

PRAKTIESE BENADERING VAN KARSINOOM VAN DIE MAMMA*

M. H. WESSELS, *Chirurg, Bloemfontein*

Karsinoom van die bors vorm omtrent een-vyfde van die maligneiteite wat by vroue aangetref word. Om hierdie rede en ook omdat dit voorkom in 'n oppervlakkige orgaan wat maklik bereikbaar is, vereis dit spesiale aandag van alle praktisyns.

* Lesing gelewer by geleentheid van 'n opknappingskursus gereël deur die Nagraadse Skool-beplanningskomitee, Bloemfontein, 26 Junie 1959.

Simptome

1. Pyn kom gewoonlik nooit in vroeë gevalle voor nie.
2. Die tumor word die beste gevoel met die plat hand teen die borskaswand, veral as die M. pectoralis major aangespan word deur die pasiënt met die hand op die heup te laat druk. Hierdie tumor is gewoonlik hard, onreëlmatig, vry beweeglik, of gefikseerd.
3. Die toestand van die vel oor die tumor kan ongeskonde wees, of ingetrek by besigtiging of wanneer die vel opgelig

word. *Peau d'orange, cancer et cuirasse* en ulserasie is gewoonlik laat verskynsels.

4. Die tepel. Op die volgende tekens moet gelet word: Hoogstand, intrekking, waterige of bloederige afskeiding, en ulserasie.

5. Uitsaaings vind as volg plaas:

(a) Direk binne in die melkbuisie of buite die melkbuisie.

(b) Deur die limfbaan na die verskillende groepe van okselkliere, na die groep van interne borskliere langs die A. *mammaria interna*, of oor die *rectus*. Verspreiding kan plaasvind na enige van hierdie groepe kliere (afgesien van waar die tumor geleë is) en selfs na die teenoorgestelde kant. Hierdie feit is van groot belang by die behandeling en prognose.

(c) Deur die bloedstroom. Verspreiding langs hierdie weg is gewoonlik laat, behalwe in die akute vorms, en gaan hoofsaaklik na die longe, lewer, brein en die skelet.

(d) Transsoelomiese uitsaaing is gewoonlik laat.

Differensiële Diagnose

Die volgende toestande is soms moeilik met sekerheid van karsinoom te onderskei: chroniese absesse, traumatiese vetnekrose, siste, displastiese toestande, en fibro-adenome.

Daarom is daar net een metode om 'n juiste diagnose te maak, en dit is proefeksisie. Ons oogmerk is om juis in hierdie gevalle so gou as moontlik sekerheid te kry. Ons gaan dus tot 'n biopsie en wel 'n *eksisie*-biopsie oor, d.w.s. sonder om aan die tumor self te sny, maar dit te verwyder saam met 'n rand van gesonde weefsel. Die diagnose kan dan met sekerheid mikroskopies vasgestel word.

BEHANDELING

Daar bestaan verskeie behandelingsmetodes en daar is in die laaste tyd groot vordering, veral met betrekking tot laat gevalle, gemaak.

1. *Chirurgiese verwydering*: Dit bestaan uit 'n radikale mastektomie met opruiming van die okselkliere. Sommige chirurgie volstaan hiermee in die vroeë gevalle. Vanweë die feit dat in 'n sekere persentasie van gevalle, veral waar die tumor oor die mediale kwadrant voorkom, die uitsaaings na die interne groep van borskliere gaan, is daar chirurgie wat ook hierdie groep kliere verwyder. Dit is natuurlik 'n groot ingreep en die tyd sal leer of dit as roetine aangeneem moet word.

2. *Bestraling*. As 'n behandeling op sy eie word dit waarskynlik vandag net as 'n versagtingsmiddel in laat gevalle toegepas.

3. *Kombinasie van chirurgie en bestraling*. (a) Bestraling van die bors en sy dreinasie-gebied gevolg deur operasie word nie algemeen toegepas nie.

(b) Lokale mastektomie gevolg deur bestraling van die bors en sy dreinasie-gebied. In die hande van McWhirter gee dit net sulke goeie resultate as radikale chirurgie, maar ons moet onthou dat hy 'n baie groot ervaring het en sy tegniek perfek kon ontwikkel. In ons land bestaan nie daardie gewedige hoeveelheid materiaal nie en dit is dus moeiliker, veral in die kleinere sentra, om hierdie metode met dieselfde vertrouwe toe te pas.

(c) Radikale operasie, gevolg deur bestraling met spesiale klem op die interne borskliere en supraklavikulêre groepe van kliere, is waarskynlik onder ons omstandighede die aangewese metode van behandeling.

4. *Hormonale behandeling* het in die laaste jare sterk op die voorgrond getree. Dit het geblyk van groot nut in gevorderde gevalle te wees, d.w.s. waar uitsaaings deur die liggaam reeds bestaan.

(a) Tot 5 jaar na die menopouse word testosteroon as metieltestosteroon na kastrasie toegedien soos volg: 10 mg. *b.d.* vir eerste week, 25 mg. *b.d.* die tweede week, en 25 mg. *t.d.s.* daarna vir ten minste 3 maande. Hierdie behandeling veroorsaak vermanlikingsimptome wat soms taamlik lastig kan wees.

(b) Estrogeen word vanaf 5 jaar na die menopouse as stilbestrol toegedien. Die dosis word geleidelik tot 0.6 mg. *t.d.s.* verhoog.

Wanneer die hormone sy effek begin verloor, word 'n tweesydigse adrenalectomie of 'n hipofisektomie gedoen. Hierdie hormonale behandeling veroorsaak 'n groot tydelike verbetering by sommige pasiënte. Dit laat hulle 'n tydlang in betreklike gemak voortleef.

5. *Kombinasie van hormone en anti-mitotiese stowwe*, by. mosterdgasderivate soos tiotepa, wat intramuskulêr toegedien word, skyn besliste belofte in te hou.

OPSOMMING

Die simptome, differensiële diagnose en behandeling van kanker van die bors word kortliks bespreek.

SUMMARY

The symptoms, differential diagnosis and treatment of carcinoma of the breast are discussed briefly.