

Verklein de kans op recessie

Dikker tandvlees

Recent onderzoek uit Nijmegen laat zien dat er in het onderfront als gevolg van orthodontische behandeling in gemiddeld 7% van de gevallen labiale recessie op kan treden. Dit neemt tot 2 jaar na de behandeling toe tot 20% en tot 38% na 5 jaar. De keuze tussen enerzijds non-extractiebeleid met mogelijk een verhoogd risico op gingivarecessie, en anderzijds een extractiebeleid, met opoffering van vaak gezonde elementen is daarom niet altijd makkelijk. Wel zou om het risico op gingivarecessie te beperken aanvullende behandeling overwogen kunnen worden.

Hendrik-Jan Hansma

In het algemeen kan gingivarecessie ontstaan bij elementen waar bot onvoldoende coronaal ligt. Dit kan zijn als gevolg van de positie in de kaak, of waar bot gereorbeerd is als gevolg van ontsteking.

Secundaire factoren kunnen bijdragen aan het ontstaan van recessie: trauma, bijvoorbeeld poetstrauma of de belasting van een piercing (afbeelding 1) en ook de tractie van een frenulum vergroot mogelijk de kans erop (afbeelding 2).

Aanwezigheid van tandplak kan, door de ontsteking die dit veroorzaakt in het tandvlees, bijdragen aan recessie van de gingiva. Een 'dun gingivatype' kan de kwetsbaarheid vergroten. De gingiva is buccaal bij de onderincisieven het dunst, waar het risico op recessievorming dan ook het groots is (afb. 1 en 2).

Keuze

Bij de orthodontische behandelplanning moet ten aanzien van de benodigde en beschikbare ruimte in de kaak vaak een keuze worden gemaakt, waarbij grofweg onderscheid gemaakt kan worden tussen een beleid met extracties, meestal 2 of 4 premolaren, of een beleid zonder extracties. Daarbij moet worden geprobeerd het aanwezige tandmateriaal in de beschikbare ruimte te passen.

In de uiterste gevallen kan de keuze duidelijk zijn, maar het grijze middengebied is het lastige. Hierbij moet worden ingeschat hoe groot de marge binnen de biologische enveloppe van het alveolaire bot is. Waar men er buiten komt (bijv. door protrusie) kan het risico op gingivarecessie toenemen. De afweging moet dan worden gemaakt om



dit risico te nemen, of toch te kiezen voor een rigoureuus beleid met extracties. Daarbij, waar de orthodontist mogelijkwerwijs nog neigt richting extractiebeleid, kunnen de patiënt of de ouders minder enthousiast zijn over het extraheren van 2 of 4 vaak gezonde premolaren.

Wanneer wordt gekozen voor een non-extractiebeleid kan worden geprobeerd de invloed van secundaire factoren zo klein mogelijk te maken. Een adequate, maar niet traumatische poetsmethode is van belang en het dragen van een piercing is sterk af te raden. Verder kan worden overwogen een hoog aangehecht frenulum te verwijderen. Ook kan bij een dun gingivatype worden geprobeerd deze te chirurgisch verdikken.

Casussen

We laten hier twee casussen zien waar bij werd besloten te proberen het mucogingivale complex te verdikken.

Anamnese, onderzoek en behandelplanning

In beide situaties zien we een klinisch gezond en goed verzorgde dentitie en parodontium. De patiënten hebben een goede mondhygiëne en er zijn geen verdiepte pockets.

Op het oog is duidelijk te zien dat er sprake is van een dunne gingiva die kwetsbaar is voor recessie. In de eerste casus zien we dat er reeds gevorderde recessie is opgetreden ter plaatse van de 31. In de tweede casus lijkt op het eerste gezicht recessie mee te spelen bij de 31 en 41. Maar bij nadere bestudering blijkt er vooral sprake van lange klinische kronen. Bij de 31 ligt de glazuur-cementgrens op gingivaniveau, bij de 41 is er sprake van een geringe recessie van 1-2mm (afbeelding 3 en 4).



In de eerste situatie is de primaire vraag van de verwijzer en de wens van de patiënt het corrigeren van de recessie bij de 31. Secundair is de vraag de kans op recessie bij de overige frontelementen te beperken, door hier het mucogingivale complex chirurgisch te verdikken. In de tweede situatie is er geen sprake

van werkelijke recessie en is primair de vraag de kans op recessievorming proberen te beperken.

We bespreken met de patiënt de overwegingen om de orthodontische behandeling al dan niet te vervolgen met aanvullende chirurgische behandeling bij het onderfront. In beide casussen heeft het de voorkeur van zowel de behandelaar als de patiënt om de gingiva chirurgisch te corrigeren en te verdikken.

Behandeling

Na lokale anesthesie wordt via een sulculaire incisie de gingiva ter plaatse van de 33 tot de 43 gemobiliseerd volgens de *modified tunnel technique*. Het mucogingivale complex wordt hierbij *split-thickness* ondertunneld vanaf de papillea tot onder de mucogingivale grens. De mucosa wordt gemobiliseerd, zodat deze spanningsvrij coronaal verplaatst kan worden waar dit nodig is. We maken ruimte voor een bindweefseltransplantaat, over verticale afstand van ongeveer 15mm, zodat over min of meer de gehele wortellengte de gingiva en mucosa verdikt kan worden.

Een bindweefselgraft nemen we bij het palatum, ter hoogte van de eerste premlaar tot de eerste molaar, ongeveer 2mm apicaal van de marginale gingiva. Deze regio krijgt de voorkeur in verband met de ligging van de palatinale arteri meer naar distaal. Om voldoende bindweefsel te kunnen verzamelen nemen we bilateraal een graft van voldoende lengte. Hier zijn verschillende methoden voor. We hebben geen geëpithelialiseerd weefsel nodig en via een enkele initiële incisie nemen we bindweefsel onder het palatum vandaan, zoals beschreven door Hürzeler & Weng (1999). In het algemeen krijgt deze metho-



de de voorkeur, vanwege de gunstigere eigenschappen met betrekking tot genezing en nabezwaren in vergelijking met andere technieken.

Via een laterale pouch brengen we de graft onder de gemobiliseerde mucosa. Met fijne

polypropylene 6-0 (Hu-Friedy) slinghechtingen om de incisieven wordt de graft zo ver mogelijk coronaal gepositioneerd. Met enkele transmucosale hechtingen wordt de graft gefixeerd aan de mucosa, tot deze stabiel ligt. Het palatum hechten we met een doorlopende hechting (Gore-Tex 4-0) (afbeelding 5 en 6). Twee weken later zien we een goede genezing en de hechtingen worden verwijderd (afbeelding 7 en 8).

Ongeveer 3 maanden na de behandeling zien we een situatie die goed onder controle is. De recessie bij de 31 in het eerste voorbeeld is grotendeels gecorrigeerd. Ook is er bij de tweede casus enige bedekking van het glazuuroppervlak van de 31 en 41, maar de verwachting is dat de marginale gingiva hier weer naar het niveau van de

glazuurcementgrens zal verplaatsen. In beide voorbeelden is duidelijk te zien dat de gingiva en de mucosa zijn verdikt (afb. 9 en 10).

Prettig

In deze cassussen zitten we met betrekking tot de afweging extractie- of non-extractiebeleid in het grijze gebied. Het ging de patiënt en de behandelaar te ver om elementen te extraheren, maar er werd wel recessievorming verwacht. Op de aangegeven manier, door de gingiva te verdikken, proberen we het risico hierop te beperken. In feite maken we hier chirurgisch van een dun gingiva-biotype een dik biotype. Het is prettig voor de patiënt en orthodontist als de bezwaren van het dilemma door dikker tandvlees wat kleiner gemaakt kunnen worden.

Casus A



Casus B



Hendrik-Jan Hansma
is parodontoloog
NVvP en werkt bij
Paro Praktijk Utrecht.