

orthognatic surgery. However, the by these operations sometimes caused damage to the lower alveolar nerve, remains a serious problem that has to be solved in the near future.

Literatuur:

1. Brons, R. (1970): Stabiele interne fixatie bij corpus mandibulae fracturen. Acad. proefschrift Groningen.
2. Härle, F. (1975): Visor osteotomy to increase the absolute height of the atrofied

mandible. J Max Fac Surg 3:257.

3. Kostecka, F. (1937): Horizontale Osteotomie beider Zweige des Unterkiefers, Zwecks Anfertigung einer Prothese (bei Progenie). Cs Stomat 37:735.
4. Neuner, O. (1973): Correction of mandibular deformities. Oral Surg 36:779.
5. Obwegeser, H. (1958): Die Kinnvergrößerung. Öst Z Stomat 55:535.
6. Spiessl, B. (1976): New concepts in maxillo-facial bone surgery. Springer Verlag

Berlin, Heidelberg, New York.

7. Steinhäuser, E. W. (1976): Alveolotomie nach Dean zur Korrektur der parodontal geschädigten protrudierten Oberkieferzähne. Dtsch Z Zahnheilkd 31:232.
8. West, R. A., Burk, J. L. (1974): Maxillary osteotomies for preprothetic surgery. J Oral Surg 32:13.

April 1977.

Adres: Dr. J. Rittersma,
Brinkhoekweg 23,
Zwolle.

SIALOLITHIASIS VAN EEN KLEINE SPEEKSELKLIER

R. J. ESSER

J. J. ZECHA

H. N. HADDERS

Uit de kliniek voor Mondheelkunde van het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

Hoofd: Prof. Dr. G. Boering.

Uit het Pathologisch-anatomisch laboratorium

(hoofd: Prof. Dr. Ph. J. Hoedemaeker),

afdeling Orale Pathologie van de R.U. Groningen.

Hoofd: Prof. Dr. H. N. Hadders.

Trefwoorden: Mondheelkunde – Sialolithiasis – Speekselklieren

Inleiding

Speekselstenen worden overwegend in de grote speekselklieren aangetroffen. Meestal betreft het de glandula submandibularis. Lokalisatie in de glandula parotis en glandula sublingualis komt veel minder voor. In de kleine speekselklieren van de mondholte zijn stenen vrij zeldzaam. Na de eerste publikatie hierover van Lighterman (1955) zijn er nog slechts een gering aantal gevallen beschreven (o.a. Chaudry et al., 1960; Wussow, 1963; Moskow et al., 1964; Allan et al., 1969; Van der Waal, 1971; Holst, 1971).

Stenen in de kleine speekselklieren worden, evenals die in de grote, twee keer zo vaak bij mannen als bij vrouwen aangetroffen (Holst, 1971); de gemiddelde leeftijd van de patiënten is echter aanmerkelijk hoger (6e decade). Dit kan samenhangen met het feit, dat deze steentjes vaak nauwelijks of geen klachten geven, terwijl de stenen voorkomend in de grote speekselklieren in 75% van de gevallen met pijn en zwelling gepaard gaan (Esser en Zecha, 1976).

Stenen van de kleine speekselklieren

geven meestal weinig zichtbare veranderingen van het slijmvlies. Dit bemoeilijkt het opsporen ervan. Een meer systematisch onderzoek van de patiënt en een toenemend aantal publikaties zullen er waarschijnlijk de oorzaak van zijn, dat ze tegenwoordig meer worden ontdekt.

De eerste patiënt bij wie in de kliniek voor Mondheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen een steen in een kleine speekselklier werd ontdekt, wordt in dit artikel beschreven.

Ziektegeschiedenis

Een 69-jarige edentate man, ons al eerder bekend in verband met lichen planus, werd naar de polikliniek voor Mondheelkunde verwezen met een kleine zwelling aan de mucosa van de linker wang (afb. 1). Dit had vermoedelijk reeds lang bestaan, doch doordat de afwijking geen klachten veroorzaakte, had de patiënt er geen aandacht aan besteed.

Bij onderzoek werd links in de wang retro-angulaire een puntvormige, geel doorschijnende zwelling gevonden; deze was mobiel, voelde vast aan en was niet pijnlijk bij palpatie. De bedekkende mucosa was normaal. In het wanglijmvlies kwamen tevens multipele ectopische talgkliertjes voor (Fordyce spots). Meer dorsaal toonde het wanglijmvlies beiderzijds witte, licht verheven afwijkingen passend bij lichen planus.

Samenvatting:

De eerste patiënt, die werd behandeld op de afdeling Mondheelkunde van het Academisch Ziekenhuis te Groningen wegens een steen in een kleine speekselklier, wordt beschreven.

Het voorkomen, de diagnostiek en het histopathologische beeld van de afwijking worden besproken en vergeleken met de gegevens uit de literatuur.

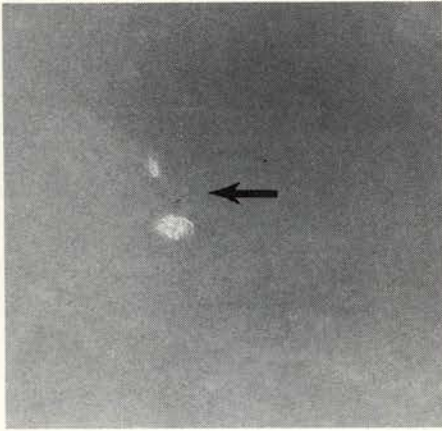


Afb. 1. Achter de mondhoek is duidelijk een zwelinkje aan de linker wangmucosa te zien.

Op de tandfilm van de weke delen van de linker wang werden twee radiopake puntjes gezien op een grijzige achtergrond (afb. 2).

De diagnose werd gesteld op sialolithiasis van een kleine speekselklier.

Onder lokale anesthesie werd de afwijking met meenemen van het omliggende weefsel geëxideerd, waarna de wond primair werd gesloten. Het postoperatieve beloop was ongestoord.



Afb. 2. De röntgenfoto van de weke delen van de linker wang toont twee radiopaque puntjes op een wat grijzige achtergrond.

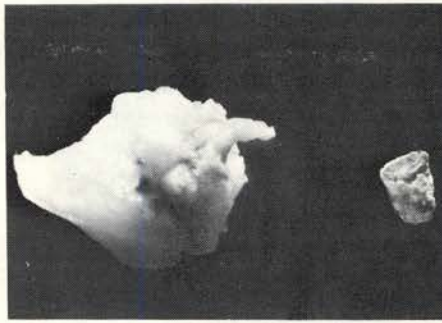
Pathologisch-anatomisch onderzoek

Het voor microscopisch onderzoek aangeboden weefselstukje had een afmeting van $6 \times 5 \times 1\frac{1}{2}$ mm. Het was bekleed met een stukje wangslimvlies van 6×2 mm. In de excisie was een kleine, stevig aanvoelende massa aanwezig. Alvorens het preparaat in bewerking te nemen werd deze massa er uit gehaald (afb. 3). Er bleek slechts één steentje aanwezig. Dit lijkt in strijd met de bevindingen op de röntgenfoto waarop duidelijk twee radiopake puntjes te zien waren. De verklaring hiervan is dat het twee sterker verkalkte gebieden betrof die waren opgenomen in een minder verkalkte tussenstof. Het preparaat werd niet ontkalkt en in toto ingesloten in paraffine. Bij microscopisch onderzoek valt direct een sterk verwijde uitvoergang op waarin zich resten van een speekselsteen bevinden (afb. 4). De bekleding van de uitvoergang bestaat grotendeels uit plavei-epitheel met op tal van plaatsen celbruggetjes tussen de plaveicellen. In het diepste gedeelte van de uitvoergang wordt overgangsepitheel aangetroffen met hier en daar een aanduiding van trilhaarepitheel en sporadisch een cel met een weinig slijmsecretie (afb. 5). In het bind- en vetweefsel, dat de uitgezette afvoergang omgeeft, liggen een aantal kleine slijmkiertjes met er in en er omheen enkele meest kleine ontstekingsinfiltraten van mononucleairen. Sommige uitvoergangen zijn duidelijk gedilateerd. Er is geen atrofie of fibrose van het secererende parenchym.

Discussie

Stenen van de kleine speekselklieren

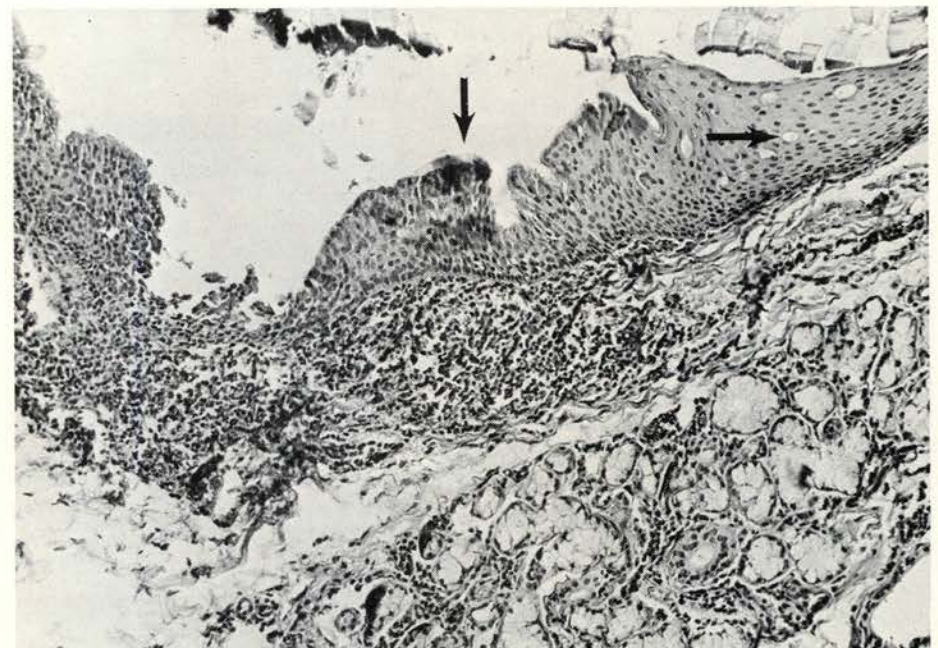
Afb. 5. Detail van het omliggende gebied uit afb. 4. De epitheelbekleding van de hoofduitvoergang wordt deels door overgangsepitheel gevormd (verticaal pijltje); enkele cellen tonen slijmsecretie (horizontaal pijltje) (H. E. 140x).



Afb. 3. De excisie met het ernaast liggende speekselsteentje (5x)



Afb. 4. In de sterk gedilateerde hoofduitvoergang liggen resten van het speekselsteentje. De bekleding bestaat grotendeels uit plavei-epitheel (H. E. 25x).



komen voornamelijk retroangulair in het wangslimvlies voor (Holst, 1971). De lokalisatie bij onze patiënt is hiermee geheel in overeenstemming. Andere lokalisaties zijn lippen, buccale omslagplooi, zachte verhemelte en tong (Hurlen en Strømme Koppang, 1972).

Klinisch manifesteert zich de afwijking meestal als een kleine vast aanvoelende zwelling, bedekt door een normale mucosa. Bij onze patiënt was dit ook het geval. Het steentje schemerde gelig door de mucosa heen.

In een aantal gevallen wordt een zacht fluctuerend zwellingkje aange troffen als gevolg van retentie van speeksel. Als de ontsteking acuut is, is de bedekkende mucosa hyperemisch. Soms kan uit de uitvoergang mucopurulent secreet worden gemasseerd. Röntgenologisch kan het steentje met behulp van een zachte opname van de weke delen van wang of lippen worden aangetoond. De tandfilm wordt hierbij in het vestibulum oris geplaatst.

Bij de differentiële diagnostiek moet ondermeer gedacht worden aan een slijmgranuloom, een corpus alienum, lokale fibrose, een epitheliale inclusiecyste, een ectopische talgklier en een speekselkliertumor.

De behandeling bestaat altijd uit excisie van de afwijking met meenemen

van het omliggende weefsel. Hiervoor zijn drie redenen:

- in gevallen waarbij de klinische diagnose niet duidelijk is, is in het algemeen een excisiebiopsie vereist
- het verwijderen van een klein steentje of fragmentje ervan is moeilijk, zo niet ondoenlijk, met grote kans op recidief
- niet alleen de aangedane klier maar ook de kliertjes in het omliggende weefsel kunnen pathologisch veranderd zijn en moeten eveneens histologisch worden onderzocht (Crawford en Quernsey, 1969).

De histologische veranderingen ten gevolge van een steen in een grote speekselklier en die in een kleine verschillen in beginsel niet van elkaar. Door de stuwung van het gesecerneerde speeksel treedt dilatatie van het afvoersysteem op, terwijl door ascenderende infectie chronische ontsteking, soms met acute exacerbatie, mogelijk is. Door de chronische ontsteking en de stuwung ontstaat er atrofie van het parenchym. Het te gronde gegane parenchym wordt vervangen door bindweefsel waarin ophopingen van ontstekingscellen voorkomen.

De mate van de veranderingen kan echter sterk uiteen lopen. Zo werd bij onze patiënt slechts een geringe chronische ontsteking gevonden terwijl alleen de hoofdafvoergang duidelijk

verwijd was. In het meest distale gedeelte van de hoofduitvoergang wordt overgangsepitheel aangetroffen en zijn cellen met een weinig slijmsecretie te zien. Volgens Hurlen en Strømme Koppang (1976) wijst trilhaarepitheel op een vroeg stadium van metaplasie, terwijl de aanwezigheid van slijmproducerende cellen kan worden opgevat als een poging van het epitheel het lumen te smeren; beide functies hebben waarschijnlijk tot doel de evacuatie van de steen te bevorderen.

De publikaties van Bahn en Tabachnick (1971) verdienen speciale aandacht, omdat zij bij 3 van de door hen beschreven 5 patiënten met een steen in de kleine speekselklieren ook elders in het lichaam pathologische verkalkingen aantreffen, respectievelijk intracranieel, in het myocard en beiderzijds in de nieren. Of het hier een toevallige samenloop van omstandigheden betreft, of dat er een wezenlijk verband bestaat tussen deze verschillend gelokaliseerde verkalkingen zal nader onderzoek moeten uitmaken. Bij onze patiënt echter werden elders in het lichaam geen pathologische verkalkingen gevonden.

Summary:

Title: Sialolithiasis of a minor salivary gland.
The first case is reported of a man with a sialolith of a minor salivary gland encountered in the Department of Oral Surgery of the University Hospital of Groningen.

The incidence, the diagnosis and the histopathological picture of the disease are discussed and compared with the findings from the literature.

Literatuur:

1. Allan, J. H., Finch, L. D., Chippendale, J. (1969): Sialolithiasis of the minor salivary glands. *Oral Surg* 27: 780.
2. Bahn, S. L., Tabachnick, T. T. (1971): Sialolithiasis of minor salivary glands. *Oral Surg* 32: 371.
3. Chaudry, A. P., Gorlin, R. J., Reynolds, D. H. (1960): Sialolithiasis of a minor salivary gland. *Oral Surg* 13: 578.
4. Crawford, W. H., Guernsey, L. H. (1969): Sialolithiasis of minor salivary glands: report of case. *J Oral Surg* 27: 649.
5. Esser, R. J., Zecha, J. J. (1976): Submandibulaire speekselstenen. *Ned Tijdschr Geneesk* 120: 817.
6. Holst, E. (1971): The clinical entity of sialolithiasis of the minor salivary glands. *Acta Odontol Scand* 29: 75.
7. Hurlen, B., Strømme Koppang, H. (1972): Multiple sialolithiasis of minor salivary glands: report of a case. *Br J Oral Surg* 10: 193.
8. Hurlen, B., Strømme Koppang, H. (1976): Sialolithiasis i smø spyttkjertler. *Nor Tannlaegeforen Tid* 36: 148.
9. Lighterman, J. (1955): Sialolithiasis of a minor salivary gland. *Oral Surg* 8: 143.
10. Moskow, R., Moskow, S., Robinson, H. L., Taeneck, N. (1964): Minor salivary gland sialolithiasis. *Oral Surg* 17: 225.
11. Waal, I. van der (1971): Sialolithiasis of minor salivary glands: how rare? *Oral Surg* 29: 815.
12. Wussow, G. C. (1963): Sialolithiasis with sialoadenitis of a minor salivary gland. *Oral Surg* 16: 385.

November 1976.

Oostersingel 59,
Groningen.

Boekbesprekingen

H. Spang: *Die Quintessenz der prothetische Hilfsteile*. 245 pag., 85 afb., 2e druk. Verlag Die Quintessenz, Berlin 1977. Prijs DM 32,—.

Onlangs verscheen de tweede druk van dit oorspronkelijk in 1973 uitgegeven werk. Daar de eerste druk in dit tijdschrift nooit besproken werd, lijkt het gerechtvaardigd bij deze hernieuwde uitgave wat uitvoeriger stil te staan dan een zo weinig gewijzigde heruitgave als deze o.i. normaliter verdient.

Hoewel de uitgever nl. van een opnieuw bewerkte oplage 1977 spreekt, is de tekst bijna letterlijk dezelfde gebleven, het

aantal pagina's ongewijzigd en zijn alleen de afbeeldingen iets uitgebreid. Dat is jammer want de eerste uitgave had een aantal bezwaren.

Beginnend echter met de verdienste van dit handzame, vlot leesbare boekje, moet gezegd worden dat zijn kracht ligt in het schier volledige overzicht van alle precisieverankeringen en hun indicatiegebied. Daarbij is een hoofdstuk Terminologie gevoegd alsmede een register van de veranderingen en andere fabrieksgevoerde desbetreffende hulpmiddelen met hun eigenschappen en technische tekeningen. Bij de indeling van de veranderingen werd gekozen voor een enigszins technisch-mechanisch uitgangspunt, waarbij onderlinge uitneembaarheid der samen-

stellende delen en dergelijke principes een wat verouderde invalshoekpunt vormen. De door ons gebezigde indeling naar functie, of de door Preiskel gevolgde parodontologische indeling (zie boekbespreking *Ned Tijdschr Tandheelkd*, maart 1971) komt slechts zijdelings ter sprake.

Met betrekking tot het verre te verkiezen handboek van deze auteur ('Precision attachments in dentistry', tweede druk, 1973) moet in dit verband gezegd worden dat het onrecht wordt aangedaan als Spang in zijn tweede oplage herhaalt dat dit onderwerp tot nu toe in de literatuur stiefmoederlijk behandeld is. In zijn literatuurlijst komt de tweede druk van Preiskel's voortreffelijke werk overigens