

Three types of mandibular deficiency can be distinguished based on the mandibular plane angle. Cefalometric determination of the type concerned seems essential when surgical forward positioning of the mandible is considered, because of the adverse effects of increased posterior facial height on the long term results.

Literatuur:

1. Bell WH, Proffitt WR, White RP. Surgical correction of dentofacial deformities. Philadelphia: Saunders & Co, 1980.
2. Epker BN, Wolford LM, Fish LC. The mandibular deficiency syndrome II. Oral Surg 1978; 45: 349.
3. Schendel SA, Wolford LM, Epker BN. The mandibular deficiency syndrome III. Oral Surg 1978; 45: 364.
4. Wolford LM, Walker G, Schendel SA, Fish LC, Epker BN. The mandibular deficiency syndrome I. Oral Surg 1978; 45: 329.
5. Wassmund M. Lehrbuch der praktischen Chirurgie des Mundes und der Kiefer. Leipzig: H. Meusser Verlag, 1935.
6. Hofer O. Die operative Behandlung der alveolären Retraktion des Unterkiefers und ihre Anwendungsmöglichkeit für Prognathie und Microgenie. Dtsch Zahn Mund Kieferheilk 1942; 9: 121.
7. McIntosh RB, Carlotti AE. Total mandibular alveolar osteotomy in the management of skeletal apertognathia. J Oral Surg 1975; 33: 921.
8. Dal Pont G. Die retromolare Osteotomie zu Korrektur der Progenie der Retrogenie und des Mordex apertus. Öst Z Stomat 1958; 58: 8.
9. Caldwell JB, Hayward JR, Lister RL. Correction of retrognathia by vertical 'L' osteotomy: a new technique. J Oral Surg 1968; 26: 259.
10. Schendel SA, Epker BN. Results after mandibular advancement surgery. An analysis of 87 cases. J Oral Surg 1980; 38: 265.
11. Tuinzing DB, Veldhuis AAH. Interdigitatie, een aspect van chirurgisch-prothetische behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 1981; 88: 383.
12. Brammer J, Finn R, Bell WH, Sinn D, Reisch J, Dana K. Stability after bimaxillary surgery to correct vertical maxillary excess and mandibular deficiency. J Oral Surg 1980; 38: 664.
13. Finn RA, Trockmorton GS, Bell WH, Legan HL. Biomechanical considerations in surgical correction of mandibular deficiency. J Oral Surg 1980; 38: 257.
14. Ive I, McNeill RW, West RA. Mandibular advancement: skeletal and dental changes during fixations. J Oral Surg 1977; 35: 881.
15. Stoelinga PJ, Tideman H. Enkele chirurgische mogelijkheden bij de klasse II-afwijking. Acta Stomatol Belg 1980; 77: 303.
16. Epker BN. Intensive course on orthodontic-surgical team management. Chester, April 1981.
17. Freihofer HP, Petresevic D. Late results advancing the mandible by sagittal split technique. J Max Fac Surg 1975; 3: 250.
18. Fox L, Tilson HB. Mandibular retrognathism. J Oral Surg 1976; 32: 53.
19. Farrell CD. Evaluation of the stability of 20 cases of inverted L- and C osteotomies. J Oral Surg 1977; 35: 239.
20. Yellich GM, McNamara JA, Ungerleider JC. Muscular and mandibular adaptation after lengthening, detachment and reattachment of the masseter-muscle. J Oral Surg 1981; 39: 656.

December 1981. Adres: Dr. D. B. Tuinzing, De Boelelaan 1117, 1007 MB Amsterdam.

OVER ANOREXIA NERVOSA

Trefwoorden: Pathologie – Anorexia nervosa

Inleiding

Met de term 'anorexia nervosa' wordt een ziektebeeld aangeduid, over welks genese nog veel onzekerheid bestaat. Bij de patiënten wordt een extreme afkeer van voedsel waargenomen, met een dwangmatig streven naar vermagering op grond van een ziekelijke angst om dik te worden. Merkwaardigwijze wordt dit gedrag soms afgewisseld door perioden van boulimie, d.i. het tot zich nemen van grote hoeveelheden voedsel in korte tijd.

Zo bezien lijkt het dus in eerste instantie een psychiatrisch ziektebeeld, waarvan de lichamelijke verschijnselen door psychische afwijkingen worden veroorzaakt. Er is echter ook reden tot de veronderstelling, dat het primair een lichamelijke aandoening betreft, bijvoorbeeld op basis van een endocriene stoornis, die zowel in bui-

tensporige vermagering als in psychische veranderingen tot uiting komt. Anders gezegd: het is een pathologisch proces, dat enerzijds tot het terrein van de psychiater, anderzijds tot dat van de endocrinoloog lijkt te behoren. Maar het bestrijkt tevens het terrein van de gynaecoloog, omdat het bij de (overwegend) vrouwelijke patiënten meestal gepaard gaat met amenorroe, alsook van de kinderarts, omdat de afwijking gewoonlijk bij tieners ontstaat, tijdens het proces van zelfstandig worden. Ten slotte behoort het ziektebeeld mede tot de interessesfeer van de tandarts, omdat de bizarre voedingsgewoonten van de patiënten, gevoegd bij hun neiging tot veelvuldig braken kan leiden tot veranderingen in het gebit. Daarom is het onderwerp een bespreking in dit tijdschrift waard. De onmiddellijke aanleiding daartoe was de kennisneming van een artikel

Samenvatting:

Aan de hand van recente bijdragen in de tandheelkundige en medische literatuur worden door de Redactie de ook voor de tandarts van belang zijnde verschijnselen besproken van anorexia nervosa, een vooral bij vrouwen voorkomende aandoening die gekenmerkt is door een extreme afkeer van voedsel en een ziekelijke angst om dik te worden.

Het gevolg is een pathologisch verlies aan lichaamsgewicht. De afwijking kent zowel lichamelijke als psychische componenten, maar het is nog niet bekend welk van beide primair is. De voornaamste tandheelkundige implicatie is het ontstaan van erosie aan de gebitselementen, waarschijnlijk veroorzaakt doordat de patiënten bijna allen veelvuldig braken. Twee gevallen worden geciteerd.

van de hand van Patricia Stege en medewerkers¹ in de Journal of the American Dental Association van mei 1982, omdat de auteurs, behalve de algemeen-lichamelijke verschijnselen, ook de tandheelkundige implicaties

belichten, dit aan de hand van twee gevallen. Tevens werd geput uit een *Caput selectum* in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (nr. 19, 1980), waarin Dr. H. M. J. Krans², endocrinoloog te Leiden, meer in het bijzonder de lichamelijke aspecten aan een beschouwing onderwerpt, met bespreking van de diagnostiek en de therapeutische mogelijkheden.

Etiologische beschouwingen

Anorexia nervosa was al in vroeger eeuwen bekend. De eerste beschrijving is te vinden in een monografie van de Engelsman Morton (1689), maar pas in 1874 deed het ziektebeeld door Sir William Gull onder de naam *anorexia nervosa* zijn officiële intrede in de medische literatuur. Kort te voren had de Franse onderzoeker Lasègue een verhandeling over 'anorexia hystérique' het licht doen zien. Daarin werd de nadruk gelegd op het afwijkende gedrag van de patiënten en de invloed van de omgeving op het ontstaan. In Duitsland is pas na 1940 *anorexia nervosa* onderscheiden van hypofysaire cachexie (Simmonds, 1914). Querido (1948) meende de lichamelijke afwijkingen van *anorexia nervosa* te kunnen toeschrijven aan een gebrekkige functie van de voorkwab van de hypofyse. In latere jaren werd gedacht aan een polyglandulaire aandoening en tegenwoordig is men geneigd tot de opvatting dat aan de hypothalamus een etiologische betekenis toekomt. Dit deel van de tussenhersenen is namelijk het belangrijkste verbindingsstation tussen hersenen en stofwisseling: het bevat centra voor de regulering van eetlust, verzadiging, gewicht, dorst en temperatuur. Het mechanisme van verschillende, hierbij in het spel zijnde processen wordt door Krans nader beschreven.² Opmerkelijk is dat vernietiging van de kernen van de hypothalamus door bepaalde tumoren kan leiden tot een niet te bestrijden vetzucht of juist tot een ziektebeeld dat veel overeenkomst toont met *anorexia nervosa*. Ook is de hypothalamus op verschillende wijzen nauw met het (hypofysaire) endocriene stelsel verbonden. Zo bestaat een recht-

streekse verbinding met de achterkwab van de hypofyse, waar hormonen worden afgescheiden (vasopressine, oxytocine) die het gedrag kunnen beïnvloeden.

Vóórkomen

Bovenstaande summierende gegevens suggereren weer een primair lichamelijke oorzaak, maar zo eenvoudig ligt de zaak toch niet. Er zijn ook aanduidingen, onder andere in het ontstaan en in het verloop van het genezingsproces, die voor een psychische genese pleiten. In verband hiermee enkele mededelingen over het vóórkomen van de afwijking.

Uit onderzoekingen aan grote aantallen patiënten met *anorexia nervosa* is gebleken dat de afwijking in verreweg de meeste gevallen bij vrouwen wordt aangetroffen (naar schatting 1:200, dus niet eens zo zelden) en dat zij zich ontwikkelt tussen het 12e en 18e levensjaar. Zij kan echter ook op oudere leeftijd (tot circa 25 jaar) en bij jongens ontstaan. Bruch (op. cit.¹) meent dat *anorexia nervosa* de laatste 15 à 20 jaar sterk in frequentie is toegenomen.

Een vergelijkende studie (Pellay en Crisp, *Br J Med Psychol* 1977) wees uit dat meisjes met *anorexia nervosa* zich onderscheidden door dwangvoorstellingen en onberedeneerde angsten. Zeker is dat zij een verstoord beeld hebben van de omvang van hun eigen lichaam, maar niet van dat van anderen. Dikwijls betreft het patiënten die in hun jeugd 'model' kinderen waren van gegoede ouders, met een dominerende moeder. Veelal zijn zij van jongsaf slechte eters geweest. De psychoseksuele ontwikkeling is bij de meisjes vertraagd en zij hebben weinig belangstelling voor het andere geslacht. Niet zelden zijn het zusters (Krans²).

De jeugdige patiënten streven naar onafhankelijkheid van hun ouders en van de wereld om hen heen. Zij kiezen vaak een beroep waarin zij een zeker overwicht menen te kunnen uitoefenen, zoals sociaal werkster of onderwijzeres.

Het strenge dieet dat zij in acht nemen geeft hun een zeker gevoel van superioriteit: zij zijn er gewoonlijk trots op dat zij zo'n moeilijke taak zo goed kunnen volbrengen. Door hun wonderlijk starre opvattingen zijn zij echter steeds minder in staat tot het onderhouden van normale intermenselijke contacten en daardoor raken zij steeds meer geïsoleerd. Zij hebben sterk de neiging tot ontkenning van het bestaan van lichamelijke afwijkingen, waartoe hun vermagering toch onontkoombaar leidt. Het is ook niet zo dat een te sterke vermagering de patiënten ertoe brengt, meer voedsel tot zich te nemen. De mortaliteit is dan ook relatief hoog: opgaven in de literatuur variëren van 7 tot 21%.

De in deze paragraaf opgegeven waarnemingen doen als vanzelf meer overhellen tot de opvatting dat een psychische afwijking aan de ziekte ten grondslag ligt.

Veranderingen in de stofwisseling

De vermagering is echter niet het enige waarneembare symptoom. Behalve het gewichtsverlies van ten minste 25% (of, als de afwijking op jonge leeftijd begint, een achterstand van ten minste 25% op het te verwachten lichaamsgewicht) heeft de abnormaal geringe voedselopneming ook andere stoornissen tot gevolg, zo bijvoorbeeld obstipatie, gepaard gaand met buikpijn en een vol gevoel. Dit brengt de patiënten er vaak toe, braken op te wekken, met als mogelijk gevolg hypochloremie. De obstipatie leidt tot overmatig gebruik van laxantia, maar het voor de therapeut misleidende is dat deze maatregel bijna altijd wordt ontkend. Misbruik van laxantia en (wat ook dikwijls voorkomt) van diuretica heeft als consequentie het ontstaan van hypokaliëmie.

Bij patiënten, die *anorexia nervosa* in ernstige mate tonen, zijn de veranderingen in de elektrolytenhuishouding regelrecht levensgevaarlijk. Zij komen onder andere tot uiting in een gestoorde nierfunctie. Genoemd werd reeds amenorroe: niet zelden het eerste verschijnsel. In een later stadium

ontstaan symptomen als hypothermie, koude handen en voeten (door gestoorde thermeregulatie), bradycardie, hypotensie, oedemen en verschillende metabole veranderingen: voor nadere bijzonderheden hieromtrent, bijvoorbeeld endocriene stoornissen, zie Krans.²

Diagnostiek

Zowel Stege c.s. en Krans stellen vast dat de term 'Anorexia nervosa' enigszins misleidend is.^{1 2} 'Anorexie' betekent namelijk 'slecht verdragen van voedsel', terwijl hier het kenmerk veeleer een uitgesproken afkeer van voedsel is.

Uit het voorgaande zou men wellicht opmaken dat de diagnose van de afwijking redelijk gemakkelijk is te stellen, maar dit is in feite niet zo, want de symptomen van anorexia nervosa zijn niet nauwkeurig te omschrijven. Ondanks de tamelijk specifieke combinatie van lichamelijke en psychische factoren wordt de diagnose meestal pas lang na het ontstaan van de eerste verschijnselen gesteld. Ook is te bedenken dat anorexia nervosa moet worden onderscheiden van andere psychische stoornissen bij jongeren, die met verminderde voedselopneming gepaard kunnen gaan, zoals depressie, schizofrenie en hysterie. Verder worden de maatstaven voor de verschijnselen nogal eens verschillend gehanteerd. Dit maakt vergelijking van therapeutische resultaten moeilijk.

Samenvattend zijn de belangrijkste kenmerken:

- gewichtsverlies, resp. gewichtsachterstand van ten minste 25%;
- begin van de openbaring der symptomen vóór het 25e levensjaar;
- geen andere ziekte-oorzaak die het gewichtsverlies en de anorexie kan verklaren;
- verstoorde beeldvorming van de eigen lichaamsomvang en angst voor dik worden, ook bij extreme vermagering;
- afweershouding tegenover eten met verwaarlozing van de voedselbehoeften bij een naar verhouding

dikwijls vrij grote lichamelijke activiteit;

- andere genoemde kenmerken van lichamelijke aard (amenorroe, bradycardie, hypotensie, etc.) die niet alle manifest behoeven te zijn.

Behandeling

Gezien de onzekere genese van de afwijking en de starre vasthoudendheid van de patiënten is het moeilijk een doeltreffende therapie in te stellen. Krans² zegt dan ook dat geen enkele vorm van behandeling een goed gevolg kan garanderen. De patiënten tonen over het algemeen weinig bereidheid tot medewerking: zij hebben onvoldoende ziekte-inzicht en leggen veel resistentie tegen therapeutische maatregelen aan de dag. Dit vergt van de behandelende arts veel geduld. In het algemeen geldt: hoe ernstiger het ziektebeeld zich voordoet, hoe moeilijker de therapie wordt.

Als een patiënt wordt verdacht van anorexia nervosa is een uitgebreid lichamelijk onderzoek noodzakelijk om andere oorzaken van vermagering uit te sluiten. Daarna dient de patiënt zo spoedig mogelijk te worden behandeld. Vertragingen in de bestrijding kunnen echter optreden als de diagnose wordt gemist, bijvoorbeeld door een vroegtijdig optredende amenorroe niet als symptoom van anorexia nervosa te herkennen, maar deze als geïsoleerd verschijnsel te behandelen met een hormonenpreparaat.

Ook andere symptomen, in de eerste plaats afkeer van voedsel, worden wel verkeerd geïnterpreteerd en vaak als 'gebrek aan eetlust' opgevat en zo worden symptomen vaak primair behandeld met eetlustopwekkers, obstipatie met laxantia, etc. Het enige resultaat is dan dat de zelfmedicatie van de patiënt wordt gestimuleerd. Bovendien wordt de behandeling dikwijls belemmerd doordat de patiënten onjuiste informatie over voedingsgewoonten, medicijngebruik en andere zaken verstrekken, zodat zowel therapeut als familieleden om de tuin worden geleid. De arts moet echter trachten de patiënt te beschouwen als een zelfstandige, die in een abnormale relatie tot zijn

omgeving staat; voorts dient hij ernaar te streven, via een vertrouwensrelatie de psychische problemen en de voedselopneming te begeleiden. Soms is daarbij psychiatrische hulp onmisbaar. Hiermee kan in elk fase worden begonnen.

De somatische specialist komt in het geweer als het lichaamsgewicht buitensporig laag wordt en als ernstige verschijnselen van ondervoeding, uitdroging of elektrolytenverschuivingen dreigen te ontstaan. Dan komt als therapie dikwijls geforceerde sondevoeding in aanmerking. Men gaat daarbij uit van een laag aantal calorieën en voert deze geleidelijk op. Geconcentreerde voeding geeft daarentegen moeilijkheden. Ligt de patiënt tijdens de sondevoeding passief in bed, dan is het raadzaam hem of haar oefeningen te laten uitvoeren, omdat dan ondanks de verhoogde inspanning meer calorieën in eiwithoudend weefsel zullen worden omgezet. Het nuttig effect ten aanzien van de gewichtstoename kan dan groter zijn.

Tandheelkundige implicaties

Het behoeft geen verwondering te wekken dat het beschreven zonderlinge voedingsgedrag ook gevolgen voor de gebitstoestand kan hebben. Deze zijn in het algemeen van tweeërlei aard: cariës en (vooral) erosie. Hellström (1974) schrijft de niet zelden aangetroffen hoge cariësindex bij patiënten met anorexia nervosa toe aan een relatief sterk suikerverbruik, speciaal bij hen die anorexie afwisselen met perioden van boulimie. Erosie komt begrijpelijkerwijs meer voor bij patiënten die veelvuldig braken. Het daarbij omhooggebrachte maagzuur, dat zeker in staat moet worden geacht, een aanzienlijk substantieverlies te veroorzaken, blijft in de papillae filiformes van de tong achter en wordt met de tongbewegingen tegen de palatinale en occlusale, resp. incisale vlakken gedrukt. Deze omstandigheid kan op den duur uitgebreide erosie bewerkstelligen.

Patricia Stege c.s.¹ illustreren een en ander met de beschrijving van twee

gevallen, betreffende vrouwelijke patiënten van 24 en 26 jaar, in het volgende aangeduid met de letters A en B.

Patiënte A een ongetrouwde, 80 pond wegende, vrouw, stelde zich alleen onder behandeling omdat zij kiespijn had. Bij inspectie werden 11 caviteiten in een nogal verwaarloosde mond gevonden. Bij die verwaarlozing paste ook een tekortschietende mondhygiëne. Desondanks was de toestand van het parodontium uitstekend te noemen. Het meest opvallende verschijnsel was, dat al haar tanden en kiezen sterke inciso- resp. occluso-palatinale erosies toonden, waardoor verscheidene vroeger aangebrachte amalgaamrestauraties aanzienlijk boven het occlusale niveau waren komen te liggen.

De eenzellige jonge vrouw muntte niet uit door mededeelzaamheid, maar uit de wat moeizaam verlopende anamnese bleek dat zij uit een streng religieuze familie kwam en buiten de Verenigde Staten door haar moeder was grootgebracht. Toen zij op 18-jarige leeftijd weer in Amerika kwam, maakte zij een moeilijke tijd door. Zij herinnerde zich dat zij altijd met afgunst modebladen bestudeerde waarin haar landgenoten alle even begerenswaardig slank werden afgebeeld. In die tijd had ook het ziektebeeld zich ontwikkeld.

Toen zij 19 was werd zij voor een jaar in een psychiatrische kliniek opgenomen. Dit geschiedde nadat was vastgesteld dat geen lichamelijke afwijking aan haar gewichtsverlies ten grondslag lag. Later, in haar 20e en 22e levensjaar, werd zij nog tweemaal voor enkele maanden opgenomen, maar blijkbaar zonder succes. Zij had alle vertrouwen in medische behandeling verloren en weigerde voortaan ook alle hulp.

Zij ontkende trouwens dat zij ooit ziek was geweest en verbeeldde zich dan ook in goede conditie te verkeren. Wel bekende zij dat zij 4 à 5 maal per dag vomeerde. Ook had zij in een recent verleden grote hoeveelheden citrusvruchten genuttigd. Daarvan getuigden wellicht de ten overvloedige aangetroffen labiale erosies. De occluso-(inciso-) palatinale werden toegeschreven aan het vele braken over lange perioden: deze gewoonte had zij nog steeds niet afgelegd.

Het was natuurlijk niet eenvoudig, voor deze, in de esthetische kwaliteiten van haar gebit absoluut niet geïnteresseerde, vrouw een passende restauratieve behandeling te bedenken. Zij was immers allang blij als zij van de pijn af was. Niettemin gelukte het, haar tot enigerlei vorm van restauratieve therapie te bewegen. De carieuze laesies werden, zonedig met endodontische voorzieningen, gerestaureerd, deels met plastisch materiaal, deels met onlays. Voor een meer definitieve gebits-

rehabilitatie meenden de auteurs te moeten wachten tot het braken op de een of andere wijze was bedwongen.

Wél werd de patiënte aangeraden dagelijks met een fluoride-oplossing te spoelen, niet alleen om cariës tegen te gaan, maar ook om de gevoeligheid van het geëxponerde tandbeen te bestrijden. Ook kreeg zij het advies, na het braken met natriumbicarbonaat te spoelen om de zuurvorming te neutraliseren. Natuurlijk ontving zij bovendien mondhygiënische instructie.

Haar hoge cariësindex was, mede door haar geringe mededeelzaamheid, niet gemakkelijk te verklaren, want meestal gaat erosie daar niet mee samen. Wellicht was de oorzaak gelegen in het feit dat tijden van weerzin in eten plotseling omsloegen in (korte) perioden van ongecontroleerd veel voedsel tot zich nemen en dat was dan meestal in de vorm van koolhydraatrijke versnaperingen. Bovendien verwaarloosde zij – zoals gezegd – de mondhygiëne. Maar zelf geloofde zij dat ze een evenwichtig dieet volgde en ze kon dan ook helemaal niet inzien waarom ze zoveel caviteiten had.

Patiënte B vertegenwoordigde een geheel ander type, althans in zoverre dat zij wel oog had voor de esthetische kwaliteiten van haar gebit. Zij stoorde zich aan de tekortkomingen in dit opzicht van haar vier bovensnijtanden en zocht daarvoor een oplossing.

Zij kwam uit de gegoede middenstand en had naar eigen zeggen een liberale opvoeding genoten. Zij vertelde dat zij van haar 16e jaar aan anorexia nervosa had geleden, inmiddels 10 jaar. Ook had zij perioden van boulimie gekend. Zij was in drie à vier maanden van praktisch hongerstaking ongeveer 45 pond afgevallen en zij behield dit ondergewicht door dagelijks 3 à 4 maal te braken. Tevens bekende zij, dat zij steeds veel alcohol had gebruikt: 'naarmate ik minder at, dronk ik meer'.

Van haar 24e tot haar 26e jaar had ze aan amenorroe geleden. De laatste tijd echter was zij door contacten met 'Alcoholics Anonymous' en soortgelijke hulpverlenende organisaties van haar dwaalwegen teruggekeerd en had weer wat aan gewicht gewonnen. Ook was een normale menstruele cyclus teruggekeerd.

Bij klinisch mondonderzoek bleek weinig cariës te bestaan en de toestand van het parodontium was, evenals bij patiënte A, optimaal. Bestaande amalgaamrestauraties verkeerden in goede conditie. Haar bovensnijtanden toonden incisaal en palatinaal echter sterke erosie, zodat de indruk van een open beet werd gewekt. Hoewel zij nu op de goede weg was, vomeerde zij nu en dan nog wel na het eten: die gewoonte was blijkbaar moeilijk af te wennen. Bij deze patiënte bestond de behandeling in

de vervaardiging van vier op goud gebakken porseleinen kronen op de genoemde vier snijtanden. Ook deze patiënte ontving instructie betreffende mondhygiëne en haar werd op het hart gedrukt, zich aan regelmatige gebitscontrole te houden.

Opmerkelijk was bij beide patiënten de uitnemende toestand van het parodontium. Dit trof natuurlijk vooral bij patiënte A met haar hoge cariësindex. Maar het is wel in overeenstemming met wat gewoonlijk bij patiënten met erosie wordt aangetroffen. Blijkbaar waren ondanks de lage pH, in verband met het braken, de omstandigheden in de mond toch zo, dat de plaque niet veel kans kreeg zich in het gebied van de tandhals op te hopen. Maar een verklaring wordt niet gegeven.

Andere afwijkingen in de mond

In de literatuur is meermalen vermeld dat patiënten met anorexia nervosa een verminderde speekselafscheiding hebben. Het veel geobserveerde onoordeelkundige gebruik van laxantia en diuretica draagt namelijk, behalve tot een stoornis in de elektrolytenbalans, ook bij tot een verminderd totaal volume aan vocht en daardoor wordt vermindering van de speekselsecretie in de hand gewerkt. Daar komt dan nog het veelvuldige gebruik van andere geneesmiddelen bij, zoals antidepressiva en sedativa.

Dit alles kan leiden tot xerostomie (Exc. odontol. Sectie VI, nr. 976, okt. 1982). Het gevolg daarvan is eventueel weer dat patiënten op snoepjes gaan zuigen, hetgeen natuurlijk bijdraagt tot het ontstaan van cariës.

Slotbeschouwing

In het voorgaande is nogal uitvoerig ingegaan op de casuïstiek van Patricia Stege c.s.¹ Dit geschiedde met opzet, om aan te tonen dat de behandeling van patiënten met anorexia nervosa bijzondere problemen met zich meebrengt en niet alleen in technische zin. Belangrijk is vooral te weten dat patiënten, die psychische anomalieën aan de dag leggen, ook door de tandarts met begrip en geduld tegemoet dienen te worden getreden, anders loopt de behandeling al in het begin op een mislukking uit. De meisjes – patiënte A was daar een voorbeeld van –

zijn vaak wat eenzellig en wantrouwig, zo niet weerspannig. Zijerkennen immers het bestaan van hun afwijkingen niet en dat geldt ook voor afwijkingen van het gebit. Om hun vertrouwen te winnen is het bijvoorbeeld noodzakelijk dat niet aanstonds een negatief oordeel over hun eventueel verwaarloosde gebitstoestand wordt geveld. Een al te kritische houding kan een aanvankelijk geschonken vertrouwen al dadelijk te niet doen. Daarom dient ook de tandarts van de merkwaardige geestesgesteldheid van patiënten met anorexia nervosa op de hoogte te zijn.

Overigens is nog niet te zeggen hoe de inzichten in het ziektebeeld zich op den duur zullen ontwikkelen. Wellicht

zal de neuro-endocrinoloog in de toekomst meer licht op het wezen van de ziekte kunnen werpen, maar voorhands lijkt anorexia nervosa een psychiatrisch ziektebeeld te zijn, dat ontstaat in het proces van het zelfstandig worden en waarvan de lichamelijke verschijnselen door de psychische veranderingen worden veroorzaakt.²

Summary:

Title: Anorexia nervosa.

Keywords: Pathology - Anorexia nervosa

On the basis of recent reports in the dental and medical literature the Editors discuss the dentally relevant symptoms of anorexia nervosa - a condition seen mostly in women - which is cha-

racterized by extreme aversion to food and a morbid fear of becoming fat.

The result is a pathological loss of body weight. The condition has somatic as well as psychological components, but the primacy of either has not yet been established. The principal dental implication is the development of erosion of teeth, probably due to the fact that nearly all these patients vomit frequently. Two cases are quoted.

Literatuur:

1. P. Stege, L. Visco-Dangler, L. Rye. Anorexia nervosa: review including oral and dental manifestations. J Am Dent Assoc 104: 648, 1982.
2. H. M. J. Krans. Anorexia nervosa. Ned Tijdschr Geneesk 124: 743, 1980.

November 1982.

V.

Boekbesprekingen

V.O. Lucia: *Modern gnathological concepts - updated*. 440 pag., 865 afb. Quintessence Publishing Co. Inc., Chicago, Berlin, Rio de Janeiro, Tokyo 1983. Prijs \$ 160,—, ISBN 0 86715 105 6.

In de inleiding stelt de auteur dat het hier een herschreven en bijgewerkte uitgave betreft van zijn in 1961 bij de C.V. Mosby Co. verschenen boek 'Modern gnathological concepts'. Vandaar dan ook de huidige titel, 'Modern gnathological concepts - updated'.

Wanneer men beide boeken vergelijkt valt direct op dat de uitgave van de Quintessenz veel fraaier is verzorgd en ook beduidend is uitgebreid, de strekking is echter identiek gebleven.

Voordat met de eigenlijke bespreking wordt begonnen iets over het begrip 'Gnathology'. Het woord 'Gnathology' is afkomstig uit Amerika en wordt gebruikt ter aanduiding van de functieleer en de behandeling van het kauwstelsel in zijn geheel. In de oorspronkelijke gnathologische benadering wordt bij het bestuderen van afwijkingen in occlusie en articulatie en bij de occlusie-opbouw zeer veel aandacht besteed aan het registreren van bewegingen en posities van de onderkaak ten opzichte van de bovenkaak. Vervolgens worden deze registraties overgebracht naar een geheel instelbare articulator welke dan na instelling de geregistreerde bewegingen exact kan reproduceren.

Zoals bekend mag worden verondersteld wordt in Nederland met gnathologie voornamelijk het bestuderen en behandelen van het pijn-dysfunctiesyndroom bedoeld;

het toepassen van registratie-apparatuur en het werken met geheel of gedeeltelijk instelbare articulatoren komt hierbij nauwelijks of geheel niet aan de orde.

Victor O. Lucia behoort tot het uitstervende ras dat men in Amerika 'die-hard gnathologists' noemt en hiermee is eigenlijk al direct de tendens van het boek weergegeven. De geschreven tekst is een typische afbeelding van wat men in Amerika 'Gnathology' noemt. Aan de problematiek van het pijn-dysfunctiesyndroom wordt geheel geen aandacht besteed en de behandeling van de materie is dogmatisch van aard.

In de eerste drie hoofdstukken worden de anatomie en de fysiologie van het kauwstelsel besproken. Deze hoofdstukken bevatten niets nieuws en zijn, vooral wat de fysiologie betreft, nogal beperkt van opzet. In de hoofdstukken 4, 5, 6, 7 en 8 worden de diverse registratiemethoden, het overbrengen van de pantograafregistratie naar een articulator en het instellen hiervan overzichtelijk en duidelijk beschreven. Het gaat hierbij vooral om de geheel instelbare Stuart-articulator maar ook de Denar-articulator krijgt de nodige aandacht. Principes en richtlijnen voor de occlusie-opbouw worden in de hoofdstukken 9 en 10 behandeld; de illustraties hierbij zijn duidelijk en verhelderend. De hieropvolgende twee hoofdstukken gaan over de diagnostiek en het opstellen van een behandelingsplan. Deze hoofdstukken zijn onvolledig en de nodige uitspraken over de parodontale behandelfase zijn geheel verlaten.

Dan volgen hoofdstukken over het prepareren van elementen, de toepassing van goud/porselein kronen en het vervaardigen

van tijdelijke restauraties. Ook hier weer een eenzijdige en onvolledige benadering van de onderwerpen.

In het hoofdstuk over afdrucken worden zowel de hydrocolloïdafdrukmethode als de combinatie koperband-stents besproken.

In een apart hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op het vervaardigen van partiële prothesen met precisieverankering en aan de laboratoriumfase wordt hierbij veel aandacht besteed.

In twee hoofdstukken wordt de remontage-procedure van uitgebreid kroon- en brugwerk besproken. Bij het registreren van de centrale relatie wordt slechts één methode besproken en wel met toepassing van een kunsthars 'Lucia-jig'. Vervolgens zijn er hoofdstukken over het inslijpen en het cementeren.

In een van de laatste hoofdstukken wordt uitgebreid ingegaan op de rol die de frontelementen spelen bij de occlusie-opbouw; naar mijn mening is dit een van de beste hoofdstukken. Tot slot volgt nog wat casuïstiek.

Het boek van Lucia moet worden gezien als een rijkelijk geïllustreerde handleiding voor wat men in Amerika onder de oorspronkelijke gnathologie verstaat. Jammer is het dat geen enkele poging wordt gedaan om de dogmatische benadering enigszins te relativeren en, althans waar mogelijk, met onderzoek te onderbouwen. Vooral het geheel ontbreken van enige wetenschappelijke ondersteuning van de theoretische achtergronden van de beschreven klinische handelingen is storend en de grote zwakte van dit boek.