

Vloga mukogingivalne kirurgije v celostni ortodontski obravnavi

Aleš Vesnaver
Sanja Zupančič
Franc Farčnik

Uvod

Mukogingivalna kirurgija obsega kirurške postopke, ki obravnavajo mehka tkiva in alveolno kost ob zobeh ali zobnih implantatih. Postopki mukogingivalne kirurgije so včasih potrebni zaradi izboljšanja funkcije, včasih zaradi izboljšanja estetike, največkrat pa zaradi obojega hkrati. Gre za manjše, nikakor pa ne nepomembne kirurške postopke, praktično vse izvedljive v lokalni anesteziji.

Prikazali bomo nekaj postopkov, kjer je potreben interdisciplinarni pristop.

Poškodbe zob

Poškodbe zob pogosto segajo pod rob dlesni, kar otežuje protetično rehabilitacijo. Z ortodontsko ekstruzijo lahko podaljšamo zobno krono. Premikom zob pa sledijo tudi mehka tkiva, zato je po ortodontski ekstruziji potrebna gingivektomija ali reženjska operacija z apikalno transpozicijo, ki vzpostavi pravilno estetsko stanje, kot tudi pogoje za natančno protetično oskrbo.

Hiperplazija dlesni

Slaba ustna higiena ob nameščenem fiksnem ortodontskem aparatu, mehanično draženje ali reakcija na določena zdravila lahko povzročijo hiperplazijo dlesni. Tudi v tem primeru z gingivektomijo odstranimo odvečno tkivo.

Frenulumi

Nizko priraščen frenulum zgornje ustnice je lahko vzrok za to, da ostaja mediana diastema tudi po izrasti stalnih podočnikov. Tudi zaradi svojega vleka lahko frenulum zmanjša prekrvavitev dlesni in tako povzroči njihovo recesijo, kar je v področju zgornjih centralnih sekalcev zelo moteče. Kratek jezični frenulum pa lahko povzroča nepravilno lego in položaj jezika ter otežuje pravilno izgovorjavo.

V obeh primerih naredimo frenulotomijo – izrežemo frenulum, nato mehka tkiva zašijemo. Večinoma je možno nastalo ranico primarno zašiti, včasih pa je potrebno lokalno podminiranje mehkih tkiv, ali pa majhni lokalni režnji, da ranico lažje zašijemo brez tenzije. Hkrati s frenulotomijo zgornje ustnice lahko skozi že obstoječo kirurško rano naredimo še kortikotomijo alveolarne kosti med obema centralnima sekalcema, kar olajša kasnejše ortodontske premike zob.

Impaktirani zobje

Zgornji podočniki so zobje, ki najkasneje izrastejo in so drugi najpogostejši impaktirani zobje (za modrozniki). Vzrok za neizraslost zoba pa ni le tesno stanje. Zob za izrast namreč potrebuje tudi erupcijski potencial. Kadar ga ni, ali pa je nezadosten, zob ne predre kostnega pokrova in ne izraste v ustno votlino. S fenestracijo (odstranitvijo mehkih tkiv in kostnine) in nato vlekom zoba lahko tudi tak zob uvrstimo v zobno vrsto. Ob fenestraciji podočnikov, ki ležijo vestibularno, je pogosto koristno hkrati dvigniti transpozicijski reženj s keratinizirano

dlesnijo in ga vštiti apikalno ob zobno krono, kar zagotovi pas keratinizirane dlesni ob zobni kroni po ortodonski ekstruziji.

Ekstrakcije zob

Ekstrakcije zob so pogosto del ortodonske obravnave. Z drsnim mehanizmom nato zapremo nastale vrzeli. Zaradi nepopolne prilagoditve mehkih tkiv lahko nastanejo invaginacije dlesni. V večini primerov so to le nepomembne morfološke spremembe, če pa so estetsko moteče ali če zaradi kopičenja plaka vodijo v vnetje dlesni, pa jih je potrebno kirurško odstraniti.

Reženjske operacije dlesni

Ortodonska obravnava sama po sebi ni škodljiva za parodontij. Zobe lahko premikamo znotraj alveolne kosti brez bojazni za nastanek recesije dlesni. Če pa pride do kostne dehiscence je debelina dlesni (v buko-lingvalni ravnini) »locus minoris resistentiae«. Takrat pomembno vlogo pri nastanku recesije igra vnetje dlesni (zaradi kopičenja plaka) ali mehanska poškodba dlesni (zaradi nepravilne tehnike ščetkanja). O gingivalni recesiji govorimo, kadar se rob proste dlesni umakne pod skleninsko-cementno mejo. Pojavlja se pri pacientih z dobro in slabo ustno higieno. Še posebej so izpostavljeni zobje, ki imajo nepravilno lego oziroma položaj v zobnem loku. Recesije lahko nastanejo tudi pri otrocih v času izraščanja stalnih zob. Te navadno ob dobri ustni higieni spontano izginejo. Interdentalne recesije pa lahko nastanejo zaradi trikotne oblike zobnih kron ali divergence korenin. Posledica recesij so razgaljene korenine, kar je lahko vzrok za preobčutljivost zoba, lahko pa zaradi kopičenja plaka tam nastane karies. Moteče so tudi z estetskega vidika, zato se lahko odločimo za prekrivanje korenin oziroma za avgmentacijo dlesni, kar navadno dosežemo z eno izmed reženjskih operacij dlesni.

Za avgmentacijo dlesni se navadno odločimo po ortodonski obravnavi; razen v primerih, kadar predvidimo premike zob, kjer je verjetnost nastanka kostne dehiscence velika (npr. hitro širjenje zgornje čeljustnice). Takrat se za postopek avgmentacije dlesni lahko odločimo še pred pričetkom ortodonske obravnave, z namenom, da bi recesijo dlesni preprečili.

Vodena tkivna regeneracija

Vodena tkivna regeneracija (guided tissue regeneration - GTR) je postopek, pri katerem s pomočjo membrane iz določenega mesta izključimo celice, ki bi motile zaželeni tip celjenja.

Tako pri kritju globokih recesij na razgaljeno korenino položimo membrano, preko nje pa vsijemo prej vzdignjeni mukoperiostalni reženj. Membrana bo onemogočila apikalno proliferacijo stičnega epitelijskega tkiva in omogočila dobro regeneracijo globlje ležečega periodontalnega ligamenta. Čez 6 tednov mukoperiostalni reženj dvignemo po istih rezih in membrano odstranimo. Korenina ostane prekrita z dobro vaskulariziranim regeneratom periodontalnega ligamenta. Čez njo ponovno vsijemo mukoperiostalni reženj.

Včasih moramo še pred pričetkom ortodonske obravnave ojačiti alveolarni greben, s čimer preprečimo nastanek recesij in invaginacij ter olajšamo premike zob. Uporabimo lahko metodo vodene kostne regeneracije (guided bone regeneration - GBR), kjer s pomočjo membrane preprečimo vrast fibroblastov oz. veziva iz dlesni in na ta način olajšamo kostno zaceljenje, s katerim pripravimo alveolni greben. Pri postopku najprej dvignemo mukoperiostalni reženj, nato pa na kost, ki jo želimo ojačiti, naneseemo kostne opilke in preko njih položimo membrano, čez membrano pa zašijemo dlesen.

Zaključek

V sodobni stomatologiji in oralni kirurgiji sta napredovali tako diagnostika, kot tudi sami terapevtski postopki. Po drugi strani so se povečale tudi zahteve s strani pacientov. Zato je interdisciplinarna obravnava pacienta vse pogostejša. Mukogingivalna kirurgija in ortodonska obravnava sta tako vedno večkrat tesno povezani v celostni obravnavi pacienta.

Literatura

1. De Sanctis M, Zucchelli G. Soft tissue plastic surgery. 2nd ed. Bologna: Edizioni Martina Bologna, 1997: 1-347.
2. Tucker MR. Basic preprosthetic surgery In: Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR eds. Contemporary oral and maxillofacial surgery. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1998: 286-323.
3. Vanarsdall RL Jr., Secchi AG. Periodontal-Orthodontic interrelationships. In: Graber TM, Vanarsdall RL, Vig KWL eds. Orthodontics: Current principles & techniques. 4th ed. Elsevier Mosby, 2005: 901-936.
4. Zachrisson BU. Orthodontics and Periodontics. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. eds. Clinical periodontology and implant dentistry. 4th ed. Blackwell Munksgaard, 2003: 744-780.
5. Wennström JL, Pini Prato GP. Mucogingival therapy – periodontal plastic surgery. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. eds. Clinical periodontology and implant dentistry. 4th ed. Blackwell Munksgaard, 2003: 576-649.

Asist. mag. Sanja Zupančič, dr. dent. med.
Prof. dr. Franc Farčnik, dr. dent. med.
Katedra za zobno in čeljustno ortopedijo
Medicinska fakulteta v Ljubljani
e-mail: sanja.zupancic@mf.uni-lj.si

Asist. mag. Aleš Vesnaver, dr. med.
KO za maksilofacialno in oralno krg.
SPS Kirurška klinika
Klinični center Ljubljana
e-mail: ales.vesnaver@kclj.si