

Summary:

Title: The static bone cavity (Stafne).

The static bone cavity of the mandible is of rather rare occurrence. A review of the literature and a description of 4 own cases are given. In these cases no relationship could be demonstrated by sialography between the concavity and the submandibular salivary gland. There was no progression. In none of the cases exploration or operative treatment was done.

Literatuur:

1. Amaral, W. J., Jacobs, D. S. (1960): Aberrant salivary gland defect in the mandible. *Oral Surg.* 14: 748.
2. Bergenholtz, A., Persson, G. (1963): Idiopathic bone cavities: Report of four cases. *Oral Surg.* 16: 703.
3. Bernstein, H. F., Law, R. C., Pomeye, F. W. (1958): Static bone cavities of the mandible: Review of literature and report of case. *J. Oral Surg.* 16: 46.
4. Choukas, N. C., Toto, P. D. (1960): Etiology of static bone defects of the mandible. *J. Oral Surg.* 18: 16.
5. Fordyce, G. L. (1956): Probable nature of so-called latent haemorrhagic cysts of the mandible. *Brit. Dent. J.* 101: 40.
6. Harvey, W., Noble, H. W. (1968): Defects on the lingual surface of the mandible near the angle. *Brit. J. Oral Surg.* 6: 75.
7. Hayes, H. (1961): Aberrant submaxillary gland tissue presenting as a cyst of the jaw. *Oral Surg.* 14: 313.
8. Jacobs, M. H. (1955): Traumatic bone cyst. *Oral Surg.* 8: 940.
9. Johnson, C. C. (1970): Analysis of panoramic survey. *J.A.D.A.* 81: 151.

10. Karmiol, M., Walsh, R. F. (1968): Incidence of static bone defect of the mandible. *Oral Surg.* 26: 225.
11. Killey, H. C., Kay, L. W. (1966): Benign cystic lesions of the jaws. Edinburgh, Livingstone. Pag. 107.
12. Mack, L. M., Woodward, H. W. (1969): Static bone defect of the mandible. *J. Oral Surg.* 27: 262.
13. Panders, A. K. (1970): Fibro-osseuze en fibro-osseuzemententeuze dysplasie van de kaken. Academisch proefschrift. Groningen. Pag. 120.
14. Peterson, L. W. (1944): Cystic cavity in the mandible. *J. Oral Surg.* 2: 182.
15. Richard, E. L., Ziskind, J. (1957): Aberrant salivary gland tissue in the mandible. *Oral Surg.* 10: 1086.
16. Rushton, M. A., Cantab, B. C. (1946): Solitary bone cysts of the mandible. *Brit. D. J.* 81: 37.
17. Seward, G. R. (1960): Salivary gland inclusions in the mandible. *Brit. D. J.* 108: 321.
18. Shafer, W. G., Hine, M. K., Levy, B. M. (1963): A textbook of oral Pathology. Philadelphia, Saunders. Pag. 33.
19. Stafne, E. C. (1958): Oral roentgenografic diagnosis. Philadelphia, Saunders. Pag. 162.
20. Thoma, K. H. (1955): Case report of a so-called latent bone cyst. *Oral Surg.* 8: 963.
21. Thoma, K. H., Goldman, H. M. (1960): Oral pathology. St. Louis Mosby. Pag. 771.
22. Tietze, R. W. (1965): Oral Pathology. New York, McGraw-Hill. Pag. 561.
23. Tolman, D. E., Stafne, E. C. (1967): Developmental bone defects of the mandible. *Oral Surg.* 24: 488.

Oostersingel 59,
Groningen.

IN DISCUSSIE MET REISEL

H. VAN DEN HUL

De Redactie van dit Tijdschrift spreekt in enkele zinnen, voorafgaande aan de publikatie van Reisel: „Klinische osteoporose en parodontopathie” (Ned. T. Tandheelk. 78: 132-135, april 1971), de hoop uit dat dit artikel aanleiding zal geven tot discussie en samenwerking tussen medici en tandartsen tot verdere opheldering van dit probleem.

Schrijver dezes echter, heeft het vermoeden dat die discussie moeilijk op gang zal komen omdat het artikel een aantal onduidelijkheden bevat, waardoor de lezer onvoldoende geïnformeerd wordt over het feitelijke probleem.

Zo staat onder 3 (*Diagnostische overwegingen*), dat voor het stellen van de diagnose de röntgenfoto zeer belangrijk is. Reisel laat echter achterwege dat de röntgenfoto geen uitsluitsel geeft over het bestaan van een osteoporose of een osteomalacie, afwijkingen die vaak

hetzelfde röntgenbeeld geven. Voor een differentiële diagnose is een botbiopsie dan onontbeerlijk. Volgens Reisel evenwel is de botbiopsie „een methode die geen praktisch bruikbare resultaten heeft opgeleverd” (pag. 132).

Onder dit zelfde punt 3 (pag. 133) echter vindt Reisel de botbiopsie „een belangrijke methode”, maar meent dat de resultaten hiervan niet representatief hoeven te zijn voor afwijkingen van het skelet elders in het lichaam. Maar hetzelfde kan gezegd worden van röntgenonderzoek. Zo werden door Groen, Duyvensz en Reisel (1949) vrijwel uitsluitend het röntgenbeeld van de wervelkolom vergeleken met dat van het gebit.

In de jaren dat Reisel op de Antillen werkzaam was, zag hij zijn conceptie (welke conceptie?) verder bevestigd.

Wat Reisel opvalt is, dat bij de negerpopulatie op de

*Uit de afdeling Pathologie
van de Mondholte van het
Tandheelkundig Instituut te Utrecht.
Hoofd: Dr. W. J. Visser.*

Antillen weinig verschijnselen van osteoporose zijn waar te nemen. Maar Luyken c.s. (1967) vinden in de West (Suriname) bij de gekleurde bevolking van 6-12 jaar juist een calciumarm dieet, nl. van 350-900 mg/dag, zodat een onderzoek naar het voorkomen van osteoporose in de West gemotiveerd is. Dit onderzoek is trouwens reeds aan de gang.

Over het onderzoek van Reisel op de Antillen wordt men verder in het ongewisse gelaten. De waarneming dat geen enkele patiënt met „bot-osteoporose” (d.i. bot-botporositeit) nog een „intact” gebit had, bewijst niet dat er een duidelijke relatie bestaat tussen osteoporose en parodontopathieën.

Volgens Reisel heeft de World Health Organization in vele landen, waar de bevolking lijdt aan ondervoeding, reeds bij jonge mensen de combinatie parodontopathie en algemene osteoporose kunnen vaststellen. Leest men het rapport van de WHO (1961) na, dan wordt hier echter geen woord aan gewijd.

De andere publikaties die Reisel in het geding brengt, blijken niets met het gestelde probleem te maken te hebben (Basu en Dutta, 1963; Greene, 1960).

Vervolgens wordt in het kort het onderzoek van Henrikson (1968) genoemd. In de desbetreffende publikatie worden botafwijkingen beschreven bij honden, die een langdurig calciumarm dieet hebben gehad. Deze afwijkingen worden door Reisel als osteoporose opgevat, terwijl Henrikson zelf spreekt van osteodystrofia fibrosa, een afwijking die bepaald niet synoniem is met osteoporose.

Onder 5 (*Diagnose*), punt 3, heeft Reisel reeds het bestaan van een parodontopathie als criterium aangeno-

men voor het stellen van een vermoedelijke diagnose: osteoporose. Wij hebben het gevoel dat dit toch iets te ver gaat en geloven dat dit hoogstens toelaatbaar zou zijn na een gedegen onderzoek. Aan dit onderzoek dient bovendien een duidelijke probleemstelling vooraf te gaan. Bij het vaststellen van de diagnose osteoporose behoren een zo groot mogelijk aantal parameters te worden gehanteerd. De te hanteren begrippen dienen duidelijk te zijn gedefinieerd.

De literatuurlijst omvat 19 referenties, waarvan er 9 niet in de tekst zijn terug te vinden. De gerefereerde artikelen van Groen (1960) en van Bauer en Aub worden in deze lijst niet vermeld.

Schrijver dezes wil de werkhypothese van Reisel niet geheel verwerpen, maar betreurt wel dat de hypothese op deze wijze naar voren is gebracht.

Literatuur:

1. Basu, M. K., Dutta, A. N. (1963): Report on prevalence of periodontal disease in the adult population in Calcutta by Ramfjord's technique. *J. All. India Dent. Ass.* 35: 187-201.
2. Greene, J. C. (1960): Periodontal disease in India; report of an epidemiological study. *J. Dent. Res.* 39: 302.
3. Groen, J., Duyvensz, F., Reisel, J. H. (1949): Parodontopathie (diffuse alveolairatrofie) en (pre)seniele osteoporose van de wervelkolom. *Tijdschr. v. Tandheelk.* 56: 627-642.
4. Henrikson, P. A. (1968): Periodontal disease and calcium deficiency. *Acta Odont. Scand. Suppl.* 50, vol. 26.
5. Luyken, R., Luyken-Koning, F. W. M., Cambridge, T. H., Dohle, T., Bosch, R. (1967): Studies on physiology of nutrition in Suriname. *Am. J. Clin. Nutr.* 20: 34-42.
6. World Health Organization (1961): Periodontal disease. Report of an expert committee on dental health. Geneva, no. 207.

Jutfaseweg 7,
Utrecht.

PREPROTHETISCHE CHIRURGIE (vervolg)

H. TIDEMAN

VI. Vestibulumplastiek in de onder- en bovenkaak met behulp van een vrij mucosatransplantaat uit de wang

De resorptie van de processus alveolares in de onder- en bovenkaak heeft tot gevolg, dat de omslagplooi verstrijkt en dat de spieraanhechtingen tenslotte de kam raken. In de loop der tijden zijn - zoals reeds in hoofdstuk IV is vermeld - verschillende technieken gebruikt, om een relatieve verhoging van de processus te verkrijgen. Het doel van deze technieken is ten eerste de

aanhechtingsplaatsen van de weke delen en spieren te verplaatsen, ten tweede een zo groot mogelijke, onbegrijpelijke weefsellaag op het bot te verkrijgen.

Deze technieken kan men in vier hoofdgroepen verdelen:

1. Genezing van het wondbed door secundaire epithelisatie.
2. Bedekken van het wondbed door mucosa uit de omgeving.

Uit de kliniek voor Mondheelkunde en Chirurgische prothetiek (Wilhelmina Gasthuis) van de Universiteit van Amsterdam. Hoofd: Prof. M. Hut.