

tematisch gewerkt volgens bijvoorbeeld de richtlijnen van Zander en Kennedy (1970). Veelal wordt een materiaal direct op mens of dier getest waarbij vaak geen onderscheid gemaakt wordt tussen de invloed van het materiaal zelf en van allerlei bijkomende factoren zoals het operatietrauma, plaque-accumulatie, etc. *Uit de literatuur blijkt dat de huidige tandheelkundige materialen niet pri-*

mair verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van de vaak ernstige parodontale afwijkingen die naast restauraties gevonden kunnen worden. Een uitzondering hierop vormen materialen als koperamalgaam en kopercement die blijvend ernstige weefselreacties veroorzaken. Goud, warmpolymeriserende kunsthars en porselein zijn nagenoeg inert. De meeste andere materialen veroorzaken slechts lichte

weefselreacties. Andere factoren als ruwheid van oppervlak en de rand-aansluiting zijn in grote mate verantwoordelijk voor het ontstaan van parodontale afwijkingen.

(wordt vervolgd)

Ant. Deusinglaan 1,
November 1978. 9713 AV Groningen.

AANGEBOREN LIPFISTELS

L. G. M. DE BONT

*Uit de kliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de rijksuniversiteit te Groningen.
Hoofd: Prof. Dr. G. Boering.*

Trefwoorden: Mondheelkunde - Lipfistels

Inleiding

Een aangeboren lipfistel kan variëren van een klein kuiltje in het oppervlak van het lipslimvlies tot een diepe, blind eindigende gang. Er kunnen drie vormen worden onderscheiden: de paramediane onderlipfistels, de mondhoekfistels en de bovenlipfistels. Alle drie afwijkingen bevinden zich in het lippenrood en lijken, wat hun verschijningsvorm betreft, sterk op elkaar.

Wat lokalisatie en etiologie betreft, zijn ze echter duidelijk van elkaar te onderscheiden. De begrippen pit, fistula en sinus worden in de literatuur veelvuldig door elkaar gebruikt. Wij geven de voorkeur aan de benaming lipfistel. Lipfistels behoren tot de groep van weinig voorkomende, aangeboren afwijkingen. De mondhoekfistel wordt het meest frequent gezien, dan volgt de paramediane onderlipfistel, terwijl de bovenlipfistel zeer zeldzaam is.

Vanwege de eenheid in het klinische beeld zullen alle drie vormen worden besproken. Ofschoon de lipfistels zelden behandeling behoeven, lijkt het toch van belang dat de tandarts deze afwijkingen van de lippen kan herkennen en hun oorsprong kent.

Paramediane onderlipfistels

De paramediane, doorgaans symmetrisch voorkomende, onderlipfistel is een zeldzame aangeboren afwijking. In de literatuur wordt er voor het eerst melding van gemaakt door Demarquez in 1845. In de Nederlandse literatuur verscheen over dit onderwerp in 1924 een publikatie van J. A. W. van Loon en in 1942 van J. Oidtmann. Sedert de publikatie van Van der Woude (1954) wordt het beeld ook wel syndroom van Van der Woude genoemd. Naar schatting zijn nu ongeveer 450 gevallen beschreven.

Klinisch beeld en voorkomen

De paramediane onderlipfistels manifesteren zich doorgaans als twee indeukingen, die zich aan de rand van de onderlip op gelijke afstand van de mediaanlijn bevinden. De fistels kunnen echter ook asymmetrisch, unilateraal of mediaan voorkomen en zich meer op het vestibulaire deel van de lipmucosa bevinden. Het beeld kan variëren van eenvoudige, ronde, schotelvormige impressies tot vrij diep, blind eindigende gangen. De diepte kan variëren van 0,5 - 2,5 cm, waarbij de m. orbicularis oris geperforeerd kan zijn. De grootste breedte van de soms meer spleetvormige fis-

Samenvatting:

De aangeboren lipfistels kunnen worden ingedeeld in drie groepen namelijk paramediane onderlipfistels, mondhoekfistels of commissurale lipfistels en bovenlipfistels. Ofschoon het klinische beeld sterke overeenkomsten vertoont, is de ontstaanswijze van de te onderscheiden afwijkingen duidelijk verschillend. In de etiologie spelen erfelijke factoren vermoedelijk bij alle drie een belangrijke rol. De paramediane onderlipfistel ziet men zeer zelden en gaat vaak gepaard met lip- en/of gehemeltespleten. Er wordt één patiënt beschreven. De mondhoekfistel komt frequenter voor en gaat meestal niet gepaard met andere congenitale afwijkingen. Er worden drie patiënten beschreven, waarvan één met een uvula bifida. De bovenlipfistel wordt uiterst zelden gezien. De indruk bestaat dat met name de mondhoekfistel niet altijd herkend wordt vanwege onbekendheid met het beeld.

tel kan oplopen tot 3 mm. In de diepte kan de fistel wijder zijn dan aan het orificium. De fistelmond kan zich op een tepelvormige opgeworpen wal van lipweefsel bevinden. Er kan communicatie optreden met de onderliggende kleine speekselklieren. Uit de fistels kunnen vaak kleine hoeveelheden visceus speeksel gedrukt worden. Soms vloeit het speeksel spontaan af zonder dat dit evenwel aanleiding tot klachten geeft. Watanabe (1951) maakt melding van een patiënt, waarbij zoveel visceus vocht uit de fistel vloeide, dat frequent deppen noodzakelijk was. Dit is echter een uitzondering.

Bij 70 - 80% van het aantal mensen met congenitale, paramediane onderlipfistels blijkt een lip- en gehemelte-spleet voor te komen of één van deze beide laatste aandoeningen. Van der Woude (1954) concludeert uit zijn materiaal dat tenminste 0,5% van het aantal patiënten met lip- en gehemelte-spleten congenitale onderlipfistels heeft. Cervenka e.a. (1966) bevestigen dit. Uit hun materiaal konden zij berekenen dat congenitale onderlipfistels voorkomen bij 1 op 75.000 - 1 op 100.000 pasgeborenen. Een door sommige auteurs vermelde voorkeur voor het vrouwelijke geslacht zou erop berusten dat de afwijking door de vrouw vaker als esthetisch storend wordt ervaren. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het gegeven dat de afwijking bij de vrouw frequenter wordt geregistreerd. Naast de reeds genoemde veelvuldig voorkomende lip- en gehemelte-spleten bij mensen met paramediane onderlipfistels wordt in de literatuur een scala van andere aangeboren afwijkingen beschreven, die gepaard kunnen gaan met congenitale onderlipfistels. Bij het uitgebreide popliteale pterygium-syndroom kunnen, behalve onderlipfistels en lip- en gehemelte-spleten, de volgende afwijkingen voorkomen: een verbinding tussen de mucosa van boven- en onderkaak (syngnathie), vergroeiing der oogleden (ankyloblepharon), huidweb in de knieholte (pterygium) en nog enkele andere afwijkingen van de extremiteiten en soms ook van de rugwervels. In relatie tot het aanwezig zijn van congenitale paramediane onderlipfistels, worden de navolgende aandoeningen aan de extremiteiten beschreven:

klompvoet (talipes equinovarus), syndactylie en het reeds genoemde popliteale pterygium. Samen met paramediane lipfistels kunnen verder voorkomen: ankyloblepharon, symblepharon, het ontbreken van vier tweede premolaren (waarschijnlijk een separate dominant erfelijke afwijking met mogelijk sterke binding tussen deze twee), uvula bifida, allerlei faciale spleten en het orofaciaal digitaal syndroom.

Ontstaanswijze en etiologie

Evenals Sicher en Pohl (1943) komen Warbrick, McIntyre en Ferguson (1952) in een studie van foetussen met een lengte van 5.0 - 16.1 mm tot de conclusie dat deze paramediane onderlipfistels overblijfselen zijn van de laterale groeven van de onderlip, die gedurende de foetale periode als tijdelijke structuren aanwezig zijn. In de embryonale fase, van 7.5 - 12.5 mm kop-stuittengte, konden deze laatste auteurs beiderzijds op de processus mandibularis, naast de mediane sulcus een kleine groef onderscheiden. De mediane sulcus verdwijnt aan het eind van de vijfde week (± 10 mm-stadium). De ernaast gelegen laterale groeven verdwijnen in het 10 - 16 mm-stadium, doordat ze worden opgevuld door toeneming van het onderliggende mesenchym. Dit vindt plaats in een fase dat menig faciale structuur onderling vergroeit. Het persisteren van deze embryonale groeven resulteert volgens vele auteurs in de symmetrisch voorkomende onderlipfistels. In de literatuur wordt ook veelvuldig melding gemaakt van het gecombineerd voorkomen van paramediane onderlipfistels en faciale spleten. Dit is verklaarbaar doordat beide afwijkingen in een zelfde embryonale fase ontstaan. De feitelijke oorzaak voor het ontstaan van de congenitale onderlipfistels is niet duidelijk. Deze zal vermoedelijk, evenals bij de lip-, kaak- en gehemelte-spleten, moeten worden gezocht in erfelijke aanleg, genmutaties en exogene factoren (b.v. rubella, geneesmiddelen, röntgenstralen), als ook in combinaties van deze.

Paramediane onderlipfistels worden autosomaal dominant overgeërfd, waarbij de penetrantie niet compleet is, d.w.z. 80% bedraagt, en de expressiviteit varieert. Talrijke auteurs tonen dit aan de hand van stambomen aan. Van der Woude (1954) komt tot de conclusie dat het gelijktijdig voorkomen van congenitale onderlipfistels en lip- en gehemelte-spleten berust op een enkel dominant gen met een variabele expressiviteit. Zo kan iemand met een geringe manifestatie van de afwijking deze aan zijn

nageslacht overdragen in een geheel andere vorm of omgekeerd.

Fogh-Andersen (1943, 1961) constateert dat de mate van erfelijkheid van lip- en gehemelte-spleten in families, waarin congenitale onderlipfistels voorkomen, van een andere orde is dan in families zonder fistels. Cervenka e.a. (1966) bevestigen dit en constateren eveneens dat spleten in families met congenitale paramediane onderlipfistels vaker worden overgeërfd dan in families waarin deze fistels niet voorkomen. De enkelzijdige of mediane onderlipfistels kunnen worden beschouwd als een variatie in de expressiviteit van de afwijking.

Histologisch beeld

Doordat de paramediane onderlipfistels, behalve misschien esthetische bezwaren, vrijwel nooit klachten geven, worden ze zelden geëxicideerd en histologisch onderzocht. Watanabe (1951) beschrijft het voorkomen van grote epitheelcellen met kleine kernen en een helder cytoplasma in de fistelwand. Deze doen hem denken aan zeer jonge epitheelcellen.

Van der Woude (1954) constateert dat het plaveiselepitheel van de fistel geleidelijk overgaat in het plaveiselepitheel van de lip. Penkava (1964) beschrijft het volgende histologische beeld: de fistel loopt uit in een blinde fundus en is bekleed met plaveiselepitheel, gelijkend op dat van de lip. De retelijsten zijn lang. In de diepte van de fistelgang worden deze korter. Bovendien is daar geen keratine aantoonbaar.

Therapie

Alleen als de paramediane onderlipfistels esthetische of functionele klachten veroorzaken, is behandeling noodzakelijk. Ellipsvormige excisie wordt in de literatuur als de meest aangewezen therapie aangegeven. Om een bevredigend resultaat te verkrijgen, dient men bij de excisie binnen het lippenrood te blijven en de m. orbicularis oris zo weinig mogelijk te beschadigen.

Casuïstiek

Een 11-jarige jongen (PK 77/3328) bezocht de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Groningen na een traumatische beschadiging van zijn bovenfront. Tijdens het klinisch onderzoek vielen, behalve het beschadigde gebit, de slijmsecernerende impressies op de onderlip op. Bovendien bleek één der laterale incisieven dubbel aangelegd te zijn (afb. 1).



Afb. 1. Congenitale, paramediane onderlipfistels bij een 11-jarige jongen, patiënt PK 77/3328.

Bij navraag kwam aan het licht dat het jongere broertje van de patiënt zowel een cheilo-gnatho-palatoschisis als paramediane onderlipfistels bleek te hebben. De vader van de jongen had ook paramediane onderlipfistels, evenals een reeds overleden zuster van hem (tante van patiënt). De grootmoeder van vaderszijde, evenals een broer van haar, hadden eveneens congenitale onderlipfistels. De overgrootvader van patiënt had een geïsoleerde palatoschisis (afb. 2).

Het overervingspatroon, zoals hier is weergegeven, geschiedt volgens het karakteristieke patroon van variërende expressiviteit. De verdubbeling van de 22 bij onze patiënt kan heel wel in relatie staan tot een neiging tot palatoschisis.

Mondhoekfistels

De mondhoekfistel of commissurale lipfistel is, zeker in vergelijking met de paramediane lipfistel, een vrij fre-

quent voorkomende ontwikkelingsstoornis. Niettemin wordt de mondhoekfistel in de literatuur veel minder vaak beschreven dan de paramediane lipfistel. Everett en Wescott (1961) beschrijven 8 patiënten met mondhoekfistels. Baker (1966) vermeldt zelfs een serie van 392 personen met deze afwijking. De indruk bestaat dat de mondhoekfistels regelmatig over het hoofd worden gezien, voornamelijk doordat men het beeld niet kent en deze lipfistels zelden of nooit klachten veroorzaken.

Klinisch beeld en voorkomen

In de mondhoek, ter plaatse van de commissuur, op de plaats waar boven- en onderlip in elkaar overgaan, bevindt zich een klein putje, dat doorgaans enkele millimeters groot en diep is. De vorm varieert van rond tot ovaal. De diepte kan 4 mm bedragen. De commissurale lipfistels kunnen zowel enkelzijdig als dubbelzijdig voorkomen. Er is geen voorkeur voor links of rechts. Doordat kleine speekselklieren in de fistels kunnen uitmonden, kan uit de mondhoekfistel soms speeksel afvloeien. Dit gebeurt echter nooit in zodanige hoeveelheden dat dit aanleiding tot klachten geeft.

Over de frequentie van voorkomen

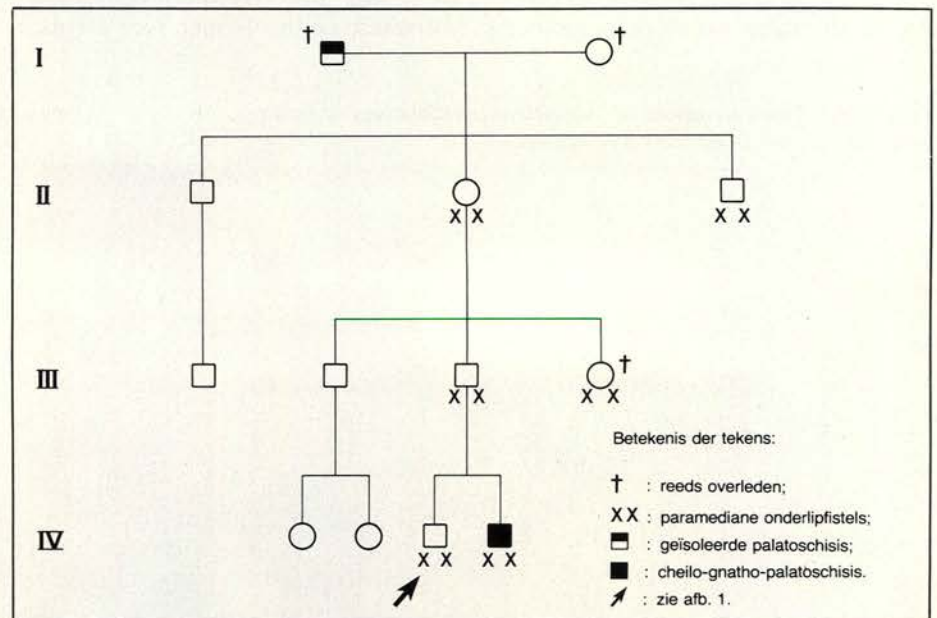
van mondhoekfistels lopen de meningen uiteen. Everett en Wescott (1961) komen op grond van berekeningen, gebaseerd op eigen onderzoek, tot een frequentie van 1 op 600 pasgeborenen.

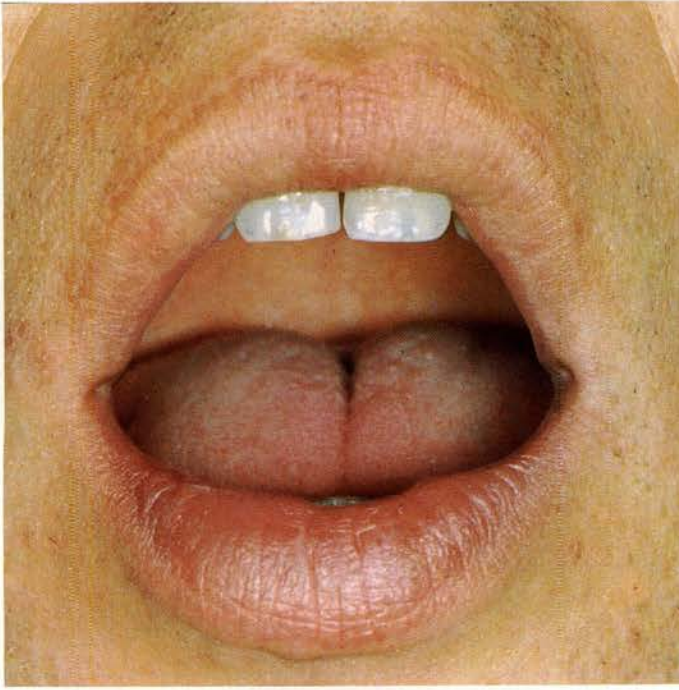
Baker (1966) vindt een frequentie van 12% bij blanken en 20% bij zwarten. Anderen komen tot een frequentie van 0,47% tot 1,2%. Volgens laatstgenoemde auteur komen bij 3,8% van het totale aantal mensen met mondhoekfistels tevens pre-auriculaire fistels voor. Solitair zouden pre-auriculaire fistels voorkomen in een frequentie van 1-1,3%, waarvan bilateraal in 25% der gevallen.

Tussen het voorkomen van lip- en/of gehemeltepletten of aanduidingen daarvan en van mondhoekfistels zou geen relatie bestaan. Echter, uit eigen materiaal en ook volgens Baker (1966) blijkt dat de combinatie mondhoekfistel en uvula bifida, als mildeste vorm van schisis, wel voorkomt, zij het dat het relatief een zeldzaamheid is. De uvula bifida zou solitair voorkomen met een frequentie van 1,5-10,2%.

Behoudens het voorkomen van de combinatie mondhoekfistel en pre-auriculaire fistel zijn de mondhoekfistels niet gerelateerd aan de andere anomalieën.

Afb. 2. Stamboom van familie van patiënt PK 77/3328, volgens dr. L. S. Wildervanck, Anthropogenetisch Instituut, rijksuniversiteit te Groningen.





Afb. 3. Zowel in de linker als in de rechter mondhoek van patiënt PK 78/1145 zijn de fistels duidelijk te herkennen.



Afb. 4. In de rechter mondhoek bevindt zich een kuiltje van ± 2 mm, een mondhoekfistel. (PK 77/3188.)

Ontstaanswijze en etiologie

In de 10de week tijdens de embryonale fase, als de mondspleet versmald is, zijn de processus maxillaris en mandibularis met elkaar versmolten. Het ontstaan van een commissurale lipfistel tijdens dit proces is waarschijnlijk toe te schrijven aan een stoornis in de toename van het mesenchym. In de 12de week vergroeiën de beide uvulahalften. De mondhoekfistels zouden rond de 10de week ontstaan. Mogelijk zijn beide het gevolg van een groeistoornis, die in dezelfde periode aangrijpt. In de literatuur wordt de combinatie

mondhoekfistel en pre-auriculaire fistel frequent beschreven. Beide afwijkingen bevinden zich morfogenetisch in het eerste kieuwbooggebied. De mondhoekfistels erven volgens een autosomaal dominant patroon over.

Histologisch beeld

Doordat mondhoekfistels zeer zelden klachten geven, worden ze zelden geëxcideerd. Volgens Everett en Wescott (1961) bestaat de bekleding van de fistel uit niet verhoornend, meerlagig plaveiselepitheel (parakeratotisch epitheel) met hier en daar

wat ontstekingsinfiltraat. Anderen vermelden het voorkomen van eenlagig kubisch epitheel in de fistel. Micholowski (1963) beschrijft plaatselijk in de fistelwand een beeld aan te treffen dat past bij dat van leukoplakie.

Therapie

Verwijdering is niet geïndiceerd.

Casuïstiek

1. Een 30-jarige man (PK 78/1145) bezocht de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Groningen in verband met een gingivitis. Bij

Afb. 5. In de linker mondhoek bevindt zich een speldeknoopgrote aanduiding van een mondhoekfistel. (PK 78/2332.)



Afb. 6. Een 3-lobbig gespleten uvula bij dezelfde patiënt als van afb. 5. (PK 78/2332.)



klinisch onderzoek vielen tevens de mondhoekfistels links en rechts op (afb. 3).

2. Een 12-jarig meisje (PK 77/3188) bezocht de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Groningen voor het verwijderen van een mesiodens. Bij klinisch onderzoek viel het putje in de rechter mondhoek op. Noch patiënte, noch de moeder van patiënte, hadden ooit iets bijzonders aan de mondhoek gezien. Geen van de overige familieleden zou iets dergelijks hebben (afb. 4).

3. Een 10-jarige jongen (PK 78/2332) bezocht de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Groningen om enkele gebitselementen te laten verwijderen. Er werd tevens een commissurale lipfistel opgemerkt. Bovendien bleek hij een uvula bifida te hebben. Noch de moeder van patiënt, noch de patiënt zelf, hadden de aanwezigheid van beide afwijkingen ooit eerder geconstateerd. De familieanamnese was geheel negatief (afb. 5 en 6).

Bovenlipfistels

Fenner en Van Der Leyen (1969) beschrijven het voorkomen van fistels op de bovenlip.

Klinisch beeld en voorkomen

De bovenlipfistels hebben morfologisch grote overeenkomsten met de mondhoekfistels. Ze kunnen zich zowel beiderzijds als aan één zijde van het philtrum bevinden. In de literatuur wordt slechts enkele keren melding gemaakt van het voorkomen van bovenlipfistels.

Ontstaanswijze en etiologie

Gedurende de embryonale fase vindt eind zevende week, door toename van het onderliggende mesenchym, de versmelting plaats van de processus maxillaris met de processus nasalis medialis. Door migratie van het maxillaire mesenchym wordt in de 10de tot de 11de week het philtrum gevormd. Een stoornis in deze mesenchymale component zou verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van

de bovenlipfistels. In welke mate de bovenlipfistel erfelijk is, is niet bekend.

Histologisch beeld

Naar alle waarschijnlijkheid zal het histologische beeld gelijkenis tonen met dat van de mondhoekfistel. Fenner en Van der Leyen (1969) beschrijven dat de bekleding bestaat uit eenlagig cilindrisch epitheel.

Therapie

Is niet geïndiceerd.

Casuïstiek

Op de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie te Groningen is tot op dit moment hieromtrent geen eigen patiëntenmateriaal voorhanden.

Summary:

Title: Congenital fistulas of the lip.
Congenital fistulas of the lip can be divided into 3 groups: paramedian fistulas of the lower lip, fistulas of the lip commissures and fistulas of the upper lip.

Although the clinical pictures show distinct resemblances, the origin of the three lesions is evidently different. Hereditary factors play presumably an important part in the aetiology of all three of them.

The paramedian fistula of the lower lip is of rare incidence and is mostly accompanied by cleft lip and/or palate. One case is described. The commissural lip fistula is more frequently seen and is mostly not associated with other congenital lesions. Three patients are described; one of them having a split uvula. The fistula of the upper lip is of rare incidence too. The impression exist that especially the commissural lip fistula is not always recognized due to unfamiliarity with its clinical picture.

Literatuur:

1. Baker, B. R. (1966): Pits of the lip commissures in Caucasoid males. *Oral Surg* 21: 56-60.
2. Baker, B. R. (1964): A family with bilateral congenital pits of the inferior lip. *Oral Surg* 18: 494-497.
3. Beickert, P., Knodel, H. P. (1971): Über die kongenitale Unterlippenfisteln. *Laryngol Rhinol Otol* 50: 188-194.
4. Bergsma, D. (1973): Birth defects. Atlas and compendium. Williams and Wilkins, Baltimore.
5. Bowers, D. G. (1972): Surgical repair of congenital lower lip sinuses. *Plast Reconstr Surg* 49: 632-636.

6. Cervenka, J., Gorlin, R. J., Anderson, V. E. (1967): The syndrome of pits of the lower lip and cleft lip and/or palate. Genetic considerations. *Am J Hum Genet* 19: 416-432.
7. Csiba, A. (1966): Bilateral connate fistula of the lower lip. *Oral Surg* 22: 226-230.
8. Everett, F. G., Wescott, W. B. (1961): Commissural lip pits. *Oral Surg* 14: 202-209.
9. Fenner, W., van der Leyen, U. E. (1969): Über die kongenitale Oberlippenfistel. *Dtsch Zahnärztl Z* 24: 963-966.
10. Goodman, R. M., Gorlin, R. J. (1977): Atlas of the face in genetic disorders. Mosby, St. Louis.
11. Gorlin, R. J., Goldman, H. M. (1970): Thoma's oral pathology. Mosby, St. Louis.
12. Gorlin, R. J., Pindborg, J. J., Cohen, M. M. (1976): Syndromes of the head and neck. McGraw-Hill, New York.
13. Hardt, N. (1977): Familiär auftreten des Syndrom mit Lippenfisteln und Mikroformen der Velumspalte. *Dtsch Zahnärztl Z* 32: 413-417.
14. Langman, J. (1967): Inleiding tot de embryologie. Oosthoek, Utrecht.
15. Van Loon, J. A. W. (1924): De aangeboren dubbelzijdige onderlipfistel bij den mensch. *Ned Tijdschr Geneeskde* 68: 1222-1228.
16. Michalowsky, R. (1963): Angeborene Mundwinkelfisteln, ihre latenten entzündlichen Zustände und Perlèche. *Dermatol Wschr* 148: 281-287.
17. Neuman, Z., Schulman, J. (1961): Congenital sinuses of the lower lip. *Oral Surg* 14: 1415-1420.
18. Oidtmann, J. (1942): Casuistische mededeling van de aangeboren dubbelzijdige onderlipfistel bij den mensch. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 49: 405-416.
19. Palubis, J. E., Scott, C. I. (1971): Births defects; original article series part XI, vol. VII: 254. Williams and Wilkins, Baltimore.
20. Phillips, R. M. (1968): Congenital fistulas of the lower lip. Report of case. *J Oral Surg* 26: 604-608.
21. Pindborg, J. J. (1973): Atlas of diseases of the oral mucosa. Munksgaard, Copenhagen.
22. Rintala, A. E., Lathi, A. Y., Gylling, U. S. (1970): Congenital sinuses of the lower lip in connection with cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 7: 336-346.
23. Ross, R. B., Johnston, M. C. (1972): Cleft lip and palate. Williams and Wilkins, Baltimore.
24. Rubin, A. (1967): Handbook of congenital malformations. Saunders, Philadelphia etc.
25. Schneider, E. L. (1973): Lip pits and congenital absence of second premolars; varied expression of the lip pits syndrome. *J Med Genet* 10: 346-349.
26. Schuermann, H., Greither, A., Hornstein,

- O. (1966): *Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen*. Urban und Schwarzenberg, München etc.
27. Shafer, W. G., Hine, M. K., Levy, B. M. (1974): *A textbook of oral pathology*. Saunders, Philadelphia etc.
28. Sicher, H., Bhaskar, S. N. (1972): *Orban's oral histology and embryology*. 7th ed. Mosby, St. Louis.
29. Soricelli, D. A., Bell, L., Alexander, W. A. (1966): Congenital fistulas of the lower lip. *Oral Surg* 21: 511-516.
30. Tiecke, A. W. (1965): *Oral pathology*. McGraw-Hill, London.
31. Traeger, K. A. (1954): Congenital fistulas of the lower lip. *J Oral Surg* 12: 69-71.
32. Wang, M. K. H., Macomber, W. B. (1977): Congenital lip sinuses. *Converse: Reconstructive plastic surgery Vol. III: 1540-1543*. Saunders, Philadelphia etc.
33. Warbrick, J. G., McIntyre, J. R., Ferguson, G. A. (1952): Remarks on the etiology of congenital bilateral fistulae of the lower lip. *Br J Plast Surg* 4: 254-262.
34. Watanabe, Y., Otake, I. M., Tonida, K. (1951): Congenital fistulas of the lower lip. *Oral Surg* 4: 709-722.
35. *Werkgroep van de bestudering en behandeling van patiënten met aangeboren afwijkingen aan lip, kaak en gehemelte* (1975): *Multidisciplinaire behandeling van patiënten met lip-, kaak- en gehemelteple-*
- ten. Stafleu, Leiden.
36. Wood, N. K., Goaz, P. W. (1975): *Differential diagnosis of oral lesions*. Mosby, St. Louis.
37. Van der Woude, A. (1954): *Fistula labii inferioris congenita and its association with cleft lip and palate*. *Am J Hum Genet* 6: 244-256.
38. Zallen, R. D. (1971): Congenital lip sinuses of the lower lip: report of case. *J Oral Surg* 29: 732-733.

September 1978.

Oostersingel 59,
9713 EZ Groningen.

Boekbesprekingen

M. E. van Venrooy-IJsselmuiden: *Growth and maturation of Dutch children. A mixed longitudinal study*. 133 pag., 36 afb., 27 tab. Proefschrift rijksuniversiteit te Utrecht, 1978.

Het proefschrift is samengesteld uit een hoofdstuk: Materiaal en Methode en een viertal artikelen, waarvan reeds drie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 121, nr. 7, 8, 1977 en in *Annals of Human Biology* vol. 5, no. 4, 1978, werden gepubliceerd.

Het betreft een onderzoek, dat in Utrecht werd uitgevoerd, naar de lichamelijke ontwikkeling van 1132 kinderen in de leeftijden van 8 tot 18 jaar. De gemeten variabelen zijn: lengte, gewicht, omtrek bovenarm en onderbeen, huidplooiën, skeletale rijping en bij meisjes het tijdstip van menarche. De manier van verzamelen van data en de bewerking daarvan, kan als zorgvuldig en nauwkeurig beschreven worden, ofschoon het longitudinale aspect van het onderzoek zeer minimaal is aangezien er maar twee metingen verricht zijn per kind. Verder legt de opzet van het onderzoek de beperking op, dat een aantal belangrijke groei-karakteristieken niet konden worden be-rekend.

De belangrijkste resultaten van algemeen belang zijn ten eerste een bevestiging van de voortzetting van de zogenaamde seculaire groeiverschuiving in lichaamslengte, ten tweede de constructie van standaarden voor huidplooiemetingen, die overigens nauwelijks afwijken van de tot nu toe gebruikte Engelse standaarden. Het derde belangrijke resultaat is afkomstig van het deelonderzoek naar skeletrijping, waar vermeld wordt dat Nederlandse jongens (10-13 jaar oud) en Nederlandse

meisjes (8-10 jaar oud) een geringe vertraagde skeletale rijping vertonen vergeleken met de meest gebruikte Engelse standaarden, gemeten met de TW-2-methode.

Dit illustreert dat gegevens over lichamelijke ontwikkeling specifiek zijn voor de tijd en de plaats van waarneming. De gepresenteerde standaardgegevens zijn belangrijk voor klinisch gebruik en mede daarom levert het proefschrift belangrijke, waardevolle en bruikbare gegevens op voor de kinderarts en de wetenschappelijke onderzoeker, die zich bezig houdt met onderzoek naar groei en ontwikkeling.

B. Prah-Andersen

Onder redactie van F. Schön en F. Singer: *Europäische Prothetik heute*. 560 pag., 921 afb. Die Quintessenz, Berlin, Chicago, Rio de Janeiro en Tokio 1978. Prijs 320,— DM.

Dit kloekke en fraai verzorgde boek bevat 35 bijdragen van 36 'Europese' auteurs. In hun voorwoord schrijven de samenstellers dat één van de redenen voor het samenstellen van dit werk is geweest dat in de internationale literatuur voornamelijk Engelse en Amerikaanse auteurs worden aangehaald en in de Scandinavische literatuur 'Duitse' auteurs vrijwel geheel ontbreken. Een dergelijk uitgangspunt doet in 1979 wel heel merkwaardig aan. De internationaal in wetenschappelijke kringen gebruikte taal, is nu eenmaal het Engels en het worden aangehaald door onderzoekers is bovendien nog steeds afhankelijk van de importantie en/of volledigheid van het onderzoek. Dit heeft echter niet verhinderd dat er een voor de tandarts-algemeen-practicus zeer lezenswaardige uitgave is ontstaan, volgens mij ook de doelgroep waarop deze uitgeverij zich richt en daarin is ze zeker geslaagd.

Het hoofdonderwerp is de prothetiek in al zijn facetten, maar daarnaast zijn bijdragen opgenomen over de Parodontologie, de Preprothetische Chirurgie, de Elektrochirurgie, de Implantologie en de prothetische problemen die er bij het ouder worden zoal kunnen optreden. Er wordt in de meeste bijdragen een goed overzicht gegeven van de huidige stand van zaken op het gebied van behandelmogelijkheden. Zij die gewend zijn de vakliteratuur op de voet te volgen moeten dan ook geen nieuws verwachten. Occlusie, articulatie en registratiemethoden krijgen alle aandacht. De opwastechniek ontbreekt uiteraard niet. Daarbij voert de meer technisch-mechanische benadering de boventoon.

Ondanks het in de tekst van de omslag van het boek vermelde uitgangspunt een overzicht te geven van de huidige stand van zaken van het tandheelkundig onderzoek in Europa, getuigen de auteurs in hun bijdragen en in hun literatuurverwijzingen van een wat bredere blik en opvatting door zich niet alleen tot Europese opvattingen en theorieën te beperken. Samenvattend: een fraai uitgegeven boek dat de tandarts-algemeen-practicus een schat aan informatie biedt, dat veel zaken weer eens oprfrist en dat hem - naar ik hoop - zal inspireren en uitnodigen zijn kennis van een of meerdere onderwerpen te verdiepen.

A. C. M. van de Poel

M. J. M. Pieters-Michels: *Onderzoek naar de voeding van de kleuters op twee kleuterconsultatiebureaus in Zuid-Limburg*. 152 pag. Proefschrift Katholieke Universiteit te Nijmegen. Uitgeverij Wijnants, Heerlen 1978.

Het proefschrift van de consultatiebureau-arts mev. Pieters-Michels is getiteld 'Onderzoek naar de voeding van de