

Kort na het stellen van de diagnose werd deze patiënten verzocht vragenlijsten in te vullen betreffende zeven variabelen waarvan in eerder onderzoek samenhang met de overlevingsduur was aangetoond: sociaal netwerk en burgerlijke staat, voldoening in het werk, gebruik van psychofarmaca, algemene tevredenheid, oordeel over eigen gezondheid, mate van hoopeloosheid en hulpeloosheid en mate van aanpassing die de ziekte de patiënt naar eigen verwachting zou kosten. De 'score' op elk van deze zeven factoren en de 'somscore' werden door middel van drie statistische analyses vergeleken met de duur van overleving, respectievelijk van remissie van de patiënten.

Van de eerste groep patiënten zijn er 154 (75%) overleden. De duur van overleving verschilde niet voor patiënten met een hoge, middelmatige of lage psychosociale 'somscore' of 'score' op de zeven psychosociale subschalen. Tussen groepen van patiënten met een verschillende overlevingsduur waren evenmin verschillen in psychosociale score. Wel bleek er een samenhang te bestaan tussen de mate van bedlegerigheid en de uitbreiding van de ziekte enerzijds en de overlevingsduur anderzijds. Van de tweede groep patiënten kregen 41 (26%)

een recidief. Ook in deze groep werd in het geheel geen samenhang gevonden tussen de psychosociale 'scores' en het optreden van een recidief.

De schrijvers concluderen dat psychosociale factoren, waarvan bekend is dat ze van invloed zijn op de levensduur van de algemene bevolking of van kankerpatiënten, geen voorspellende betekenis hebben voor de duur van overleving of van remissie bij patiënten met een vergevorderde maligne ziekte. Dit sluit niet uit dat dergelijke factoren bij minder ernstige kanker toch een rol zouden kunnen spelen. Bij de onderzochte patiënten lijken biologische factoren echter mogelijke psychosociale invloeden op het beloop van de ziekte geheel te overschaduwten.

LITERATUUR

¹ Cassileth BR, Lusk EJ, Miller DS, Brown LL, Miller C. Psychosocial correlates of survival in advanced malignant disease? *N Engl J Med* 1985; 312: 1551-5.

M. W. HENGEVELD

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Het primaire leiomyosaroom van de blaas

Het artikel van collega Gobardhan (1986; 1068-70) noopt ons tot het plaatsen van enkele kanttekeningen. De uitspraak dat blaassarcomen bij mannen tweemaal zo veel voorkomen als bij vrouwen is onjuist indien we spreken over het leiomyosaroom, daar deze tumor meer bij vrouwen dan bij mannen wordt aangetroffen.^{1,2} Dit geldt evenzo voor lokalisatie in de blaas.³ De opmerking dat blaassarcomen het meest voorkomen in de eerste twee decennia is eveneens onjuist voor zover het het leiomyosaroom betreft. Dit type blaastumor wordt voornamelijk gezien bij patiënten boven de 40 jaar.³ De vermelde leeftijdsverspreiding van het blaassaroom wordt veroorzaakt doordat het embryonale rhabdomyosaroom (een relatief groot percentage van de blaassarcomen) vooral gezien wordt op zeer jonge leeftijd. De uitspraak over de histologische criteria op grond waarvan bij gladde-spierceltumoren tot maligniteit wordt besloten, is onjuist en onvolledig.

Vooral bij het leiomyosaroom zijn behalve de mitosenindex andere kenmerken als lokalisatie, grootte, polymorfie en necrose in de tumor van groot belang.^{2,5} De veronderstelling dat leiomyosarcomen van de blaas biologisch minder agressief zouden zijn dan andere blaassarcomen verdient enige toelichting. Immers, daar het wat de sarcomen van de blaas betreft in de vermelde literatuur hoofdzakelijk gaat om rhabdomyo- en leiomyosarcomen, is het waarschijnlijk dat de leiomyosarcomen biologisch minder agressief zullen zijn dan de rhabdomyosarcomen. Immers, rhabdomyosarcomen hebben in alle gevallen een hoge maligniteitsgraad (graad III), iets wat zeker niet geldt voor leiomyosarcomen, die een lage, intermediaire of hoge maligniteitsgraad kunnen hebben.

De uitspraak dat de prognose van het leiomyosaroom van de blaas relatief gunstig is, geldt dan ook zeker niet voor alle leiomyosarcomen. De prognose wordt bepaald door verscheidene kenmerken, waarbij de maligniteitsgraad zoals die bij

histopathologisch onderzoek kan worden vastgesteld een belangrijke rol speelt.

Wij zijn van mening dat een en ander illustreert dat in voorkomende gevallen overleg met de desbetreffende patholoog-anatoom kan leiden tot een onontbeerlijke bijdrage aan het tot stand komen van dergelijke artikelen.

LITERATUUR

¹ Enzinger FM, Weiss SM. *Soft tissue tumors*. St. Louis (USA): Mosby, 1983.

² Shmookler BM, Lauer DH. Retroperitoneal leiomyosarcoma. *Am J Surg Pathol* 1983; 7: 269-80.

³ MacKenzie AR, Whitmore WF, Melamed MR. Myosarcomas of the bladder and prostate. *Cancer* 1978; 22: 833-44.

⁴ Chen KTK, Tseng-Tong KWO, Hofmann KD. Leiomyosarcoma of the breast. *Cancer* 1981; 47: 1883-6.

⁵ Blaustein A. *Pathology of the female genital tract*. Berlin: Springer, 1977.

J. R. J. ELBERS
J. A. M. VAN UNNIK

Nieuwegein,
Utrecht, juli 1986

De opmerkingen van de collegae Elbers en Van Unnik geven waardevolle aanvullingen op mijn artikel over primaire leiomyosarcomen van de blaas. Het was slechts mijn bedoeling de aandacht te vestigen op deze zeldzame tumor, in het bijzonder op het feit dat alleen adequate chirurgische therapie bij deze kwaadaardige tumor kans op genezing kan geven. Zoals de inzenders hebben benadrukt, zijn het juist de rhabdomyosarcomen van de blaas die de mesenchymale maligniteiten van dit orgaan zo'n omineuze klank hebben gegeven. Het is dan ook van belang, zoals in mijn artikel wordt betoogd, de consequenties van de diagnose leiomyosaroom te onderkennen.

B. A. GOBARDHAN

Utrecht, augustus 1986