel nog aanwezig, dan volgt mammogram/echo.
35-50 jaar	De (familiaire) voorgeschiedenis is van belang. Bij (familiaire) belasting direct een mammogram/echo, anders menstruatie afwachten. Op grond van de radiologische bevindingen besluiten of cytologie/histologie aangewezen is.
>50 jaar	Vanwege de hoge incidentie van mammacarcinoom is cytologie/histologie altijd aangewezen.

Literatuur

- 1 Duijm LEM. Breast imaging for general practice: a transmural management study [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 1998.
- 2 Beusmans GHMI, De Geus CA, Hinloopen R, Huygen FJA, Kersten-van Beek, Roelfsema WJ. NHG-standaard mammografie. Huisarts Wet 1990;33:26-32.
- 3 Meijboom-de Jong B, Van Veen WA. Borstzelfonderzoek. Huisarts Wet 1984;27:421-5.
- 4 Thomas DB, Dao Li Gao, Self SG, Allison CJ, Tao Y, Mahloch J, et al. Randomized Trial of Breast self-examination in Shanghai: Methodology and Preliminary Results. J Nat Cancer Institute 1997;89:5:355-65.
- 5 Lister D, Evans AJ, Burell HC, Blamey RW, Wilson AR, Pinder SE, et al. The accuracy of breast ultrasound in the evaluation of clinically benign discrete, symptomatic breast lumps. Clin Radiol 1998;53(7):490-2.
- 6 Berek JS. Gynaecology. 12th ed. Baltimore: Williams & Williams, 1997.
- 7 Robbins L. Pathologic Basis of Disease. 5th ed. Philadelphia: Saunders, 1994.
- 8 Hunter TB Roberts, CC, Hunt KR, Fajardo NL. Occurrence of fibroadenomas in postmenopausal women referred for breast biopsy. J Am Geriatr Soc 1996;44(1):61-4.
- 9 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Lelystad: Meditekst, 1994.
- 10 Tilanus-Linthorst MMA. Gunstige resultaten van periodieke controle bij vrouwen met verhoogd risico van borstkanker; retrospectief onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139(9):445-9.
- 11 Offit K, Brown K. Quantitating familial cancer risk: a resource for clinical oncologists. J Clin Oncol 1994;12:1724-36.
- 12 Duijm LEM, Guit GL, Hendriks JH, Zaat JO, Mali WP. Value of breast imaging in women with painful breasts: observational follow up study. Br Med J 1998;317:1492-5.
- 13 Chalabian J, Dunnigton G. Does our current assessment assure competency in clinical breast evaluation. Am J Surg 1998;175(6):497-502.
- 14 Saiz E, Toonkel R, Poppiti TJ jr, Robinson MJ. Infiltrating breast carcinoma smaller than 0,5 centimeters: is lymph node dissection necessary? Cancer 1999;85(10):2206-11.
- 15 Den Heeten GJ, Van Rooij WJ, Roukema JA. Echografie is van belang als aanvullend onderzoek bij mammografie. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137(46):2378-83.
- 16 Duijm LE, Guit GL, Zaat JO, Koomen AR, Willebrand D. Sensitivity, specificity and predictive values of breast imaging in the detection of cancer. Br J of Cancer 1997;76:377-81.
- 17 Helvie MA, Pennes DR, Rebner M, Adler DD. Mammographic follow-up of low-suspicion lesions: compliance rate and diagnostic yield. Radiology 1991;178:155-8.
- 18 Olsen O, Gotzsche PC. Screening for breast cancer with mammography (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001.
- 19 Perre CL, De Hooge P, Hustinx PA, Muller JWTh. Echografisch onderzoek van de palpabele mammatumors zeer waardevol. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:2347-9.

In de loop van 2002 verschijnt het boek *Diagnostiek van alledaagse klachten*, onder verantwoordelijkheid van de afdelingen studentenonderwijs van de acht vakgroepen huisartsgeneeskunde. In de serie Diagnostiek in H&W worden de hoofdstukken uit dit boek in bewerkte vorm geplaatst.

Intermezzo

Conny Palmen (auteur van bestsellers als *De wetten* en *De vriendschap*) vergelijkt in haar essaybundel *Echt contact is niet de bedoeling* de psychiater met de romanschrijver: 'Om zich als realiteit kenbaar te maken, moet de psyche zich transformeren, zich vertalen in iets anders; om kond te doen van haar bestaan, moet de psyche zich in de vorm gieten van een medium en taal worden. Het nare van taal is dat ze interpretatie behoeft, dat ze om een tweede taal vraagt. (...) Alleen dankzij dit kader van het verhaal kunt u de patiënt plaatsen als een personage, van wie de handelingen samenhang vertonen en logisch worden. Daarmee toont u zich schatplichtig aan de eisen die de wetten van de literatuur

stellen aan de schrijver. (...) Levensverhalen zijn uniek, maar de wetten die eraan ten grondslag liggen en dankzij welke wij verhalen begrijpen en duiden, zijn dat niet. U bevindt zich in een situatie waarin u personen hun unieke lot ontvouwt aan de hand van algemene, voor iedereen geldende wetten. (...) U heelt zielen van anderen, u bent als persoon (lichaam) toegankelijk en u houdt uw eigen ziel (fictie) verborgen. Ik maak mijn ziel (fictie) publiek en houdt mij als persoon (lichaam) verborgen.' Tot op heden ontbreekt een reactie van een arts.