

Wybrane metody chirurgicznego leczenia mnogich recesji dziąsłowych – opis przypadków

Selected methods of surgical treatment of multiple gingival recessions – case descriptions

¹ Katedra i Klinika Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Specjalistyczna Praktyka Lekarsko-Dentystyczna w Luboniu

Streszczenie

Recesja dziąsła objawia się dowierzchołkową pozycją brzegu dziąsła względem granicy szkliwno-cementowej i jest częstym schorzeniem jamy ustnej. Względy estetyczne oraz wrażliwość zębiny odsłoniętego korzenia zęba stanowią główny powód zgłaszania się pacjentów do lekarza periodontologa z tym problemem. W pracy opisano dwa przypadki mnogich recesji, w których zastosowano leczenie za pomocą wolnego przeszczepu dziąsłowego (*Free Gingival Graft* – FG) oraz z użyciem przeszczepu podnabłonkowej tkanki łącznej (*Subepithelial Connective Tissue Graft* – SCTG). W trzecim przypadku recesje mnogie pokryto metodą wg Zucchelliego. Wybór metody leczniczej powinien być uzależniony od przyczyny powstania recesji, klasy, miejsca ich wystąpienia oraz od wyników leczenia, które operator spodziewa się osiągnąć.

Słowa kluczowe: recesje, pokrywanie recesji, przeszczepy, przyzębie.

Abstract

Gingival recession is a frequent phenomenon within an oral cavity marked by an apical migration of a gingival margin marked from a cement-enamel junction. Esthetic considerations and the dentin sensitivity of an exposed root are the main reasons why patients visit a periodontologist. Our clinical case presentation encompasses two scenarios of multiple recession coverage in which a free gingival graft (FG) along with subepithelial connective tissue graft (SCTG) were utilized. In our third case, recession coverage was attained through the Zucchelli method. The choice of clinical treatment method ought to depend on the etiology, class and location of recession as well as the treatment outcome which the periodontologist desires to obtain.

Keywords: recession, recession coverage, tissue graft, periodontium.

Recesja dziąsła objawia się dowierzchołkową pozycją brzegu dziąsła względem granicy szkliwno-cementowej i jest częstym schorzeniem jamy ustnej. Za główną jej przyczynę uważa się niewłaściwe nawyki higieniczne. Stany zapalne dziąsła, uraz zgryzowy, piercing, działanie stałych aparatów ortodontycznych a także jatrogenny wpływ leczenia stomatologicznego należą do rzadszych [1, 2].

Istnieje wiele klasyfikacji recesji, jednak najbardziej powszechną jest klasyfikacja Millera z 1985 roku, która dzieli recesje na 4 klasy. I i II klasa charakteryzują się brakiem utraty kości i tkanek miękkich w przestrzeni międzyzębowej, a chirurgiczne pokrycie recesji w tych przypadkach jest możliwe w 100%. W klasie III występuje utrata kości i tkanek miękkich w przestrzeni międzyzębowej powyżej dolnego brzegu recesji. Pokrycie recesji w tym przypadku nie jest w pełni możliwe. W klasie IV, gdzie ubytek tkanek w przestrzeni międzyzębowej jest znaczny, nie jest wskazany zabieg chirurgiczny [2, 3].

Względy estetyczne oraz wrażliwość zębiny odsłoniętego korzenia zęba stanowią najczęstszy powód zgłaszania się pacjentów do lekarza periodontologa z problemem recesji. Nie bez znaczenia jest brak możliwości prawidłowego oczyszczania powierzchni korzenia w jej obrębie. Wszystkie wymienione sytuacje stanowią wskazanie do zabiegu pokrycia recesji [1].

Przed podjęciem decyzji o wyborze chirurgicznej metody leczenia recesji dziąsłowej należy wykonać dokładne badanie periodontologiczne, w czasie którego ustala się przyczynę i stopień zmian patologicznych przyzębia. W dalszej kolejności należy wyeliminować nieprawidłowe zachowania higieniczne pacjenta, usunąć nieprawidłowe przyczepy wędzidełek oraz wykonać korektę zwarcia. Znaczenie mają wiek pacjenta, jego oczekiwania estetyczne, a także planowane wtórnie leczenie [4].

W celu pokrywania recesji stosuje się płyty uszypułowane, przeszczepy tkanek miękkich w formie wolnych przeszczepów (*Free Gingival*

Graft – FGG) lub z użyciem przeszczepów podnabłonkowej tkanki łącznej (*Subepithelial Connective Tissue Graft* – sCTG), jak również zabiegi sterowanej regeneracji tkanek (GTR), w tym także z wykorzystaniem białek matrycy szkliska [2, 4, 5].

Każdą z opisanych poniżej metod wykorzystano w Klinice Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii UM w Poznaniu. W badaniu wstępnym określono wartości wskaźników płytki nazębnej PLI (Plaque Index) wg Silness i Løe i wskaźnik krwawienia z kieszonki dziąsłowej SBI (Sulcus Bleeding Index). Odnotowano także wysokość recesji przy leczonych zębach.

Do leczenia zakwalifikowano pacjentów, u których wartości PLI i SBI wyniosły odpowiednio mniej niż 1 i 25%. Wszystkich pacjentów znieczulono środkiem zawierającym artykainę (Ubistesin 4% ESPE), a do zabiegu wykorzystano instrumentarium mikrochirurgiczne. Wizyty kontrolne odbywały się po 2, 4 i 12 tygodniach od dnia zabiegu.

Przypadek 1.

Pacjentka w wieku 28 lat została skierowana do Kliniki przez lekarza stomatologa. W badaniu stwierdzono recesję klasy III przy zębach 31, 41 a także brak strefy dziąsła przyczepionego i objaw pociągania (*pull-syndrome*) – przy pociąganiu wargi dolnej do przodu i do dołu obserwuje się anemizację błony śluzowej dziąsła przyczepionego i wolnego w tej okolicy (**Rycina 1**). Po usunięciu złogów nazębnych i instruktażu higieny jamy ustnej dokonano wyboru metody leczenia. Decyzja o zastosowaniu wolnego przeszczepu dziąsłowego podyktowana była możliwością pogłębienia przedsionka i likwidacją objawu *pull-syndrome* z jednoczesnym pokryciem recesji [6]. Wykonano poziome cięcie na granicy CEJ zębów 31 i 41 przedłużając je zarówno w obrębie brodawki między nimi, jak i nieco dystalnie poza recesje. W celu wytworzenia płata dzielonego wykonano cieciska skośne oraz dwa cieciska pionowe do *linea girlandiformis*. Po biomodyfikacji powierzchni korzeni zbufozowanym roztworem wersenianu sodu pobrano wolny przeszczep dziąsłowy z podniebienia w okolicy zębów trzonowych. Rozmiar przeszczepu ustalono za pomocą folii aluminiowej, którą wcześniej dopasowano do miejsca biorczego. Pacjentowi zalecono codzienne pokrywanie rany pastą Solcoseryl. Przeszczep umieszczono w miejscu biorczym i ustabilizowano go do dziąsła przyczepionego i okostnej pojedynczymi szwami węzłkowymi. Bardzo istotnym było także zastosowanie poziomego szwu kompensacyjnego, który zapewnia bezpośredni kontakt przeszczepu z okostną. W celu eliminacji krwi zgromadzonej pod przeszczepem, operowane tkanki zostały uciskane przez kilka minut za pomocą zwilżonego solą fizjologiczną tamponu. Szwy nieresorbowalne 6/0 zostały usunięte po 14 dniach. Po 3 miesiącach stwierdzono wytworzenie 10 mm strefy

dziąsła przyczepionego, brak *pull-syndrome* oraz redukcję recesji dziąsłowych przy zębach 31 i 41 odpowiednio z 4 na 2 mm i z 3 na 2 mm. Przypuszcza się, że przy prawidłowej higienie w przeciągu roku możliwe będzie większe pokrycie recesji za sprawą kroczącego przyczepu (ang. *creeping attachment*). W przypadku braku dalszej poprawy, istnieje możliwość wykonania drugiego zabiegu z dokoronowym przesunięciem płata. Obecnie pacjentka jest zadowolona z wyniku leczenia i nie planuje dalszej terapii.

Przypadek 2.

25-letnia pacjentka zgłosiła się do Kliniki w celu konsultacji periodontologicznej przed leczeniem ortodontycznym. W badaniu stwierdzono recesję klasy II przy zębach 42, 43 i 44. a także ubytek niepróchnicowego pochodzenia w zębie 44 (**Rycina 2**). Po przygotowaniu pacjenta do zabiegu ustalono, że zostanie wykonany metodą tunelową z wykorzystaniem podnabłonkowego przeszczepu tkanki łącznej z podniebienia [7, 8]. Za pomocą mikroskalpela wykonano cięcie w obrębie szczeliny dziąsłowej zębów objętych zabiegiem. Na tępo-ostro utworzono koperty nadokostnowe przy każdej z recesji i łącząc je utworzono łożo dla przeszczepu tkanki łącznej w postaci tunelu. Przeszczep tkanki łącznej uzyskano metodą Hürzlera z podniebienia w okolicy przedtrzonowców. Ranę w miejscu dawczym zaszyto pojedynczymi szwami węzłkowymi. Z przeszczepu usunięto tkankę tłuszczową i opracowano w taki sposób, aby uzyskać regularny kształt i grubość. Z pomocą lejcy i mikronarzędzi przeszczep umieszczono w tunelu, ustabilizowano szwami 6/0 i przykryto śluzówką w 7/8 jego powierzchni. W celu dokoronowego przesunięcia płata wykorzystano szwy podwieszające, które usunięto po 14 dniach. Po 3 miesiącach w badaniu kontrolnym stwierdzono całkowite pokrycie recesji przy zębach 42, 43 i 44, przy wcześniejszych wymiarach odpowiednio 4, 2 i 2 mm. Ubytek niepróchnicowego pochodzenia w zębie 44 był niewielkich rozmiarów, nie zaburzał estetyki, w związku z tym zalecono jedynie aplikację lakieru fluorkowego.

Przypadek 3.

Pacjent lat 39 zgłosił się do Kliniki z mnogimi recesjami przy zębach 13 (2 mm), 14 (4 mm), 15 (3 mm) i 16 (5 mm), co obrazuje **rycina 3**. W badaniu stwierdzono ubytki przyszyjkowe w zębach 14 i 15, które były wypełnione materiałem kompozytowym, który usunięto w mikroskopie operacyjnym w celu umożliwienia adhezji tkanek miękkich do korzeni zębów [9]. W czasie zabiegu, wykonanego metodą Zucchelliego i De Sanctis, w pierwszej kolejności wykonano poziome cieciska zygzakowate i wierzchołkowo wypreparowano płat pełnej grubości. Po *deepitelializacji* i przecięciu okostnej możliwa była dokoronowa repozycja płata bez na-



Rycina 1. Zabieg pokrycia recesji przy pomocy wolnego przeszczepu dziąsłowego (FGG); a) bezpośrednio przed zabiegiem; b) bezpośrednio po zabiegu; c) 12 tygodni po zabiegu

Figure 1. Recession coverage utilizing free gingival graft (FGG); a) Immediately prior to treatment; b) Immediately after treatment; c) Result 12 weeks after surgery



Rycina 2. Zabieg pokrycia recesji metodą tunelową z wykorzystaniem podnabłonkowego przeszczepu z podniebienia (sCTG); a) bezpośrednio przed zabiegiem; b) bezpośrednio po zabiegu; c) 12 tygodni po zabiegu

Figure 2. Recession coverage achieved with tunnel technique with sub epithelial connective tissue graft(sCTG); a) prior to treatment; b) immediately after treatment; c) 12 weeks after surgery



Rycina 3. Zabieg pokrycia recesji metodą Zucchelliego i De Sanctis; a) bezpośrednio przed zabiegiem; b) bezpośrednio po zabiegu; c) 12 tygodni po zabiegu

Figure 3. Recession coverage utilizing Zucchelli and De Sanctis protocols/methods; a) immediately prior to treatment; b) immediately after; c) 12 weeks after surgery

pięcia. Szwy, którymi zaopatrzone ranę w rejonie brodawki, usunięto po 14 dniach. Ostatecznie uzyskano całkowite pokrycie recesji przy zębach 13, 14 i 15. Przy zębie 16 pozostała recesja wysokości 2 mm. Pacjent jest zadowolony z efektu leczenia. Zalecono wypełnienie ubytku niepróchnicowego pochodzenia w zębie 16.

Chirurgiczne leczenie recesji dziąsłowych jest ważnym i coraz częściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym we współczesnej stomatologii. Wybór metody leczniczej powinien być uzależniony od przyczyny powstania recesji, klasy, miejsca ich wystąpienia oraz od wyników leczenia, które operator spodziewa się osiągnąć.

Piśmiennictwo

- [1] Węgorska L, Dembowska E. Recesje dziąseł jako niełatwy problem periodontologiczny. *Czas Stomat.* 1997;50:749–753.
- [2] Jurczyński W, Chomyszyn-Gajewska M. Chirurgiczne leczenie recesji dziąsłowych z zastosowaniem białek matrycy szkliva i podnabłonkowego przeszczepu tkanki łącznej – doniesienia wstępne. *Dent Med Probl.* 2002;1(39):143–147.
- [3] Pini Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. *J Clin Periodontol.* 2011;38:243–245.
- [4] Dominiak M, Konopka T. Porównanie skuteczności klinicznej różnych metod leczenia recesji dziąsła. *Czas Stomat.* 2002;55:428–441.
- [5] Biancu S. Muco-gingival therapy in gingival recession. *Dentista Moderno.* 1998;8:105–111.
- [6] Miller PD. Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application. I Technique *Int J Periodont Restorative Dent.* 1982;2:65–70.
- [7] Zabalegui I, Sicilia A, Cambra J, Gil J, Sanz M. Treatment of multiple adjacent gingival recession with the tunnel subepithelial connective tissue graft: a clinical report. *Int Periodont Rest Dent.* 1999;19:199–206.
- [8] da Silva RC, Joly JC, de Lima AF, Tatakis DN. Root coverage using the coronally positioned flap with or without a subepithelial connective tissue graft. *J Periodontol.* 2004;75:413–419.
- [9] Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *J Periodontol.* 2000;71:1506–14.

Adres do korespondencji:

Klinika Stomatologii Zachowawczej i Periodontologii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
tel.: +48 61 854 70 27
e-mail: tkuszczak@wp.pl