

maaginhoud bij gastritis, kan foetor geven wanneer de maaggassen zich bij oprispingen een weg naar buiten banen.

Herweyer (1976) vermeldt als een niet zelden voorkomende oorzaak van foetor ex ore de uitademing van methaan. Dit methaan wordt in de dikke darm door bacteriën gevormd. Het is niet bekend hoe het komt dat sommige mensen een methaan-vormende darmflora bezitten en andere niet. De behandeling is vrij eenvoudig. Wanneer de pH in de dikke darm lager wordt, verandert de bacterieflora. Men kan dit bereiken door de patiënt enkele weken lactulose te laten innemen. Reeds spoedig na het begin van de kuur wordt geen methaan meer uitgeademd.

Na het beëindigen van de kuur blijft het goede resultaat meestal behouden. Een recidief kan op dezelfde wijze worden behandeld.

Ulcererende tumoren van de hypopharynx en van de tongbasis, en hypopharynxdivertikels – Zenkerdivertikels – veroorzaken sterke foetor.

Tandartsen worden in hun contact met patiënten herhaaldelijk geconfronteerd met slechte adem. Men beschouwe dit niet als een onschuldig symptoom, maar geef het de aandacht die deze hinderlijke afwijking verdient. Het is niet altijd een betrekkelijk onschuldige afwijking die de foetor veroorzaakt, soms kan er wel degelijk een ernstig en zelfs dodelijk ziekteproces aan ten grondslag liggen. Het is de taak van de tandarts bij

het constateren van slechte adem de oorzaak op te sporen en zo deze zich op zijn terrein bevindt te elimineren. Blijft de slechte adem bestaan ondanks een zorgvuldige verwijdering van alle tandheelkundige foetorbronnen, dan moet de tandarts de patiënt doorsturen naar de huisarts voor verder onderzoek. Slaagt de tandarts erin de foetor te elimineren, dan kan dit onder meer bewerkstelligen, dat een patiënt zich sociaal beter kan handhaven.

Omdat in verreweg de meeste gevallen de oorzaak van foetor ex ore op het terrein van de tandarts ligt, is voor deze resp. de onder zijn leiding werkzame hondhygië-niste een belangrijke taak weggelegd.

*Literatuur:*

1. Herwijer A. W. (1976): Ingezonden. Ned Tijdschr Geneesk 120: 213.
2. McNamara, T. F., J. F. Alexander, M. Lee (1972): The role of micro-organisms in the production of oral malodor. Oral Surg 34: 41.
3. Sillevs Smitt, P. A. E. (1960): Enige klinische en bacteriologische aspecten van de gingivitis gangraenosa. Proefschrift Amsterdam.
4. Swart, J. G. N., W. A. M. van der Kwast (1975): Foetor ex ore. Ned Tijdschr Geneesk 119: 2021.
5. Wit, G. de (1966): Foetor ex ore. Ned Tijdschr Geneesk 110: 1689.

Maart 1976.

De Boelelaan 1117,  
Amsterdam 1011.

## DENTURE SORE MOUTH EN NEUROSOMATISCHE LABILITEIT

N. H. GROENMAN

B. G. WAKKERS-GARRITSEN

L. H. TIMMER

J. P. NATER

*Trefwoorden:* Denture sore mouth – Psychologie

### *Inleiding*

Timmer e.a. (1975) doen in dit tijdschrift verslag van een onderzoek dat zij uitvoerden bij 24 patiënten, lijdend aan 'denture sore mouth' (DSM). In dit onderzoek gingen zij de invloed van een aantal

somatische factoren na. De bevindingen van het onderzoek van Timmer e.a. zijn negatief, zij kunnen geen significante verschillen tussen de experimentele en vergelijkingsgroep noteren. In de discussie werpen zij de vraag op in hoeverre een psychosomatische

*Uit de afdeling Medische Psychologie van de rijksuniversiteit te Groningen.*

*Hoofd: Prof. Dr. P. E. Boeke.*

*Uit de afdeling Dermatologie van de rijksuniversiteit te Groningen.*

*Hoofd: Prof. Dr. A. H. Klokke.*

*Uit de afdeling Prothetodontie van de rijksuniversiteit te Groningen.*

*Hoofd: Prof. J. G. van der Ven.*

factor een rol speelt. Het onderzoek dat in dit artikel beschreven wordt, wil hier nader op ingaan.

De term 'psychosomatisch' dient vanwege de 'semantic and conceptual confusion' (Lipowski, 1968) waarin het veld der psychosomatiek zich bevindt, nader te worden omschreven. De heden ten dage meest geaccepteerde omschrijving van een psychosomatische stoornis is die van Halliday (1948): 'A bodily disorder in which the application of the psychological approach provides information of high aetiological relevance'. In deze omschrijving zijn, voor ons, twee punten van belang. In eerste instantie dient er, wil er gesproken kunnen worden van een psychosomatische stoornis, sprake te zijn van een objectief aantoonbare lichamelijke afwijking. Betreffende de DSM stellen Timmer e.a. (1975): 'Vaak is het aspect van de mondholte, ondanks de heftige subjectieve klachten, normaal'. Van een objectieve lichamelijke afwijking is vaak geen sprake. Ten tweede spreekt de omschrijving van 'aetiologische relevantie van de psychologische benaderingswijze'.

De opzet van het hieronder beschreven onderzoek staat een uitspraak voor een causaal verband tussen een psychologische factor en het optreden van DSM niet toe. Vanwege deze twee redenen zullen wij de term 'psychosomatisch' niet verder in dit artikel bezigen. Het doel van ons onderzoek was een eerste exploratie naar de samenhang tussen psychologische factoren en DSM.

#### Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 22 patiënten. Het waren, op twee na, dezelfde patiënten waarover Timmer e.a. (1975) rapporteerden. Twee vrouwelijke patiënten werden uit de oorspronkelijke groep van Timmer verwijderd, omdat zij, ten tijde van het psychologisch onderzoek, met ernstige, niet permanente psychosociale problematiek kampten. De informatie die het psychologisch onderzoek bij deze proefpersonen zou opleveren zou zeker vertekend zijn door een niet-permanente factor. De experimentele groep bestond uit 17 vrouwen en 5 mannen, in leeftijd variërend van 77 jr. tot 47 jr. De leeftijdsmediaan bedroeg 63 jaar.

Allen droegen een totale gebitsprothese. De klachten die de patiënten uitten ten aanzien van de prothese waren nader gediagnostiseerd als vallend in de DSM-categorie.

We stelden een vergelijkingsgroep samen van personen, óók een volledige gebitsprothese dragend, één en ander zonder noemenswaardige klachten. Bij het samenstellen van de vergelijkingsgroep pasten we een matchingsprocedure toe, dit wil zeggen dat we bij iedere experimentele proefpersoon een, op een aantal relevante factoren met hem overeenkomende, proefpersoon in de vergelijkingsgroep opnamen. De relevante geachte factoren zijn: -leeftijd, -geslacht, -burgerlijke staat, -socio-economische laag (bepaald via Van Tulder, 1962), -inwonertal woongemeente (bepaald via Statistisch Zakboek voor het Noorden des Lands, 1974).

Dit houdt in dat we voor patiënt X (gebitsprothese met DSM-klachten, 77 jaar oud, vrouwelijk geslacht, weduwe, socio-economische laag V, inwonertal woongemeente tussen 10.000 en 25.000) in de vergelijkingsgroep een proefpersoon X' opnamen (gebitsprothese zonder klachten, 77 jaar oud, vrouwelijk geslacht, weduwe, socio-economische laag V, inwonertal woongemeente tussen 10.000 en 25.000).

De zin van een matchingsprocedure is daarin gelegen, dat eventueel te vinden verschillen in (psychologische) onderzoeksresultaten niet óók kunnen worden toegeschreven aan een aantal alternatieve hypothesen (zoals leeftijdsverschil etc.).

We namen de experimentele en vergelijkingsgroep de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) af (Wilde, 1963). De ABV is een vragenlijst die op betrouwbare en valide wijze (zie NIP-documentatie tests en testresearch, 1974) de volgende persoonlijkheidskenmerken meet:

- neurotische labiliteit; nader te omschrijven als de kans van betrokkene om, indien geplaatst in stresssituaties, neurotisch te reageren.
- extraversie.

Naast deze twee persoonlijkheidskenmerken meet de ABV ook de testattitude, die uitgedrukt wordt in de z.g. T-score. Algemeen wordt aangenomen dat deze score een indruk geeft over de betrouwbaarheid waarmee de individuele proefpersoon de test heeft ingevuld.

De neurotische labiliteit is door Wilde geoperationaliseerd in de N-score (Neuroticisme) een NS-score (Neurosomatische score). De NS-score is voornamelijk gebaseerd op de beantwoording van vragen naar somatische klachten, die meestal van neurotische aard zijn; de N-score is gebaseerd op vragen met een 'neurotische' inhoud zonder de somatische omweg.

Anders verwoord: men kan stellen dat de N-score en NS-score staan voor de neiging tot klagen.

De (sociale) extraversie is geoperationaliseerd in de E-score. Strikt genomen is het onduidelijk wat deze score in feite betekent (Wilde, 1963). Doorgaans gaat men er echter vanuit dat de score slaat op een persoonlijkheidsdimensie die zich beweegt van een introverte pool ('naar binnen', c.q. op zichzelf gericht) naar een extraverte pool ('naar buiten', c.q. op anderen gericht; sociaal georiënteerd; 'out-going').

### Resultaten

Bij de evaluatie van de resultaten werd gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U-toets. Deze statistische toets staat o.a. beschreven in Siegel (1956) en Guilford (1956). Tabel I geeft de gemiddelden en standaarddeviaties van de ruwe scores op de diverse ABV-dimensies.

Tabel I. Ruwe ABV-scores, gemiddelden, standaarddeviaties.

	exp. groep N = 22		verg. groep N = 22		U	p
	M	S <sub>x</sub>	M	S <sub>x</sub>		
N	57,91	24,99	49,64	19,94	198	>0.05
NS	25,82	8,64	18,95	6,07	124	<0.01
E	50,27	18,42	51,86	17,16	225	>0.05
T	48,23	10,07	45,86	7,27	198	>0.05

We vinden alléén een significant verschil op de NS-score, en wel op 1% niveau, tweezijdig getoetst, tussen de experimentele (DSM-) groep en de vergelijkingsgroep.

In tabel I worden de gegevens vermeld over de gehele groep en in de tabellen II en III de gegevens per geslacht.

Tabel II. Ruwe ABV-scores, gemiddelden, standaarddeviaties.

vrouwen	exp. groep N = 17		verg. groep N = 17		U	p
	M	S <sub>x</sub>	M	S <sub>x</sub>		
N	58,41	26,38	52,00	18,10	126	>0.05
NS	25,65	8,43	19,71	6,52	85	<0.05
E	47,71	18,63	50,59	19,17	132	>0.05
T	49,71	10,05	46,53	7,01	108	>0.05

Tabel III. Ruwe ABV-scores, gemiddelden, standaarddeviaties.

mannen	exp. groep N = 5		verg. groep N = 5		U	p
	M	S <sub>x</sub>	M	S <sub>x</sub>		
N	56,20	22,16	41,60	25,93	7	>0.05
NS	26,40	10,38	16,40	3,58	2	<0.05
E	59,00	16,42	56,20	6,72	12	>0.05
T	43,20	9,34	43,60	8,50	12	>0.05

Ook als we de gegevens analyseren per geslacht treden er significante resultaten op de ABV-NS-schaal (5%, tweezijdig getoetst) op.

De resultaten zoals weergegeven in de tabellen I, II en III suggereren dat de DSM-patiënt(e) wordt gekenmerkt door klaaggedrag, op neurotische basis, over lichamelijke symptomen in het algemeen.

We kunnen de gegevens der DSM-groep ook vergelijken met de gegevens zoals die door Wilde (1963), als geldend voor de Nederlandse bevolking in zijn geheel zijn gepubliceerd. Wilde publiceert normen alléén voor vrouwen en voor mannen apart.

In tabel IV worden de gegevens vermeld van de experimentele (DSM-) groep, afgezet tegen de gegevens der Nederlandse bevolking in zijn geheel.

Tabel IV. Gegevens experimentele groep afgezet tegen gegevens Nederlandse bevolking.

	vrouwen (N = 17)		mannen (N = 5)	
	ruwe score (M)	deciel	ruwe score (M)	deciel
N	58,41	VII	56,20	VII
NS	25,65	IX	26,40	X
E	47,71	IV	59,00	VII
T	49,71	V	43,20	IV

Uit tabel IV blijkt dat 80% der Nederlandse vrouwen en 90% der Nederlandse mannen een lagere score op de ABV-NS-schaal haalt dan de gemiddelde vrouwelijke respectievelijk mannelijke DSM-patiënt(e). Wederom wordt hierdoor de suggestie gewekt als zou de DSM-patiënt(e) gerekend moeten worden tot die groep

mensen die gekenmerkt wordt door klaagedrag, op neurotische basis, betreffende lichamelijke symptomen in het algemeen.

### Discussie

Wat is de betekenis van de gevonden verschillen op de ABV-NS-schaal. Door de toegepaste matchingsprocedure kunnen we een aantal factoren als verklaaringsgrond voor de gevonden verschillen uitsluiten. Het verschil is niet tot stand gekomen omdat de experimentele- en vergelijkingsgroep qua opbouw verschilden, naar geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, socio-economische laag en inwonertal van de woongemeente.

Wel speelt mee in het tot stand komen van het gevonden verschil de al of niet aanwezigheid van DSM-klachten. Maar naast de gecontroleerde factoren (door de matchingsprocedure) kunnen er niet-gecontroleerde factoren aanwezig zijn welke het experiment verstoren.

Eén of een combinatie van deze niet-gecontroleerde factoren zou mede verantwoordelijk kunnen zijn voor de gevonden verschillen op de ABV-NS-schaal. Dit is één der redenen waarom een aanpraak over causaliteit (en de richting daarvan) achterwege dient te blijven. Voor één van deze niet-gecontroleerde factoren waarschuwt Schuler (1966): het is namelijk gebleken dat de NS-score mede beïnvloed wordt door somatische klachten op niet-neurotische basis.

Beschouwd vanuit de ABV als meetinstrument is het meespelen van somatische klachten op niet-neurotische basis op de NS-schaal, te beschouwen als niet uitgefilterde 'ruis'. In hoeverre speelt deze 'ruis' een rol? We noemen twee elkaar tegensprekende onderzoeksresultaten. Vecht-Van den Berg en Rooymans (1976, pers. comm.) vinden geen verhoogde NS-score in een groep van 63 opgenomen chirurgische patiënten. Deze bevinding pleit vóór de zuiverheid van de NS-schaal als meetinstrument van de dispositie klagen over lichamelijke symptomen op neurotische basis. De resultaten van het onderzoek van Wijffels en Janzing (1969) pleiten daar echter tegen. Zij vinden in een groep van 50 opgenomen chirurgische patiënten wél een verhoogde NS-score en zij aarzelen geen ogenblik deze verhoogde score toe te schrijven aan de somatische toestand der patiënten.

Bij het trekken van conclusies dient, ons inziens, enige terughoudendheid te worden betracht. Het lijkt ons dan ook juist aan te nemen dat er inderdaad aan de zuiverheid van de NS-schaal als meetinstrument valt te

twijfelen. In dit licht zal men de conclusie moeten relativeren als zou de DSM-patiënt(e) thuishoren in de categorie der neurotische klagers. Wel lijkt het ons gerechtvaardigd te stellen dat we een eerste aanwijzing voor de juistheid van deze conclusie in ons onderzoek hebben aangedragen: nader onderzoek omtrent deze kwestie is zeker noodzakelijk.

### Samenvatting:

Door Timmer e.a. (1975) wordt verondersteld dat psychologische factoren een rol spelen bij denture sore mouth (DSM); 22 van de 24 door Timmer e.a. (1975) reeds eerder onderzochte DSM-patiënten wordt een persoonlijkheidsvragenlijst (de Amsterdamse Biografische Vragenlijst - ABV) afgenomen.

De testresultaten van de DSM-groep worden vergeleken met die van een, door een matchingsprocedure tot stand gekomen, vergelijkingsgroep.

De resultaten suggereren dat de DSM-patiënt psychologisch gekenmerkt wordt door klaagedrag, op neurotische basis, betreffende lichamelijke symptomen in het algemeen. Deze suggestie wordt kritisch besproken.

### Summary:

Title: Denture sore mouth and neurosomatic lability.

Timmer et al. (1975) assume that psychological factors may be important in patients complaining of denture sore mouth (DSM); 22 of 24 patients previously investigated by Timmer et al. (1975) are interviewed with a personality questionnaire (Amsterdamse Biografische Vragenlijst - ABV).

Testresults of the DSM-group and a matched control group are compared. In the discussion the data are evaluated: they suggest that complaining behaviour concerning somatic symptoms in general, on a neurotic base, is a psychological characteristic of DSM patients.

### Literatuur:

1. Guilford, J. P. (1956): Fundamental statistics in psychology and education. McGraw-Hill, New York.
2. Halliday, J. L. (1948): Psychological medicine. Norton, New York.
3. Lipowski, Z. J. (1968): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine: III. Theoretical Issues, Psychosomatic Medicine 30: 395-423.
4. NIP-documentatie tests en testresearch (1974): Nederlands Instituut van Psychologen, Amsterdam.
5. Schuler, J. (1966): 'Krakende Kaken', Acad. Proefschrift, Rijksuniversiteit te Groningen.
6. Siegel, S. (1956): Nonparametric statistics for the behavioral sciences. McGraw-Hill, New York.
7. Statistisch Zakboek voor het Noorden des Lands (1974): Osinga, Bolsward.
8. Timmer, L. H., Wackers-Garritsen, B. G., Nater, J. P. (1975):

- Het denture sore mouth probleem. Ned Tijdschr Tandheelkd 82: 382-387.
9. *Tulder, J. J. M. van* (1962): De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919 tot 1954. Stenfert Kroese, Leiden.
  10. *Vecht-v.d. Berg, R., Rooymans, H. G. M.* (1976): Persoonlijke mededeling.
  11. *Wilde, G. J. S.* (1963): Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode. Van Rossen, Amsterdam.

12. *Wijffels, N., Janzing, C.* (1969): Psychologie van de ziekenhuispatiënt en de ABV. Gawein 17: 109-121.

Februari 1976.

Adres: N. H. Groenman, klinisch psycholoog,  
Afd. Medische Psychologie,  
Academisch Ziekenhuis,  
Oostersingel 59,  
Groningen.

## DE PROGENIE-OPERATIE VOLGENS ROBINSON

TECHNIEK, COMPLICATIES, RESULTATEN

M. F. NOORMAN VAN DER DUSSEN

*Trefwoorden:* Progenie – Kaakchirurgie – Operatie volgens Robinson

### *Inleiding*

Het feit dat van 20 patiënten, die in de kliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de rijksuniversiteit te Utrecht volgens een enigszins gemodificeerde methode van Robinson waren geopereerd, de gegevens van de nacontrole konden worden verwerkt, is een welkome aanleiding deze methode aan een nadere beoordeling te onderwerpen.

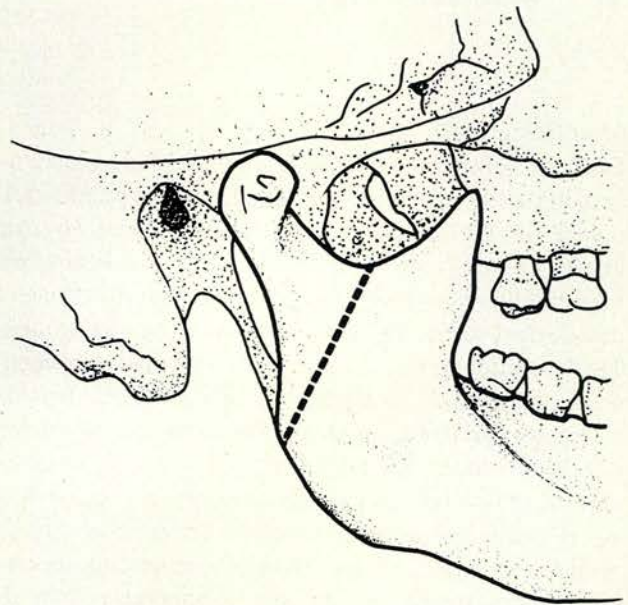
### *De methode Robinson*

#### *Oorspronkelijk concept*

De eerste publikatie die deze operatietechniek benadert, is van Limberg (1925). Deze auteur gebruikte de methode echter ter correctie van een open beet, die wij nu juist zien als een contra-indicatie voor deze operatie. Daarna publiceerden Kostecka (1933), Schaeffer (1941) en anderen een soortgelijke methode, terwijl aan het eind van de jaren vijftig een operatietechniek in Amerika tegelijkertijd door Thoma (1958), Robinson (1958) e.a. voor het voetlicht werd gebracht. De techniek zoals Robinson ze beschreef is als volgt: vrijleggen van de mandibula via een incisie van  $\pm 3$  cm lengte, ongeveer 1 cm onder de kaakhoek. Het periost van de mandibula wordt geïndiceerd en afgeschoven tot aan de incisuur. De osteotomie wordt van het diepste punt van de incisuur dorso-caudaalwaarts tot aan de achterrand van de ramus ascendens 1 tot 3 cm

*Uit de universiteitskliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht.  
Hoofd: Dr. P. Egyedi.*

boven de kaakhoek (zie afb. 1) gelegd. Bij het naar distaal brengen van het corpus mandibulae wordt zorg gedragen voor een lateropositie van het proximale fragment.



Afb. 1. Osteotomie volgens Robinson.