

گزارش موردی Case Report

پوشش ریشه دچار سایش شدید توسط فلپ جابه‌جا شونده تاجی به همراه پیوند بافت همبند

دکتر حمید مقدس* دکتر سورنا وهبی**

Coverage of abraded roots by coronally advanced flap using connective tissue graft

H.Moghadas S.Vahabi☆

*Abstract

Various surgical techniques are used to cover gingival recessions; however, in most cases the teeth under manipulation are free of any abrasion. In the past, abraded roots were excluded from the study or were planned with burs or curettes to prevent interference with surgical results. This study presents a case of severely abraded roots in which the recessions were covered. Coronally advanced flap using connective tissue graft was accomplished to cover the Class 1 gingival recession in severely abraded roots of right maxillary premolars in a 57 years old healthy man. In this case, the sharp edges of recessions were not planned which was in contrast to most previous studies. Eighty-six percent of denuded roots were covered after 3 months following the surgery. This report suggests the application of long term and split mouth clinical trials with this method to compare the results with alternative approaches to cover the severely abraded roots.

Keywords: Gingival Recession, Tooth Abrasion, Tissue Transplantation, Connective Tissue

* چکیده

روش ارائه شده برای درمان تحلیل لثه در بیش‌تر موارد برای پوشش ریشه در دندان‌های بدون سایش است. در بررسی پیشین ریشه‌های دچار سایش شدید از مطالعه خارج می‌شدند یا تعمر حفره مانند (wedge-shaped defect) با کاربرد فرز یا توسط کورت، کاهش داده می‌شد تا به عنوان عامل مداخله‌کننده در پوشش ریشه تأثیرگذار نباشد. در این مقاله درمان تحلیل لثه در دندان دارای سایش شدید یک بیمار گزارش شده است. در این روش جراحی از فلپ جابه‌جا شونده تاجی همراه با پیوند بافت همبند برای درمان تحلیل لثه کلاس یک میلر همراه با سایش شدید دندان‌های پرمولر راست فک بالا در مردی ۵۷ ساله استفاده شد. در این مورد، برخلاف بیشتر مطالعات قبلی، زوایای تیز قسمت سایش یافته صاف نشد و بعد از ۳ ماه، حدود ۸۶ درصد پوشش ریشه به دست آمد. این گزارش پیشنهاد می‌کند مطالعه‌هایی با زمان طولانی‌تر و در صورت امکان با طرح split mouth clinical trial بر روی ریشه‌های دارای سایش شدید انجام می‌شود تا در صورت حفظ درازمدت نتایج درمان، این روش به عنوان یکی از روش‌های درمانی دندان‌های دارای سایش شدید معرفی شود.

کلیدواژه‌ها: تحلیل لثه، سایش دندان، پیوند بافت، بافت همبند

* استاد پرودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

** استادیار پرودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس مکاتبه: قزوین، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده دندانپزشکی، بخش جراحی لثه

☆Email: dr_S_Vahabi@yahoo.com

* مقدمه :

تحلیل لثه یا به عبارت دقیق‌تر تحلیل بافت حاشیه‌ای (marginal tissue recession) عبارت است از عریان شدن سطح ریشه دندان به دلیل تغییر مکان حاشیه لثه به سمت اپیکال^(۱). این عارضه در افراد با بهداشت دهانی ضعیف و حتی خوب نیز شایع است.^(۲) دو نوع مختلف از تحلیل لثه، یکی ناشی از عوامل مکانیکی و دیگری در رابطه با بیماری‌های تخریبی پریودنتال وجود دارد.^(۳) تحلیل لثه با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و شیوعی از ۸ درصد در کودکان تا ۱۰۰ درصد بعد از سن ۵۰ سالگی دارد. تحلیل لثه، سطوح ریشه دندان‌ها را در معرض پوسیدگی قرار داده و ممکن است سبب افزایش حساسیت دندان و تجمع پلاک باکتریایی و غذا شود.^(۱)

در حال حاضر بعد از برطرف کردن علت ایجاد تحلیل، برای پوشش ریشه از روش‌های گوناگونی مانند SpCTG (Subpedicle Connective Tissue Graft)، SeCTG (Free Soft Tissue Autograft)، FSTA PG (Subepithelial Connective Tissue Graft)، (Pedicule Graft) و CAF (Coronally Advanced Flap) با مقادیر گوناگونی از موفقیت استفاده می‌شود.^(۱) به عنوان مثال ۵۵ تا ۹۹ درصد پوشش ریشه با کاربرد روش CAF و ۷۰ تا ۹۸ درصد با استفاده از CAF+CTG گزارش شده و نویسندگان مختلف، درجه‌های گوناگونی از موفقیت را در حصول پوشش ریشه ذکر کرده‌اند.^(۴-۵)

در مطالعه‌های مقایسه‌ای، مواردی که به دلیل روش غلط مسواک زدن، نواحی گوه‌مانندی (Wedge shaped) با زوایای تیز در روی تاج یا ریشه دندان ایجاد شده بود، به منظور مشابه‌سازی دقیق‌تر گروه‌ها یا از تحقیق کنار گذاشته شده یا زوایای تیز آنها به منظور تطابق بهتر بافت فلپ، صاف می‌شد.^(۵)

با توجه به شیوع بالای این نواحی سایش یافته و مشخص نبودن تأثیر یا عدم تأثیر برطرف کردن این تیزی‌ها در موفقیت هر یک از این روش‌های درمانی در پوشش ریشه، در این مقاله موردی از پوشش ریشه با روش SeCTG گزارش می‌شود که در آن برخلاف روال معمول درمان، زوایای تیز قسمت سایش یافته صاف نشد و دست نخورده باقی ماند.

* معرفی بیمار :

بیمار مرد ۵۷ ساله‌ای بود که برای درمان پریودنتیت در سال ۱۳۸۱ به بخش جراحی لثه دانشکده دندان‌پزشکی دانشگاه شهید بهشتی ارجاع شده بود. بیمار فاقد بیماری سیستمیک بود، اما بیش از ۱۰ سال بود که روزانه بین ۵ تا ۷ نخ سیگار می‌کشید. بیمار دارای اکلوزن، کلاس یک انگل، فاقد تماس زودرس در حالت‌ها و حرکت‌های فک و بدون سابقه درمان ارتودنسی بود. مشکلی در جویدن، عادت‌های پارافانکشنال و مشکلات مفصلی نداشت و جویدن وی راحت بود. دندان درد یا خون‌ریزی از لثه نداشت و علت اصلی مراجعه وی پرکردن دندان‌ها و کنترل وضعیت لثه بود. دو یا سه بار در روز به روش جلو و عقب با مسواک متوسط و خمیر دندان، دندان‌های خود را تمیز و هر ۶ ماه یک بار مسواک خود را عوض و از نخ دندان نیز استفاده می‌کرد. بافت‌های نرم دهان طبیعی و بدون ضایعه خاص بود ولی نواحی از استوماتیت نیکوتینی کمابیش در ناحیه کام مشاهده می‌شد. عمق وستیبول وی برای جراحی احتمالی کافی بود و چسبندگی مزاحم فرنوم نداشت. رنگ لثه‌های وی به طور عمده صورتی، دارای حالت کنگره مانند (Scalloping) با قوام سفت و اندازه طبیعی (بدون افزایش حجم) و دارای حالت پوست پرتقالی (Stippling) بود.

پس از تشخیص پریودنتیت متوسط، پیش‌آگهی کلی متوسط تا خوب برای وی در نظر گرفته و درمان وی آغاز شد.

* اقدام‌های درمانی :

در مرحله یک درمان اصلاح بهداشت و آموختن روش مسواک زدن modified stillman و استفاده از نخ دندان انجام شد. پس از ۶ هفته مرحله یک درمان ارزیابی و پس از اطمینان از وضعیت نگهداری (maintenance)، بیمار وارد مرحله جراحی شد. جراحی به طور عمده در نواحی دندان‌های مولر و سکستانت قدامی پایین و شامل فلپ دبریدمان بود. پس از درمان پریودنتیت، به منظور درمان تحلیل‌های کلاس یک میلر در دندان‌های پرمولر اول و دوم بالا در سمت راست، از

تاج، مختصری کورونالی تر از CEJ بدون کشش قرار داد. قبل از قرار دادن پیوند، ناحیه عریان ریشه با یک کپسول داکسی‌سایکلین ۱۰۰ میلی‌گرمی حل شده در ۲ سی‌سی سرم فیزیولوژی به مدت ۵ دقیقه آماده‌سازی شد.

پس از بی‌حس کردن ناحیه و قبل از برش دادن کام، ضخامت نسبی مخاط با استفاده از پروب تخمین زده شد و پیوند بافت همبند به ابعاد ۱/۵ در ۸ در ۱۱ میلی‌متر با استفاده از روش Trapdoor^(۱۷) با بیستوری شماره ۱۵ از ناحیه کام جدا شد. بعد از اطمینان از عدم وجود بافت چربی، پیوند بلافاصله در ناحیه گیرنده قرار گرفت و توسط بخیه‌های منقطع و مترس عمودی با نخ بخیه قابل جذب 4.0 reverse catgut بخیه شد. بعد فلپ مخاطی به منظور پوشش نصف تا دو سوم بافت همبند به طرف تاجی جابه‌جا شد و با بخیه‌های منقطع و مترس عمودی در نواحی پایپلا و برش‌های عمودی تثبیت گردید و روی آن پانسمان پرپودنتال قرار گرفت (شکل‌های شماره ۱ و ۲).



شکل ۱- نمای تحلیل لثه قبل از عمل



بیمار خواسته شد که سیگار کشیدن خود را حداقل یک هفته قبل و یک ماه بعد از جراحی ترک نماید. بلافاصله قبل از عمل جراحی، ارتفـاع تحلیل (فاصلهٔ مارجین بافت تا Cemento Enamel Junction در نقطهٔ میدباکال)، عرض تحلیل (فاصله خط مماس بر CEJ در نقطهٔ میدباکال تا حاشیه‌های مجاور لثه)، حد چسبندگی بالینی (فاصلهٔ قاعدهٔ سالکوس تا CEJ در نقطهٔ میدباکال)، ارتفاع لثه کراتینیزه (۲ میلی‌متر) و عمق شیار لثه در دو دندان با پروب ویلیامز با تقریب کمتر از ۰/۵ میلی‌متر اندازه‌گیری شد.

پس از آماده‌سازی و ضدعفونی اطراف دهان بیمار با بتادین، ناحیهٔ عمل با تزریق موضعی کارپول لیدوکاین ۲ درصد و اپی‌نفرین ۸۰۰۰۰ : ۱ بی‌حس و سطح ریشه به طور کامل با کورت گریسی (Hu-Friedy gracy curette) صاف و صیقلی شد. ضمن جراحی ناحیهٔ ساییده پشت دندان‌ها به حال خود باقی‌گذارده شد و هیچ تلاشی برای صاف کردن و صیقلی کردن بیش از اندازهٔ ناحیه، ایجاد تقعر روی ریشه و گرفتن زوایای تیز دندان انجام نشد. در ابتدا دو برش افقی در سطح فاشیال پایپلا بین دندانی در هر سمت دو دندان مورد نظر (پرمولر اول و دوم راست ماگزایلا) تا فاصلهٔ ۰/۵ میلی‌متری از حاشیهٔ لثه‌ای دندان‌های مجاور داده شد تا احتمال تحلیل لثهٔ دندان‌های مجاور به حداقل برسد. برش‌های افقی به دقت در سمت تاجی (کورونال) داده شد و دقت بسیاری برای جلوگیری از کاهش ارتفاع پایپلا به عمل آمد. از خط برش‌های افقی در ناحیهٔ بین دندانی در قسمت مزیال و دیستال ناحیهٔ جراحی، ۲ برش عمودی و متباعد داده شد تا حدی فراتر از خط مخاطی لثه‌ای (Mucogingival line) امتداد یابد. آن‌گاه برش سالکولار داده شده و توسط sharp dissection یک فلپ نیمه ضخیم ایجاد و به میزانی بلند شد که بتوان آن را به طرف

۰/۵ میلی‌متر کاهش یافت، یعنی حدود ۸۶ درصد از ارتفاع تحلیل در هر دو دندان پوشش داده شد (شکل شماره ۳).



شکل ۲- فلپ کنار زده شده و پوشانده شدن تحلیل توسط بافت همبند

به بیمار قرص استامینوفن ۳۲۵ میلی‌گرمی تجویز شد تا در صورت وجود درد بعد از عمل استفاده نماید. از وی خواسته شد که تا چند ساعت بعد از عمل از کیسه یخ هر ۱۵ دقیقه یک بار بر روی ناحیه و روزی دو بار از دهان شویه کلرهگزیدین ۰/۲ درصد تا یک ماه استفاده نماید.

پس از عمل، بیمار تشویق به انجام هر چه سریع‌تر اعمال بهداشتی دهان در مناطق دیگر دهان شد. بعد از یک هفته پانسمان و بخیه‌های بیمار خارج و از وی خواسته شد که به مدت ۲ هفته (حدود یک هفته بعد از خارج کردن پک) از تمیز کردن مکانیکی ناحیه با مسواک و نخ دندان اجتناب نماید. بیمار در هفته دوم و چهارم بعد از عمل و بعد ماهیانه یک بار برای پروفیلاکسی حرفه‌ای فراخوانده و ناحیه با پودر پامیس و رابراکاپ تمیز شد. سه ماه بعد از جراحی میزان ارتفاع و عرض تحلیل، حد چسبندگی بالینی و عمق شیار لثه دوباره به همان روش اندازه‌گیری شد.

* یافته‌ها :

برای محاسبه درصد پوشش ریشه، ارتفاع تحلیل بعد از عمل از ارتفاع تحلیل قبل از عمل کم شده، عدد حاصل بر ارتفاع تحلیل قبل از عمل تقسیم شده و نتیجه در ۱۰۰ ضرب شد.

میزان ارتفاع تحلیل قبل از جراحی در هر دو دندان پرمولر ۳/۵ میلی‌متر بود که بعد از جراحی به

شکل ۳- نمای تحلیل لثه ۳ ماه بعد از جراحی

عرض تحلیل از ۴/۵ میلی‌متر در دندان پرمولر دوم و ۴ میلی‌متر در دندان پرمولر اول به حدود ۱ میلی‌متر بعد از عمل کاهش یافت که به ترتیب ۷۸ و ۷۵ درصد کاهش عرض تحلیل را نشان داد. عمق سالکوس لثه کماکان در حد ۱/۵ میلی‌متر باقی ماند ولی ۲/۵ تا ۳ میلی‌متر حصول چسبندگی بالینی (Clinical Attachment Level-Gain) در هر یک از دو دندان به دست آمد.

* بحث و نتیجه‌گیری :

در این گزارش موردی بعد از انجام عمل جراحی لثه، عوارض نامطلوبی از قبیل تورم و درد غیرعادی در ناحیه ایجاد نشد. عمق سالکوس لثه کماکان در همان حد اولیه باقی ماند و افزایش حساسیت ریشه یا مشکل برجستگی پیوند در ناحیه ("kelloid" appearance) ایجاد نشد. در نهایت ۸۶ درصد پوشش ریشه بعد از ۳ ماه حاصل شد و بیمار از نتیجه عمل راضی بود. این یافته‌ها نشان‌گر موفقیت بالینی پوشش ریشه بر اساس معیارهای هریس است.^(۱۲) نتیجه حاصل قابل مقایسه با میانگین نتایج

2. Lindhe J, Karring T, Lang NP. Clinical periodontology and implant dentistry. 3rd ed, Munksgaard, 1998, 553, 562, 575, 580, 831
3. 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: 489-95
4. Serino G, Wennstrom J, Lindhe J, Eneroth L. The prevalence and distribution of gingival recession in subjects with high standard of oral hygiene. J Clin Periodontol 1994; 21: 57
5. Pini Prato G, Clauser C, Magnani C, Cortellini P. Resorbable membranes in the treatment of human buccal recession, a 9 case report. Int J Periodontics Restorative Dent 1995; 15: 258-67
6. Pini Prato G, Tinti C, Vincenzi G, Magnani C, Cortellini P, Clauser C. GTR versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal recession. J Periodontol 1992; 53: 919-28
7. Tinti G, Vincenzi G, Cocchetto R. GTR in mucogingival surgery. J Periodontol 1993; 64: 1184-91
8. Trombelli L, Schincaglia GP, Scapoli C, Calura G. Healing response of human buccal gingival recessions treated with e - PTFE membranes: a retrospective report. J Periodontol 1995; 66: 14-22
9. Allen EP, Miller PD. Coronal positioning of existing gingiva, short term results in the treatment of shallow marginal tissue recession. J Periodontol 1998; 60: 316-19
10. Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol 1985; 56: 715-20

حاصل از فلپ جابه‌جا شونده تاجی (۸۳ درصد) و انواع پیوند بافت همبند زیر اپی‌تلیالی (۹۱ درصد) و روش‌های رزتراتیو (۷۴ درصد) در میزان پوشش ریشه در شرایط بدون سایش است. (۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ و ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۶ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰) در بسیاری از مطالعه‌ها، دندان‌های دارای سایش، ناهمواری، پوسیدگی، شیار یا ترمیم در ناحیه‌ی عریان ریشه را از تحقیق خارج می‌نمایند تا تأثیری در روند مطالعه و موفقیت درمان نداشته باشد. (۱۹ و ۱۸)

در مطالعه‌ی هریس ریشه دندان به اندازه‌ای بیش از حد لازم با کورت‌ها و planing، صاف و صیقلی شد تا سطح صافی از ریشه ایجاد شود. در ضمن aggressively root planing با هدف حذف هر گونه پلاک، جرم، زبری سطح، شیار، پوسیدگی یا نواحی glassy صورت گرفت تا بعد از کاربرد موضعی تتراسایکلین سطح ریشه "frosted" به نظر آید. کاهش برجستگی ریشه تا حد استخوان آلوئول و برداشت sharply delineated abrased هر گونه area فرض پیش نیاز موفقیت دانسته شده است. (۲۱ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰)

در این گزارش مورد عمل پیوند بافت همبند بدون دستکاری سطح ریشه و گرفتن زوائد تیز ناحیه‌ی سائیده شده، انجام شد و نتیجه‌ی قابل قبولی به دست آمد. این یافته مشابه مطالعه‌ی بوچارد است که مؤلفین هیچ اختلاف عمده‌ای در پوشش مناطق دارای سائیدگی و بدون سایش مشاهده نکردند. (۱۵)

به هر حال وقتی تحلیل لثه همراه با سایش ریشه وجود دارد، ممکن است بتوان از SeCTG برای ترمیم نقص سطح ریشه استفاده نمود. در نهایت استفاده از مطالعه‌های مقایسه‌ای با طراحی دقیق برای ارزیابی نتایج عمل و مقایسه با روش‌های درمانی دیگر پیشنهاد می‌شود.

* مراجع :

1. Carranza FA. Clinical periodontology. 8th ed, W B Saunders, 1996, 228-37, 660-7, 64-6

11. Nelson SW. SpCTG: a bilaminar reconstructive procedure for the coverage of denuded root surfaces. *J Periodontol* 1987; 58: 95-102
12. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness pedicle graft: a predictable methods of obtaining root coverage. *J Periodontol* 1992; 63: 477-86
13. Allen AL. Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage (II) clinical results. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14: 303-15
14. Wennstrom JL, Zucchelli G: Increased gingival dimensions: a significant factor for successful outcome of root coverage procedures?. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 770-77
15. Bouchard P, Ethienne D, Ouhayoun JP, Nilveus R. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions: a comparative study of 2 procedures. *J Periodontol* 1994; 65: 929-36
16. Trombelli L, Scabbia A, Wikesjo UME, Calura G. Fibrin glue application in conjunction with tetracycline root conditioning and coronally positioned flap procedure in the treatment of mucogingival defects. *J Clin Periodontol* 1996; 23: 867
17. Harris RJ, Harris AW. The coronally positioned pedicle graft with inlaid margins: a predictable method to obtaining root coverage of shallow defects. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1994; 14: 229-41
18. Laney JB, Sounders VG, Garnick HI. A comparison of two techniques for attaining root coverage. *J Periodontol* 1992; 63: 19-23
19. Pini Prato G, Pagliaro V, Baldi C, Nieri M, Saletta D, Cairo F et al. Coronally advanced flap procedure for root coverage. flap with tension versus flap without tension: a randomized controlled clinical study. *J Periodontol* 2000; 71: 188-201
20. Saletta D, Pini Prato G, Pagliaro V, Baldi C, Mauri M, Nieri M. Coronally advanced flap procedure: is the interdental papilla a prognostic factor for root coverage?. *J Periodontol* 2001; 72: 760-6
21. Harris RJ. The connective tissue with partial thickness double pedicle graft: the results of 100 consecutively-treated defects. *J Periodontol* 1994; 65: 448-61