

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%.

Bloedingen waarvoor ziekenhuisopname nodig was, kwamen in 36.716 behandelingsjaren 85 maal voor, d.w.z. 1 op 431 behandelingsjaren of 0,2%. Wanneer ook kleinere en minder ernstige bloedingen worden meegerekend, werd er gemiddeld bij alle trombosediensten, die hun jaarverslag instuurden, 1 bloeding op 80 behandelingsjaren geregistreerd of 1,2%.

Dank zij de goed functionerende trombosediensten in Nederland en mede door het streven van de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten naar kwaliteitsverbetering van de aangesloten diensten, is gelukkig de conclusie van schrijvers, dat t.g.v. bloedingen onder orale antistollingsbehandeling er 2% sterfte per jaar optreedt niet van toepassing in die gebieden, waar goede trombosediensten werkzaam zijn.

Door ons kan evenmin de conclusie worden onderschreven, dat de grotere bloedingen bij patiënten onder antistollingsbehandeling meestal dodelijk zijn.

Literatuur: JONKER, J. J. C. en G. J. H. DEN OTTOLANDER (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1359.

's-Gravenhage, september 1976 C. A. VAN DIJK-WIERDA,
directeur bureau der
Federatie van Nederlandse
Thrombosediensten

Collega VAN DIJK-WIERDA onderschrijft met ons dat antistollingsbehandeling een risico voor de patiënten kan betekenen. Als van 46 patiënten, opgenomen met een hersenbloeding, er 11 (23,9%) anticoagulantia gebruiken en van deze 11 patiënten er 9 (81,8%) overlijden, vinden wij dat toch onbegaanlijke cijfers. Te meer daar deze patiënten tevoren geen hypertensie hadden. Van de overige 35 patiënten, die geen antistollingsbehandeling kregen, stierven er 21 (60,0%). Van deze 21 patiënten hadden er 17 hypertensie tevoren en waren er 12 ouder dan 60 jaar.

Toegegeven zij dat wij niet kunnen bewijzen dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen het optreden van hersenbloedingen en anticoagulantia-behandeling, maar op grond van onze waarnemingen blijven wij van mening dat het risico een hersenbloeding te krijgen, gedurende de behandeling aanzienlijk is, zeker bij patiënten ouder dan 60 jaar. Ook de afloop van een éénmaal ontstane bloeding, al is de sterfte in de andere groep ook hoog, lijkt nog eens door antistollingsbehandeling nadelig te worden beïnvloed. Hier verschillen onze waarnemingen inderdaad met die van WINTZEN (1972).

Collega VAN DIJK-WIERDA vermeldt niet of zij nog over andere aanwijzingen beschikt dat onder antistollingsbehandeling de frequentie van hersenbloedingen niet toeneemt. Zij wijst er ons terecht op, dat de presentatie van onze getallen geen oorzakelijk bewijs betekent dat waargenomen bloedingen een causaal verband houden met de antistollingsbehandeling. Toch kan blijkbaar de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten dat wel, want zij registreerden in 1975 30 dodelijke bloedingen, die verband houden met de antistollingstherapie. Daar waar collega VAN DIJK-WIERDA een laag percentage complicaties opgeeft, verzuimt zij aan te geven hoe goed gemiddeld de antistolling is in de bij de Federatie aangesloten trombosediensten, zodat haar geruststellende woorden over een meevallend risico feitelijke grond missen.

Onze groep patiënten, die streng werd geselecteerd, is optimaal begeleid, niet door para-medisch personeel maar in elk contact en bij elke behandeling door een arts. Derhalve zijn

wij het met de geruststellende woorden van collega VAN DIJK-WIERDA niet eens en zeker niet met haar conclusie, dat waar goede trombosediensten werkzaam zijn, de 2%-sterfte per jaar niet van toepassing is. Wij stellen juist dat daar waar antistollingstherapie adequaat wordt toegepast, men rekening dient te houden met een aanzienlijk hogere sterfte aan bloedingcomplicaties. De sterfte wordt voor het grootste deel veroorzaakt door intracranieële bloedingen en het percentage waarmee men dient te rekenen zal hoger zijn naarmate bij meer oudere mensen de antistolling adequaat wordt uitgevoerd. Het is voor ons de vraag of de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten een zelfde hoog percentage van goede anticoagulatie kan tonen. Indien dit wel het geval zou zijn, zou het aanbeveling verdienen om kritisch na te gaan of de gegeven verzameling van grote hoeveelheden patiënten niet verbeterd moet worden, aangezien wij het voor mogelijk houden dat vele bloedingcomplicaties aan de aandacht van de betrokken trombosediensten ontsnappen.

Wij danken collega VAN DIJK-WIERDA voor haar kritische opmerkingen en de geboden gelegenheid enkele zaken te verduidelijken. Ongetwijfeld zal het op gang houden van een levendige discussie over dit onderwerp kunnen bijdragen aan het niet door ons betwijfelde streven van de Federatie van Nederlandse Thrombosediensten naar kwaliteitsverbetering van de aangesloten diensten. Vooralsnog blijven wij van mening, dat het nut van antistollingsbehandeling bij patiënten met atherosclerotische afwijkingen dubieus is en de indicatie derhalve controversieel, zodat een ieder die deze therapie toch bij zijn patiënten instelt, een waterdichte opvang en registratie van de moeilijkheden gedurende 24 uur per dag moet kunnen opbrengen.

Literatuur: WINTZEN, A. R. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1028.

Rotterdam, september 1976

J. J. C. JONKER

De tumoren bij xeroderma pigmentosum (XP)

Uit het artikel van collega BERGMAN (1976) kan men vernemen dat de niet chirurgische therapie met fluoro-uracil, behalve de chirurgische eliminatie van de maligne tumoren bij deze ziekte nog altijd centraal staat. Daarbij wijst hij op de plastische chirurgie. In de ziektegeschiedenis van 't oudste meisje (19 jaar) beschrijft hij een aantal van de door hem gevonden tumoren.

Aangezien wij de beide in dit artikel vermelde patiënten jarenlang behandelden en daarbij tumoren vonden van een grote verscheidenheid, waaronder enkele zeer zeldzame, menen we hierover mededeling te moeten doen voor hen die zich interesseren voor XP en de secundaire tumoren die daarbij voorkomen. Wij vonden de volgende tumoren:

A. Maligne huidtumoren: 1. basaliom (4); 2. fibroserend basaalcellen-epitheliom (Pincus) (1); 3. (verhoornend) plancellulair carcinoom (6); 4. mengtumor van basaliom en spinaliroom (1); 5. fibrosarcoom (3); 6. liposarcoom (1); 7. hemangiosarcoom (2); 8. maligne melanoom (10); 9. amelanotisch melanoom (1); 10. kerato-acanthoma met beginnende maligniteit (1).

B. Tumoren, die maligne kunnen gaan altereren: 11. precancereuze hyperkeratose (5); 12. kerato-acanthoma (2).

C. Benigne tumoren: 13. haemangioma (9); 14. reticulohistiocytair granuloma (1).