

## REDACTIONEEL

## DE PRIJS VAN HET NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR TANDHEELKUNDE 1984

Ook dit jaar weer werden tijdens de jaarvergadering van de Stichting Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde de prijzen uitgereikt voor de artikelen uit de jaargang 1984, die door de uit het bestuur samengestelde jury als de beste werden beoordeeld. Steeds worden hierbij de rubrieken Post Academiam en Onderzoek nagespeurd. De publikaties uit eerstgenoemde rubriek leverden het meeste denkwerk op, daar de kwaliteit vaak van hoog gehalte bleek te zijn en de keuze dus moeilijk was. Dit is ook niet onverwacht, daar veel belangrijke onderzoeksverslagen naar internationale, gespecialiseerde tijdschriften verdwijnen en een versie in de Nederlandse taal blijkbaar niet op het programma voorkomt. Het ware te wensen dat leidinggevenden bij projecten van wetenschappelijk onderzoek zouden inzien dat ook in Nederland belangstelling bestaat om kennis te kunnen nemen van in dit land gefinancierde research.

Het was mede daarom dat de jury haar bewondering uitsprak voor de publikaties van R. Meeuwissen c.s. die handelen over de overlevingskansen van amalgaamrestauraties in premolaren en molaren. Hiermee werd een zeer actueel probleem aangesneden. Immers de waardering van tandheelkundig werk zowel in het persoonlijke vlak als binnen de gezondheidszorg kan niet los worden gezien van de relatie tussen de duurzaamheid en de financiële lasten. Voor een volwaardige tandheelkundige verzorging, ook in sociaal verband, kan de jaarlijkse afschrij-



Foto: Jaap J. Herschel.

Beide prijswinnaars: links W. H. A. Steen, naast hem R. Meeuwissen.

ving op de in de behandeling gedane investeringen wel eens de doorslag geven.

In de rubriek Post Academiam ging W. H. A. Steen met de erepalm strijken. Zijn artikel getiteld: 'Eenvoudige overkappingsprothesen' werd door de jury als beste beoordeeld. Hoewel de resorptie van de kaak na extractie vooralsnog een onoplosbaar probleem vormt, bestaat toch de mogelijkheid om bij een zorgvuldige en selectieve indicatie elementen te behouden en

daardoor resorptie te voorkomen en de retentie van de prothese te verbeteren: een artikel dat wetenschappelijk gefundeerd is en daarbij de practicus direct aanspreekt. Voor beide artikelen bleek de jury tot een nagenoeg eenstemmig oordeel te zijn gekomen. De prijzen bestaande uit de bronzen penning van het Tijdschrift en een geldbedrag werden door Prof. Dr. O. Backer Dirks toegelicht en uitgereikt.

v.S.

## POST ACADEMIAM

## LEUKOPLAKIE VAN HET MONDSLIMVLIES

W. F. C. HOGEWIND

*Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie en de afdeling Pathologie van de Mondholte van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

*Trefwoorden: Mondziekten en kaakchirurgie – Pathologie – Leukoplakie*

*Inleiding*

De term leukoplakie wordt voor het mondslijmvlies uitsluitend in klinische betekenissen gebruikt en is gedefinieerd als 'a white patch or plaque that cannot be characterised clinically or pathologically as any other disease'.<sup>1</sup>

Leukoplakie wordt beschouwd als een premaligne afwijking. De kans op kwaad-

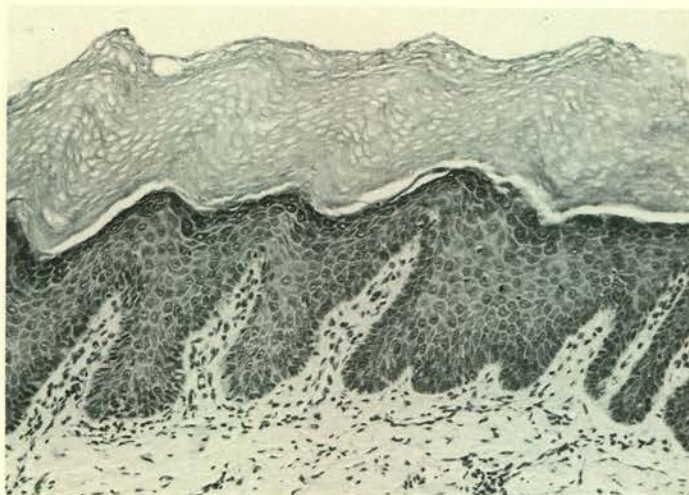
aardige verandering is 4-5%.<sup>2</sup> Als mogelijke oorzaken voor leukoplakische veranderingen van het mondslijmvlies worden genoemd: gebruik van tabak, chronische mechanische irritatie en infectie met *Candida albicans*.<sup>3</sup> Bij sommige patiënten kan geen plausible oorzaak worden aangewezen. Er wordt dan gesproken van idiopathische leukoplakie.

Het voorkomen van leukoplakie kent grote

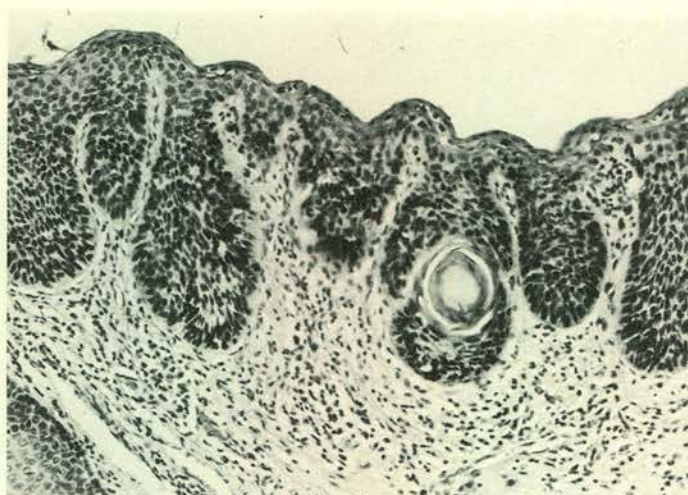
*Samenvatting:*

Een overzicht wordt gegeven van leukoplakie van het mondslijmvlies, gebaseerd op gegevens uit de literatuur en op de waarneming van 84 patiënten met deze afwijking. Bij drie van deze patiënten is kwaadaardige verandering opgetreden binnen een gemiddelde periode van vijf jaar.

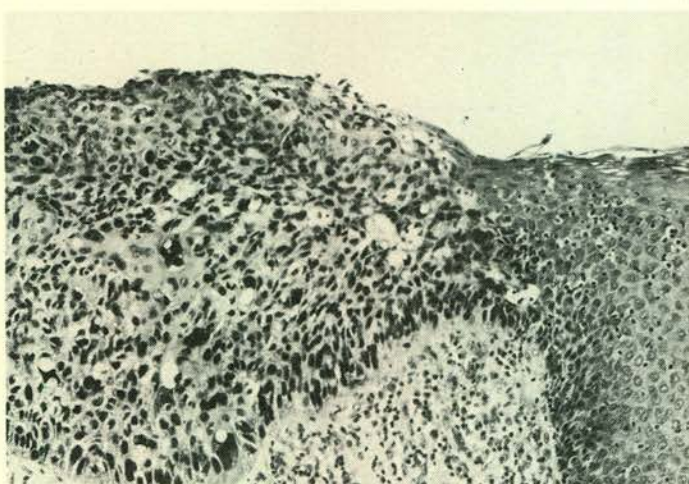
In het algemeen is het te adviseren een patiënt met een leukoplakie van het mondslijmvlies te verwijzen naar een specialist met specifieke kennis op dit terrein.



Afb. 1.



Afb. 2.



Afb. 3.

Afb. 1. Proefexcisie van een leukoplakie. Het histologische beeld toont hyperkeratose zonder tekenen van epitheeldysplasie (H. E.-kleuring; oorspr. vergr.  $\times 132$ ).

Afb. 2. Biopt van leukoplakisch veranderd mondslijmvlies. Let op het ontbreken van hyperkeratose, zoals getoond in afbeelding 1. Er is proliferatie van de cellen van de basale laag, hyperchromasie van de kernen en individuele celverhoorning, te zamen leidend tot de histologische diagnose 'matige epitheeldysplasie' (H. E.-kleuring; oorspr. vergr.  $\times 132$ ).

Afb. 3. Evenals afbeelding 1 en 2 betreft het hier een biopt van een leukoplakie. Aan de rechter zijde is een nog min of meer intact epitheel zichtbaar. Het linker deel van de afbeelding toont tekenen van kwaadaardigheid, zoals verstoring van de normale architectuur en gelaagdheid van het epitheel, hyperchromasie van de kernen, cel- en kernpolymorfie en toeneming van het aantal mitosen. Het stratum basale is echter nog intact, zodat hier sprake is van een 'carcinoma in situ'. (H. E.-kleuring; oorspr. vergr.  $\times 132$ ).

geografische verschillen, variërend van minder dan 1% tot meer dan 10% in sommige streken van India.<sup>4</sup> De afwijking komt over het algemeen vaker bij mannen dan bij vrouwen voor, meestal in de oudere leeftijdsgroepen. Voorkeurslokalisaties zijn het wanglijmvlies, de processus alveolaris van onder- en bovenkaak en in mindere mate de tong, mondbodem en het gehemelte. De aandoeningen kunnen klinisch onderscheiden worden in homogene (vlak, egaal wit en niet-geïndureerd) en niet-homogene leukoplakieën, welke laatste groep weer kan worden verdeeld in verruceuze, nodulaire en erosieve. Het histologische beeld van leukoplakie kan variëren van hyperkeratose zonder epitheeldysplasie tot carcinoma-in-situ en zelfs plaveiselcelcarcinoom (afb. 1 t/m 3).<sup>5</sup> Afhankelijk van het klinische aspect moet reeds bij het eerste bezoek een proefexcisie worden verricht. Het behandelingsbeleid bestaat uit het elimineren van mogelijke oorzakelijke factoren. Afhankelijk van het effect daarvan en mede op grond van de bevindingen van eventueel histopathologisch onderzoek wordt bepaald of tot verdere behandeling wordt overgegaan. Hiervoor komen chirurgische verwijde-

ring, cryochirurgie of behandeling met laserstralen in aanmerking.

In deze bijdrage worden de ziektegeschiedenissen geëvalueerd van patiënten, die in de periode van 1969 tot 1984 de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit bezochten. Met name is nagegaan hoe vaak maligne veranderingen zijn opgetreden.

#### Materiaal en methoden

Op grond van de patiëntenregistratie, diaarchieven en pathologisch-anatomische verslagen bleken er in totaal 84 patiënten met een leukoplakie te zijn geregistreerd, die tussen 1969 en 1984 de polikliniek bezochten. Patiënten bij wie op grond van de biopsie reeds bij het eerste bezoek aan de polikliniek de diagnose carcinoma-in-situ of plaveiselcelcarcinoom werd gesteld, zijn tevoren al van dit onderzoek uitgesloten. Evenmin zijn in dit onderzoek betrokken de patiënten met een plaveiselcelcarcinoom, bij wie in de anamnese melding werd gemaakt van in het verleden elders behandelde of gecontroleerde leukoplakie. Van de eerder genoemde 84 patiënten zijn

geslacht en leeftijd, reden van verwijzing, mogelijke oorzaak, bestaansduur, lokalisatie, klinische typering, primaire therapie en histopathologische bevindingen vermeld in de tabellen I t/m VIII.

In de regel wordt met een patiënt met een homogene, niet-suspecte leukoplakie een jaarlijkse controle afgesproken. Is sprake van een niet-homogene leukoplakie, dan wordt twee keer per jaar gecontroleerd, zo nodig nog frequenter. Ongeveer de helft van de patiënten is, ook na herhaalde oproepen, binnen een tijdsbestek van enkele weken tot een jaar na het eerste bezoek aan

Tabel I. Geslacht en leeftijd van 84 patiënten met leukoplakie.

leeftijd (jaren)	geslacht	
	ml.	vrl.
0-15	—	—
16-30	5	1
31-45	12	5
46-60	13	11
> 60	20	17
totaal	50	34

de polikliniek niet meer voor controle verschenen. De controletijd van de resterende groep van 50 patiënten varieerde van 1 tot 5 jaar, met een gemiddelde tijdsduur van 2½ jaar.

**Resultaat**

Van de 50 wel gedurende korte of lange tijd gevolgde patiënten is bij drie een maligne transformatie opgetreden. Het betrof drie vrouwen. Bij allen was de leukoplakie op de tong gelokaliseerd. De gegevens van deze patiënten zijn samengevat in tabel IX. Bij de drie patiënten bij wie kwaadaardige veranderingen zijn opgetreden, is vanaf het eerste bezoek aan de polikliniek een afwachtende houding aangenomen. Bij de patiënten één en drie was namelijk sprake van een homogene vorm van leukoplakie en ontbraken histologische tekenen van epitheeldysplasie. Bij patiënte twee werd, ondanks het niet-homogene karakter van de leukoplakie en de histologische aanwezigheid van epitheeldysplasie, eveneens voor een afwachtend beleid gekozen. Enerzijds was namelijk sprake van een zeer diffuse uitbreiding van de leukoplakie en anderzijds werd de matige algemene conditie van patiënte als een te groot risico beschouwd voor het eventueel ondergaan van een chirurgische ingreep onder algehele anesthesie.

Nadat de kwaadaardige verandering in de leukoplakieën van voornoemde drie patiënten histologisch was aangetoond is bij allen tot chirurgische behandeling overgegaan. Bij patiënten één en twee bestond de behandeling uit ruime lokale excisie. Bij patiënte drie werd, wegens verdenking op het bestaan van halskliermetastasen, tevens een halsklierdissectie uitgevoerd (Prof. Dr. G. B. Snow).

**Discussie**

Vooropgesteld dient te worden dat het hier geselecteerd materiaal betreft en de documentatie in de patiëntenstatussen een zorgvuldige bewerking nauwelijks toeliet. Het werkelijke aantal patiënten met leu-

Tabel II. Reden verwijzing bij 84 patiënten met leukoplakie.

witte slijmvliesverandering	31
andere reden*)	45
onvoldoende gespecificeerd	8

\*) Leukoplakie toevalsebvinging bij het eerste onderzoek.

Tabel III. Vermoedelijke oorzaak van leukoplakie bij 84 patiënten.

nicotine	31
alcohol	3
mechanische irritatie	2
combinaties*)	13
onvoldoende gespecificeerd	35

\*) Onder 'combinaties' vallen het in wisselende combinatie voorkomen van nicotine, alcohol, mechanische irritatie, wangbijten en andere lokale oorzaken.

Tabel IV. Verdeling naar bestaansduur ten tijde van het eerste onderzoek bij 84 patiënten met leukoplakie.

1-4 weken	4
1-6 weken	11
> ½ jaar	13
onvoldoende gespecificeerd	56

Tabel V. Verdeling naar lokalisatie bij 84 patiënten met leukoplakie.

wangslimvlies	12
tong	10
mondhoek	6
palatum	4
proc. alv. inf.	4
mondbodem	3
proc. alv. sup.	3
lipmucosa	3
pharynx	2
combinaties	35
onvoldoende gespecificeerd	2

Tabel VI. Verdeling naar klinische typering bij 84 patiënten met leukoplakie.

homogeen	11
niet-homogeen*)	22
onvoldoende gespecificeerd	51

\*) Hieronder vallen de varianten verruceuze, nodulaire en erosieve leukoplakie.

Tabel VII. Verdeling naar primaire therapie bij 84 patiënten met leukoplakie.

controle, al of niet met eliminatie van oorzakelijke factoren	23
chirurgie	18
cryochirurgie	5
geen	4
niet meer voor controle verschenen	34

Tabel VIII. Klinisch aspect en histopathologie tegen elkaar uitgezet in absolute aantallen.

	klinisch aspect:			totaal
	homo- geen	niet-ho- mogeen	onvol- doende gespeci- ficeerd	
hyper(para)keratose zonder dysplasie	4	2	16	22
dysplasie, gering	-	1	1	2
dysplasie, matig	-	3	-	3
dysplasie, ernstig	1	3	1	5
dysplasie, geen gradering	-	-	3	3
<i>Candida albicans</i>	-	-	2	2
chronische ontsteking	-	1	-	1
onvoldoende betrouwbaar te specificeren	5	3	-	8
<b>totaal</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>46</b>

Tabel IX. Bevindingen bij drie patiënten bij wie kwaadaardige verandering is opgetreden.

	1	2	3
geslacht	v	v	v
leeftijd	79	73	79
reden verwijzing	leuko- plakie/ pijn	leuko- plakie/ pijn	tongpijn
etiologie	geen	geen	geen
lokalisatie	tong	tong	tong
klinisch aspect	homo- geen	niet- homo- geen	homo- geen
dysplasie	geen	gering- matig	geen
<i>Candida</i>	geen	geen	geen
tijdsverloop*) (jaren)	7	2½	3

\*) Tussen eerste onderzoek en diagnose maligniteit.



Afb. 4. Homogene leukoplakie linker tongrug bij patiënte 1 (zie tabel IX) (links). Aspect na 7 jaar (rechts).



Afb. 5. Niet-homogene leukoplakie linker tonghelft bij patiënte 2 (zie tabel IX) (links). Aspect na 2½ jaar (rechts).



Afb. 6. Homogene leukoplakie rechter tonghelft bij patiënte 3 (zie tabel IX) (links). Aspect na 3 jaar (rechts).

koplakie dat op de polikliniek is gezien, is vermoedelijk veel groter geweest dan de hier vermelde 84. In onze patiëntengroep met leukoplakie waren er meer mannen dan vrouwen. Dit komt overeen met de man-vrouw-verdeling van de bezoekers van de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie.

Kwaadaardige veranderingen kwamen bij 3 vrouwen voor. Bij twee van hen was de

reden van verwijzing leukoplakie en pijn, bij de derde alleen pijn. Bij alle drie ontbrak een herkenbaar etiologisch moment. In de aanvankelijke groep van 34 vrouwen waren er 13 rokers en 21 niet-rokers. De drie vrouwen, bij wie kwaadaardige veranderingen zijn opgetreden, behoren allen tot de groep niet-rokers. Deze ervaring komt overeen met hetgeen hierover in de literatuur is beschreven.<sup>3</sup> In twee gevallen was

sprake van homogene, in het derde van niet-homogene leukoplakie (afb. 4-6). Hiermee wordt nog eens benadrukt, dat maligne transformatie mogelijk vaker voorkomt bij niet-homogene dan bij homogene leukoplakie,<sup>1-3</sup> maar dat toch ook bij homogene leukoplakieën waakzaamheid is geboden. Bij twee van de patiënten, bij wie een kwaadaardige verandering is opgetreden, toonde het biopt van de leukoplakie

bij het eerste onderzoek geen, bij één geringe tot matige dysplasie. Het ontbreken van dysplasie lijkt derhalve geen absolute graadmeter bij de voorspelling van een eventueel optreden van maligniteit. Bovendien dient men zich te realiseren, dat de beoordeling van het al of niet aanwezig zijn van dysplasie ten dele subjectief is, evenals een eventueel vermelde gradering. Het tijdsverloop waarin zich de kwaadaardige verandering bij onze patiënt heeft ontwikkeld, varieerde van ruim 2½ tot 7 jaren, hetgeen nog eens het belang onderstreept van langdurige controle van patiënten met een ogenschijnlijk onschuldige leukoplakie van het mondslijmvlies. Twee van de drie patiënten, bij wie kwaadaardige veranderingen zijn opgetreden, zijn nog in leven. De derde overleed ten slotte aan uitgebreide metastasering. Onze ervaringen met leukoplakieën komen in grote lijnen overeen met die uit de literatuur. Mede gelet op de kleine aantallen is echter uiterste voorzichtigheid gebo-

den met vergelijkingen met door anderen beschreven patiëntengroepen.

#### Summary:

Title: Oral leukoplakia; experience with 84 patients.

Keywords: Oral Surgery – Pathology – Oral leukoplakia

A review on oral leukoplakia, based on data from the literature and experience with 84 patients has been reported.

The leukoplakia lesions of 3 patients underwent malignant transformation within an average period of 5 years. All three patients were elderly women with idiopathic leukoplakia, in two cases of the homogeneous and in one case of the non-homogeneous type. In the former two patients the first biopsy showed only hyperorthokeratosis without epithelial dysplasia. In the other patient epithelial dysplasia was recorded

in the first biopsy. One of the patients finally died from widespread metastases. The other two have been treated surgically and are still alive.

In general it seems advisable to refer a patient with oral leukoplakia to a specialist who is knowledgeable in this field.

#### Literatuur:

1. International seminar on oral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits. Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 146-54.
2. Pindborg J J. Oral cancer and precancer. Bristol: John Wright and Sons Ltd., 1980.
3. Bánóczy J. Oral leukoplakia. Den Haag: Martinus Nijhoff Publishers, 1982.
4. Axéll T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. Odontol Revy, 1976; vol. 27 Suppl. 36.
5. WHO Collaborating centre for oral precancerous lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies in oral precancer. Oral Surg 1978; 46: 518-39.

Maart 1985.

Postbus 7057,  
1007 MB Amsterdam.

## SOMATISERING EN SOMATISCHE FIXATIE BIJ PATIËNTEN IN DE TANDARTSPRAKTIJK

B. REITSMA, klinisch psycholoog  
A. S. H. DUINKERKE  
K. WIJMA, klinisch psycholoog

*Uit de vakgroepen Medische Psychologie en Parodontologie-Prothetodontie-Sosiodontie van de rijksuniversiteit te Groningen.*

Trefwoorden: Psychologie – Somatisering – Somatische fixatie – Tandarts-patiëntrelatie

### 1. Inleiding

Tandartsen worden regelmatig geconfronteerd met klachten op tandheelkundig gebied, waarbij de gebruikelijke therapie niet tot een blijvende oplossing leidt. Voorbeelden zijn: sterk afgesleten gebitselementen, aanhoudende klachten over de volledige gebitsprothese, 'onverklaarbare kiespijn', herhaaldelijk losrakende kronen of een vage pijn in de wangmucosa. De oorzaken hiervan kunnen bepaalde mondgewoonten zijn, zoals knarsen en klemmen, lip- of wangbijten, met de tong en/of de wangmucosa tegen de gebitselementen persen. Hoewel deze klachten op tandheelkundig gebied liggen, tast de tandarts over de achtergrond ervan veelal in het duister. Zolang de tandarts het breder kader waarin de klachten thuis horen niet ziet, zal hij de klachten niet begrijpen, negeren of uitsluitend een somatische therapie uitvoeren. In het laatste geval verdwijnt het merendeel van de klachten slechts tijdelijk en komt de patiënt na verloop van tijd terug met dezelfde of soortgelijke klachten of gaat de patiënt naar een andere tandarts of arts.

Doel van dit artikel is een referentiekader te presenteren, van waaruit de hierboven genoemde klachten begrepen kunnen worden. In deze zin moet dit artikel worden

beschouwd als een meer theoretische omlijsting van het artikel 'De tandheelkundige anamnese bij patiënten met somatische fixatie'.<sup>1</sup> De theoretische beschouwingen zullen worden geïllustreerd aan de hand van een casus uit de tandheelkundige praktijk.

### 2. Somatisering

Psychische en omgevingsfactoren kunnen het ontstaan en beloop van lichamelijke klachten beïnvloeden. Anderzijds kunnen lichamelijke klachten ook invloed hebben op het psychisch en sociaal functioneren van een persoon. Bij de diagnostiek kan dit gemakkelijk leiden tot het zogenaamde probleem van de kip en het ei: waar is de klacht begonnen? Hoewel deze vraag theoretisch interessant kan zijn, is hij in geval van somatisering niet zo van belang voor de praktijk van diagnostiek en therapie, zoals zal worden uiteengezet.

Somatisering kan worden omschreven als het uiten van psychische spanningen en onlustgevoelens in lichamelijke verschijnselen. Uit deze definitie blijkt, dat psychische en sociale factoren (die spanningen en onlustgevoelens opwekken) een belangrijke rol spelen bij somatisering.

### Samenvatting:

Door patronen van klachten met een gecombineerde psychologische, sociale en somatische achtergrond eerder te herkennen, kan de tandarts vergeefse behandelingen vermijden. Hiervoor is een psychosomatische benadering noodzakelijk.

In dit artikel wordt een referentiekader gepresenteerd van waaruit deze klachten kunnen worden begrepen. Daarbij wordt uitgegaan van de begrippen somatisering en somatische fixatie. Het proces van somatische fixatie kenmerkt zich door het voortdurend doorlopen van kringlopen van elkaar versterkende factoren, waardoor de patiënt steeds afhankelijker wordt van de medische hulpverlening. Deze kringlopen worden besproken vanuit cognitief-psychologische, leertheoretische en sociaal-leertheoretische verklaringmodellen. De theoretische beschouwingen worden geïllustreerd aan de hand van een casus uit de tandheelkundige praktijk.

In bredere zin kan somatisering gezien worden als een proces dat, grotendeels onbewust, wordt ingeschakeld bij het zich teweer stellen tegen of het in de weer zijn met 'levensproblematiek'. Onder levensproblematiek worden gebeurtenissen verstaan die een sterk beroep doen op iemands vermogen om met moeilijke situaties om te gaan, zoals bijvoorbeeld het overlijden van een naaste, ontslag of echtscheiding.