

Wykorzystanie westibuloplastyki metodą Kazanjaniana w zapobieganiu recesji dziąseł u dzieci – opis dwóch przypadków

¹Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

²Katedra Protetyki Stomatologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Elżbieta Mierzwińska-Nastalska

³Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekun Koła Naukowego: dr n. med. Anna Turska-Szybka

SŁOWA KLUCZOWE

metoda Kazanjaniana, recesje dziąsłowe, westibuloplastyka

STRESZCZENIE

Recesje dziąseł w obrębie zębów siecznych żuchwy u dzieci nie są rzadkim objawem. Pomimo możliwości samoistnego wyleczenia w miarę rozwoju układu stomatognatycznego, u niektórych pacjentów konieczne jest wprowadzenie leczenia chirurgicznego. Autorzy opisują przypadki dwóch pacjentów, u których zastosowano zabiegi periodontologicznej chirurgii plastycznej przedsionka jamy ustnej metodą Kazanjaniana.

WSTĘP

Potrzeba interwencji periodontologicznej u dzieci spowodowana jest głównie częstą obecnością płytki nazębnej, której uzasadnienie tkwi w niesystematycznym lub nieefektywnym reżimie higienicznym jamy ustnej. Sprzyja to rozwojowi próchnicy i stanom zapalnym dziąseł, co może skutkować niekorzystnymi zmianami w przyzębiu. Recesja dziąseł występuje u około 20% dzieci, jednakże właściwą recesję stwierdzić można dopiero po 10. r.ż. ze względu na proces dojrzewania dziąsła (1-5).

Recesja dziąseł – przyczyny i postępowanie

Recesje dziąseł u dzieci są najczęściej zlokalizowane w obrębie dolnych siekaczy. Autorzy wymieniają wiele przyczyn tego zjawiska: nieprawidłowa technika szczotkowania (najczęściej w krajach wysoko rozwiniętych), przewlekły stan zapalny dziąseł spowodowany zaleganiem płytki nazębnej, uraz zgryzowy, czynniki jatrogenne (spowodowane najczęściej wargowym przesunięciem zębów podczas leczenia ortodontycznego) oraz przede wszystkim uwarunkowania rozwojowe (Geiger, Olsson i Lindhe), które dzieli się na

kostne, dziąsłowe i zębowe (2, 4, 5). Klinicznie istotne jest poznanie przyczyny recesji celem dobrania metody leczenia, zwłaszcza że recesje u dzieci mogą ulegać wyleczeniu po wyeliminowaniu czynnika sprawczego (6, 7). Efektywna kontrola płytki jako profilaktyka recesji jest jednak skuteczna u dzieci poniżej 12. r.ż. (2, 5).

Pomocną w podjęciu właściwej terapii i oczekiwaniach po zabiegu może być klasyfikacja recesji według Millera (8). Wyróżnia ona cztery typy recesji:

- typ I – recesja nie przekracza linii śluzówkowo-dziąsłowej i nie stwierdza się utraty tkanek w przestrzeniach międzyzębowych,
- typ II – recesja dochodząca lub przekraczająca linię śluzówkowo-dziąsłową, której nie towarzyszy utrata tkanek w przestrzeniach międzyzębowych,
- typ III – recesja dochodzi lub przekracza linię śluzówkowo-dziąsłową, a wraz z nią występuje także utrata tkanek miękkich i twardych w przestrzeniach międzyzębowych,
- typ IV – ubytek dochodzi do linii śluzówkowo-dziąsłowej lub ją przekracza, a znaczna utrata kości i/lub tkanek miękkich w przestrzeniach międzyzębowych często powiązana jest z nieprawidłowym położeniem zęba.

Dwa pierwsze typy pozwalają nam oczekiwać przywrócenia estetyki, w III typie, a tym bardziej w IV, uzyskanie pełnej rekonstrukcji utraconych tkanek jest trudne. Dlatego wczesna profilaktyka lub podjęte leczenie jest ważne szczególnie u osób młodocianych.

W przypadku, gdy przyczyną jest anatomiczne uwarunkowanie dziąsłowe, takie jak: nieprawidłowy przyczep wędzidełka wargi dolnej czy spłycony przedsionek jamy ustnej, należy rozważyć zastosowanie periodontologicznej chirurgii plastycznej (PPS). Towarzyszący zaburzeniom anatomicznym dodatni test pociągania, czyli tzw. *pull syndrome*, jest wskazaniem do augmentacji dziąsła przyczepionego, zgodnie z procedurami wytycznymi na pierwszym Europejskim

Kongresie Periodontologicznym. U dzieci metodą z wyboru pogłębienia przedsionka jamy ustnej oraz korekty przyczepu wędzidełka wargi dolnej jest metoda opisana przez Kazanijana w 1935 roku, gdyż umożliwia oszczędzenie okostnej. Polega ona na pogłębieniu przedsionka jamy ustnej poprzez wszycie płata błony śluzowej, odwarstwionego od okostnej wyrostka zębodołowego, dowierzchołkowo od linii śluzówkowo-dziąsłowej (3, 10).

OPIS PRZYPADKU 1

Pacjent, lat 12, zgłosił się do Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM w celu wizyty kontrolnej. Badanie wewnętrzne wykazało recesję dziąsła klasy I według Millera w obrębie zębów 31 i 41 oraz znaczne spłyconie przedsionka jamy ustnej (ryc. 1). Stwierdzono obecność płytki nazębnej, którą usunięto podczas wizyty, nie zaobserwowano objawów stanu zapalnego dziąseł. Przy pociąganiu wargi dolnej widoczna anemizacja dziąsła właściwego – tzw. *pull syndrome*. Rodzic pacjenta podaje, że w przeszłości była wykonana plastyka wędzidełka wargi dolnej, jednak okazała się nieskuteczna. W związku z dodatnim testem pociągania zaplanowano zabieg westibuloplastyki metodą Kazanijana w celu pogłębienia przedsionka jamy ustnej i poszerzenia strefy dziąsła właściwego przy wykluczeniu preparacji płata pełnej grubości.

W znieczuleniu nasiękowym – artykainą 4% – w obrębie zębów 33-43 wykonano półkoliste cięcie 6 mm od granicy śluzówkowo-dziąsłowej (ryc. 2). Wykonano płat niepełnej grubości, odseparowując błonę śluzową od okostnej w kierunku wyrostka (ryc. 3). Następnie wykonano preparację dowierzchołkowo, przecinając włókna wędzidełka wargi dolnej i mięśnia bródkowego (ryc. 4). Płat przyszyto za pomocą szwów węzełkowych, spajając wypreparowany płat błony śluzowej wargi dolnej z okostną wyrostka zębodołowego 7-8 mm poniżej wykonanego cięcia (ryc. 5). Zalecono utrzymywanie higieny jamy ustnej poprzez szczotkowanie zębów po każdym posiłku miękką szczotką, stosowanie płukanki



Ryc. 1. Sytuacja wyjściowa – przypadek 1



Ryc. 2. Półkoliste cięcie 33-43 – przypadek 1



Ryc. 3. Odpreparowanie płata od okostnej – przypadek 1



Ryc. 4. Sytuacja po wypreparowaniu płata – przypadek 1



Ryc. 5. Wszycie płata około 7-8 mm od pierwotnego cięcia – przypadek 1



Ryc. 6. Sytuacja po 8 dniach od zabiegu – przypadek 1



Ryc. 7. Sytuacja po 2 tygodniach od zabiegu – uzyskano zadowalające pogłębienie przedsionka – przypadek 1

z chlorheksydyną w stężeniu 0,10% 2 razy dziennie, Solcoseryl na błonę śluzową oraz wykluczenie z diety pokarmów mogących traumatyzować błonę śluzową (pestki, łuski). Pacjent zgłosił się po 8 dniach w celu zdjęcia szwów (ryc. 6). Pomimo skarg dotyczących bólu przy szczotkowaniu oraz związanym z tym zaleganiem resztek pokarmowych w przedśionku, rana zagoiła się bez powikłań, pacjent został poinformowany o konieczności utrzymywania odpowiedniej higieny jamy ustnej. Wizyta kontrolna wykazała zadowalające pogłębienie przedsionka oraz zanik anemizacji dziąsła właściwego podczas testu pociągania (ryc. 7).

OPIS PRZYPADKU 2

Ośmioletni pacjent zgłosił się do Zakładu Stomatologii Dziecięcej WUM w celu konsultacji odsłoniętej szyjki zęba 31. Badanie stomatologiczne ujawniło recesję dziąsła klasy I według Millera przy zębie siecznym przyśrodkowym lewym (ryc. 8). Stwierdzono obecność płytki nazębnej na powierzchniach wszystkich zębów siecznych żuchwy. Podczas

wizyty profesjonalnie usunięto złogi nazębne. Zauważono znaczne spłycenie przedsionka jamy ustnej oraz widoczną anemizację dziąsła właściwego zęba 31 przy odciągnięciu wargi dolnej – *pull syndrome*. Z powodu charakterystycznego obrazu klinicznego pacjent został zakwalifikowany do zabiegu westibuloplastyki. Tak jak i w powyższym przypadku metodą z wyboru była plastyka przedsionka jamy ustnej opisana przez Kazanjana. W znieczuleniu nasiękowym – artykainą 4% – w obrębie zębów 73, 32-42, 83 przeprowadzono półkoliste cięcie około 4 mm od granicy śluzówkowo-dziąsłowej (ryc. 9). Płat odseparowano od okostnej, odcinając włókna wędzidła wargi dolnej i mięśnia bródkowego. Gotowy płat przyszyto do okostnej części zębodołowej żuchwy około 6 mm poniżej wykonanego cięcia za pomocą szwów węzełkowych (ryc. 10). Udzielono zaleceń pozabiegowych. Pacjent zgłosił się po 7 dniach na wizytę kontrolną w celu usunięcia szwów. W badaniu wewnątrzustnym widoczne zaniedbania higieniczne operowanej strefy, co w ograniczonym stopniu negatywnie wpłynęło na gojenie się

rany (ryc. 11). Pacjent oraz opiekun zostali poinformowani o konieczności utrzymywania idealnej higieny jamy ustnej. Wykonany test pociągania nie ujawnił wcześniej opisywanej anemizacji, co świadczyć może o korzystnym stopniu pogłębienia przedsionka operowanej okolicy.

DYSKUSJA

Postępowanie dotyczące recesji dziąsła u dzieci jest szeroko omawiane przez wielu autorów. Ze względu na młody wiek pacjenta dziąsło właściwe zmienia szerokość, co wynika z dojrzewania i rozwoju tkanek oraz wymiany uzębienia (9). Z tego też względu problematyczne jest postawienie prawidłowej diagnozy tak ważnej dla efektywności leczenia. W opisanym przypadku zarówno badanie podmiotowe (wywiad z pacjentem, ale również z prawnym opiekunem dziecka), jak i przedmiotowe jednoznacznie nakreśliło dalsze etapy terapii. Opisywane w piśmiennictwie alternatywne dla zabiegu Kazanjana metody: Clarka i Corna, Friedmana, Edlana-Mejchara czy zmodyfikowana metoda



Ryc. 8. Sytuacja wyjściowa – przypadek 2



Ryc. 9. Sytuacja po wypreparowaniu płata – przypadek 2



Ryc. 10. Wszycie płata około 6-7 mm poniżej cięcia pierwotnego – przypadek 2



Ryc. 11. Sytuacja po 7 dniach od zabiegu – przypadek 2

Kazanijana, pomimo istotnego podobieństwa wydają się mniej skuteczne zarówno w procesie gojenia, jak i efektach końcowych leczenia (stopień pogłębienia przedsionka, przyrost strefy dziąsła zębodołowego oraz poprawa stanu przyzębia). W metodach Corna, Friedmana i Edlana-Mejchara preparacja płata śluzówkowo-okostnowego może być powodem zaników kostnych oraz zwiększonego dyskomfortu i bólu dla pacjentów (10). Kumar i wsp. porównując metodę Kazanijana ze zmodyfikowaną jej wersją, wskazują na lepsze rezultaty w 3-miesięcznym okresie czasu, biorąc pod uwagę utrzymanie stopnia pogłębienia przedsionka w okolicy przedniej części żuchwy (11). Zaletą metody Kazanijana jest dobra tolerancja samego zabiegu i okresu pozabiegowego, tak ważna w przypadku leczenia dzieci, a jednocześnie technicznie sam zabieg jest stosunkowo krótki i prosty do wykonania.

Popularna w ostatnich latach ze względu na wysoką przewidywalność metoda przeszczepu nabłonkowo-łącznotkankowego (FGG) wydaje się bardziej odpowiednia dla osób starszych z mniejszym potencjałem gojenia niż u dzieci, a jej niewątpliwym negatywnym efektem jest konieczność stworzeniem dwóch miejsc zabiegowych – dawczego i biorczego (12).

Recesje dziąsłowe w opisywanych w tej pracy przypadkach dotyczyły dzieci w wieku 8 i 12 lat i uwarunkowane były w głównej mierze anatomicznie, trudno określić znaczenie obecności płytki nazębnej, jednak na pewno nie pozostawała obojętna w stosunku do kondycji dziąsła brzeżnego. Utrzymanie higieny jamy ustnej jest z jednej strony oczywistym zaleceniem, z drugiej strony, jak podają Ainamo i wsp. po przebadaniu niemal 300 fińskich dzieci w wieku 7, 12 i 17 lat, nieodpowiedni dobór szczoteczki i pasty do zębów oraz niedostosowana do wieku technika szczotkowania mogą powodować recesje narastające od

średnio 2-8% u 7-latków do 72-75% u 17-latków. Większość z badanych przez Ainamo i wsp. używała średnio twardej lub twardej szczoteczki oraz szczotkowała zęby metodą Bassa (3). Tym samym ważna jest nie tylko kontrola, ale również instruktaż higieny jamy ustnej dostosowanej do zmieniających się w procesie dojrzewania warunków dotyczących przyzębia. Informacją, która powinna zostać przekazana pacjentowi (i opiekunowi), jest to, iż recesja dziąsła nie ulegnie cofnięciu lub ulegnie jedynie w bardzo małym stopniu. Musimy więc pamiętać, że nadrzędnym celem wykonania zabiegu westibuloplastyki tego typu jest przerwanie kaskady patologii śluzówkowo-dziąsłowych, które najprawdopodobniej nasilałyby się z wiekiem oraz rozwojem układu stomatognatycznego, nie jest natomiast remedium przeciwdziałającym recesjom dziąseł. W sytuacjach jak te opisane w niniejszej pracy, po ustabilizowaniu się kompleksu śluzówkowo-dziąsłowego należałoby rozważyć kolejne etapy terapii w postaci pokrycia już zaistniałych recesji w celu poprawy warunków estetycznych oraz profilaktyki próchnicy cementu korzeniowego.

WNIOSKI

Zaburzenia w szerokości dziąsła związanego i powikłania z niej wynikające u młodocianych występują rzadko, lecz przy współwystępowaniu ze złą higieną jamy ustnej powodują szybko postępującą destrukcję przyzębia brzeżnego. Wykorzystanie dużego potencjału regeneracyjnego u pacjentów w wieku rozwojowym i przewidywalność metody pogłębienia przedsionka metodą Kazanijana jest postępowaniem z wyboru w leczeniu i jednocześnie profilaktyce recesji. Rekonwalescencja po zabiegu jest szybka, a efekt kliniczny stały, dlatego ocena szerokości dziąsła związanego i ocena *pull syndrome* powinny być standardowym postępowaniem w badaniu przeglądowym u dzieci i młodzieży.

KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Piotr Sobiech
Zakład Stomatologii Dziecięcej
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Miodowa 18 00-246 Warszawa
tel.: +48 (22) 502-20-31
piotrsobiech@op.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Jung Song H: Periodontal Considerations for Children. *Dent Clin N Am* 2013; 57: 17-37.
2. Dominiak M, Konopka T, Szajowski K: Recesje dziąseł w odniesieniu do potencjalnych czynników etiopatologicznych. *Stom Współ* 2002; 9(2): 22-28.
3. Ainamo J, Paloheimo L, Nordblad A, Murtomaa H: Gingival recession in schoolchildren at 7, 12 and 17 years of age in Espoo, Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 283-286.
4. Nordblad A, Kallio P, Ainamo J, Dusadeepan A: Periodontal treatment needs in populations under 20 years of age in Espoo, Finland and Chiangmai, Thailand. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 129-131.
5. Powell RN, McEniery TM: Disparities in gingival height in the mandibular central incisor region of children aged 6-12 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 1981; 9: 32-36.
6. Andlin-Sobocki A, Marcusson A, Persson M: 3-year observations on gingival recession in mandibular incisors in children. *J Clin Periodontol* 1991; 18: 155-159.

7. Powell RN, McEniery TM: A longitudinal study of isolated gingival recession in the mandibular central incisor region of children aged 6-8 years. *J Clin Periodontol* 1982; 9(5): 357-364.
8. Miller PD Jr: A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5: 8-13.
9. Andlin-Sobocki A: Changes of facial gingival dimensions in children. A 2-year longitudinal study. *J Clin Periodontol* 1993; 20: 212-218.
10. Wyrębek B, Orzechowska A, Nędzi-Góra M, Plakwicz P: Metody i znaczenie pogłębienie przedsiionka jamy ustnej – przegląd piśmiennictwa. *Stom Współ* 2015; 22: 41-46.
11. Kumar AH, Ramdas B, Ramakrishna T: Kazanjian vs modified Kazanjian technique in mandibular anterior ridge extension. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2007; 36: 1049-1050.
12. Asi KS, Gupta U, Kalsi R: Kazhanjian's vestibuloplasty technique: a case report. *JIDA* 2011; 5(3): 364-365.