

Bindweefseltransplantaat bedekt blootliggende wortel

Recessie na orthodontische behandeling

In de natuurlijke dentitie komt gingivarecessie ('terugtrekkend tandvlees') op de vrije vlakken geregeld voor. In de meeste gevallen is dat leeftijdsgebonden: bij ouderen zien we veel vaker recessies dan bij jongeren. Recessies kenmerken zich door blootliggend wortelcement of worteldentine op de vestibulaire of linguale vlakken. In de literatuur wordt een aantal mogelijke oorzaken en predisponerende factoren genoemd: plaqueaccumulatie bij de gingivarand, de positie van een element in de tandboog, poetstrauma, trauma door occlusie, een hoog lipbandje, lipspanning, biotype en iatrogeen trauma.

Gewoonlijk onderscheiden we drie types recessies. Het eerste type is gerelateerd aan plaquegeïnduceerde ontsteking. Het tweede type is gerelateerd aan mechanische factoren, zoals poetstrauma. Het derde type is geassocieerd met destructieve parodontitis. Vaak is er sprake van een combinatie van deze drie types. Een vierde - minder bekend - type recessie treedt op tijdens of na een orthodontische behandeling.

In deze bijdrage wordt de behandeling van zo'n door orthodontie veroorzaakte gingivarecessie besproken en geïllustreerd met een praktijkgeval.

De literatuur geeft voldoende bewijs dat vestibulaire recessie altijd gerelateerd is aan alveolaire botdehiscentie. Het gebied vormt een *locus minoris resistentia*. Het aantal millimeters recessie is vrijwel altijd gecorreleerd aan de mate van de botdehiscentie: hoe groter de recessie, des te omvangrijker de dehiscentie van de processus alveolaris. In het geval van 'normale leeftijdsgebonden recessie' kan het instellen van een adequate plaquecontrole leiden tot spontane verbetering of zelfs volledig herstel binnen drie jaar.

Het optreden van recessie tijdens of na een orthodontische behandeling is uitvoerig onderzocht in dierexperimentele studies. Hieruit blijkt dat bij het orthodontisch verplaatsen van een element door de corticalis van het alveolaire bot (door sommigen heel prozaïsch 'de genetisch bepaalde envelop' genoemd) aan de vestibulaire zijde, geen botgroei



1a



1b

1a. Voor behandeling

1b. 9 mm recessie



2



3

2. Vrij gekeratiniseerd bindweefseltransplantaat
3. Genezing per secundam onder plaatje

op de wortel optreedt. Daardoor vormt zich een vestibulaire botdehiscentie waarbij de wortel nog slechts bedekt wordt door de alveolaire mucosa en de gingiva.

In de orthodontische behandeling is dit vaak onvermijdelijk. Enkele voorbeelden hiervan zijn: expansie van de mandibulaire, laterale expansie van de molaarregio in de bovenkaak bij de behandeling van kruisbeten, en retractie en rotatie van het bovenfront bij de behandeling van een ernstige overjet. Overigens treedt dit verschijnsel ook op bij verhoogde mobiliteit door occlusaal trauma.

De mate van recessie is niet gecorreleerd aan de breedte (eigenlijk: hoogte) van de aangehechte gekeratiniseerde gingiva rondom de tandhals. De breedte vormt dus geen verhoogd risico op het optreden van recessie, zo toonde Amsterdams onderzoek al in 1985. Pre-orthodontische chirurgie met als doel de aangehechte gingiva te verbreden is daarom niet geïndiceerd.

Het volume van het weefsel is echter wél een determinerende factor voor de gevoeligheid voor het optreden van recessie. Als sprake is van onvoldoend volume (dikte) van de gingiva kan, voorafgaand aan een orthodontische behandeling, pre-orthodontische parodontale chirurgie het volume vergroten en daarmee het risico op recessie verla-

gen. De nadruk moet echter liggen op het behoud van een optimaal uitgevoerde plaquecontrole.

Verandering in buccolinguale richting van de positie en/of asrichting van een element waarbij het element (deels) buiten de genetisch bepaalde envelop komt, vormt een groot risico op recessie. Dat geldt voor de bovenkaak, maar vooral voor de onderkaak. Orthodontische terugregulatie leidt in de meeste gevallen tot herstel maar is helaas niet altijd mogelijk. Daarnaast staat een orthodontische terugregulatie van de dentitie in de genetisch bepaalde envelop het beoogde resultaat van de orthodontische behandeling vaak in de weg.

Als terugregulatie niet mogelijk of wenselijk is, of als dat niet heeft geleid tot de beoogde afname van recessie, kan mucogingivale chirurgie het probleem van de recessie vaak nog oplossen, zo toont het volgende praktijkgeval

Praktijkgeval

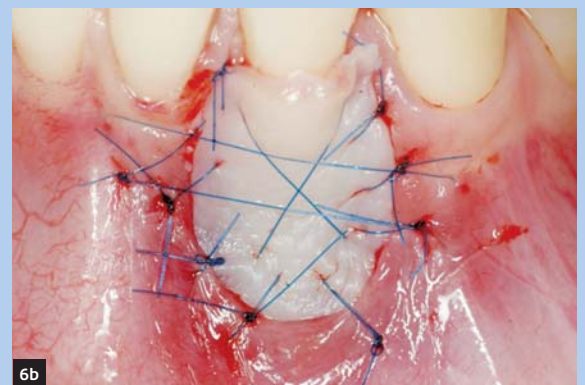
Een 27-jarige vrouw wordt in 2008 verwezen naar de Kliniek voor Parodontologie Amsterdam. De verwijzende tandarts vraagt vooral aandacht voor de forse recessie van de gingiva bij 32.

De patiënte is in het verleden uitgebreid behandeld met

- 4. Receptor site
- 5. Transplantaat op zijn plaats



- 6a. Stabilisatie transplantaat
- 6b. Immobilisatie transplantaat



orthodontische apparatuur en de afgelopen jaren is het tandvlees lokaal sterk teruggetrokken. Ze heeft veel last van pijn bij warm en koude en bij tandenpoetsen, waardoor het blootliggende worteloppervlak niet plaquevrij gehouden kan worden.

Na onderzoek blijkt dat slechts bij 32 een duidelijk parodontaal probleem waarneembaar is. Op de röntgenfoto zijn aan de mesiale zijde van 32 tekenen van aanhechtingsverlies te zien (afb. 1a). Er is sprake van een Miller klasse II-recessie bij 32: 9 mm gemeten vanaf de glazuur-cementgrens tot voorbij de mucogingivale grens. De gingiva is geïrriteerd, ziet er roodachtig uit, er zijn ulceraties en bijna spontane bloeding. Het blootliggende worteloppervlak is bedekt met plaque; de overige elementen zijn plaquevrij (afb. 1b). Besloten wordt om de recessie te corrigeren met een vrij bindweefseltransplantaat.

Onder lokale verdoving wordt een stuk van de palatinale mucosa losgeprepareerd en verwijderd (afb. 2). Deze zogenaamde donor site wordt verder ongemoeid gelaten. Door de wond te bedekken met een van tevoren vervaardigd dieptrekplaatje wordt genezing per secundam nagestreefd (afb. 3).

Vervolgens wordt het worteloppervlak van 32 met ultrasone

scalers gereinigd en wordt de mucosa rond de blootliggende wortel met een diamantfrees in de airotor ontdaan van alle epitheel. Op deze wijze wordt een receptor site van blootliggend vaatrijk bindweefsel gecreëerd (afb. 4).

Met enig passen en meten wordt het transplantaat op zijn juiste plaats gebracht (afb. 5) en wordt het met een niet-resorbabele hechting gestabiliseerd (afb. 6a). Vervolgens wordt het transplantaat met dunne (6-0) niet-resorbabele hechtdraad goed vastgehecht (afb. 6b).

De patiënte krijgt instructies om ter plaatse niet te poetsen, maar het wondgebied met een spoelmiddel goed schoon te houden.

Na twee weken worden de hechtingen verwijderd (afb. 7a). De wondgenezing verloopt op het oog voorspoedig en de patiënte is nagenoeg klachtenvrij. Ook de wond op het verhemelte geneest zonder problemen (afb. 7b).

Drie maanden na behandeling is de mucogingivale grens hersteld, is de gekeratiniseerde zone verbeterd en is het volume aangehechte gingiva hersteld (afb. 8). De patiënte is geheel klachtenvrij en optimale plaquecontrole is weer mogelijk. «



7a. 2 weken na behandeling

7b. Donor site twee weken na behandeling



8. 3 maanden na behandeling