

wijst een groter oestrogeengebruik door vrouwen met een endometriumcarcinoom nog niet dat dit carcinoom door het oestrogeengebruik ontstond, resp. werd bevorderd. Bovendien zijn niet alle oestrogenen gelijk en hebben zij een verschillend effect op de eindorganen. Ook de afbraakproducten van deze oestrogenen dienen in het onderzoek betrokken te worden. Voorzichtigheid bij het voorschrijven van oestrogene stoffen zonder directe medische

noodzaak lijkt op grond van deze publikaties echter wel raadzaam.

Literatuur: SMITH, D. C., R. PRENTICE, D. J. THOMPSON en W. L. HERRMANN (1975) *New Engl. J. Med.* 293, 1164. — VEIL, M. J. en K. FINKLE (1975) *New Engl. J. Med.* 293, 1167.

P. G. HART

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Vaginisme

De klinische les van Dr. MUSAPH en Prof. HASPELS (1976) geeft mij op twee punten aanleiding tot commentaar:

1. De therapie van patiënte A bestaat aanvankelijk uit het advies voorlopig van coïtus af te zien en „autogene training volgens Schultz” te doen. Bij het tweede consult blijkt dat patiënte de oefeningen niet heeft uitgevoerd; „kennelijk was een enkel advies onvoldoende”. Welnu, een ontspanningstherapie die men met recht „volgens Schultz” mag noemen, vereist een vrij uitvoerige instructie. Voor een blijvend resultaat acht ik 5 à 6 zittingen het minimum. Wie in ernst verwacht van één advies resultaat te zien (en deze verwachting ontgaat de patiënt slechts zelden) zal doorgaans slechts bereiken dat patiënt zich ook in de therapeutische relatie ziet falen.

2. Aan patiënte B wordt, ter bestrijding van gespannenheid bij of vóór coïtus, medicatie aangeboden; het is niet duidelijk of hiervan ook gebruik is gemaakt. Gezien de dosering (2 mg diazepam) zou (zal) een farmacologisch effect niet opzienbarend geweest zijn. Een psychologisch effect is echter: patiënte wordt bevestigd in haar mening, dat zij niet op eigen kracht tot coïtus in staat zal zijn. M.i. is deze handelwijze alleen verdedigbaar indien de medicatie wordt aangeraden en geaccepteerd als een kruik die binnen vrij korte tijd kan worden weggeworpen. Waarom leert men deze patiënte niet een betere beheersing van haar lichaam?

Literatuur: MUSAPH, H. en A. H. HASPELS (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1589.

Middelburg, september 1976

J. J. A. VAN STRIEN

Gaarne willen wij de heer VAN STRIEN (psycholoog) onze erkentelijkheid betuigen voor het met ons meedenken over de therapeutische mogelijkheden, die wij vaginistische vrouwen op onze polikliniek seksuologie kunnen aanbieden. Hij zal het met ons eens zijn wanneer wij stellen dat het pas mogelijk is tot een verantwoorde keuze uit deze mogelijkheden te komen, indien wij ons hebben ingeleefd in de gegeven situatie van een bepaalde seksuele relatie.

De twee genoemde punten geven aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Indien wij tot de conclusie komen dat autogene training volgens Schultz geïndiceerd is, geven wij slechts de eerste oefening op. Wel weiden wij daarbij uitvoerig uit over de zin en de doelstelling van de training.

Wij trachten bij de beschrijving van patiënte B duidelijk

te maken, dat het voorschrijven van een tabletje van 2 mg diazepam per os als spierrelaxans een onderdeel is van onze therapeutische strategie. Het voorschrijven van een geneesmiddel heeft behalve een farmacotherapeutische ook een niet te onderschatten psychologische betekenis. Hiermede hebben wij niets kwaads van een chemisch geneesmiddel gezegd. Wij verwachten van deze lage dosis wel degelijk een farmacologisch effect en wel als onderdeel van een pakket maatregelen, dat zoals wij beschreven, opzienbarend resultaat had.

Wij verwijzen gaarne naar de slotzin van een recente bijdrage van een onzer: „The best psychotropic drug is still the doctor himself” (MUSAPH 1976).

Literatuur: MUSAPH, H. (1976) *Psychodermatology*. In: OSCAR W. HILL, *Modern trends in psychosomatic medicine*, 3. Butterworth, Londen.

Utrecht, oktober 1976

H. MUSAPH
A. A. HASPELS

Complicaties bij langdurige anticoagulantia-therapie met coumarinederivaten

In hun stuk wijzen JONKER en DEN OTTOLANDER (1976) terecht op het risico van bloedingen bij orale anticoagulantia-therapie. De nadelen van de behandeling dienen dan ook altijd tegen de voordelen te worden afgewogen. Het risico is echter m.i. niet zo groot als schrijvers menen. Uit het feit, dat er van de 46 patiënten, die met een hersenbloeding werden opgenomen er 11 anticoagulantia gebruikten en dat er hiervan negen overleden, trekken zij de conclusie dat deze negen sterfgevallen een gevolg van de orale anticoagulantia waren. Een gevolgtrekking, die op zijn minst voorbarig genoemd mag worden. Van de overige 35 patiënten, die geen anticoagulantia gebruikten en toch een hersenbloeding kregen, worden geen gegevens vermeld, met name ontbreekt in het stuk het aantal overledenen in deze groep. Er zijn aanwijzingen, dat onder antistollingsbehandeling de frequentie van hersenbloedingen niet toeneemt.

In de jaarverslagen over 1975 van een groot aantal trombosediensten, aangesloten bij de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten, blijken 30 dodelijke bloedingen die verband houden met de antistollingstherapie te zijn geregistreerd. Deze 30 werden geregistreerd in 33.351 behandelingsjaren, d.w.z. 1 op 1.111 behandelingsjaren of 0,09%.