



Jakub Lipski

Zabieg pokrycia mnogich recesji dziąsłowych z zastosowaniem techniki tunelowej i autologicznej tkanki łącznej – opis przypadku

Treatment of multiple gingival recessions using the tunnel technique and autologous connective tissue – case report

Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej, Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej,
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
 Chair and Department of Dental Surgery, Periodontal and Oral Mucosa Diseases,
 Poznan University of Medical Sciences, Poland

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/df.2023.2>

STRESZCZENIE

Praca zawiera opis przypadku zabiegu pokrycia recesji dziąsłowych w przednim odcinku szczęki z zastosowaniem techniki tunelowej oraz przeszczepu tkanki łącznej. Uzyskano pozytywny efekt terapeutyczny w postaci pokrycia recesji. Na powodzenie mogło mieć wpływ wiele czynników: właściwe zdiagnozowanie problemu i kwalifikacja do zabiegu, dobór odpowiedniej techniki operacyjnej w oparciu o koncepcję mikrochirurgiczną, zdolności manualne zespołu wykonującego zabieg oraz świadomość pacjentki i ścisłe przestrzeganie zaleceń pozabiegowych.

Słowa kluczowe: recesje dziąsłowe, chirurgia przyzębia, technika tunelowa, przeszczep tkanki łącznej, mikrochirurgia dziąsłowa.

ABSTRACT

Publication describes the case of the treatment of gingival recession in the anterior part of the maxilla with the use of the tunnel technique and connective tissue transplantation. A positive therapeutic effect was obtained in the form of covering the recession. The success could have been influenced by many factors: proper diagnosis of the problem and qualification for the procedure, selection of the appropriate surgical technique based on the microsurgical concept, manual skills of the team performing the procedure, patient awareness and strict adherence to postoperative recommendations.

Keywords: gingival recessions, periodontal surgery, tunnel technique, connective tissue graft, gingival micro-surgery.

Wstęp

Recesje dziąsłowe są najczęstszym problemem estetycznym i funkcjonalnym przyzębia, są równocześnie jednymi z bardziej złożonych problemów w stomatologii pod względem etiologii i metod leczenia [1]. Definiuje się je jako odsłonięcie powierzchni korzeni zębów w wyniku migracji do-wierzchołkowej brzożki dziąsłowej poza połączenie szkliwno-cementowe. Występowanie recesji określa się jako bardzo częste, ponieważ 50% osób w badanych populacjach ma co najmniej jedno miejsce z ekspozycją cementu korzeniowego sięgające lub przekraczające długość 1 mm [2]. Obecność recesji dziąsłowych często niezależna jest od higieny, jednak skorelowana jest z płcią męską

oraz rosnącym wiekiem pacjentów. Recesje mogą być zlokalizowane lub uogólnione, mogą dotyczyć jednej lub więcej powierzchni zębów, przy czym najczęściej dotyczą powierzchni policzkowych. Recesje scharakteryzowane są przede wszystkim jako defekty estetyczne, jednak kojarzone są również z problemami funkcjonalnymi: nadwrażliwością zębiny, retencją płytki nazębnej, zapaleniem dziąseł, próchnicą korzeni, zanikiem kości wyrostka zębodołowego oraz ostatecznie utratą zębów [3]. Etiologia recesji dziąseł jest wieloczynnikowa i złożona, a jej dokładny mechanizm nie jest jeszcze w pełni poznany. Przeplatają się predysponujące anatomiczne czynniki ryzyka, takie jak niedobór szerokości i grubości dziąsła przyczepionego,

nieprawidłowe położenie zębów, nieprawidłowe przyłączenie wędzidełek wargowych wraz z czynnikami sprzyjającymi powstawaniu recesji, takimi jak stany zapalne związane z płytką nazębną, niewłaściwe nawyki higieniczne, palenie tytoniu, urazy zgryzowe oraz czynniki jatrogenne skorelowane z niewłaściwymi zabiegami odtwórczymi, protetycznymi, ortodontycznymi i periodontologicznymi [4, 5].

Materiał i metody

Dokonano opisu przypadku chirurgicznego zabiegu pokrycia mnogich recesji dziąsłowych w szczęce metodą tunelową z wykorzystaniem przeszczepu tkanki łącznej pobranego techniką deepitelializacji wykonanego w Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej, Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 40, skierowana została przez prowadzącego leczenie lekarza dentystę do Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej, Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej celem konsultacji i oceny możliwości leczenia recesji dziąsłowych. Z pacjentką przeprowadzono wywiad

medyczny, z którego wynika, że jest ona ogólnie zdrowa, nieprzyjmująca leków, nieuskarżająca się na żadne dolegliwości. Pacjentka była leczona ortodontycznie aparatem stałym około 10 lat wcześniej. W badaniu klinicznym widoczne liczne recesje dziąsłowe w obrębie zębów szczęki i żuchwy. Omówiono problem dotyczący recesji dziąsłowych, przedstawiono możliwości lecznicze, techniki leczenia oraz możliwe powikłania. Pacjentka zaakceptowała przedstawiony plan leczenia obejmujący mnogie zabiegi chirurgiczne z wykorzystaniem różnych technik celem pokrycia obecnych recesji dziąsłowych. Ze względu na przedstawiany przez pacjentkę dyskomfort estetyczny zdecydowano o wykonaniu w pierwszej kolejności zabiegu pokrycia recesji w obrębie zębów siecznych szczęki. Jako metodę chirurgiczną wybrano zabieg techniką tunelową z wykorzystaniem przeszczepu tkanki łącznej pobranej z podniebienia techniką deepitelializacji. Jako przygotowanie do zabiegu pacjentka przeszła cykl wizyt higienizacyjnych połączonych z instruktażem higieny jamy ustnej. Bezpośrednio przed zabiegiem korzenie zębów oczyszczono gumką w kształcie kieliszka i pastą polerującą, a punkty styeczne zostały zablokowane za pomocą płynnego materiału kompozytowego (**Rycina 1**).



Rycina 1. Wypreparowany płat techniką tunelową. Widoczne obszary styeczne zablokowane płynnym kompozytem

Figure 1. The prepared flap using the tunneling technique. Tooth contact point blocked with flowable composite

Wykonano znieczulenie nasiękowe w obrębie miejsca biorczego oraz dawczego, wykorzystując 2 ampułki (3,4 ml) 4% roztworu chlorowodoru artykainy z adrenaliną 1:200 000 (Citocartin 200, Molteni Dental). Zabieg rozpoczęto od wykonania cięć za pomocą skalpela mikrochirurgicznego wewnątrz kieszonek dziąsłowych oraz w obszarze brzeżnym wykonano podminowaną preparację płata rozszczepionego. Celem ułatwienia preparacji tunelowej wykonano cięcie okostnej na podstawie brodawek za pomocą skalpela mikrochirurgicznego. Aby zmniejszyć ryzyko perforacji płata, kolejne działania wykonywano za pomocą noża do techniki tunelowej. Wykonywano ruchy okrężne przekraczające dowierzchołkowo granice śluzówkowo-dziąsłową, uzyskując pełną mobilizację płata w miejscu biorczym (**Rycina 1**).

Przeszczep pobrano z podniebienia, z okolicy zębów 14–17, jako wolny przeszczep nabłonkowo-łącznotkankowy, który zewnątrzustnie poddano deepitelializacji. Pozyskany przeszczep miał około 1,5 mm grubości, 6 mm szerokości oraz 30 mm długości, co odpowiadało długości miejsca biorczego.

Przeszczep umieszczono w wytworzonym tunelu poprzez wsunięcie z wykorzystaniem szwów pozycjonujących w formie lejców. Przeszczep i płat ustabilizowano w pożądanej pozycji za pomo-

cą podwójnie skrzyżowanych pionowych szwów podwieszonych z użyciem monofilamentowych nici poliamidowych w rozmiarze 6.0 (Seralon, Serag Weissner) (**Rycina 2**).

Miejsce dawcze na podniebieniu zaopatrzone za pomocą gąbki kolagenowej, stabilizujących szwów krzyżowych oraz opatrunku karboksymetylocelulozowego (BloodSTOP, LifeSciencePLUS) (**Rycina 3**).

Po skończonej procedurze chirurgicznej przekazano pacjentce zalecenia pozabiegowe, tj. płukanie przez 2 tygodnie od zabiegu jamy ustnej 0,12% roztworem chlorheksydyny 3 razy dziennie, stosowanie miękkiej szczoteczki pozabiegowej przez 4 tygodnie od zabiegu, przestrzeganie miękkiej diety przez 2 tygodnie od zabiegu oraz konieczność odbycia wizyty kontrolnej i usunięcia szwów 3 tygodnie od zabiegu. Pacjentka stawiała się na zabieg usunięcia szwów 21 dni po zabiegu, w badaniu klinicznym widoczne było prawidłowe gojenie z uzyskanym efektem pokrycia recesji dziąsłowych w okolicy poddanej zabiegowi chirurgicznemu. Kolejna wizyta kontrolna odbyła się 8 tygodni od zabiegu chirurgicznego, ukazując stabilność uzyskanego efektu pokrycia recesji dziąsłowych w obrębie siekaczy szczęki (**Rycina 4**).

Pacjentka zmotywowana efektami pierwszego zabiegu podjęła decyzję o kontynuacji leczenia



Rycina 2. Płat i przeszczep ustabilizowane podwójnie skrzyżowanymi pionowymi szwami podwieszonymi

Figure 2. Flap and graft stabilized with double-crossed vertical suspended sutures



Rycina 3. Zaopatrzone miejsce pobrania przeszczepu z podniebienia
Figure 3. Provision of the site for harvesting the graft from the palate



Rycina 4. Stan kliniczny 8 tygodni po zabiegu
Figure 4. Clinical condition 8 weeks after surgery

w Klinice Periodontologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Dyskusja

Właściwe zaprojektowanie płata jest kluczowe dla uzyskania zadowalających wyników pokrycia recesji przy wykorzystaniu przeszczepu tkanki łącznej [6, 7]. Langer i Langer zaproponowali zastosowanie pionowych nacięć uwalniających podczas preparacji płata, które mogły upośledzać unaczynienie tkanek miękkich we wczesnym stadium gojenia się rany [8]. Wielu innych autorów przedstawiło modyfikacje techniki, zmieniając koncepcję zabiegową w kwestii projektowania płata w miejscu biorczym oraz w kwestii pobierania przeszczepu tkanki łącznej. Technika kopertowa została zaproponowana przez Raetzke, eliminując tym samym pionowe cięcia uwalniające [9]. Allen doniósł o zastosowaniu techniki polegającej na umieszczaniu przeszczepu tkanki łącznej w tunelu dziąsłowym [10]. Technika ta pozwala na utrzymanie większej grubości płata w części dowierzchołkowej recesji, który pokryje obnażoną powierzchnię korzenia. Technika została rozwinięta przez Zuhra i Hürzeler w aspekcie mikrochirurgicznym jako jednym z najistotniejszych czynników powodzenia w plastyczno-estetycznej chirurgii periodontologicznej [11].

Podsumowanie

Istnieje wiele możliwości pokrycia recesji dziąsłowych. Zastosowanie techniki tunelowej oraz przeszczepu tkanki łącznej z podniebienia jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów w chirurgii periodontologicznej. Na powodzenie zabiegu i uzyskanie pożądanego efektu estetycznego mają wpływ przede wszystkim: właściwa diagnoza, kwalifikacja pacjenta do zabiegu, dobór techniki operacyjnej zdolności manualne operatora oraz świadomość pacjentka w kwestii konieczności przestrzegania zaleceń pozabiegowych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

- [1] Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, severity and extent of gingival recession. *J Periodontol.* 1992;63:489–495.
- [2] Gorman WJ. Prevalence and etiology of gingival recession. *J Periodontol.* 1967;38:316–322.
- [3] Sarfati A, Bourgeois D, Katsahian S, Mora F, Bouchard P. Risk assessment for buccal gingival recession defects in an adult population. *J Periodontol.* 2010;81(10):1419–1425.
- [4] Dominiak M, Gedrande T. New perspectives in the diagnostic of gingival recession. *Adv Clin Exp Med.* 2014;23(6):857–863.
- [5] Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc.* 2003;134:220–225.
- [6] Hofmänner P, Alessandri R, Laugisch O, Aroca S, Salvi GE, Stavropoulos A, Sculean A. Predictability of surgical techniques used for coverage of multiple adjacent gingival recessions--A systematic review. *Quintessence Int.* 2012;43(7):545–554.
- [7] Lang NP, Loe H. The relationship between the width of keratinized gingiva and gingival health. *J Periodontol.* 1972;43(10):623–627.
- [8] Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J Periodontol.* 1985;56:397–402.
- [9] Raetzke PB. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. *J Periodontol.* 1985;56:397–401.
- [10] Allen EP. Subpapillary continuous sling suturing method for soft tissue grafting with the tunneling technique. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2010;30(5):479–485.
- [11] Rebele SF, Zuhra O, Schneider D, Jung RE, Hürzeler MB. Tunnel technique with connective tissue graft versus coronally advanced flap with enamel matrix derivative for root coverage: a RCT using 3D digital measuring methods. Part II. Volumetric studies on healing dynamics and gingival dimensions. *J Clin Periodontol.* 2014;41(6):593–603.

Zaakceptowano do edycji: 9.10.24
Zaakceptowano do publikacji: 30.01.25

Correspondence address:

klchstomiper@ump.edu.pl