Rozdział

5

LECZENIE ODSŁONIĘTYCH POWIERZCHNI KORZENI

Małgorzata Pietruska

RECESJE DZIĄSŁA

Recesje dziąsła są często spotykaną nieprawidłowością polegającą na doszczytowym przemieszczeniu brzegu dziąsła w stosunku do połączenia szkliwno-cementowego (CEJ) z odsłonięciem powierzchni korzeni (głównie po stronie policzkowej) i często współistniejącymi ubytkami twardych tkanek zębów. Uważa się, że główną przyczyną tej patologii u ludzi młodych dbających o higienę jamy ustnej są mechaniczne urazy spowodowane zbyt intensywnym szczotkowaniem zębów lub używaniem twardych szczotek (ryc. 5-1). U starszych ludzi dorosłych na pierwszym miejscu wśród czynników prowadzących do rozwoju recesji wymienia się zapalenia przyzębia powodujące utratę tkanek podporowych zębów. Na uwagę zasługują też recesje, których rozwój jest ściśle związany z obecnością stanu zapalnego wywołanego lokalną akumulacją płytki nazębnej. Recesje te są obserwowane w obszarach, gdzie kość wyrostka jest cienka lub występują jej dehiscencje i cienkie są również tkanki miękkie. Rozwój tego typu recesji tłumaczą badania Bakera i Seymoura wykonane na modelu zwierzęcym. Wywołana obecnością płytki proliferacja komórek nabłonka zewnętrznego i nabłonka kieszonki do cienkiej tkanki łącznej powoduje tzw. osiadanie nabłonka, co klinicznie manifestuje się recesją brzegu dziąsła (ryc. 5-2, 5-3).

RYC. 5-1. Recesje dziąsłowe u młodej pacjentki z bardzo dobrą higieną jamy ustnej.

Niektóre wcześniej publikowane badania zwracały uwagę na związek pomiędzy rozwojem recesji a szerokością dziąsła skeratynizowanego. Teza ta jednak została zanegowana w późniejszych publikacjach, w związku z tym według aktualnej wiedzy odpowiednia szerokość dziąsła nie jest czynnikiem chroniącym przed rozwojem recesji, za to utrata jego szerokości jest skutkiem rozwoju recesji (ryc. 5-4).

Istotnym czynnikiem wpływającym na położenie dziąsła brzeżnego jest ustawienie zęba w obrębie wyrostka zębodołowego. Doprzedsionkowa pozycja zęba wpływa na apikalne przesunięcie tkanek miękkich i odsłonięcie korzenia. Szczególnie często recesje wynikające z nieprawidłowej pozycji zębów w łuku

RYC. 5-2. Recesje dziąsłowe u pacjenta z przewlekłym zapaleniem przyzębia.

obserwowane są w przypadku doprzedsionkowego ustawienia kłów. Dopodniebienna pozycja zęba rzutuje na zbyt dokoronową pozycję tkanek miękkich. Również rotacje i przechylenia zębów wpływają na położenie tkanek miękkich (ryc. 5-5).

Wzrost świadomości i rozwój metod leczenia stomatologicznego powodują, że coraz więcej osób decyduje się na leczenie ortodontyczne. Ortodontyczne przemieszczenie zębów może zarówno w sposób pozytywny, jak i negatywny wpływać na położenie dziąsła brzeżnego. Dopóki zęby są przemieszczane w obrębie kości wyrostka, tkanki miękkie zachowują swoją pozycję. Przemieszczanie czy przechylanie zębów w kierunku dowargowym, szczególnie gdy w blaszce zbitej są obecne dehiscencje, może predysponować do rozwoju recesji. Dlatego bardzo istotną częścią diagnostyki preortodontycznej jest ocena biotypu tkanek miękkich. W przypadku grubego biotypu istnieje dużo mniejsze zagrożenie powstania recesji po dowargowym przemieszczeniu zębów niż w przypadku cienkiego biotypu. Recesje cienkich tkanek miękkich w czasie dowargowego przemieszczania zębów zdarzają się częściej u osób, u których stwierdza się odpłytkowe zmiany zapalne i u osób traumatycznie szczotkujących zęby (ryc. 5-6).

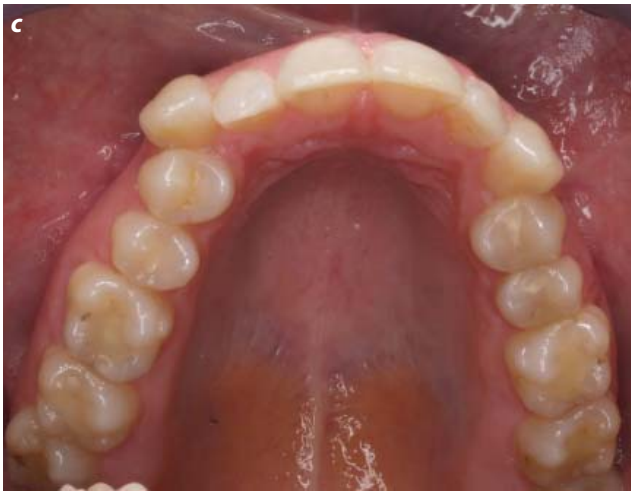
Kliniczne dowody na protekcyjne działanie grubych tkanek miękkich w czasie dowargowego przemieszczania zębów dały podstawę do wprowadzenia nowego wskazania do wykonania zabiegów korekcyjnych, polegających na augmentacji tkanek miękkich w przypadku istnienia cienkiego biotypu przed leczeniem ortodontycznym. Chirurgiczne leczenie recesji należy odroczyć, w przypadku gdy planowane jest dopodniebienne/dojęzykowe przemieszczenie zębów ze względu na korzystne zmiany w architekturze dziąsła wynikające z leczenia ortodontycznego.

RYC. 5-3. Recesja w okolicy 21 wywołana lokalną akumulacją płytki nazębnej.

RYC. 5-4. Zwężenie dziąsła skeratynizowanego w okolicy 31 na skutek rozwoju recesji.

Odroczone postępowanie preferowane jest również u dzieci. Decyzja o chirurgicznym leczeniu recesji powinna być podjęta po zakończeniu wzrostu dziecka. Do tego czasu należy zapewnić utrzymanie optymalnej higieny jamy ustnej oraz ortodontycznie ustawić zęby w przypadku ich nieprawidłowej doprzedsionkowej pozycji (ryc. 5-7).

Kolejnym wskazaniem do augmentacji cienkich tkanek miękkich jest zapobieganie recesji tkanek otaczających zęby z poddziąsłowo umieszczonymi wypełnieniami i uzupełnieniami protetycznymi. Poddziąsłowa preparacja zęba jest *per se* urazem dla tkanek przyzębia. Ponadto poddziąsłowo umieszczone brzegi wypełnień i uzupełnień protetycznych stanowią korzystne miejsce dla odkładania płytki nazębnej. Zarówno uraz, jak i rozwój zapalenia są bezpośrednimi czynnikami recesjogennymi. Badania kliniczne wykazały, że grubość tkanek miękkich ma istotny wpływ na położenie brzegu dziąsła. Grube dziąsło jest czynnikiem protekcyjnym



RYC. 5-5. Zmiany położenia dziąsła brzeżnego zależne od pozycji zęba; **a-c.** Zęby 13 i 23 zrotowane i ustawione w pozycji doprzedsionkowej; **d, e.** Dopodniebienna pozycja zęba 22.

zmniejszającym prawdopodobieństwo recesji tkanek otaczających poddziąsłowo preparowane zęby. Na uwagę zasługuje natomiast fakt, że nie ma żadnej zależności pomiędzy szerokością dziąsła skeratynizowanego a położeniem brzegu tkanek zarówno wokół zębów z poddziąsłowymi uzupełnieniami, jak i leczonych ortodontycznie (przemieszczanych dowargowo). W powyższych sytuacjach klinicznych odpowiednia szerokość dziąsła skeratynizowanego nie zabezpiecza przed apikalnym przemieszczeniem tkanek miękkich i utratą przyczepu łącznotkankowego.

Powszechnie przyjętą klasyfikacją recesji dziąsłowych jest 4-stopniowa klasyfikacja Millera z 1985 roku.

- **Klasa I** – recesja dziąsła nieprzekraczająca linii śluzówkowo-dziąsłowej; brak zmian w przestrzeniach międzyzębowych.

RYC. 5-6. Liczne recesje dziąsłowe powstałe po leczeniu ortodontycznym.

- **Klasa II** – recesja dziąsła dochodząca lub przekraczająca linię śluzówkowo-dziąsłową; brak zmian w przestrzeniach międzyzębowych.
- **Klasa III** – recesja dziąsła dochodząca lub przekraczająca linię śluzówkowo-dziąsłową; w przestrzeniach międzyzębowych utrata wysokości kości lub tkanek miękkich w stosunku do połączenia szkliwno-cementowego; tkanki w przestrzeniach międzyzębowych posiadają pozycję dokoronową w stosunku do brzegu recesji.
- **Klasa IV** – recesja dziąsła przekraczająca linię śluzówkowo-dziąsłową; znaczna utrata tkanek w przestrzeniach międzyzębowych; szczyt brodawek może znajdować się na poziomie zbliżonym do brzegu recesji (ryc. 5-8).

Klasyfikacja Millera pozwala na prognozowanie skuteczności leczenia, czyli na ocenę prawdopodobieństwa, jaką część odsłoniętej powierzchni korzenia można pokryć chirurgicznie. Wykładnikiem tej oceny jest stan tkanek w przestrzeniach międzyzębowych. Całkowite chirurgiczne pokrycie odsłoniętej powierzchni korzenia przeważnie uzyskuje się w przypadku recesji klasy I i II. W przypadku recesji klasy III można spodziewać się tylko częściowego pokrycia korzenia, a obecność recesji klasy IV jest przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu chirurgicznego.

Metody chirurgicznego leczenia recesji ewoluowały przez ostatnie dziesięciolecia. Obecnie znanych jest kilkadziesiąt technik i ich modyfikacji, przy czym wiele z nich ma już tylko znaczenie historyczne. W celu pokrywania recesji wykorzystywane są:

1. Wolne przeszczepy tkanek miękkich (*free soft tissue grafts*):

RYC. 5-7. Poprawa konturu dziąsła w wyniku leczenia ortodontycznego; **a.** Doprzedsionkowa pozycja zęba 32 przed leczeniem; **b.** Prawidłowa pozycja zęba w łuku – zmniejszenie recesji dziąsła.

   a) przeszczep błony śluzowej (nabłonkowo-łącznotkankowy);
   b) przeszczep tkanki łącznej.
2. Uszypułowane przeszczepy tkanek miękkich (*pedicle soft tissue grafts*).

Zgodnie z ustaleniami VI Europejskich Warsztatów Periodontologicznych z 2008 roku leczenie recesji w większości przypadków wymaga zastosowania wolnych przeszczepów – przeszczepów tkanki łącznej. Badania kliniczne dowiodły, że ich wykorzystanie daje największe prawdopodobieństwo całkowitego pokrycia powierzchni korzenia oraz największe poszerzenie strefy dziąsła skeratynizowanego w porównaniu z innymi technikami zabiegowymi. Uważa się, że stosowane dość często w latach wcześniejszych wolne przeszczepy błony śluzowej nie powinny być obecnie wykorzystywane do pokrywania recesji, przede wszystkim ze względu na duże prawdopodobieństwo powikłań. Umocowanie przeszczepu na odsłoniętej, niezapewniającej ukrwienia po-