



dr hab. Marzena Dominiak¹, prof. nadzw.

Postępowanie pozabiegowe w chirurgicznym leczeniu recesji dziąsła

Postoperative management in surgical treatment of gingival recessions

¹ Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu
ul. Krakowska 26, 54-327 Wrocław
Tel./ fax 71 78 40251,
e-mail: marzena.dominiak@umed.wroc.pl

Słowa kluczowe:

Recesje dziąsła, postępowanie pozabiegowe, instruktaż higieny jamy ustnej

Key words:

Gingival recessions, postoperative procedure, oral hygiene instruction

Najważniejszym celem chirurgicznego leczenia recesji dziąsła, niezależnie od wyboru metody, jest osiągnięcie jak najwyższej skuteczności zabiegowej, czyli całkowitego pokrycia recesji dziąsła. Za ten fakt odpowiada wiele czynników, które wg Huang L-H i wsp. [1] można podzielić na 3 grupy:

- Czynniki anatomiczne:**
 - kostne
wysokość otaczającej kości
 - śluzówkowe
grubość dziąsła zrogowaciałego → grubość płata
wymiar otaczających brodawek dziąsłowych
 - zębowe
wielkość ubytku (wysokość i szerokość)
położenie zęba w wyrostku zębodołowym
- Czynniki pacjenta:**
 - stan higieny jamy ustnej
 - stres
 - nikotynizm
- Czynniki zabiegowe**
 - doświadczenie i umiejętności operatora
 - wybór metody kształtowania płata
 - napięcie płata
 - biomodyfikacja powierzchni korzenia zęba

Drugim istotnym parametrem w ocenie chirurgicznego leczenia recesji dziąsła jest estetyka pozabiegowa. Buchard i wsp. [2] określili warunki wpływające na estetyczne pokrycie recesji dziąsła, podkreślając 5 najważniejszych czynników:

- kompatybilność histologiczna**
 - biomodyfikacja powierzchni korzenia zęba
- unaczynienie**
 - ostrożne chirurgiczne postępowanie z tkankami miękkimi

Streszczenie

Zasady prawidłowego postępowania pozabiegowego w chirurgicznym leczeniu recesji dziąsła są kluczowym czynnikiem warunkującym uzyskanie wysokiego efektu estetyczno-funkcjonalnego. Opowiadają bowiem za prawidłową neoangiogenezę, jak i gojenie per primam, warunkujące estetyczne gojenie nowo formujących się tkanek przyzębia brzęznego. Celem pracy jest przedstawienie zasad prawidłowego postępowania farmakologicznego i klinicznego, w tym instruktażu higieny jamy ustnej po zabiegach pokrycia recesji dziąsła.

Abstract

The rules of correct postoperative procedure in the surgical treatment of gingival recession are a key factor in achieving a high aesthetic and functional result. They are responsible for a proper neoangiogenesis and healing per primam, conditioning aesthetic healing newly forming marginal periodontal tissues. Aim of this study was to demonstrate correct pharmacological and clinical procedure including instructions on oral hygiene procedures after gingival recession coverage.



ryc. 1

Recesja na zębach 21-23, stan przedzabiegowy
Recession in teeth 21-23, baseline

- wielkość przeszczepu większa od szerokości recesji mierzonej na wysokości CEJ
 - szerokie łoże biorcze dla przeszczepu, co najmniej o jeden ząb szersze po stronie bliższej i dalszej operowanego zęba
 - pionowe cięcia poza łożem naczyniowym
 - brak szwów nad powierzchnią pokrywanego korzenia
- 3. stabilność rany**
- brak ruchomości przeszczepu
 - bierna stabilność płata pokrywającego przeszczep
 - 3-5 min uciśnięcie palcem operowanego miejsca dla pierwotnej adaptacji przeszczepu
 - usunięcie szwów po 10-14 dniach
 - uważne szczotkowanie i żucie pokarmów po stronie operowanej przez 3-4 tygodnie



ryc. 2

Stan po wytworzeniu płata śluzówkowego, kopertowego
Preparation of a mucosal envelope flap



ryc. 3

Stan po założeniu szwów, nieresorbowalnych o grubości 5-0. Brak opatrunków periodontologicznych.
Non-resorbable 5-0 sutures in place. No periodontal dressing.

4. skurcz pozabiegowy rany

bezpośrednie pozabiegowe położenie przyszytego płata przynajmniej w odległości 1-2 mm poza CEJ operowanego zęba

5. aseptyka rany

- brak opatrunków chirurgicznych
- pooperacyjny program antyinfekcyjny:
 - 0,12 % chlorheksydyna do płukania jamy ustnej przez pierwsze 14 dni po zabiegu
 - aplikacja żelu z chlorheksydyną na operowane miejsce przez następne 14 dni

Niezwykle istotny z w/w wytycznych jest fakt nie tylko właściwego postępowania przed- i zabiegowego, ale także właściwego postępowania pozabiegowego, w tym całej aseptyki rany. Należy podkreślić brak konieczności stosowania opatrunków chirurgicznych, w postaci różnego rodzaju cementów czy też klejów, które wpływałyby na wzrost stabilności rany- płata lub przeszczepu. Odpowiada za nią bowiem właściwie osiągnięta stabilność rany zarówno poprzez prawidłową preparację łoża biorczego, w postaci przygotowania płata bez nadmiernego napięcia, stabilnego przyszycia przeszczepu w łożu biorczym, jak i właściwego pokrycia przeszczepu płatem i niezależnego unieruchomienia go względem podłoża.

Bardzo ważny na tym etapie jest wybór rodzaju szwów, jak i nici. Stosowane szwy powinny zapewnić nie tylko unieruchomienie przeszczepu i płata, ale także zapewnić dobre dociśnięcie go do podłoża. adwż warunkie to usunięcie krwi z pod płata. a zatem

CollGel

Stomatologiczny żel kolagenowo-peptydowy na dziąsła



Korzyści

- przyspiesza proces regeneracji tkanek miękkich jamy ustnej
- pomaga w usuwaniu blizn lub znacznie zmniejsza ich widoczność
- tworzy błonę ochronną, regeneruje i chroni uszkodzoną tkankę
- uwalnia od bólu i łagodzi podrażnienie natychmiast po zastosowaniu
- dobrze przylega do błon śluzowych



właściwe przyleganie tkanek i następne wrastanie nowych naczyń krwionośnych [3]. Z kolei wybór nici powinien opierać się na zasadzie minimalnej traumatyczności. Powinno się zatem stosować nici o grubości co najwyżej 5-0 i cieńsze, nieresorbowalne monofilamenty z igłą ostrą, odwrotnie tnącą dla adaptacji płata, a resorbowalne dla adaptacji przeszczepu. Należy pamiętać, że wybór nici powinien wpłynąć na zwiększenie stabilizacji poprzez delikatne przysycie do podłoża. Nie należy stosować nawet najmniejszej siły celem przesunięcia płata dla pokrycia tkanek, gdyż nici te podczas retrakcji tkanek będą przecinały płat, powodując utratę jego właściwej pozycji. Osiągnięta stabilność i nieruchomość tkanek jest zatem warunkiem właściwego jego wgojenia w otoczenie. Stosowane cementy nie wpływają więc w sposób zasadniczy na poprawę stabilności, a odpowiadają na pewno za macerację nabłonka pod warstwą cementu, co powoduje jego złuszczenie, a następnie powtórne nabłonkowanie. Znacząco wydłuża i utrudnia to okres gojenia. W przeciwieństwie do poprzednich, polecane są opatrunki periodontologiczne, w postaci żeli z chlorheksydyną np. Elugel® (Pierre Fabre Medicament®, Boulogne, France) czy też kolagenowe np. Collgel® [4], których celem jest albo wzmoczenie miejscowego działania przeciwzapalnego lub intensyfikacja procesu namnażania fibroblastów, wpływając pozytywnie na proces wgajania przeszczepu.

Drugim bardzo ważnym czynnikiem jest właściwy sposób szczotkowania zębów po zabiegu pokrycia recesji. Nie należy unikać szczotkowania przez okres 14 dni, pozostając tylko pod opieką gabinetów stomatologicznych wykonujących profesjonalny scaling. Przez ten okres następuje bowiem znaczące nagromadzenie płytki nazębnej, która miejscowo może być nawet ulegać mineralizacji. Wpływa to na możliwość powstania miejscowego odczynu zapalnego, który znacząco utrudnia gojenie w miejscu zabiegowym. Szczotkowanie zębów jest więc jak najbardziej wskazane, przy czym powinno stosować się specjalne szczoteczki pozabiegowe o znacznie zredukowanej twardości włókien np. 7/100 (Pierre Fabre Medicament®, Boulogne, France). Stosowanie ich, przy prawidłowej technice szczotkowania nie wpłynie na zranienie okolicznych tkanek. Poleca się wybór zmodyfikowanej techniki wymiatającej, tj. przesuwa się położenie szczoteczki z linii dziąsła, na powierzchnię korony zęba poniżej granicy szklivno-cementowej. Wpływa to na możliwość usunięcia płytki nazębnej, bez urazowego działania na dziąsło w okolicy zabiegowej. Z kolei poleca się płukanie-kąpiele jamy ustnej roztworem wodnym 0,2- 0,12% chlorheksydyny np. Eludril (Pierre Fabre Medicament®, Boulogne, France) bez nadmiernego podciśnienia w jamie ustnej. Takie postępowanie stosuje się do 14 dni po zabiegu. W tym okre-



ryc. 4
12 miesięcy po zabiegu pokrycia recesji na zębach 21-23.
12 months after recession coverage in teeth 21-23.

się, po 3-4 dniach wykonuje się kontrolę pozabiegową celem oceny higieny jamy ustnej i stopnia wgajania przeszczepu. Ten właśnie czas jest niezmiernie ważny, gdyż zmienia się wtedy sposób odżywiania przeszczepu. Zanika dyfuzja składników odżywczych na korzyść angiogenezy, która warunkuje przyjęcie przeszczepu. W przypadkach zaburzonego procesu unaczyniania proponuje się zastosowanie laseroterapii biostymulacyjnej [5]. Umożliwia ona w wyniku swojego podstawowego działania stymulację neoangiogenezy, działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe. Stosuje się takie naświetlania codziennie, przez kolejne 3 do 4 dni w dawce 2J na 1 punkt naświetlany. Po 14 dniach zdejmuje się szwy. Po tym czasie, do okresu 1 miesiąca należy jeszcze unikać urazowego szczotkowania i żucia pokarmów, gdyż następuje wtedy zakończenie wytwarzania przyczepu łącznotkankowego, warunkującego powstanie prawidłowej szczeliny dziąsłowej wokół zęba. Do tego czasu stosuje się nadal płukanie jamy ustnej płynem antyseptycznym lub żel z chlorheksydyną.

Wniosek

Właściwa higiena pozabiegowa jest jednym z warunków uzyskania wysokiego i estetycznego stopnia pokrycia recesji dziąsła.

Irrespective of the surgical method applied for gingival recession treatment, the most important aim of the procedure is to achieve maximum surgical effectiveness, i.e. complete coverage of the gingival recession. Many factors are involved, and these, according to Huang L-H et al. [1], can be divided into 3 groups:

1. **Anatomical factors**
 - Bone
 - height of the surrounding bone
 - Mucosal
 - thickness of keratinized gingiva → flap thickness
 - size of the neighbouring papillae
 - Dental
 - defect size (height and width)
 - tooth location with respect to the alveolar process
2. **Patient-related factors**
 - oral hygiene
 - stress
 - smoking
3. **Surgical factors**
 - experience and skills of the operator
 - flap design
 - flap tension
 - root surface biomodification

Postoperative aesthetics is another significant parameter in the assessment of gingival recession treatment. Buchard et al. [2] determined the factors that influence the aesthetic recession coverage, emphasizing 5 main factors:

1. **Histocompatibility**
 - Root surface biomodification
2. **Vascularization**
 - Careful surgical manipulation of the soft tissues
 - Graft larger than the coronal width of the recession at CEJ
 - Lateral extension of the graft bed, wider by at least one width of a tooth mesially and distally to the operated tooth
 - Vertical incisions over a vascular bed
 - No sutures over the root surface
3. **Wound stability**
 - No graft mobility
 - Passive stability of the covering flap
 - 3 to 5 minutes finger pressure on the operated area for primary adaptation
 - Suture removal after 10 to 14 days
 - Careful brushing or chewing on the operated area for 3-4 weeks
4. **Postoperative wound contraction**
 - Coronal margin of the flap secured at least 1-2 mm beyond CEJ immediately after surgery
5. **Wound asepsis**
 - No surgical dressing
 - Postoperative anti-infective care program:
 - 0.12 % chlorhexidine rinse for 14 days postoperatively
 - Application of chlorhexidine gel onto the operated area for another 14 days

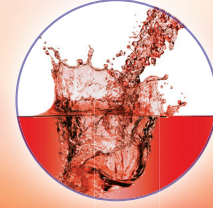
Not only appropriate pre- and intraoperative, but also appropriate postoperative management is of remarkable significance, including the entire wound asepsis. No need for surgical dressings in the form of various cements or fibrin glue that would increase wound stability - of the flap or graft - should be emphasized. Wound stability can be ob-

Płyn do płukania jamy ustnej **Eludril**CLASSIC

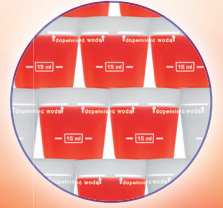
Skuteczny i niezastąpiony



Jedna płukanka
wiele zastosowań



Ekspert w higienie
jamy ustnej



Oryginalna
formuła

tained by appropriate recipient site preparation, i.e. flap preparation without excessive tension, securely suturing the graft to the recipient bed, as well as by properly covering the graft with the flap and separately fixing it to the underlying tissues. Suture and thread selection is of great significance at this stage. Sutures should not only provide fixation for the graft and flap, but also ensure a tight fit to the underlying tissues as this determines removal of blood from beneath the flap, which results in good tissue adaptation and consequential ingrowth of new blood vessels [3]. Thread selection should be made basing on the minimal invasiveness principle. Thus, 5-0 or thinner threads are advised, and non-resorbable monofilaments with a sharp, reverse cutting needle should be used for flap adaptation, while resorbable threads for graft adaptation. It is important that the selected thread should increase the stability as a result of gentle suturing to the bed. Even the slightest force should not be used to move the flap in order to cover the tissues, as these threads will cut through the flap during tissue retraction leading to dislocation from its desired position. Achievement of tissue stability and immobility is thus required for proper flap healing with its surrounding. Cements therefore do not have an essential effect on stability improvement, but frequently lead to epithelial maceration beneath the cement layer, which causes desquamation and then reepithelialisation. This significantly increases the healing time and disturbs this process. Contrary to cements, periodontal dressings are recommended in the form of chlorhexidine gels, e.g. Elugel® (Pierre Fabre Medicament®, Boulogne, France), and collagen gels, e.g. Collgel® (4), which aim to either intensify the anti-inflammatory action or stimulate the process of fibroblast proliferation, and so have a positive effect on the graft healing process. Another very important factor is the proper tooth brushing method after the recession coverage surgery. Tooth brushing should not be avoided for 14 days, and oral care should be provided also in the dental practice in the form of professional scaling. In this period considerable plaque accumulation takes place, which can even become mineralised locally. This creates an opportunity for local inflammation that significantly disturbs healing in the surgical site. Tooth brushing is thus most recommended, however, using a special post-surgical toothbrush with significantly reduced bristle hardness, e.g. 7/100 (Pierre Fabre Medicament®, Boulogne, France). Using it together with an appropriate tooth brushing technique will prevent from injuries to the surrounding tissues. The modified sweeping technique is recommended, i.e. the toothbrush is moved from the gumline onto the coronal surface below the cemento-enamel junction. This allows to remove dental plaque without any trauma to the gingiva in the surgical area. Another recommendation is rinsing the oral cavity with 0.2-0.12% aqueous chlorhexidine solutions, e.g. Eludril (Pierre Fabre Medicament®, Boulogne, France) without creating excessive negative pressure. Such a procedure is recommended for up to 14 days post-op. During this period, a post-surgical follow-up visit should take place after 3-4 days in order to assess oral hygiene and graft healing. This period is very important as the mode of graft nourishment changes. Nutrient diffusion diminishes in favour to the advantage of angiogenesis, which is required for graft acceptance. In case of vascularisation disorders, laser biostimulation has been proposed (5). Its basic mode of action involves stimulation of neoangiogenesis, as well as an anti-inflammatory and analgesic effect. Laser exposure is recommended daily for 3 to 4 successive days with a dose of 2J per exposed area. Sutures are removed after 14 days. From this moment until 1 month post-op traumatic tooth brushing and food chewing should be avoided, as connective tissue attachment formation is being completed at this point, which is necessary for a normal gingival sulcus to develop around a tooth. Up to this moment rinsing the oral cavity with antiseptic liquids or applying the chlorhexidine gel is recommended.

Conclusion

Proper post-operative hygiene is one of the conditions for achieving a high and aesthetic coverage of gingival recession.

Już dostępny pod nową nazwą

WYDAJNY KONCENTRAT
200 ml = 600 ml



Unikalna formuła

Kompleksowa ochrona jamy ustnej:

- **podrażnienia i zaczerwienienia dziąseł**
- **utrudnione wyrzynanie zębów mądrości**
- **podrażnienie dziąseł po szlifowaniu zębów**
- **dyskomfort związany z usuwaniem złożeń nazębnych**
- **podrażnienie dziąseł związane z noszeniem protez**

Piśmiennictwo

- [1] HUANG L-H. NEIVAR. E.F. WANG H-L. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. J Periodontol; 2005, 76, 1729-1734.
- [2] BOUCHARD P. MALET J. BORGHETTI A. Decision-making in aesthetics: root coverage revisited. Periodontology; 2000, 27, 2001, 97-120.
- [3] ERPENTEIN H. DIEDRICH P. Atlas chirurgii periodontologicznej. Elsevier Urban&Pattner, Wyd. I polskie pod red. Konopka T 2005.
- [4] DOMINIAK M. SMULCZYŃSKA-DEMEL A. FRYDRYCHOWSKI A. The use of innovative Collgel collagen dressing in the healing of oral tissue W: Esthetics in implantology; [eds] M. Dominiak, T. Gedrange; Wrocław: BF Remigiusz Dyrka, 2013; 149-174.
- [5] DOMINIAK M. KONOPKA T. Laseroterapia biostymulacyjna a powikłania po przeszczepach podnabłonkowej tkanki łącznej. Nowa Stomat; 2002, 21, 146-151.



TEN SAM PRODUKT

Dostępne
w aptekach

