

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

MIRËNJOHJE:

Mirënjohje dhe falenderimin më të sinqertë ja dedikoj të gjithë atyre, që më kanë dhënë mbështetje dhe përkrahje morale, shkencore, profesionale dhe teknike në realizimin e dizertacionit.

Dedikim të veçantë kam për udhëheqësin shkencor **Prof. Adem Alushi**, i cili me përvojën e dhe me përkushtimin e tij profesional, më ndihmoi me njohuritë e tij shkencore për realizimin e këtij punimi shkencor.

Falenderim kam edhe për **të gjithë pedagogët e Shërbimit të Kirurgjise** dhe veçanërisht **Seksionin e paradontopatisë**, të cilët më kanë mbështetur për realizimin me sukses të këtij disertacioni.

PARATHËNIE

Një numër i madh pacientësh megjithëse trajtohen për një kohë të gjatë nga mjekë paradontologë nuk kanë ecurinë dhe rigjenerimin e duhur të arkitekturës gingivale, të tillë që të ketë një prirje sa më të pakët për depozitimin e pllakës bakteriale dhe estetikë sa më të mirë. Me anën e mjekimit kirurgjikal ne realizojmë një arkitekturë të gingivës marginale të tillë që ti krijojmë pacientit mundësi më të mirë kontrolli përkundrejt depozitimit të pllakës bakteriale, për pasojë do të kemi dhe rezultate më të mira në prognozën afatgjatë të paradontopatisë.

Një ndër patologjitë periodontale problematike është recesioni gingival. Recesioni gingival është ekspozimi i sipërfaqes së rrënjës që rezulton nga migrimi i margos gingivare apikal bashkimit cement-smalt. Ai mund të jetë i lokalizuar apo i përgjithshëm dhe mund të jetë në një ose më shumë sipërfaqe dhëmbore (Kassab dhe Cohen, 2003). Studimet epidemiologjike tregojnë se më shumë se 50% e popullsisë kanë një ose më shumë vende me recesion me së paku 1 mm, ku faqet bukale janë më së shpeshti të prekur.

Etiologjia e recesionit është multifaktoriale dhe mund të përfshijë inflamacionin nga pllaka, faktorë iatrogenik, trauma nga praktikatat e papërshtatshme të higjienës orale, malpozicionet e dhëmbëve, frenulumi hipertrofik, procedurat jo të duhura periodontale të trajtimit, levizjet jo korrekte ortodontike, etj (WENNSTROM 1996; Tugnait dhe Clerehugh, 2001).

Sipërfaqet e zhveshura të rrënjëve shkaktojnë keqësimin në pamjen estetike, hipersensibilitet dentinar dhe paaftësi për të kryer procedurat e duhura të higjienës orale (Zucchelli dhe bp, 2006; Seichter, 1987).

Menaxhimi i recesionit gingival dhe pasojat e saj bazohen në një vlerësim të plotë të faktorëve

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

etiologjikë dhe shkalla e përfshirjes së indeve. Pjesa fillestare e menaxhimit të pacientit me recesion gingivar duhet të drejtohet drejt korigjimit të faktorëve etiologjikë. Shkalla e recesionit gingivar duhet të monitorohet për shenjat e progresionit të mëtejshëm.

Mbulimi i rrënjëve të ekspozuara nga recesioni është një nga qëllimet kryesore të terapisë rindërtuese periodontale.

Hulumtimet tona, që përfshijnë ato klinike dhe rëntgenologjike arritën në konkretizimin e praktikës për përdorimin e membranës (GTR) në recesionet e klasës së II Miller dhe së bashku me membranën edhe vendosja e kockës artificiale në recesionet e klasës III Miller. Këto janë qasje alternative shumë efikase për mbulimin e rrënjëve dhe rezultojnë në formimin e atashimit klinik dhe histologjik.

Përvoja jonë konkretizohet me idenë që mjekimi dhe trajtimi i problemeve paradontale (recesioni i klasës së II-të dhe të III-të sipas Miller) duhet të bëhet njëkohësisht i kombinuar graft-membranë, për të patur rezultate sa më të mira dhe prognozë sa më të gjatë, sidomos në recesionet e klasës së III-të me prekje jo vetëm gingivare, por edhe kockore.

PËRMBAJTJA

1. Hyrje	6
2. Anatomia dhe fiziologjia e paradonciumit.....	8
2.1. Paradonciumi patologjik.....	23
3. Disa mendime të përgjithshme rreth terapisë periodontale.....	31
3.1. Llojet kryesore të kirurgjisë paradontale.....	34
3.2. Materialet e përdorura në kirurgjinë paradontale.....	39
3.3. Formimi i lembove dhe llojet e seksioneve.....	41
3.4. Komplikacionet pas kirurgjisë paradontale.....	43
3.5. Risku dhe menaxhimi i sëmundjeve paradontale.....	45
4. Recesioni gingivar	47
4.1. Etiologjia e recesionit gingivar.....	48
4.2. Rishqyrtimi i literaturës për etiologjinë e recesionit gingivar.....	51
4.3. Klasifikimi i recesionit gingivar.....	55
4.4. Trajtimi i recesionit gingivar.....	58
5. Qëllimi i studimit.....	68
6. Materiali dhe metoda.....	69
6.1. Metodatat e përdorura në studim.....	72
7. Analiza statistikore e të dhënave.....	87
8. Rezultatet.....	88
9. Rastet klinike.....	103
10. Diskutimi.....	113
11. Përfundimi.....	128
12. Rekomandime.....	131
13. Bibliografia.....	132

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

1. Hyrje

“Nuk ka fakte të përjetshme, ashtu siç nuk ka të vërteta absolute.”

Fridrih Niçe

Qëllimi kryesor i terapisë periodontale është për të përmirësuar shëndetin e përgjithshëm periodontal, duke ruajtur denticionin funksional të pacientit gjatë gjithë jetës së tij / saj. Termi 'Kirurgjia plastike periodontale', u sygjera së pari nga Miller (1988), dhe është definuar si 'procedura kirurgjikale që kryhet për të parandaluar ose korrigjuar defektet anatomike, zhvillimore, traumatike ose të pllakës bakteriale në gingivë, kockë alveolare, ose mukozë' (Akademia Amerikane e Periodontologjisë, 1996), (1).

Një nga indikacionet më të shpeshta të kirurgjisë periodontale është trajtimi i recesioneve bucale gingivare (2). Recesioni gingivar karakterizohet nga zhvendosja e margos gingivare apikalisht në raport me bashkimin cementsmalt dhe që mund të jetë i lokalizuar ose i përgjithësuar, dhe i lidhur me një ose më shumë sipërfaqe të dhëmbit (3). Recesioni duke qenë një nga pasojat e sëmundjes periodontale, është shoqëruar me masa të pamjaftueshme të higjienës orale së bashku me disa faktorë predispozues (4,5), të tillë si: gingivë e hollë, sipërfaqe prominente të rrënjës, dhëmb i pozicionuar bukalisht, tërheqje të frenulumit dhe dehishencë të kockës. Recesioni gingivar shkakton humbje të atashmentit periodontal. Nëse nuk trajtohet apo monitorohet, ajo mund të jetë e dëmshme për shëndetin periodontal dhe dentar.

Prandaj, procedurat e ndryshme të mbulimit të rrënjëve janë sugjeruar për të korrigjuar defektet e recesionit (6). Disa teknika të ndryshme janë përshkruar për të mbuluar sipërfaqet e ekspozuara të rrënjëve dhe për të rritur dimensionet e indeve të keratinizuara në defektet e recesionit gingivar. Idealisht, qëllimi primar i këtyre terapisë kirurgjikale është rivendosja e plotë e anatomisë së kompleksit mukogingivar dhe rigjenerimi i aparatit atashues të dhëmbit (7). Terapia

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

tradicionale e kirurgjisë periodontale është e prirur për përsëritjen e xhepave dhe aktivitetit të sëmundjes periodontale. Kështu, është parë që një rigjenerim minimal periodontal realizohet me metodën konvencionale të terapisë periodontale (8). Për të shmangur rritjen epiteliale poshtë, dhe në të njëjtën kohë për të rivendosur strukturat e humbura në tërësinë e tyre, janë zhvilluar dhe përdorur teknika dhe materiale të ndryshme. Trajtimi i hipersensibilitetit të kompromentuar dhe estetikës për shkak të recesionit gingivar është tentuar me lloje të ndryshme të procedurave mukogingivare kirurgjikale (9,10,11). Gjatë dekadës së fundit, ka pasur përparime të mëdha në trajtimin e defekteve të recesionit gingivar, sidomos me procedurat e rigjenerimit të guiduar të indeve (GTR). Është e nevojshme për të zgjedhur procedurën më të përshtatshme në mënyrë që të marrin më shumë mbulim të rrënjëve duke shmangur disavantazhet klinike. Rigjenerimi i guiduar i indeve (GTR) është i bazuar në parimin në mënyrë që të udhëzojë proliferimin e qelizave epiteliale, dhe parandalon depërtimin e tyre në vendet ku dëshirohet të arrihet rigjenerimi i indeve periodontale. Procedura e GTR konsiston në vendosjen e një membrane pengesë mes lembos kirurgjikale dhe sipërfaqes së rrënjës, në mënyrë që të parandalohen indet gingivare epiteliale dhe lidhëse nga ndërhyrja në sipërfaqen e rrënjës gjatë shërimit. Qëllimi i këtij gjykimi klinik ishte për të vlerësuar përdorimin e një membranë bioabsorbuese të kolagjenit me GTR. Kjo metodë së bashku me vendosjen e graftit kockor në rastet e defekteve të mëdha, ka rezultuar e suksesshme në prognozën e recesionit gingivar.

Me këtë studim ne kërkojmë të evidentojmë me të dhënat tona efikasitetin e përdorimit të këtyre metodave. Kërkimi ynë është ndër të parët investigim dhe punim shkencor i kryer në këtë fushë në vendin tonë.

2. Anatomia dhe fiziologjia e periodonciumit

Aparenca makroskopike e periodonciumit

Indet që rrethojnë dhe mbështesin dhëmbët njihen si periodoncium (12).

Periodonciumi, aparati mbështetës i dhëmbit përfshin (fig. 2-1):

1. Gingivën
2. Kockën alveolare
3. Cementin
4. Ligamentin periodontal

Periodoncium: peri = përreth, odontous = dhëmb.

Periodontika: është arti dhe shkenca e studimit të periodonciumit.

Periodontist: specialisti në periodonti.

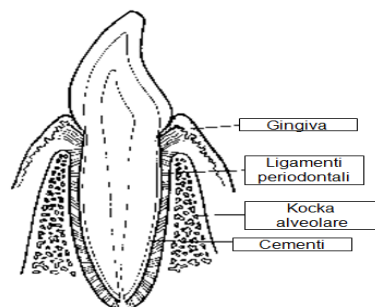


Figura 2-1: Elementet e periodonciumit

Rritja dhe zhvillimi i periodonciumit varet nga: a) erupsioni dhe b) funksioni okluzal i dhëmbëve.

Periodonciumi gradualisht zhduket në qoftë se dhëmbët janë të humbur.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

2.1. Ndertimi histologjik i elementeve periodontale:

Gingiva është ajo pjesë e mukozës orale që mbulon proceset alveolare të maksilave dhe rrethon pjesën cervikale të dhëmbëve, funksioni i të cilës është për të mbrojtur pjesën e poshtme të periodonciumit dhe sidomos proceset alveolare.

Në paradonciumin normal, gingiva:

1. Është e lokalizuar rreth qafës së dhëmbit
2. Ka epitel të keratinizuar
3. Funksionon gjatë mastikacionit.

Pra, gingiva është një nga indet e buta që shtrihet në kavitetin oral, është ind fibroz i mbuluar nga epiteli i keratinizuar. **Gingiva** është indi që mbulon pjesën cervikale të dhëmbëve dhe proceseve alveolare të nofullave. Funksioni i gingivës është sigurimi i mbylljes indore përreth pjeseve cervikale të dhëmbëve dhe mbulon proceset alveolare të nofullave.

Të gjitha indet e buta në gojë njihen si Mukoza orale, e ndarë në tri lloje të ndryshme:

Mukoza mastikatore:

Është një ind i cili është i bashkangjitur në mënyrë të vendosur me kockën nënshtrirëse dhe mbulohet me epitel të parakeratinizuar ose të keratinizuar. Shembull është gingiva dhe indet që mbulojnë qiellzën e fortë.

Mukoza shtrirëse:

E ngjitur lirshëm me strukturat nënshtrirëse dhe e mbuluar me epitel jo-të keratinizuar. Shembuj janë: buzët, faqet, dyshemeja e gojës.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Mukoza e specializuar: Mbulon sipërfaqen dorsale të gjuhës.

Kufijtë e gingivës janë (13):

- Kufiri koronar, ose margo e sipërme, margo gingivare, në cerviksin e secilit dhëmb, përreth tij dhe formon atje atashmentin epitelial me anë të një unaze indi të specializuar.
- Kufiri apikal, ose margo e poshtme, mukoza alveolare në linjën mukogingivare dhe mbulon aspektin koronar të procesit alveolar.
- Në aspektin palatinal, linja mukogingivare mungon; gingiva është pjesë e mukozës palatinale të keratinizuar, jo-mobile.

Në **paradonciumin klinikisht të shëndetshëm (14)**, anatomikisht gingiva ndahet në (fig. 2.1-2):

1. E lirë
2. Aderente
3. Interdentare

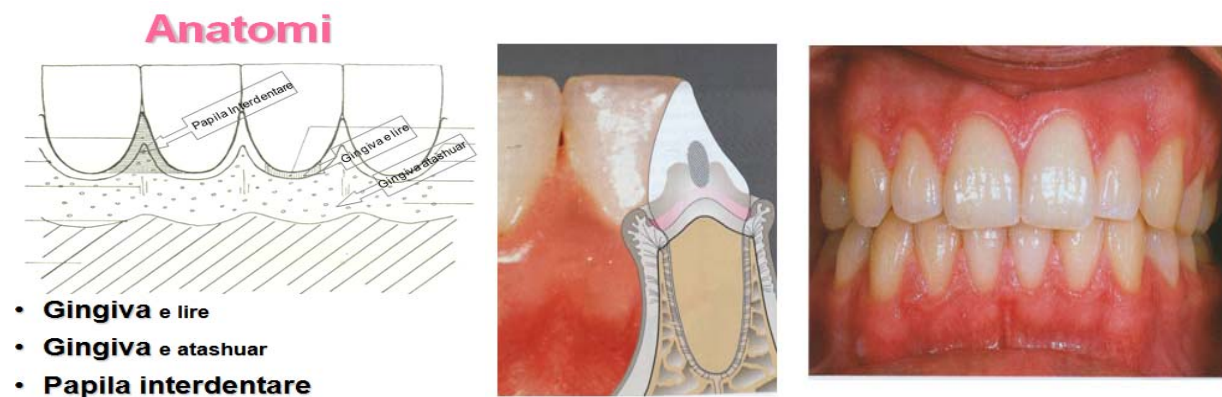


Figura 2.1-2: 3 formacionet gingivare

Midis këtyre 3 formacioneve kryesore gingivare dallohen gjithashtu (fig. 2.1-3):

- 1) Bashkimi mukogingivar
- 2) Ulluku gingivar i lirë
- 3) Mukoza alveolar

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

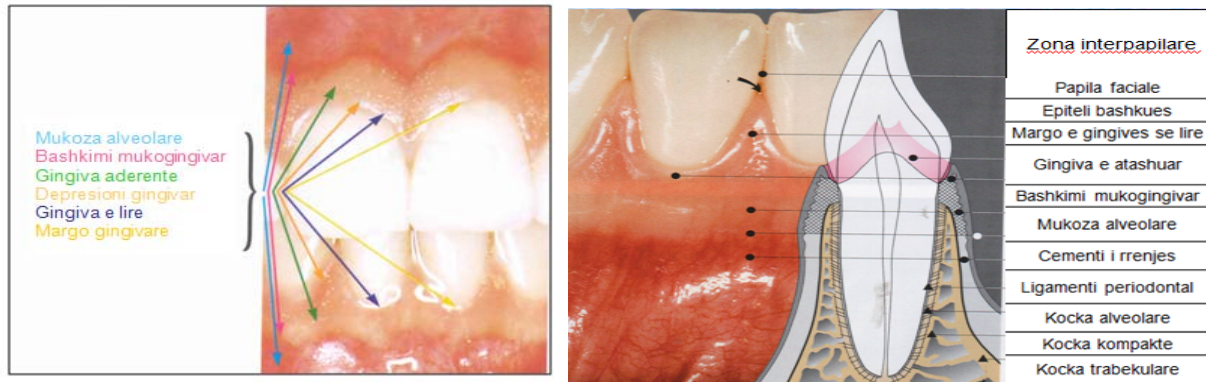


Figura 2.1-3: Gingiva e ndarë anatomikisht

Gingiva e lirë: Quhet edhe **gingiva marginale**, është ajo pjesë e gingivës që formon margon ekstreme dhe dallohet nga ajo interdentalare (gingiva papilare, papila interdentalare).

Ulluku i gingivës së lirë është një depresion linear i sheshtë që ndan gingivën e lirë nga ajo e atashuar. Bashkimi mukogingivar klinikisht është një kufi i dukshëm ku takohet gingiva rozë me atë të kuqe, mukoza alveolare me shkëlqim.

Gingiva e lirë (gingiva marginale) (fig. 2.1-4): Eshte lokalizuar koronar ose sipër bashkimit cement-smalt.

- Gingiva e lirë e shëndetshme është pink në kolor; ajo paraqitet në formë teh thike si kontur, rreth 1.5 mm e gjërë, e trashë në konsistencë dhe e lëmuar në pamje.
- Indi i gingivës së lirë përshtatet ngushtësisht përreth dhëmbit, por nuk është i atashuar direkt me të.
- Indi, për shkak të mos atashimit, mund të tërhiqet lehtësisht nga sipërfaqja e dhëmbit me sondë periodontale.
- Gingiva e lirë formon indin e butë të invaginacionit të vogël ose sulkusin, që quhet sulkus gingivar.
- Margo gingivare ndjek konturet e dhëmbëve, duke krijuar si dallgë përreth tyre.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)



Figura 2.1-4: Gingiva e lirë (marginale)

Gingiva aderente: Është me ngjyrë rozë, konsistencë kompakte dhe shpesh tregon një sipërfaqe që i jep pamjen e lëvozhgës së portokallit. Është e lidhur strukturalisht me kockën alveolare dhe cementin radikular dhe është praktikisht e palëvizshme në lidhje me indet nën të (fig. 2.1-5).

- 1) Është i kufizuar nga dhëmbi dhe kocka alveolare.
- 2) Ndryshon në gjerësi nga një zonë e gojës në një tjetër dhe nga një pacient tek tjetri.
- 3) Kufizohet koronarisht nga brazda e gingivës së lirë dhe apikalisht nga bashkimi mukogingivar.

Gingiva e atashuar apo aderente është:

- Më e madhe në regjionin incizivar (3.5-4.5 mm në maksilë, 3.3-3.9 mm në mandibul).
- Më e pakët në zonën premolare (1.9 mm në maksilë, 1.8 mm në mandibul).
- Gjerësia rritet me moshën. Varet nga dhëmbët e përfshirë, pozicioni bukolingual në hark, lokalizimi i frenulumeve ose atashimi muskular.
- Siguron që indi gingivar të mund të rezistojë forcave mekanike të fuqës dhe tensionit të aplikuar në mukozë.
- Gjerësia e gingivës së atashuar nuk matet në palatum meqë klinikisht nuk është e mundur të përcaktohet ku përfundon gingiva e atashuar dhe ku fillon mukoza palatinale.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Funksioni i gingivës së atashuar:

- Lejon indin gingivar ti rezistojë forcave mekanike të krijuara gjatë mastikacionit, të folurit dhe larjes së dhëmbëve.
- Parandalon gingivën e lirë të tërhiqet nga dhëmbi në rast se aplikohen tensione në mukozën alveolare.

Gingiva aderente

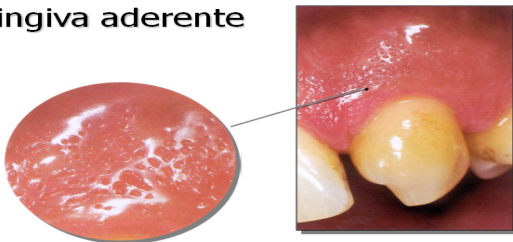


Figura 2.1-5: Gingiva aderente

Gingiva interdentare: E përbërë nga 2 papila, vestibulare e linguale/palatinalë, dhe 1 depresion që bashkon papilën vestibulare me atë linguale/palatinalë, nën zonën e kontaktit të dhëmbëve fqinjë (fig. 2.1-6).

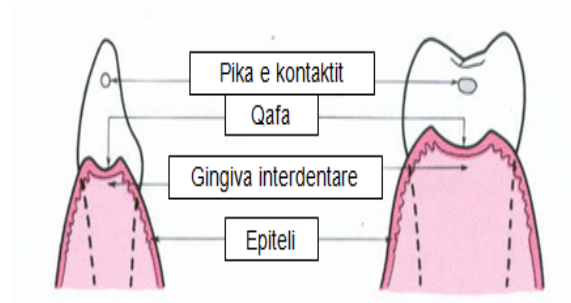


Figura 2.1-6: Gingiva interdentare

Sulkusi gingivar: Është hapësira midis gingivës së lirë dhe sipërfaqes së dhëmbit.

Është në formë V-je dhe hapësirë e cekët përreth dhëmbit. Thellësia e sulkusit normal gingivar klinikisht është 1-3 mm, me përdorimin e sondës periodontale.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Gingiva klinikisht e shëndetshme ka këto veti:

1. Ngjyra e të gjithë gingivës është rozë e shpërndarë pothuajse uniforme dhe dallohet qartë nga mukoza alveolare në nivel të bashkimit mukogingivar (fig. 2.1-7).



Figura 2.1-7: Gingivë me ngjyrë normale

2. Sipërfaqja gingivare është komplet e keratinizuar dhe rrethon dhëmbët.

3. Sulkusi gingivar është 0,5-1 mm i thellë dhe mund të observohet prezenca e sasisë modeste të eksudatit.

4. Gjërësia e gingivës aderente (dimensioni apiko-koronar) ndryshon nga zona në zonë e kavitetit oral dhe nga individi në individ; në përgjithësi nga 2 - 5 mm.

5. Gingiva e lirë dhe gingiva aderente janë të dyja të veshura me epitel të tipit të parakeratinizuar. Për këtë motiv, të dyja gingivat e lira dhe aderentja indikohen me termin “ind i keratinizuar” (fig. 2.1-8).

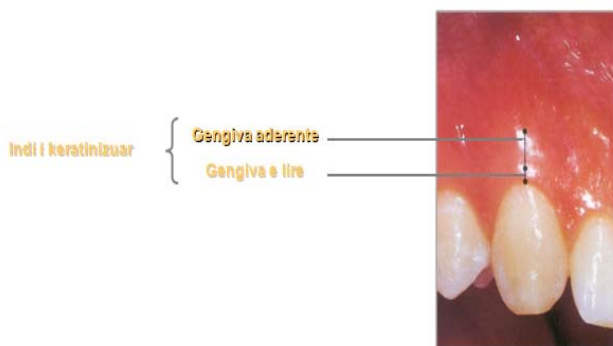


Figura 2.1-8: Indi i keratinizuar i gingivës

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Bashkimi mukogingivar është limiti apikal i indit të keratinizuar. Disa herë indi i keratinizuar mungon komplet (15,16); megjithatë, kjo situatë është në përputhje me gjendjen e shëndetit periodontal, për aq kohë sa është ruajtur higjena orale e duhur (fig. 2.1-9).

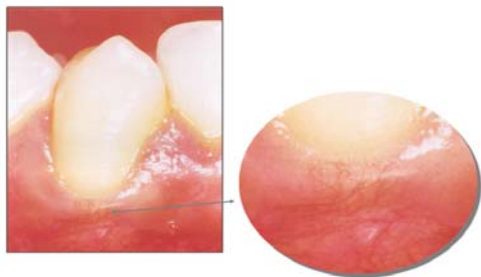


Figura 2.1-9: Mungesa e indit të keratinizuar

6. Mukoza alveolare është me ngjyrë rozë dhe ka sipërfaqe te lemuar.
7. Theksi më i madh ose më i vogël në veshjen gingivare përcakton një seri të aspekteve morfologjike, që përcaktojnë dy morfotipe ekstreme; i trashë dhe i hollë (fig. 2.1-10).

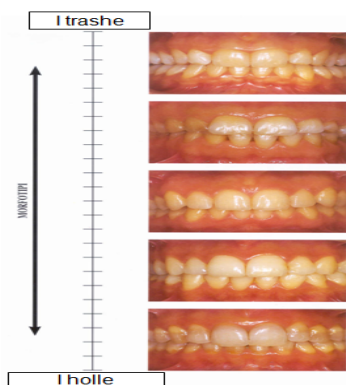


Figura 2.1-10: Morfotipi gingivar

8. Prezenca e pigmentacionit melanik në nivel të gingivës aderente nuk përbën shenjë patologjike, por është shpesh karakteristikë etnike.
9. Konturi gingivar:
Konturet e gingivës ndryshojnë në varësi të formës së dhëmbëve, pozicionit bukolingual të dhëmbëve në hark dhe madhësisë së hapësirës inter-proximale.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Fibrat Gingivare

Indi konjuktiv i gingivës është i organizuar në mënyrë të tillë që të mbaje margon gingivare ngushtësisht përreth qafës së dhëmbit dhe për të konservuar integritetin e adezionit dento-gingivar. Fibrat janë përshkruar si të ndarë në disa grupe të fashave të fibrave kolagjene, të cilat janë në cement dhe shtrihen në gingivë dhe margon alveolare për tu bashkuar me periostin e gingivën ngjithëse (fig. 2.1-11):

1. Fibra dento-gingivare
2. Fibra alveolo-gingivare
3. Fibra cirkolare
4. Fibra trans-septale

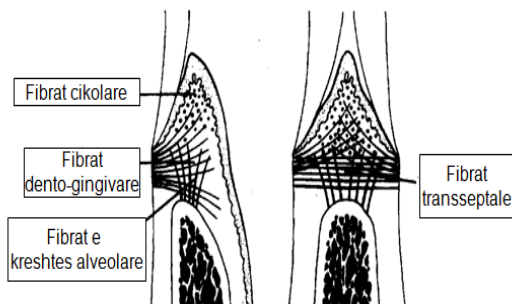


Figura 2.1-11: Fibrat gingivare

Furnizimi me gjak i gingivës

Gingiva ka një furnizim të pasur me gjak që ndahet në:

- a) Enët e ligamentit paradontal
- b) Enët alveolare që dalin nga kreshta alveolare (rrjedhin nga enët e kockës alveolare)
- c) Enët e ligamentit mbiperiostal

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Drenazhi limfatik i gingivës

Drenazhi limfatik fillon në indin konjuktiv të papilës dhe drenohet në limfonoduset regjionale:

Gingiva maksilare

- Limfonoduse cervikale profunde

Gingiva mandibulare:

- Limfonoduse cervikale
- Nënmandibulare
- Nënmentoniere.

Inervimi i gingivës

Inervimi bëhet nga degët e nervit trigeminal.

Terminacione të shumta nervore identifikohen në indin konjuktiv të gingivës si:

- Korpuskoli taktil
- Receptorët e temperaturës
- Receptorët e dhimbjes.

Fluidi Sulkular

Prezenca e fluidit sulkular shërben si mbrojtës i gingivës dhe rritet në rastet e:

- Mastikacionit
- Larjes së dhëmbëve
- Në çdo stimulim të gingivës

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Edhe:

- Hormonet seksuale, progesteroni dhe estrogjeni
- Faktorët kimikë në pllakë

Rritet shumë:

- Në inflamacion

Fluidi ka si funksion:

- Larjen e sulkusit (që përmban epitel deskuamativ, leukocide, bakterie, fragmente)
- Proteinat plasmatike mund të influencojnë adezionin epitelial me dhëmbët
- Përmbajnë agjentë anti-mikrobike (p.sh. lizozima)
- Trasporton limfocitet polimorfonukleare dhe makrofaget për të fagocituar bakteriet
- Trasporton imunoglobulinat IgG, IgA, IgM dhe faktorë të tjerë të sistemit imunitar.

Sasia e fluidit sulkular duhet të merret në konsideratë si indeks i inflamacionit gingivar.

2. Kocka alveolare, ose ndryshe procesi alveolar, është ajo kockë ku vendosen dhëmbët përkundrejt ligamentit paradontal. Kocka alveolare ka këto veti:

- Shtrirje kockore në mandibul & maksilë
- Siguron suportin e nevojshëm për dhëmbët
- Siguron atashimin për fibrat e ligamentit periodontal
- Kompensues gjatë lëvizjes së dhëmbëve.

3. Cementi anatomikisht, është indi i forte që mbulon sipërfaqen e rrënjëve. Fibrat Sharpey janë të lidhura direkt me ligamentin paradontal. Cementi ka këto veti:

- Siguron atashimin për fibrat e ligamentit periodontal
- Siguron kompensimin për ngrëniet okluzale
- Mbron dentinën sensitive.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

4. Ligamenti periodontal është ind konjuktiv fibroz që rrethon rrënjën e dhëmbit dhe inserohet në cement për ta mbajtur dhëmbin në alveolë. Elementi fundamental i indit konjuktiv është tufa e fibrave kolagjene dukshëm e zhvilluar. Këto fibra të rëndësishme shërbejnë si struktura amortizuese në trasmetimin e forcave okluzale në kocken alveolare.

Funksionet e ligamentit periodontal janë:

A. Funksioni mbështetës: funksioni më i rëndësishëm

1. Atashon dhëmbin në xhepin e tij kockor.

2. Mban dhëmbin në xhepin e tij, duke e ndarë atë nga muret e kockës, kështu që rrënjët nuk ndeshen me kockën gjatë mastikacionit.

B. Funksioni sensor: ligamenti periodontal inervohet nga fibravt nervore që transmetojnë presionin taktil dhe sensacionin e dhimbjes.

C. Funksioni ushqyes: ligamenti periodontal furnizohet me enë gjaku që sigurojnë ushqyerjen për cementin dhe kockën.

D. Funksioni formativ: ligamenti periodontal përmban cementoblaste (formues cementi) që prodhojnë cement gjatë gjithë jetës së dhëmbit, ndërsa osteoblastet (formues kocke) ruajnë kockën në xhepin e dhëmbit.

E. Funksioni rezorbtiv: në përgjigje të presioneve të rënda, qelizat e ligamentit periodontal (osteoklastet) mund të prodhojnë rezorbim të shpejtë të kockës dhe disa herë rezorbim të cementit.

Struktura histologjike e ligamentit periodontal formohet nga:

Qelizat e ligamentit periodontal janë kryesisht fibroblaste me disa cementoblaste dhe osteoblaste.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Matriksa ekstracelulare e ligamentit periodontal është e ngjashme me atë të indeve të tjera konjuktive.

Në gjendje të shëndetshme, ligamenti periodontal rrethon të gjithë rrënjën e dhëmbit dhe mbush hapësirën midis rrënjës dhe xhepit kockor të dhëmbit. Trashësia e ligamentit periodontal varion nga 0.05 - 0.25 mm në varësi të moshës dhe funksionit të dhëmbit (fig. 2.1-12).

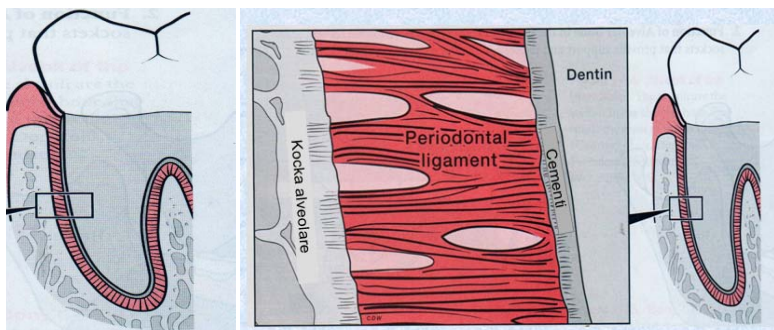


Figura 2.1-12: Ligamenti periodontal

Fibrat e Ligamentit Periodontal klasifikohen në 5 grupe bazuar nga lokalizimi dhe orientimi i tyre (fig. 2.1-13).

Fibrat e kreshtës alveolare: shtrihen nga cementi cervical, duke zbritur poshtë në drejtim të kreshtës alveolare. Ky grup fibrash i reziston lëvizjeve horizontale të dhëmbit.

Fibrat horizontale: lokalizuar apikal me fibrat e kreshtës alveolare. Ato shtrihen nga cementi në kockë në kënd të drejtë me aksin e gjatë të rrënjës. Ky grup fibrash i reziston presionit horizontal kundrejt koronës së dhëmbit.

Fibrat oblike: lokalizuar apikal me grupin horizontal. Ato shtrihen nga cementi në kockë duke shkuar në drejtim diagonal. Ky grup fibrash i reziston presionit vertikal që kërkon të zhvendosë rrënjën e dhëmbit nga xhepi i tij.

Fibrat apikale: shtrihen nga apeksi i dhëmbit në kockë. Ky grup fibrash siguron dhëmbin në xhepin e tij dhe i reziston forcave që mund të ngrenë dhëmbin jashtë nga xhepi.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Fibrat interradykulare (tek dhëmbët me shumë rrënjë): shtrihen nga cementi në furkacionin e dhëmbit në septumin interradykular të kockës alveolare. Ky grup fibrash ndihmon për të stabilizuar dhëmbin në xhepin e tij.

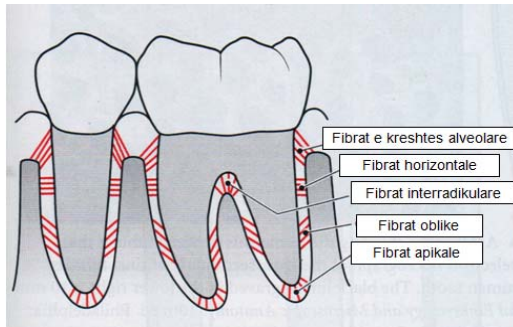


Figura 2.1-13: Fibrat e ligamentit periodontal

Ndryshimet moshore të ligamentit periodontal

Ligamenti periodontal me rritjen e moshës ndryshon në vaskularitet, qeliza dhe trashësi.

Përmbajnë *cementikla*. *Cementiklat* shfaqen pranë sipërfaqes së cementit; mund të jenë të lira, të atashuara ose të zhytura në cement. Cementiklat zakonisht shihen në ligamentin periodontal me kalimin e moshës, por në disa raste ato mund të evidentohen edhe në mosha të reja mbas traumave lokale.

Radiograma e paradontit të shëndetshëm (fig. 2.1-14).

Paretet e kavitetit alveolar përbëhen nga kocka alveolare që mund të vihet re në radiografi nën formën e lamina dura (linja e bardhë) që rrethon rrënjët e dhëmbëve (17).

Kocka e kreshtës alveolare pozicionohet lehtësisht në zonën apikale të rrënjës në raport me bashkimin cement-smalt. Hapësira midis lamina dura dhe rrënjës ka një gjërësi 200 - 250 µm. Paraqitet më i ngushtë në zonën centrale, për tu bërë më i gjërë në nivel apikal dhe përreth zonës së margos alveolare.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

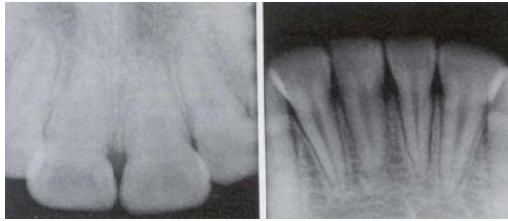


Figura 2.1-14: Radiografia e dhëmbit dhe paradonciumit

2.2. Paradonciumi Patologjik

Disa nocione të përgjithshme mbi paradonciumin e sëmurë (18,19):

- Sëmundjet periodontale induktohen kryesisht nga biofilmi (pllaka dentare).
- Sëmundja e hershme periodontale që limitohet në gingivë referohet si *gingivitis*.
- Gingiviti është një shfaqje e zakonshme klinike që prek pothuajse çdo individ gjatë ciklit të jetës.
- Gingiviti mund të luftohet që në fillim me përdorimin e masave primare preventive.
- Semundja periodontale që prek strukturat mbështetëse të dhëmbit dhe kockën alveolare quhet *periodontiti* (fig. 2.2-15).
- Dëmet e shkaktuara nga periodontiti zakonisht janë jo reversibile me masat primare preventive; megjithatë, këto procedura ndihmojnë kontrollin e periodontitit.
- Humbja e atashmentit është diferenca primare klinike dhe diagnostike midis *gingivitit dhe periodontitit*.

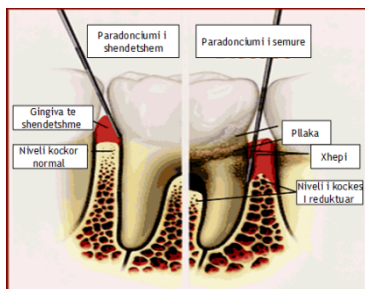


Figura 2.2-15: Krahësimi midis 2 gjendjeve parodontale

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Periodontitis është sëmundje inflamatore e indeve mbështetëse të dhëmbit, që rezulton në proces destruktiv të ligamentit periodontal dhe kockës alveolare, me formim të xhepave/recesion.

Disa nga manifestimet klinike të periodontitit:

Skuqja dhe enjtja e gingivës marginale. Skuqja dhe enjtja lokalizohen në gingivën marginale dhe papila. Gingiva aderente nuk preket. Sulkusi gingivar i lirë nuk është qartësisht i dukshëm. Nëse në radiografi nuk shihet rezorbim kockor, diagnoza është: gingivit.

Hiperplazia gingivare. Ndryshimet inflamatore që shoqërojnë hiperplazinë gingivare, të natyrës reaktive. Të tilla ndryshime, si skuqja dhe enjtja, janë evidente në nivel të gingivës marginale. Si konsekuencë ka zmadhim të papilave interdentalë, formohen fisurat Stillman. Hiperplazia gingivare, si e natyrës reaktive edhe hereditare, takohet më shumë në pacientë të rinj.

Edema gingivare difuze dhe abseset. Infamacioni gingivar është një stad më i avancuar dhe difuz në nivel të gingivës aderente. Absesi mund të jetë i hapur, duke krijuar një fistul. Është e dukshme gjakderdhja në xhepat paradontale. Formimi i xhepave paradontale është karakteristike tipike e sëmundjes paradontale.

Rezorbimi i kockës alveolare. Humbje e gjeneralizuar e kockës alveolare. Diagnostikohet si paradontit i avancuar. Absesi paradontal i parë në ekzaminimin klinik, lidhet me humbjen e kockës në afërsi të apekseve.

Recesioni gingivar. Shoqërohet me tërheqje të gingivës dhe në disa raste edhe me humbje të kockës. *Kjo është patologjia me të cilën jemi marrë në këtë studim për ta trajtuar në mënyrë kirurgjikale.*

Zhvillimi i lezionit gingivar

Ka 4 stade të zhvillimit të inflamacionit periodontal të paraqitura në figurën e mëposhtme (fig.2.2-16) (25, 26).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Inflamacioni i lezionit periodontal			
Stadet	Intervali kohor	Ndryshimet histologjike	Ndryshimet klinike
1. Lezioni fillestar *Pergjigjja fillestare e indeve ndaj pllakes bakteriale *Gingiviti subklinik	2-4 dite	Vazokonstriksioni i shkurter ndiqet nga vazodilatacioni, marginacioni, emigracioni dhe migrimi i leukocideve polimorfonukleare (PMN). Ndryshime te lehta te epitelit lidhes. Rritje ne fluidin cervikular gingivar.	Asnje
2. Lezioni i hershem *Gingiviti akut	4-7 dite	Vazhdimi i lezionit fillestar. Shfaqen makrofaget dhe limfocitet (qelizat kronike inflamatore). Epiteli lidhes invaginon. Ka ulceracione te epitelit sulkular. Destruksion i fibrave te indit konjuktiv.	Skuqje Gjakderdhje ne ngacmim Humbje te tonusit indor
3. Lezioni prezent *Gingiviti kronik	14 ose me shume dite	Vazhdimi i ndryshimeve ne lezionin e hershem. Inflamacioni kronik, enet e gjakut te kongjestuara, rrjedhja e gjakut e penguar, rritje e kolagjenozes dhe enzimeve te tjera. Prishje e fibrave konjuktivale.	Inflamacion i moderuar- rende. Ndryshimet ne kolor dhe konsistence indore eshte e dukshme.
4. Lezioni i avancuar *Kalimi nga gingiviti ne periodontit	Varet nga pergjigjja indore	Inflamacioni shtrihet ne atashmentin e indit konjuktiv dhe kocken alveolare. Riparimet manifestohen si ind fibrotik. Mund te ndodhe rezorbimi i kockes nga osteoklastet dhe qelizat monokleare.	Xhepa te vertete periodontale. Humbje te atashmentit. Humbje kockore.

Figura 2.2-16: 4 stadet e zhvillimit të inflamacionit periodontal

Patogjeneza e destruksionit të paradonciumit eshte multifaktoriale.

Mikroflora periodontale:

Hipoteza e pllakës jospecifike e lidh sëmundjen periodontale me sasinë e përgjithshme të pllakës prezente. Rritja e sasise se pllakës ndikon ne rritjen e inflamacionit dhe sëmundjes.

Në vitin 1960-tën, Loe dhe bp. (20,21,22), vërtetuan qe pllaka bakteriale ndikon ne zhvillimin e gingivitit. Gingiviti eliminohet në rastin e eliminimit të pllakës dhe e kundërta. Kjo është baza e hipotezës së pllakës jo specifike.

Cilësia e biofilmit të pllakës bakteriale është më e rëndësishme se sa sasia. Me fjalë të tjera, tipe specifike të bakterieve dhe potenciali i tyre patogjenik janë më të rëndësishme se sa sasia e biofilmit të pllakës prezent dhe ky variacion manifestohet me shënja të ndryshme klinike.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Gjithashtu, jo të gjitha biofilmet e pllakave shoqërohen me sëmundje. Prandaj, jo të gjithë individët janë njësoj të prekshëm, gingiviti jo gjithmonë progreson në periodontit dhe trajtimi ndryshon në varësi të tipit të sëmundjes.

Thellimi i xhepave

Të gjitha periodontitet paraprihen nga gingiviti, por jo të gjithë gingivitet e patrajuara progresojnë në periodontite. Diagnoza e gingivitit do të thotë se niveli aktual i atashimit të epitelit lidhës nuk ka migruar apikalisht, por është akoma në smalt apo në bashkimin cement-smalt. Diagnoza e periodontitit do të thotë se epiteli lidhës ka migruar apikalisht, 2, 3, ose më shumë mm, nga niveli origjinal i bashkimit cement-smalt. Ndërsa xhepi thellohet, pllaka subgingivare fiton karakteristika të reja që e bëjnë atë të ndryshme nga pllaka supragingivare. Në pllakën supragingivare, bakteriet dhe matriksa interbakteriale janë të kufizuara mirë në smalt. Në pllakën subgingivare, fluidi konsiston në:

- purulent (pus)
- mbeturina ushqimore
- qeliza mbrojtëse

Organizmat gram-negative që shtrihen thellë në xhep besohet të jenë biofilmi i pllakës përgjegjëse për dëmtimin e mëtejshëm dhe migracionin e atashmentit epithelial. Ndryshimet në këto rrethana lejojnë bakteriet subgingivare të kolonizojnë në pllakën bakteriale në rrënjë ose sulkus. Bakteriet aerobike organizohen subgingival në pllaka të atashuara ose jo të atashuara. Toksinat, enzimat dhe produktet metabolike dëmtojnë periodonciumin dhe shkaktojnë një përgjigje imune që rezulton në toksicitet indirekt. Ndërsa indet përgjigjen ndaj irritantëve, destruksioni periodontal ndodh nga reagimi *imunopatologjik*, d.m.th., indet periodontal ndryshojnë si rezultat i reagimeve imune ose alergjike ndaj irritantëve. Eliminimi i pllakës supragingivare është kritik për të parandaluar sëmundjen periodontale.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Mbrojtja qelizore në sëmundjen periodontale

Trupi ka 3 funksione kyçe të mbrojtjes imunologjike:

- Ta mbrojë atë nga agjentët e jashtëm (antigene).
- Të shkatërojë ose neutralizojë antigjenet që penetrojnë mbrojtjen epiteliale.
- Të riparojë çdo dëmtim të shkaktuar nga reaksioni antigen–antitrop.

Qelizat përgjegjëse për mbrojtjen janë:

- Qelizat granulare, që konsistojnë në granulocyte (basophils, eosinophils, polymorphonuclear neutrophils [PMN, polys])
- Monocitet (macrophage)
- Qelizat me origjinë limfoide
- Limfocitet T dhe B.

Gjatë përgjigjes celulare ndaj infeksionit periodontal, së pari ka një sinjal **kemotaktil** nga gingiva e inflamuar, e cila fillon përgjigjen celulare imune. Faza akute mund të zgjasë nga pak ditë në pak javë. Nëse inflamacioni vazhdon, numëri i PMN ulet dhe zëvendësohet me limfocite. Nëse nuk ndodh sherimi, limfocitet zëvendësohen në masë nga qelizat plazmatike, makrofage. Inflamacioni tani është në stadin kronik. Infiltrati celular predominohet nga limfocitet. Ndërsa inflamacioni kronik vazhdon, atashmenti epitelial ngadalë migron apikalisht në cement. Kocka alveolare dhe indet e buta vazhdojnë të reduktohen dhe xhepi periodontal bëhet më i thellë, duke e bërë të vështirë kontrollin e sëmundjes. Eventualisht, kjo humbje e vazhdueshme e suportit dentar rezulton në lëvizshmerinë e dhëmbit apo të dhëmbëve.

➤ Interleukin-1

- Ka marrë vëmendje të veçantë si marker që mund të ndihmojë për të parashikuar rezikun për sëmundje periodontale.
- Një citokinë proinflamatore që është regullatori kyç i përgjigjes indore ndaj infeksionit mikrobial.
- Një modulator i madh i katabolizmit të matriksës ekstracelulare dhe rezorbimit kockor.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Okluzioni traumatik (23,24,25):

Shume klinikistë besojnë se okluzioni traumatik shkakton defekte intrakockore periodontale. Por kjo nuk është plotësisht e vërtetë. Ky defekt shkaktohet nga pllaka dentare e provokuar më shumë nga zona e kontaktit e hapur dhe margo subgingivare e pakët në saj të mbushjes jo të saktë. Faktorët irritues janë pllakat që indukojnë gingivitin që progreson në periodontit. Faktorët traumatizues nga okluzioni shkaktojnë ndryshime indore në hapesirën e ligamentit periodontal. Zona e destruksionit është kur pllaka që indukon periodontitin dhe që vendoset në dhëmbin që gjithashtu ka okluzion traumatik rezulton në humbje më të rëndë kockore, se sa shihet vetëm në periodontit. Ndryshimi indor në saj të okluzionit traumatik: reagimi primar ndaj ngarkesës së rritur okluzale është vaskulariteti në hapesirën e ligamentit periodontal. Asnjë ndryshim nuk shihet në indet gingivare. Ligamenti periodontal normal me forca normale okluzale, tregon fibra dense kolagjeni të atashuar në kockë dhe cement, me vaskularitet minimal. Në ngarkesë të shtuar okluzale, fibrat e kolagjenit humbin lidhjen midis cementit e kockës dhe enët e gjakut proliferojnë. Ky vaskularitet fillestar i rritur rezulton në ligament periodontal më kompresibël dhe mobilitet dentar të rritur. Ndryshimet në ligamentin periodontal apikal mundet gjithashtu të rezultojnë në vazodilatacion të rritur të pulpës, me sensibilitet dhe dhimbje ndaj të ftohtit dhe të ngrohtit. Në okluzionin traumatik mbas ndryshimeve initiale të vaskularitetit të rritur, ka një stimulim të osteoklasteve të cilat shkaktojnë humbje të kockës dhe zgjerim të hapesirës së ligamentit periodontal. Kjo shkakton gjithashtu mobilitet të rritur të dhëmbëve.

Jo të gjitha patologjitë gingivare shkaktohen vetëm nga biofilmi i pllakës bakteriale:

- Gjendjet sistemike si shtatëzania ose ndryshimet hormonale bëjnë që indet të jenë më të gatshme për të reaguar ndaj sulmit bakterial.
- Sëmundjet e trashëguara si fibromatoza hereditare dhe terapia medikamentoze si phenytoina shkaktojnë ndryshime.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Semundja e gjeneralizuar periodontale:

Periodontiti Juvenil (Periodontiti i hershëm, Periodontiti që progreson me shpejtësi)

- Ndodh në individë të shëndetshëm midis pubertetit dhe moshës 25 vjeç.
- Sasia e kockës së humbur nuk është e lidhur me faktorët lokalë dhe veset e higjenës. Ritmi i humbjes kockore është 3-4 herë më i shpejtë se sa në periodontitin tipik.
- Tipikisht prek kockën kreshtale të molarëve të parë dhe incizivët.
- Humbja e kockës është progresive dhe shpesh bilaterale simetrike. Shumë dhëmbë shfaqin humbje vertikale të kockës.
- Disfunksioni pritës neutrophil është demonstruar si shkaktar nga disa investigime.

Sindromi Papillon-Lefevre

- Veti autosomale recesive
- Hiperkeratosis i shuplakave dhe shputave
- Keratosis okazional të sipërfaqeve të tjera të lëkurës
- Kalcifikimi cerebral
- Destruksion i rëndë i kockës alveolare, duke përfshirë të gjithë dhëmbët primarë dhe permanente
- Eksfoliacioni i dhëmbëve.

Granuloma eosinophilike e kockës

- Më e shpeshtë tek fëmijët dhe adultët
- Mandibula, vertebrat dhe kockat e gjata përfshihen
- Dhëmbë të dhimbshëm, mobile dhe lezione gingivare.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Të tjera sëmundje që influencojnë kursin e sëmundjes periodontale: Diabeti mellitus, Leukemia.

Shëmbujt e faktorëve të riskut që prekin progresin e sëmundjes periodontale janë (26):

- Raporti i ngushtë midis rëndimit të sëmundjes periodontale dhe rëndimit të tipit 2 të diabetit mellitus.
- Raporti i ngushtë midis rëndimit të sëmundjes periodontale dhe përdorimit të duhanit, ashtu edhe qëndrimi në ambjentet me duhan.
- Raporti i ngushtë midis mediatorëve inflamatorë me influencë gjenetike dhe periodontitit.

Frekuenca e patologjive paradontale

Humbja e atashmentit dhe e kockës janë të dyja disi të pazakonta në individët e rinj; megjithatë, incidenca rritet në adoleshentët 12 - 17 vjeçarë në krahasim me femijët 5- 11 vjeç.

- Studimet kanë treguar se shëndeti periodontal i adultëve është ngushtësisht i lidhur me shumë me vetë-kujdesin dhe efektet akumulative të procesit të sëmundjes se sa me moshën (26,27).

Në amerikë periodontiti i gjeneralizuar prek 5% - 15% të popullatës.

Ka 3 mënyra se si sëmundjet sistemike dhe periodontale janë të lidhura:

- Raporti sistematik duhet të dyshohet në situata individuale në të cilat sëmundja periodontale duket se është disproporcionale me irritantët lokalë.
- Sëmundja periodontale është e lidhur me: gjenetikën (p.sh., sindromat Down, Papillon-Lefevre, Cohen) ose sëmundjet hematologjike (p.sh., leuçemia akute ose neutropenia e fituar) mund të shkaktojnë periodontit.
- Një raport kompleks gjithashtu ekziston midis periodontitit dhe sëmundjeve sistemike, si ato kardiovaskulare, diabeti mellitus, shtatëzani dhe osteoporoza.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Sipas shumë autorëve (28,29), prevalenca e sëmundjes periodontale mund të rritet në të ardhmen sepse:

- Jeta më e gjatë ka rritur kohën për dhëmbët që të jenë në risk.
- Njerëzit janë duke u kujdesur më shumë për dhëmbët dhe duke ruajtur dhëmbët më gjatë rritet numri i dhëmbëve në risk.
- Diagnoza e përmirësuar dhe diktimi i sëmundjes periodontale nga profesionistët, rrit prevalencën e sëmundjeve periodontale.

3. Disa mendime të përgjithshme rreth terapisë periodontale

Terapia Periodontale synon prevencionin e sëmundjes, ngadalësimin ose menjanimin e progresionit të sëmundjes, rigjenerimin e humbjes së periodonciumit dhe ruajtjen e objektivave të arritura terapeutike (30). Kështu, qëllimi i trajtimit periodontal është: menjanimi i procesit inflamator me heqjen e biofilmit subgingivar dhe krijimi i një situate lokale dhe mikroflore kompatible me shëndetin oral.

Terapia periodontale është: Jo kirurgjikale dhe kirurgjikale. Arritja më e mirë është ajo kirurgjikale dhe sot mbetet akoma kontroversiale, megjithatë rezultatet e studimeve klinike longitudinale kanë hedhur dritë mbi avantazhet dhe disavantazhet e secilës teknikë.

Indikacionet për kirurgji periodontale:

1. Kirurgjia indikohet kur dështon metoda jo kirurgjikale në rastin e problemeve periodontale (terapia jo kirurgjikale kryhet përpara trajtimit kirurgjikal).

2) Krijimi i kontureve të favorshme gingivare, në rastet e hipertrofise apo recesionit gingivar. Reduktimi ose eliminimi i xhepave nuk është i nevojshëm në rastet që përgjigjen ndaj terapisë jo kirurgjikale dhe mbeten të qëndrueshme gjatë mirëmbajtjes. Kur operacioni është i nevojshëm,

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

megjithatë, sondimi thellues mund të jetë një objektiv i përshtatshëm për të lehtësuar terapinë dhe për të reduktuar incidencën e përsëritjes.

3) Zgjatje të kurorës klinike për të lehtësuar procedurat e nevojshme restauruese dhe të lehtësojë higjienën orale;

4) Rifitimi i periodonciumit të humbur duke përdorur qasje rigjeneruese.

Avantazhet e terapisë kirurgjikale

- Vizualizim i përmirësuar i sipërfaqes së rrënjës;
- Përcaktim më i saktë i prognozës;
- Reduktim ose eliminim i dukshëm i xhepave;
- Rigjenerim i favorshëm i strukturave të humbura periodontale;
- Rrethanë e përmirësuar për dentistrinë restorative;
- Akses i përmirësuar për higjienën orale dhe trajtim suportiv periodontal.

Pra, me anë të terapisë periodontale kirurgjikale arrihet:

- 1. Përmirësim i prognozës së dhëmbëve***
- 2. Përmirësim i estetikës***

Sepse:

Terapia kirurgjikale ka per detyre:

- 1. Të eliminojë ndryshimet patologjike në muret kockore***
- 2. Të krijojë një gjendje stabël***
- 3. Të nxisë regjenerimin periodontal. Për të patur sukses modaliteti rigjenerues, një material ose teknikë duhet të demonstrojë histologjikisht se kocka, cementi dhe***

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

ligamenti periodontal funksional (një aparat atashues i ri) mund të formohen mbi një sipërfaqe rrënje të sëmurë më parë.

- 4. Ka probleme periodontale kur trajtimi jo kirurgjikal nuk është efikas, prandaj intervenimi kirurgjikal është i nevojshëm.**

Procedurat e kirurgjisë periodontale (31)

Për të siguruar shërimin e duhur atraumatik, nderhyrja kirurgjikale, duhet të ndjeke keto procedura:

- 1) anestezi adekuate,
- 2) dezinfektimin e sipërfaqes,
- 3) instrumenta të mprehtë,
- 4) trajtim minimal atraumatik të indeve,
- 5) kohë të shkurtër operative,
- 6) parandalimin e ndotjes së panevojshme dhe
- 7) suturimin e duhur, nëse indikohet.

3.1. Llojet kryesore të kirurgjisë paradontale

Rezultati ideal në trajtimin e sëmundjes periodontale është rikthimi i indeve në gjendjen e tyre origjinale, sikurse ato ishin para fillimit të infeksionit.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Ka tre lloje kryesore të kirurgjisë rigjeneruese.

1. Graftimi i kockës

Teknika më e vjetër e përdorur në kirurgjinë rigjeneruese kërkon vendosjen e materialeve të ndryshme në defektin kockor, për të stimuluar kockën e pacientit për t'u "ri-rritur" (32,33).

Graftimi i kockës ka qenë përdorur për më shumë se 75 vjet, por materialet e sotme janë shumë më superiore në stimulimin për formimin e kockës së re. Materiali i implantuar resorbohet nga trupi, dhe pas 6-12 muaj zhduket plotësisht dhe zëvendësohet nga kocka e re. Materiale të ndryshme janë në dispozicion, me zgjedhjen e bërë sipas rastit.

Në disa raste të humbjes të rëndë kockore, kirurgu mund të bëjë përpjekje për të inkurajuar rritjen dhe restaurimin e indeve kockore që janë humbur gjatë procesit të sëmundjes. Kjo përfshin graftin kockor:

- Kirurgu vendos materialin graft kockor në defekt.
- Materiali mund të jetë ose kockë nga i njëjti pacient ose një substancë artificiale.
- Ky material pastaj stimulon rritjen e kockës së re në zonë.

Procedura e graftit kockor

1. Konsiderata pre-kirurgjikale (vendimi për të vendosur një graft kockor).
2. Vlerësimi i morfologjisë së defektit: interproksimal me mungesë të 3 ose 2 mureve & përfshirja e furkacionit.
3. Teknika e vendosjes (përbërësit, e kompaktuar, jo e kondensuar). Madhësia ose distanca në mes të grimcave është e rëndësishme.
4. Mirëmbajtja e vazhdimësisë vaskulare. Krijimi i vazhdimësisë vaskulare. Koaguli ndihmon në neovaskularizim. Mbushja e defektit duhet të çojë në inkapsulacionin fibroz të graftit.
5. Hemoragjia në margin e lembos. Gjakderdhja e vazhdueshme në sipërfaqen e lembos çon në formimin e koagulit nga përfshirja e graftit në inkapsulim fibroz.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

6. Kontrolli postoperativ i infeksionit. Shplarja me antibiotikë & antibakteriale.
7. Sterilizimi i graftit nuk duhet të neglizhohet.
8. Mbyllja primare e plagës.

Komplikacionet e procedurave graftuese: Drenazhi kërkon hapjen dhe vlerësimin e anës; suturimi kërkon një vlerësim të pozitës membranore. Nëse suturat prishen është pothuajse e pamundur për të risuturuar pa shkaktuar dëme estetike, në qoftë se grafti është i ekspozuar ajo duhet të pastrohet dhe të zëvendësohet.

Kocka në përgjithësi ka aftësinë për tu rigjeneruar plotësisht, por kërkon një hapësirë shumë të vogël për tu bërë kështu. Graftet kockore mund të jenë autologe (kocka e marrë nga trupi i vet pacientit, shpesh nga kreshta çapokore (iliac crest), alografte (kocka që merret zakonisht nga një bankë kockore), ose sintetike (e përbërë shpesh nga substanca hydroxyapatite ose të tjera natyrore dhe biokompatibile) me veti mekanike të ngjashme me atë të kockave. Shumica e grafteve kockore janë te rezorbueshme dhe zëvendësohen, ndërsa kocka natyrore shërohet me kalimin e kohës për disa muaj (34,35,36). Parimet e përfshira në graftet kockore të suksesshme përfshijnë osteokonduksionin (guidon rritjen riparuese të kockave natyrore), osteoinduksionin (inkurajon qelizat e padiferencuara për t'u bërë osteoblaste aktive), dhe osteogjenezis (qelizat kockore në materialin e graft-it kontribuojnë në rimodelimin kockor). Osteogjenezis ndodh vetëm me autograftet.

Rregullimi i deficiençave të caktuara dentare kërkon përdorimin e materialeve graft kockore. Grafti kockor ideal inkorporon 3 elemente kryesore:

- Qeliza prekursorë osteogjenike
- Një sinjal osteoinduktiv
- Një arenë (tribunë-vend) osteokonduktive.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

ELEMENTET OSTEOGJENIKE: qelizat osteogjenike pararendëse (prekursore) marrin pjesë në fazat e hershme të procesit të shërimit për tu bashkuar grafit me kockën pritëse. Kocka autogjene, palca e kockave dhe plazma përmbajnë këto qeliza.

ELEMENTET OSTEOINDUKTIVE: stimulojnë proliferimin dhe diferencimin e qelizave burimore mezenkimale në qeliza të kockave mature.

ELEMENTET OSTEOKONDUKTIVE: një bazë (tribunë) mundëson migrimin, atashimin dhe shpërndarjen e qelizave vaskulare dhe osteogjenike.

Karakteristikat fizike që ndikojnë osteokonduksionin janë: Porositeti, madhësia e poreve, ndërlidhja, arkitektura 3 dimensionale.

Tipi i materialeve të selektuara varet se cila nga këto 3 elemente janë më predominante.

Në përmbledhje mekanizmi biologjik shpjegohet (37): Graftimi kockor është i mundur për shkak se indi kockor, ndryshe nga indet e tjera, ka aftësinë për tu rigjeneruar plotësisht, nëse sigurohet hapësira në të cilën ajo të rritet. Ndërsa kocka bazë do të rritet, ajo në përgjithësi do të zëvendësojë materialin e graftit plotësisht, duke rezultuar në një rajon të integruar plotësisht me kockë të re.

2 – Rigjenerimi i Guiduar Indor (GTR)

Një tip i zhvilluar kohët e fundit i kirurgjisë rigjeneruese, që varet nga udhëzimi i indeve të duhura për të shëruar lezionet periodontale. Indet gingivare shërohen shumë shpejt, dhe pas operacionit migrojnë poshtë me shpejtesi në xhepin kockor. Për fat të keq, kjo nuk i jep kohë kockës të rimbushë xhepat, kështu defekti vazhdon. Me rigjenerimin e udhëzuar të indeve, indet gingivare përjashtohen nga defekti kockor me një membranë të rezorbueshme, duke i lënë kohë kockave të mbushen. Kjo teknikë ka qenë në dispozicion për 18 vjet, dhe në raste të caktuara, është tejte i parashikueshëm (38,39,40).

Kur ndonjë operacion kryhet në gojë, gingivat shërohen mbi plagë shumë shpejt. Ky është një mekanizëm mbrojtës, sesi trupi përpiqet për të ri-krijuar një "lëkurë" mbrojtëse për të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

parandaluar infeksionin nga jashtë. Ky shërim gjithashtu ndodh pas trajtimit të një xhepi periodontal, dhe gingiva shpejt mbush boshllëkun e krijuar nga kocka e infektuar. Për fat të keq, kjo nuk i jep kohë kockave me shërim të ngadaltë të rigjenerohen, të cilat do të rivendosin xhepat në formën e tyre origjinale të shëndetshme. Me rigjenerimin e udhëzuar të indeve, gingiva është përjashtuar nga "plaga" duke vendosur një pengesë mes gingivës dhe defektit, duke mbajtur gingivën jashtë. Kjo i jep kohë qelizave në ligamentin periodontal dhe kockën rrethuese për të formuar kockë të re. Ndërsa rigjenerimi i plotë kockor është i rrallë, ekzistojnë lloje të caktuara të xhepave që mund të restaurohen parashikueshëm në një shkallë të rëndësishme. Regjenerimi i guiduar indor synon guidimin e tipave korrekte të qelizave (ligamenti periodontal) të atashohen në sipërfaqen e rrënjës, duke përjashtuar qelizat e padëshirueshme (epiteli) të atashohen në sipërfaqen e rrënjës. Kjo teknikë e përparuar, e quajtur rigjenerimi i guiduar i indeve, është përdorur për të stimuluar rritjen e kockave dhe indeve gingivare:

- Së pari, sipërfaqet e rrënjëve dhe kockat e sëmura pastrohen më së miri. Parandalimi i ndotjes bakteriale është shumë i rëndësishëm. Sa më shumë bakterie të mbetura të ketë, aq më e madhe është mundësia që trajtimi të dështojë.
- Një pjesë e specializuar e materialit të fabrikuar qepet rreth dhëmbit për të mbuluar kraterin në kockën e lënë mbas pastrimit. Kjo është ose e absorbueshme ose jo e absorbueshme. (Disa studime raportojnë rezultate shumë të dobishme me materiale të reja të absorbueshme, duke përfshirë edhe ato të veshura me antibiotikë doxycycline), (41).

Procedura GTR:

- Adaptimi i membranës....për të siguruar hapësirë të mjaftueshme për qelizat e ligamentit periodontal të migrojnë.
- Prevenimi i kolapsit.....përdorimi së bashku me graftin kockor.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Rregullimi i membranës.....duhet të mbulojë së paku 2mm të kockës alveolare fqinje, pa maja të mprehta.
- Suturimi i membranës.

Faktorët pengues-të pavarur

- Kontrolli i dobët i pllakës
- Pirja e duhanit
- Trauma okluzale
- Shëndeti nën optimal indor (p.sh. inflamacioni vazhdon)
- Zakonet mekanike (p.sh. larja agresive e dhëmbëve)
- Mbishtirja e indeve gingivare
 - Zona joadekuate e indeve të keratinizuara
 - Trashësia e pamjaftueshme indore
- Teknika kirurgjikale
 - Incizioni jo i duhur
 - Ngritja dhe menaxhimi traumatik i lembos
 - Kohë e tepërt kirurgjikale
 - Mbyllja ose suturimi joadekuat.

Faktorët post kirurgjikale

- Ngarkesa premature indore
 - Rikolonizimi i pllakës
 - Goditja mekanike
- Humbja e stabilitetit të plagës (sutura të liruar, humbja e koagulit fibrin).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Adaptim i pamjaftueshëm i rrënjës (mungesa e efektit barrierrë)
- Teknika jo sterile
- Instabilitet (levizje) i barrierës kundrejt rrënjës
- Ekspozimi prematur i barrierës ndaj rrethanave orale dhe mikrobeve
- Humbja premature ose degradimi i barrierës.

Disavantazhet e GTR-së:

Të tjera komplikacione post operative janë raportuar në studime të pavarura: enjtje, eritemë, supuracion, eksfolacion të membranës dhe dhimbje postoperative.

Në përmbledhje racionaliteti në Rigjenerimin e guiduar indor (Guided tissue regeneration GTR) qëndron në: përdorimin e një barriere fizike-membranë; guidimin selektiv të proliferimit qelizor; dhe ekspandimin qelizor brënda kompartamenteve indore.

GTR- barriera membranë: parandalon ekspansionin e epitelit gingivar dhe indit konjuktiv; dhe favorizon migrimin e qelizave nga ligamenti periodontal dhe kocka alveolare në defektin periodontal.

3 - Stimulimi qelizor

Zhvillimi më i fundit në rigjenerimin e indeve periodontale është përdorimi i proteinave për të nxitur formimin e strukturave mbështetëse të dhëmbit të humbura gjatë sëmundjes periodontale. Procedura e zbuluar që nga viti 1999, kerkon vendosjen e qelizave embrionale në defekt, të cilat stimulojnë prodhimin e kockave të reja duke reformuar kompleksin normal periodontal. Këto qeliza nuk mbartin rrezikun e transmetimit të sëmundjes. Ndërsa studimet afatgjata nuk janë ende në dispozicion (42,43). Emdogain është një produkt i futur kohët e fundit për formimin e kockës, cementit, si dhe fibrave atashuese të reja. Teknikisht, kjo është proteine matrikse smalti, që merret nga dhëmbët që janë duke u zhvilluar në derra. Këto proteina janë të ngjashme në të gjithë gjitarët, dhe njerëzit nuk i njohin ato si të huaja. Nuk ka shanse të transmetimit të baktereve ose viruseve nga proteinat. Në dhëmbët që janë duke u zhvilluar, sekretimi i këtyre proteinave mbi sipërfaqen e rrënjëve në zhvillim paraprin formimin e atashimit të dhëmbit. Një

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

veprim i ngjashëm ndodh kur proteinat vendosen në një sipërfaqe të rrënjës që ka humbur kockën dhe atashimin nga sëmundja. Kur aplikohen në sipërfaqen e rrënjës gjatë operacionit, këto proteina mblihen në një shtresë të matriksës, që nxit atashimin e qelizave mezenkimale. Këto qeliza prodhojnë komponente të reja matriksale dhe faktorët e rritjes që marrin pjesë për të rifituar ngjitjen e dhëmbit. Emdogain gjithashtu pengon rritjen e qelizave epiteliale që mund të ndërhyjnë me indet dhe kockat gjatë reformimit.

3.2. Materialet e përdorura në kirurgjinë paradontale

Çfarë janë biomaterialet?

Mediatorë biologjikë- të përdorura për rigjenerim periodontal dhe maksilofacial.

Përzjerje proteinike parciaisht të purifikuara nga dhëmbët që zhvillohen.

Ose – morfogjene (faktorë rritës), - nga teknologji të përpunuara.

Kërkesat ideale të biomaterialeve:

- Biokompatibiliteti
- Rritja e nivelit klinik të atashimit
- Reduktimi i thellësisë sonduese
- Mbushja me ind të fortë të defekteve intrakockore.

Materialet kockore

Sikurse u theksua me sipër, mekanizmat biologjike që ofrojnë një arsyetim për graftimin kockor janë, osteokonduksioni, osteoinduksioni dhe osteogjenezis. Materialet kockore që përdoren për graftim duhet të plotësojnë këto veti (fig. 3.2-17).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Vetite e tipeve të ndryshme të burimeve të grafteve kockore			
	Osteokonduktiv	Osteoinduktiv	Osteogenik
• Aloplast	+	—	—
• Xenograft	+	—	—
• Alograft	+	+/-	—
• Autograft	+	+	+

Figura 3.2-17: Vetite e materialeve graftuese kockore

1. Autolog (ose autogen) përfshin kockën e marrë nga i njëjti individ. Kocka mund të merret nga vende të tilla si kreshta çapokore, apo më zakonisht në gojë nga symphysis mandibular (zona mjekër) apo ramusi anterior mandibular (procesi koronoid); Kur do të kryhet graftimi, kocka autogene është më e preferuar, sepse ka më pak rrezik eliminimi si trup i huaj, sepse grafti e ka origjinën nga trupi i vet pacientit. Disavantazhet e përdorimit të tij janë: që është e nevojshme një vend i dytë kirurgjikal për të marrë kockë, ka normalisht një furnizim të kufizuar në dispozicion, dhe shtohet koha e nevojshme për procedurat kirurgjikale. Megjithatë, kocka autogjene është "standardi i artë", pasi ajo është osteogjenike, osteoinduktive dhe osteokonduktive. Osteogjeneza ndodh kur osteoblastet vitale me origjinë nga materiali i graftit kockor kontribuojnë në rritjen e kockave të reja nëpërmjet dy mekanizmave të tjera. Osteoinduksioni përfshin stimulimin e qelizave osteoprogenitore për tu diferencuar në osteoblaste që pastaj të fillojnë formimin e kockave të reja. Lloji më i studiuar gjerësisht i ndërmjetësuesve qelizore osteoinduktive është BMPs.

2. Alograftet janë materiale marrë nga një tjetër njëri. Ato janë formuluar shpesh si të mineralizuara, të demineralizuara ose kombinim i të dyjave. Materiali i mineralizuar nuk mund të rezorbohet dhe shërben si një matriksë. Alograftet mund ose nuk mund të jenë osteoinduktive, por sigurisht janë osteokonduktive. Osteokonduksioni ndodh kur materiali kockor i graftit shërben si një tribunë për rritjen e kockës së re që është

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

përjetësuar nga kocka amtare. Osteoblastet nga margo e defektit që është duke u graftuar shfrytëzon materialin kockor të graftit si një kornizë mbi të cilën përhapet dhe gjeneron kockën e re. Në shumë pak, një graft kockor duhet të jetë osteokonduktiv. Faktorët e rritjes rrisin graftet dhe prodhohen duke përdorur teknologjinë e ADN-së. Ato përbëhen ose nga faktorët e rritjes humane ose morfogjenet (BMPs) në lidhje me një mbartës, të tillë si kolagjeni.

Materiali Alograft mund të jetë:

- I ngrirë
- I ngrirë i thatë
- I ngrirë i thatë i demineralizuar
- Shpesh i përdorur me kocka autogjene
- Shqetësim është burimi i donatorëve.

3. Xenograftet janë materiale marrë nga një specie tjetër, të tilla si kocka e gjedheve ose lopëve. Produktet e mineralizuara kanë treguar se nuk rezorbohen dhe ato mbeten radiopake për vite me rradhë. Ka edhe disa shqetësime në lidhje me transmetimin e sëmundjes. Ato janë rreptësisht materiale osteokonduktive.

4. Materialet Aloplastike ose sintetike nuk kanë rrezikun e transmetimit të sëmundjes, ata shërbejnë si tribunë për depozitimin e kockës dhe lirim të kalciumit në rezorbim. Këto janë rreptësisht materiale osteokonduktive.

Membranat (44,45)

Tipi i membranave: jo e rezorbueshme, e rezorbueshme- biodegraduese.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Disavantazhe të membranave jo të rezorbueshme:

- kërkon një ndërhyrje të dytë kirurgjikale
- ekspozim në rrethanën orale
- kontaminim bakterial.

Disavantazhet e membranave të rezorbueshme:

- rreziku i ekspozimit
 - kolapsi në zonën e defektit-kërkohet mbushës kocke
 - teknika është sensitive dhe me kërkesa teknike
 - produkte të dëmshme degraduese të membranës sintetike.
-
- Membranat vendosen mbi defekt dhe materialin graftues për të parandaluar rritjen e qelizave të padëshiruara të tilla si ind lidhës gingivar, epiteli apo mbetjet e ligamentit periodontal. Rritja përbrenda e indit do të parandalojë formimin e kockës.
 - Membranat e rezorbueshme janë normalisht kolagjene. Ato ruajnë hapësirën për materialin graftues, për të lejuar sekuestrimin më të mirë të PDGF-së dhe BMP-së nga furnizimi me gjak, ato krijojnë një barrierë për pushtimin e qelizave të padëshiruara, ato mbrojnë koagulat nga tkurrja e hershme dhe ndihmojnë në mbylljen e plagës.
 - Membranat jo rezorbuese janë zakonisht materiale politetrafluoroetilene. Ato janë përdorur kryesisht kur mbyllja primare nuk është e mundur.
 - Indet rriten rreth 10 herë më shpejt se kockat. Pa një graft, indet do të mbushin xhepin në 2-3 javë. Kur përdoren membranat jo rezorbuese ato lihen për një minimum prej 2-3 javësh, sidomos për ruajtjen e xhepit, por membrana mund të lihet për 2-3 muaj në varësi të situatës.

3.3. Formimi i lembove dhe llojet e seksioneve

Lemboja e indeve të buta fillon me prerjet e sakta. Vendndodhja dhe drejtimi i prerjeve varet nga lloji i defektit periodontal, qëllimi i ndërhyrjes kirurgjikale dhe rezultati i dëshiruar. Prerja horizontale bëhet në të gjitha rastet. Ajo mund të jetë intrasulkulare (brenda sulkusit gingivar) ose paramarginale (paralel me margon gingivare, në një distancë prej saj). Në seksionin paramarginal, epiteli lidhës ekscizohet dhe margo gingivare spostohet në drejtim apikal. Në këtë lloj prerjeje është e ashtuquajtura gingivektomi e fshehur (latente). Kur shihet nga ana vestibulare ose linguale, seksioni paramarginal ka formën afër ideale të margos gingivare.

Në qoftë se kjo është një hapësirë e gjerë ndërdhëmbore, është e rekomanduar një lembo e veçantë që ruan papilën gingivare (Takei dhe bp, 1985). Ekziston edhe një modifikim i kësaj lembo për hapësirat e ngushta ndërdhëmbore (Cortellini dhe bp., 1995) (72).

Seksionet vertikale nuk janë gjithmonë të nevojshme ose të dëshirueshme, për shkak se ato të çojnë në shfaqjen e cikatriceve në membranën mukoze. Nëse një prerje vertikale është e nevojshme, ajo duhet të bëhet në mënyrë për të parandaluar recesionin gingivar ose humbjen e papilës ndërdhëmbore.

Seksionet horizontale

- A. Seksionet tradicionale horizontale kryhen nga ana vestibulare (vija e kuqe) dhe orale (vija blu). Në hapësirat ndërdhëmbore, sipërfaqja e seksioneve indore janë rregulluar paralel ose diagonalisht .
- B. Seksioni intrasulkular në të cilën epiteli i xhepit nuk është ekscizuar, por sasia maksimale e indeve të buta është ruajtur.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- C. Pjesët paramarginale kryhen në distancë të ndryshme nga buza gingivare. Pjesët e indeve excizohen me anë të gingivektomisë (fig. 3.3-18). Kur suturohet plaga mbas operacionit, indet e buta mbulojnë hapësirat interdentare. Megjithatë, kjo lembo mund të formohet vetëm në hapësira relativisht të gjëra interdentare.
- D. Papilat zhvendosen në drejtim vestibular gjatë formimit të lembos.
- E. Papilat zhvendosen në drejtim oral (fig. 3.3-19).

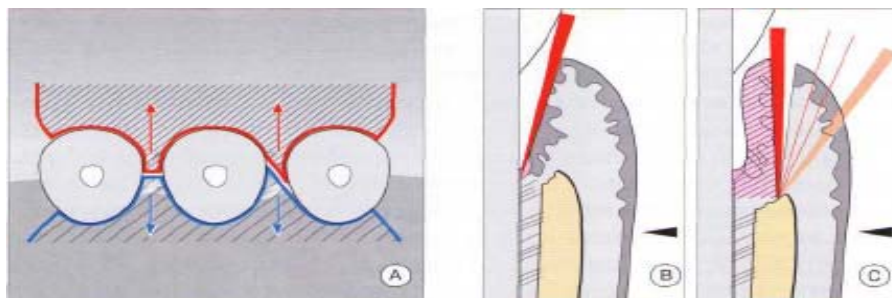


Figura 3.3-18: Seksionet horizontale të lembos (A,B,C)

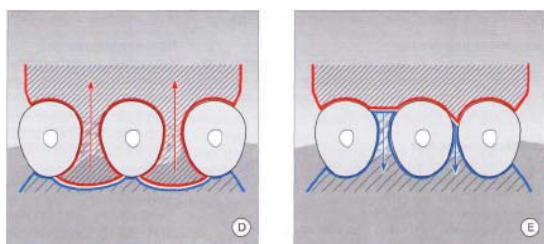


Figura 3.3-19: Seksionet horizontale të lembos (D,E)

Seksionet vertikale dhe seksionet lehtësuese

Lokalizimet e pafavorshme:

- A. Nëse prerja bëhet përmes papilave, ka risk për recesion dhe humbje të papilave interdentare.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- B. Seksioni i mesëm është i padëshirueshëm në prezencë të xhepit vestibular, ndërsa rritet mundësia e recesionit të gingivave (fig. 3.3-20).

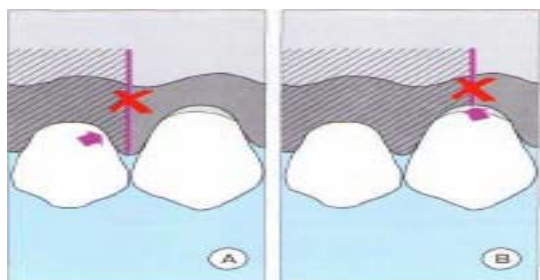


Figura 3.3-20: Seksionet vertikale të lembos (A,B)

Lokalizimi i favorshëm:

- C. Seksioni në anën e vijës mediane nuk çon në tkurrje të konsiderueshme dhe është më e mirë për shërim. D. Për trajtimin e defekteve lokale rekomandohet një lembo trekëndëshi, të shpalosur, duke kryer 2 seksione paramediane (fig. 3.3-21).

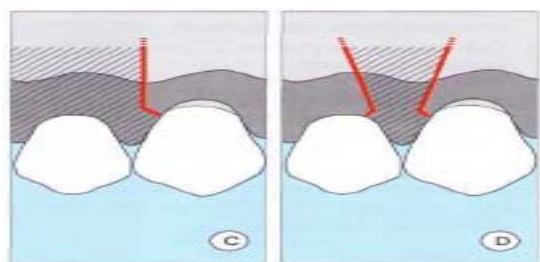


Figura 3.3-21: Seksionet vertikale të lembos (C, D)

3.4. Komplikacionet pas kirurgjisë periodontale:

Rreziqet e kirurgjisë përfshijnë dhimbje, enjtje, humbje të gjakut, reagim ndaj barnave dhe infeksion. Rreziqe të tjera të mundshme përfshijnë ndjeshmëri të rrënjëve, resorbim të rrënjëve ose ankilosis, disa humbje të kreshtës alveolare, perforacion të lembos, krijim të absesit dhe konture të parregullta gingivare. Nëse ndodhin komplikime post-operative, ato duhet të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

menaxhohen nga trajtimi i shpejtë dhe i përshtatshëm, i cili mund të përfshijë kontrollin e gjakderdhjes, përdorimin e analgjezikëve të përshtatshëm ose antibiotikët. Diskomforti post-kirurgjikal menaxhohet zakonisht lehtë me medikamente të tilla si ibuprofen. Nëse diskomforti është i rëndë, mund të jepen analgjezikë më të fortë. Disa pacientë përjetojnë ndjeshmëri ndaj temperaturave të nxehta apo të ftohta tek rrënjët e ekspozuara. Këto probleme mund të menaxhohen me trajtime fluori topikal, ose në raste të rënda, me restaurime dentare.

Shëndeti i pacientit

- Diabeti i pakontrolluar, kanceri, sëmundjet e mëlçisë, discrasia e gjakut, alkoolizmi i rëndë, kushtet e zemrës, pirja e duhanit dhe përdorimi i biphosphonateve, të gjitha kanë një emërues të përbashkët e cila kompromenton shërimin e plagës. Trupi ka nevojë për një furnizim të qëndrueshëm të shëndetshëm të gjakut për të ndihmuar dhe për të inkurajuar shërimin dhe një mekanizëm për të shmangur vënien e streseve shtesë mbi sistemin e trupit.
- Biphosphonates janë përdorur në mjekësi për të penguar resorbimin e kockave duke ndihmuar kështu qarkullimin dhe përtëritjen e kockave. Kjo redukton gjithashtu nivelet e kalciumit. Arsyeja për këtë efekt anti rezorbues apo anti-osteoklastik është inhibimi dhe / ose vdekja e pakthyeshme e qelizave osteoklaste. Biphosphonati rrethohet nga kristale minerale në çdo sipërfaqe kockore dhe dozat e përsëritura grumbullohen në matriksën e kockave. Gjatë rimodelimit të kockave, osteoklastet rezorbojnë kockat dhe gëlltitin biphosphonatin. Prandaj osteoklastet vdesin.
- Pa rezorbimin e kockave dhe çlirimin shoqërues të proteinave induktuese të kockave të tilla si proteinat morfogenetike kockore, kocka e vjetër nuk hiqet dhe nuk formohet osteoid i ri. Rezultati është vdekja e kockave. Osteocitet nuk formojnë kockën e re, osteoblastet e bëjnë atë (në vend që ato të veprojnë si një mekanoreceptor për të mbajtur matriksën minerale të kockave ekzistuese). Hipermineralizimi ndodh dhe rezulton skleroza e lamina duras. Biphosphonatet janë përdorur për trajtimin e osteoporozës për rritjen e densitetit të kockave minerale.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Bisphosphonatet mund të shkaktojnë probleme në nofulla. Pse? Nofulla merr bisphosphonatin 10 herë më shumë dhe e akumulon në një përqendrim më të lartë. Kocka alveolare varet më shumë nga rezorbimi / rimodelimi kockor osteoklastik dhe përtëritja krahasuar me çdo kockë tjetër në skeletin e të rriturve. Nëse preket nga trauma, të tilla si ekstraksioni ose vendosja e implantit, kocka alveolare nuk mund të përgjigjet më me formimin e kockës të re nga rezorbimi kockor osteoklastik pasuar me formimin e kockës së re dhe ajo bëhet nekrotike.
- Prandaj, kur një pacient fillon të marrë bisphosphonate, osteoblastet fillojnë të ndërtojnë kockë më shumë dhe kjo është një gjë e mirë. Pas marrjes së medikamentit për një kohë, shumë më shumë kockë ndërtohet se sa osteoklaste shkatërrohen, furnizimi i gjakut bëhet i komprometuar dhe ajo nuk mund të rimodelohet. Kjo është një gjë e keqe. Idealisht, ne do të duam efektet e hershme të medikamentit për të rritur formimin e kockave rreth një implanti.
- Indikacionet për bisphosphonate janë osteoporoza, sëmundja Paget dhe kancerat metastatike. Medikamentet nëpërmjet venave të tilla si Aredia, Zometa, Bonafos dhe Didronel janë shumë të fuqishëm. Ato janë përdorur si pjesë e terapise të kancerit për të ulur dhimbjen e kockave dhe hypercalcemia.

3.5. Risku dhe menaxhimi i sëmundjeve periodontale:

Risku apo rreziku justifikon trajtimin. Nëse rreziku është i ulët, atëherë trajtimi mund të mos jetë i nevojshëm, ndërsa sëmundja nuk pritet të përparojë. Nëse rreziku është i lartë, atëherë trajtimi është i nevojshëm, sepse sëmundja pritet të përparojë në një fazë më të avancuar dhe ndoshta terminale (fig. 3.5-22). Prandaj, çdo pacient që merr trajtim “agresiv” periodontal është përcaktuar të jetë me rrezik të lartë. Për më tepër, një protokoll standart trajtimi për një diagnozë specifike periodontale mund të vendoset kur të gjithë pacientët janë në rrezik të lartë (46).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

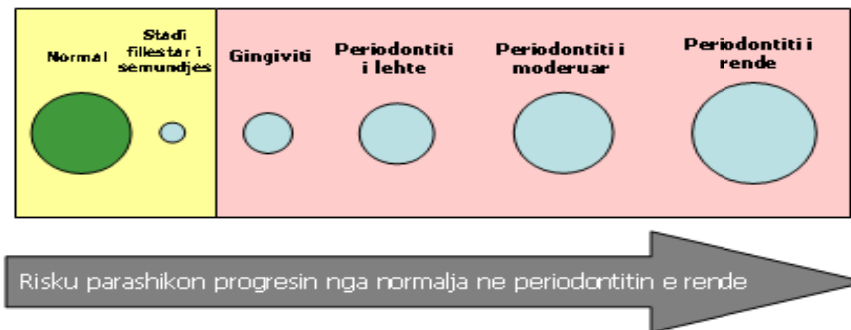


Figura 3.5-22: Risku justifikon trajtimin

Historikisht, është supozuar se me avancimin e moshës prevalenca e gingivitit ulet dhe e periodontitit rritet, dhe mostrajtimi i gingiviteve në mënyrë të pashmangshme do të përparojë në periodontit të rëndë. Kjo përforcon pikëpamjen se të gjithë të rriturit me gingivite prezumohet të jenë në rrezik të lartë për sëmundje periodontale. Autorë të ndryshëm (47) kanë raportuar prevalencën e periodontitit në popullatën adulte (mbi 30 vjeç).

- 40% e popullatës ishte e shëndetshme
- 35% e popullatës ka periodontit të lehtë
- 25% e popullatës ka periodontit të moderuar dhe të rëndë.

Përmbledhje:

- Risku parashikon progresin e sëmundjes
- Risku justifikon trajtimin
- Risku për periodontitet në popullatën botërore është i lartë
- Trajtimi duhet të personalizohet për secilin pacient dhe duhet të bazohet në veçantitë e tij (fig. 3.5-23).

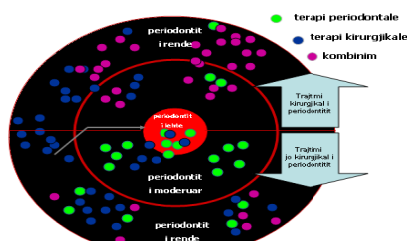


Figura 3.5-23: Trajtimi i sëmundjeve periodontale

4. Recesioni gingivar

Recesioni i gingivës marginale është një gjendje, e cila shfaqet klinikisht me ekspozim të sipërfaqes së rrënjës, për shkak të zhveshjes së mbulesës klinike të rrënjës, (CARRANZA, 2007; Smith, 1997; STONER; MAZDYASNA, 1980). Sipas Akademisë Amerikane të Periodontologjisë, recesioni mund të përcaktohet si migrimi i gingivës marginale, bashkimit smalt-cement, që rezulton në shfaqjen e sipërfaqes së rrënjës (AKADEMIA AMERIKANE E PERIODONTOLOGJISË, 1996) (fig. 4-39). Ky është një modifikim i termit të vjetër recesion gingivar, ndersa termi recesioni marginal i indeve të buta përfshin recesionin e të dyja mukozës alveolare ose gingivës. Faktorët etiologjikë të recesionit marginal të indeve të buta mund të ndahen në katër fusha kryesore: morfologji, trauma, sëmundjet periodontale inflamatore, dhe forcat okluzale.

Në përgjithësi, prevalenca e saj është relativisht e lartë në popullsinë botërore dhe mund të variojë nga 8% deri në 100 %, në varësi të grupmoshave (BABCOCK, 1965; MAIER; ORBAN, 1949). Sipas Gottlieb dhe Orban (GOTTLIEB; ORBAN, 1933), baza e sulkusit gingivar mund të gjendet në sipërfaqen e smaltit, në nivelin e bashkimit smalt-cement në sipërfaqe të rrënjës, në varësi të moshës së pacientit, si dhe shkallës së eruditimit dentar. Kështu, zhvillimi i recesionit me kalimin e moshës mund të shihet si normal dhe mund të jetë i tillë, ndërsa recesioni i tepërt mund të shihet si patologjik.

Mbulimi i rrënjëve të ekspozuara ka qenë arsyeja e studimeve të publikuara në literaturë të ndryshme, të cilat shfaqin shembuj të ndryshëm suksesi dhe kjo në varësi të faktorëve që kanë të bëjnë me karakteristikat e lezioneve dhe teknikave kirurgjikale (COHEN.ROSS, 1968; GRUPE;WARREN JR, 1956; LANGER;LANGER, 1985; Miller, 1982; Miller, 1985; PINI PRATO dhe të tjerë. 1992; TARNOW, 1986).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

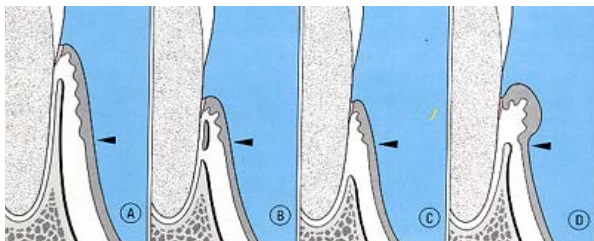


Figura 4-39: Avancimi i recesionit gingivar

4.1. Etiologjia e recesionit gingivar (48)

Shkaktarët e recesionit gingivar ndahen në disa faktorë, ku rëndësi i jepet faktorit anatomik (fig. 4-1-40):

Faktoret predispozues anatomike

- Zona e prominences së rrënjeve
- Gingiva e hollë dhe e ngushtë
- Mukoza e hollë
- Septumi kockor labial i hollë



Figura 4-1-40: Faktorët anatomikë

Zona e pamjaftueshme e gingivës së atashuar:

1. lehtëson formimin e pllakës subgingivare
2. favorizon humbjen e atashimit dhe recesionin e indeve të buta (Friedman, 1962).

Gingiva që shtrihet në sipërfaqe të rrënjës prominente është e hollë dhe shfaq një organizim të varfër të indit konjuktiv. Përhapja e inflamacionit në mukozë të hollë është më e lehtë (49).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Në dhëmbë prominente, trashësia kockore është më pak se 10.15 mm (më pak se trashësia e ligamentit periodontal) (Ruben (1978)).

Moscow dhe Bressen (1965) listuan shkaqet e mundshme alternative të recesionit:

- Atrofinë e panjohur të margos gingivare
- Depozitim të kalkulave
- Traumat direkte (aksidente, ngrënia e thonjve, etj).

Ndërsa sipas autorëve të tjerë (50), 2 shkaqet më të rëndësishme të recesionit janë:

- Trauma e shkaktuar nga furça e dhëmbëve
- Lezionet gingivare të shoqeruara me pllaka.

Në përmbledhje të studimeve të shumë autorëve, etiologjia paraqitet sipas figurës 4-1-41.

Retraksioni gingivar i lokalizuar shkaktohet nga:

- trauma mekanike nga forca okluzale
- furça e papërshtatshme.

Të tjerë faktorë predispozues janë:

- rreshtimi anormal i dhëmbëve, sidomos grumbullimet dentare
- ndryshimet morfologjike si të dhëmbëve edhe të kockës alveolare
- ndryshimet e pozicionit si të dhëmbëve edhe të kockës alveolare.

Faktorët sistematikë të rrezikut:

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Pirja e duhanit. Pirja e duhanit është një faktor i madh rreziku për zhvillimin e periodontitit, si edhe të përgjigjes së duhur ndaj trajtimit. Kjo lidhje është sqaruar gjatë viteve 1990. Është raportuar kohët e fundit, për shembull, që duhanpirësit kanë pothuajse

tre herë më shumë gjasa për të humbur dhëmbët se sa ata jo pirës të duhanit. Gjithashtu është raportuar, se pirja e duhanit rrit humbjen e atashimit (51,52).

- Predispozicioni gjenetik

Studimet në binjakë kanë treguar se koncepti trashëgimi luan një rol të madh. Në vitin 1997, Kornman dhe kolege përshkruan një polimorfizëm gjenetik në genin që kodon prodhimin e citokineve proinflatore interleukin-1 (IL-1), të cilat rrisin rrezikun për humbjen e atashimit periodontal. Prania e tyre stimulohet nga agjentë të tillë si lipopolisakaride, nga bakteret gram-negative. Ky polimorfizëm është gjetur në përafërsisht 30% të popullsisë së bardhë, por në përqindje shumë më të ulëta në grupe të tjera racore. Dallime të tilla racore mund të ndihmojnë për të shpjeguar disa prej rreziqeve për sëmundjet periodontale në mesin e popullatave dhe mund të luajnë rol për krijimin e një prognoze për pacientët nga grupe të ndryshme racore. McGuire dhe Nunn kanë gjetur se individët që zotërojnë genin IL-1 kanë rreth 2.7 herë më shumë gjasa për të humbur dhëmbët sesa ata pa genotip. Rreziku është rritur me 7.7-fish në një individ me genotip-pozitiv, i cili gjithashtu është duhanpirës. Natyra e ndërveprimit është multiplikative. Prandaj, klinici i racionalisht mund të caktojë një prognozë më pak të favorshëm për një pacient i cili është duhanpirës dhe ka IL-1 genotipin, sesa për një pacient i cili nuk pi duhan dhe nuk ka genotip. Edhe pse është e vërtetë se asgjë nuk mund të bëhet për të ndryshuar gjenetikën e individit, përveç përmes terapisë gen, por është e mundur mirëmbajtja më e madhe orale për të kompensuar faktorët gjenetike të rrezikut.

- Mosha

Mosha është një faktor rreziku për periodontitin në kuptimin që pothuajse të gjitha studimet kanë gjetur se grupet e moshave më të vjetra tregojnë probleme më të mëdha

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

periodontale sesa grupmoshat e reja, ashtu si edhe përgjigja ndaj terapisë periodontale është më e ngadaltë në subjektet e vjetra.

- Seksi

Individët meshkuj kanë tendencë të kenë më shumë sëmundje periodontale se individët femra, dhe sëmundja ka tendencë të jetë më e rëndë kur kjo nuk ndodh. Burrat, i përdorin më pak shërbimet dentare se gratë dhe priren të kenë kujdes me të varfër në shtëpi (53). Ka qënë spekuluar me ndikimet hormonale dhe efektin e estrogenit.

- Sëmundjet dhe kushtet sistemike

Indet periodontale janë të ndikuara nga disa sëmundje sistemike, të shoqëruara me rritje të rrezikut për zhvillimin e periodontitis. Ndër këto janë të zakonshme sëmundjet si diabeti mellitus dhe osteoporoza. Kontrolli i keq i diabetit, në veçanti, është një faktor i rëndësishëm rreziku për rritjen e prevalencës, masës, dhe ashpërsisë së atashimit periodontal.

- Faktorët psiko-sociale të tilla si stresi përmendet si faktorë rreziku. Faktorët ushqyes janë lënë disi pas dore, por kohët e fundit sygjerojnë se marrja në nivel të ulët e kalciumit dhe vitaminës C mundet gjithashtu të ndikojnë. Kushtet sistemike, duhet patjetër të merren parasysh në formulimin e një prognozë periodontale. Për shembull, klinikisti duhet të caktojë një prognozë pak të favorshme tek një pacient me diabet dhe nivele të larta të stresit se sa tek një pacient i shëndetshëm me një shkallë të ngjashme të shkatërrimit periodontal.

FAKTORET DETERMINANTE	CO FAKTORET
• Pilaka bakteriale ➢ O'Leary dhe bp, gjeten korrelacion direkt midis rritjes së indeksit të plakës dhe rritjes së recesionit marginal indor • Trauma nga larja e dhembëve ➢ Teknike e gabuar ➢ Furçe jo e duhur • Faktore iatrogjenike ➢ Varjet e amalgamit ose protetike ➢ Kroshete ➢ Aparatet ortodontike • Veset ➢ Ngrenia e thonjve ose objekte të tjara.	• Malpozicionet e dhembëve ➢ Dhembe të zhvendosur bukalisht ose të rrotulluar, për arsye të raporteve të ndryshme dhembe-kocke • Anatomi e pafavorshme ➢ Frenulum i inseruar lart ➢ Palosje e ceket bukale, që prodhon tension në gingivën marginale • Levizjet ortodontike

Figura 4-1-41: Faktorët etiologjikë

4.2. Rishqyrtimi i literaturës për etiologjinë e recesionit gingivar

"Jeta mund të kuptohet vetëm duke parë pas, por mund të jetohet vetëm duke parë përpara."

Soren Kierkegaard

Në vitin 1979, Caffesse dhe të tjerë, kanë përcaktuar si *recesion gingivar* gërryerjen e pjesshme të rrënjës, për shkak të migrimit të gingivës apikale marginale.

Kjo është një gjetje relativisht e zakonshme në popullsi, duke qenë se prevalenca, shtrirja dhe ashpërsia e saj, kanë tendencën të shtohen me moshën. Rënia e saj mund të variojë nga 8% tek fëmijët deri në 100% tek pacientët që janë më shumë se 50 vjeç (BABCOCK, 1965; MAIER; ORBAN, 1949). Rritja e recesionit gingivar mund të shihet si një proces fiziologjik që ka lidhje me moshën, duke marrë parasysh se koncepti i shpërthimit vazhdon të propozohet nga Gottlieb Orban (1933), në të cilin, sulkusi gingivar mund të gjendet në koronën dentare, bashkimin smalt-cement, ose në sipërfaqen e rrënjës. Në varësi të moshës së pacientit dhe shkallës së shpërthimit, pak shfaqje e rrënjës me kalimin e kohës mund të konsiderohet normal dhe, kështu, të shihet si një recesion normal, duke u konsideruar psikologjik, ndërsa ekspozimi i rrënjës do të ishte një recesion i tepërt patologjik.

Etiologjia e recesionit gingivar është multi-faktoriale (KÄLLESTAL; UHLIN, 1992), duke qenë se është e mundur të gjejmë në literaturë faktorë të shumtë, si psh, biofilmi bakterial dhe inflamacioni i tij gingivar pasues, bllokimi traumatogjenik, larja, frenulumi i trashë, pozicionimi jo i mirë dentar dhe labial, gjerësia e gingivës të keratinizuar prezente dhe mungesa e indit kockor nën gingivë. Gjithsesi, faktori mbizotërues në etiologjinë e recesionit gingivar në një

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

zonë të caktuar, zakonisht është e vështirë të identifikohet (Smith, 1997), që gjeneron një numër të madh vështirësish për sa i përket prognozës së zhvillimit të kësaj patologjie.

Pllaka dentobakteriale mund të jetë faktori më i rëndësishëm në recesionin gingivar, duke qenë se është përgjegjëse për fillimin e procesit inflamator, që gjeneron humbjen e mbushjes periodontale. Edhe në vitet '60, Parfitt dhe Mjör (1964) treguan se vështirësia e higjenës në dhëmbë të ndryshëm çon në akumulim më të madh të bakterieve krahasuar me zonat e tjera. Për pasojë, elementë të tillë kishin shkallë më të rëndë të gingivës dhe prevalencë më të lartë për recesion gingivar. Stoner dhe Mazdyasna (1980) treguan gjithashtu një indeks më të lartë bakteriesh tek njerëzit inferiorë duke shfaqur kështu recesion të gingivës marginale. Këto gjetje mund të sugjerojnë se teknika e higjenës së pamjaftueshme mund të rezultojë në zhvillimin e recesionit ose që kjo gjendje mund të rezultojë në vështirësi për të higjenizuar zonën.

Një tjetër shkak i recesionit është edhe pozicionimi jo i mirë dentar (PARFITT; MJÖR, 1964; TROTT; LOVE, 1966). Kjo ndodh për shkak të tiparit më të spikatur të rrënjës për t'u rrotulluar, edhe në rastet kur ka një inklinim vestibular ose keqvendosje e elementit, trashësia ose lartësia e pllakës së kockës vestibulare hollohet. Në këto raste, duke ushtruar presion me anë të kafshimit, të lash dhëmbët me forcë nga mesatare në të ashpërt, prezenca e pllakës bakteriale, lëvizja dentoalveolare dhe ortodontike mund të rezultojë në migrimin e pjesës apikale të gingivës marginale. Gjithsesi, Artun dhe Osterberg (1987) nuk dështoi të tregonte bashkëpunimin midis shkallës së grumbullimit me prezencën e inflamacionit periodontal. Në të njëjtën kohë, Mazeland (1980) vuri re se grumbullimi dentar në vetvete nuk e shpjegon prezencën e një linje të hollë të gingivës së keratinizuar në regjionin e prekur, duke sugjeruar që ky model do të ishte një karakteristikë individuale e përcaktuar gjenetikisht.

Procedurat e higjenës orale me furçë dhëmbësh apo me fill dentar mund të ndihmojnë në zhvillimin dhe progresin e lezioneve si recesion gingivar dhe abrazione dentare. Një studim i kryer në vitin 1986 nga Ainamo dhe të tjerë, tregoi një shkallë të lartë recesioni tek të rinjtë, në të cilën autorët arritën në konkluzionin se një kërkesë e tillë mund të ishte më e lidhur me teknikën e furçës, sesa me akumulimin e bakterieve. Në këtë mënyrë, recesioni i gjetur mund të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

vinte si rezultat i shpeshtësisë së tepërt të larjes me furçë, që kishte lidhje me forcën ekstreme në disa elementë dentarë, e që më pas çonte në traumë të ripërsëritshme, dhe në këtë mënyrë do të shkaktonte inflamacion kronik, duke shkatërruar aparatën mbushëse të indit kockor dhe kockën nën të.

Përveç kësaj, sipas Smith-it (1997), në vendet ku kocka është e dukshme, trauma e larjes me furçë mund të shkaktojë recesion gjithashtu, duke variuar nga trauma me intensitet të ulët deri në ind kockor të inflamuar në mënyrë të përsëritshme.

Në vitin 2001, Tezel dhe të tjerë, *konfirmuan influencën e traumës* në etiologjinë e recesionit gingivar nga pastrimi mekanik me furçë, për të treguar se mëngjarashët kishin më shumë recesione në zonat bukale të kuadratëve të krahut të majtë, kurse ata që përdorin dorën e djathtë kanë më tepër recesione në zonat bukale të kuadratëve të krahut të djathtë. Numri dhe thellimi i mëtejshëm i recesionit rritet në raport të drejtë me frekuencën e përdorimit jo korrekt të teknikave të furçimit, ose kur përdoret furçë abrazive me fije të ashpra.

Ka studime të shumta në literaturë që komentojnë rreth rëndësisë së gingivës së keratinizuar në homeostazën e periodontiumit. Për kujdesjen e kësaj gjendjeje shëndetësore, autorë të shumtë (ERICSSON; LINDHE, 1984; LANG; LÖE, 1972; Maynard; Wilson, 1979; STETLER; BISSADA, 1987; STONER; MAZDYASNA, 1980) kanë përkrahur ekzistencën e një rangu minimal prej 2 mm të gingivës së keratinizuar (ose më shumë). Sipas Maynard dhe Wilson (1979) me një minimum prej 3mm), ndërsa të tjerët (Dorfman dhe të tjerë, 1980; KISCH; EGELBERG, 1986; LINDHE; NYMAN, 1980; Trey; BERNIMOULIN, 1980; WENNSTRÖM; LINDHE, 1983; WENNSTRÖM dhe të tjerë, 1986) kanë treguar se nuk kanë një lartësi minimale të duhur të gingivës duke qenë se ka një kontroll strikt të higjienës orale, si nga pacienti, ashtu dhe nga profesionisti. Ka dhe disa autorë të cilët pretendojnë se ruajtja e shëndetit gingivar është i mundur për pacientët me kontroll të mirë dentobakterial, duke qenë se këto zona do të ishin më të predispozura për humbje klinike (Bowers, 1963). Në këtë kuptim, Lang dhe Loe (1972) kanë përcaktuar se zonat me një shkallë të gingivës së keratinizuar të cilat konsiderohen afër (më pak se 2 mm) nuk shfaqën shenja klinike të inflamacionit edhe në

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

mungesë të pllakës, duke gjetur në këto regjione një sjellje të indit kockor më të përshtatshëm me ndryshimet patologjike, sesa me ato psikologjike.

Ajo që ndoshta ndodh është se mobiliteti i margos gingivare lehtëson penetrimin e bakterieve në regjionin subgingivar dhe formimin e mëtejshëm të këtyre bakterieve, të cilat, nga ana tjetër, vështirë të hiqen me anë të higjenizimit nga pacienti ose edhe nga klinikistët jo specialistë. Megjithatë, gingiva përmban një sasi fibrash kolagjene, të cilat e bëjnë më eficient parandalimin e penetrimit të mikro-organizmave dhe më rezistent ndaj një traume të mundshme fuçimi (ALFANO, 1974; ALFANO dhe të tjerë, 1976; PASHLEY, 1976).

Nga ana tjetër, Schoo and Van der Velden (1985) raportuan se në rastet ku recesioni gingivar është i instaluar tashmë, progresioni i këtij lezioni mund të varej nga rangu i mukozës së keratinizuar.

Shfaqja e kockës është një kusht paraprak për zhvillimin e recesionit gingivar, dhe mund të klasifikohet si zhvillim (ose anatomik, që mund të formohet kur shpërthimi dentar të çon në një pozicion më vestibular ose lingual të rrënjës me dhëmbët e afërm ose kur trashësia e rrënjës vestibulo-linguale është e barabartë ose më e madhe se e njëjta masë e alveolit) ose fiziologjik (që mund të vijë si rezultat i ushtrimit të forcës, në pozicione që mund të tejkalojnë pllakën kortikale vestibulare ose linguale) ose patologjik (i cili mund të formohet nga sëmundja e rezorbimit të kockës për shkak të sëmundjes periodontale, për shembull) (YARED dhe të tjerë, 2006).

4.3. Klasifikimi i recesionit gingivar

Miller (1985) përcaktoi termin "kirurgji plastike periodontale" si procedurë kirurgjike që heq apo korrekton defektet anatomike të shkaktuara nga trauma në mukozën gingivare ose alveolare, duke shtuar se, në mënyrë ideale, kjo procedurë nuk mund të kufizohet deri tek ripozicionimi i marginës së fabrikuar në bashkimin cement-smalt, tashmë që efektiviteti i saj do të ishte që të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

arrinte një gingivë të bashkuar klinikisht me rrënjën e dhëmbit dhe një kanal të cekët. Nga vendndodhja anatomike e linjës mukogingivale dhe lartësisë së kockës alveolare interproksimale, autori ka nxjerrë, në të njëjtin studim, një klasifikim për recesionin gingivar në përputhje me prognozën e trajtimit dhe morfologjinë e defektit. Ky vazhdon të mbetet klasifikimi më i lartë i përdorur sot për sot, i përcaktuar si më poshtë:

Në vitin 1985, Miller përcaktoi prognozën e suksesit terapeutik që mbulon defektin në varesi të humbjes së kockës alveolare interproksimale, në katër gradë të ndryshme (54):

- Grada I: migrimi i pjesës apikale të gingivës marginale, që nuk mund të arrijë ose të tejkalojë linjën mukogingivale (fig. 4-3-42), nuk ka humbje të indit kockor dhe/ose të butë në regjionin interproksimal; prognozë nga mirë në shkëlqyeshëm, me një pritshmëri që mbulon deri në 100% të recesionit.

Klasifikimi i recesionit gingivar

Klasa e I-re

- Recesioni i gingives nuk shtrihet deri në bashkimin mukogingivar
- Nuk ka humbje të kockës periodontale në zonen interdental

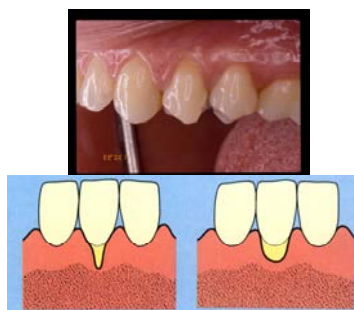


Figura 4-3-42: Klasa e I-rë Miller

- Grada II: migrimi i pjesës apikale të gingivës marginale, që arrin ose tejkalon linjën mukogingivale (fig. 4-3-43), nuk ka humbje të indit kockor dhe/ose të butë në regjionin interproksimal; prognozë nga mirë në shkëlqyeshëm, me një pritshmëri që mbulon deri në 100% të recesionit.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Klasifikimi i recesionit gingivar

Klasa e II-te

- Recesioni i gingives shtrihet deri ne ose pertej bashkimit mukogingivar
- Nuk ka humbje te kockes periodontale ne zonen interdentalare



Figura 4-3-43: Klasa e II-të Miller

- Grada III: migrimi i pjesës apikale të gingivës marginale, që arrin ose tejkalon linjën mukogingivale (fig. 4-3-44), ka humbje të lehtë të indit kockor dhe/ose të butë në regjionin interproksimal; e cila mund ose nuk mund të ketë lidhje me pozicionim jo të mirë, me prognozë dentare dyshuese, me një pritshmëri që mbulon veshjen e pjesshme të recesionit gingivar.

Në recesionin e klasës së III-të, mund të pritet mbulimi parcial i rrënjës. Sasia e mbulimit të rrënjëve mund të përcaktohet para kirurgjikal, duke përdorur sondën periodontale. Sonda vendoset horizontalisht mbi një vijë imagjinare, duke bashkuar nivelin indor të 2 dhëmbëve fqinjë.

Klasifikimi i recesionit gingivar

Klasa e III-te

- Recesioni i gingives shtrihet deri ne ose pertej bashkimit mukogingivar
- Humbja e kockes ose indit te bute ne zonen interdentalare, apo edhe malpozicioni i dhembeve, nuk lejon mbulimin 100% te rrenjeve

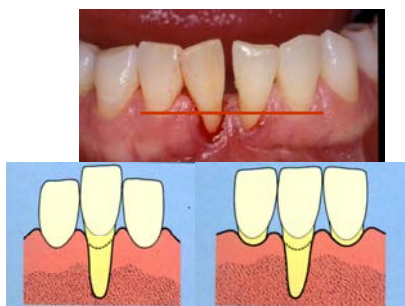


Figura 4-3-44: Klasa e III-të Miller

- Grada IV: migrimi i pjesës apikale të gingivës marginale, që arrin ose tejkalon linjën mukogingivale (fig. 4-3-45), që shfaq humbje të rëndë të indit kockor dhe/ose të butë në regjionin interproksimal; me prognozë shumë të dobët, pa patur ndonjë pritshmëri për mbulimin e recesionit.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Klasifikimi i recesionit gingivar

Klasa e IV-tert

- Recesioni i gingives shtrihet deri ne ose pertej bashkimit mukogingivar
- Humbje e rende e kockes ose indit te bute ne zonen interdentalare, apo edhe/ose malpozicioni i dhembeve
- Nuk realizohet mbulimi i rrenjeve

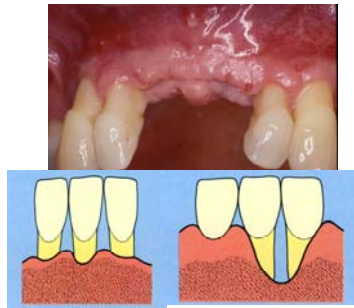


Figura 4-3-45: Klasa e IV-tërt Miller

Paraprakisht, ndarja e këtyre lezioneve gingivare në kategori morfologjike përdorej për klasifikimin e Sullivan dhe Atkins (1968), që nuk lejon në parashikimin e rezultatit të terapisë kirurgjikale. Klasifikimi u përcaktua si më poshtë (fig. 4-3-46):

- Grada I: recesione gingivare të ngushta dhe të cekëta;
- Grada II: recesione gingivare të gjëra dhe të cekëta;
- Grada II: recesione gingivare të ngushta dhe të thella;
- Grada IV: recesione gingivare të gjëra dhe të thella.

Miller, në 1985, klasifikoi recesionin gingivar duke kombinuar klasifikimin e Sullivan dhe Atkins në 2 ndarjet e para dhe duke shtuar edhe 2 ndarje të tjera. Ai theksoi se prezenca e humbjes kockore interdentalare, e indeve të buta, ose dhëmbët e ekstruduar, e bëjnë të pamundur mbulimin e plotë të rrënjëve.

Bazuar në këtë klasifikim, mbulimi 100% i rrënjëve mund të arrihet në klasën e I-rë dhe të II-të. Të 4-tër kategoritë morfologjike të Sullivan dhe Atkins përfshihen në 2 ndarjet e Miller.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Sullivan dhe Atkins (1968)

- E ngushte, e ceket
- E ngushte, e thelle
- E gjere, e ceket
- E gjere, e thelle

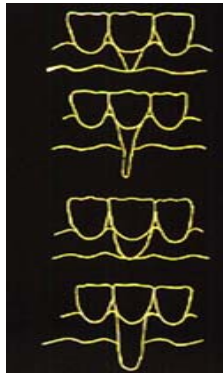


Figura 4-3-46: Klasifikimi i Sullivan dhe Atkins

4.4. Trajtimi i recesionit gingivar

ZHVILLIMI DHE PRODHIMI I TEKNIKAVE KIRURGJIKALE PËR MBROJTJEN E RRËNJËS

Nga vëzhgimi i nevojës për trajtim të lezioneve të recesioneve gingivare, shumë studiues janë munduar të risjellin e të propozojnë teknika të ndryshme kirurgjikale dhe modifikime në përpjekje për të korrigjuar defekte të tilla, duke u shprehur se është e mundur që, në nivele të ndryshme, mund të rikthehet forma, funksioni, cilësia, ngjyra, dhe konturi (COHEN; ROSS, 1968; GRUPE; Warren JR, 1956; LANGER; LANGER, 1985; Miller, 1982; Miller, 1985; PINI PRATO dhe të tjerë. 1992; TARNOW, 1986).

Teknika e zhvendosjes së lembos në një anë (lateralisht) u përshkrua fillimisht në vitin 1956 nga Grupe dhe Warren (54,55), dhe është përmbledhur në dy lloj prerjesh, vertikale dhe horizontale, në mënyrë që të lëvizte koronaren anash, në mënyrë që rrënja të mbulohej. Kjo teknikë u përdor

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

gjerësisht në kohën kur u propozua, por duke qenë se shfaq disa disavantazhe dhe limite, siç është aftësia për të shkaktuar recesion në dhëmbin e zonës së dhuruar, dhe të jetë e paaftë të rrisë shkallën e gingivës së keratinizuar, kjo gjë tregon limitin e saj në disa raste.

Bjorn (1963) dhe King e Pennel (1964) e përshkruan teknikën e graftit të lirë gingivar, e cila kishte si avantazh kryesor rritjen e shkallës së gingivës së keratinizuar në regjionin përkatës, gjë të do të bënte të mundur parandalimin e rritjes së recesionit. Gjithsesi, kjo lloj procedure e lëndoi qiellzën e cila u gjakos dhe u shërua ngadalë, përveç ngjyrës së zonës së tanishme të graftit, e cila qe ndryshe nga ajo që u gjend në zonën e marrësit (që i ngjante asaj të dhuruesit), duke u bërë anti-estetike. Teknika klasike (Bjorn, 1963) (56), propozon jetëgjatësi të periostit tek marrësi. Gjithsesi, ka të tjerë (CAFFESSE dhe të tjerë, 1979; CAFFESSE dhe të tjerë, 1979) që propozojnë vendosjen e graftit gingivar direkt në indin kockor. Avantazhet e raportuara i referohen lëvizshmërisë së ulët në periudhën e menjëhershme postoperative, më pak edema (enjtje), hemostazë më të mirë dhe më pak tkurrje të graftit (1.5 deri 2 herë më pak) (DONNENFELD dhe të tjerë, 1964; JAMES; McFALL JR, 1978; JAMES; McFALL JR, 1978), që tregojnë, gjithsesi, vonesë të dukshme në shërimin e plagës (CAFFESSE dhe të tjerë, 1979; CAFFESSE dhe të tjerë, 1979; Edel, 1974).

Teknika për graftin e gingivës së lirë ka gjithashtu variante të ndryshme. Teknika fizarmonikë, e përshkruar në vitin 1965 nga Rateitschak dhe të tjerë, propozon një zgjerim të graftit që bëhet me anë të prerjeve duke alternuar anët e kundërta. Teknika e vargut, e përshkruar në vitin 1993 nga Han dhe të tjerë, (57), propozon që të merren 2 ose 3 linja të graftit gingivar me dimensione nga 3 deri në 5 mm në gjerësi dhe me gjatësi të duhur për marrësin, në të cilën do të qepet cep më cep.

Teknika e kirurgjisë plastike periodontale quhet “papila e dyfishtë” e përshkruar nga Cohen dhe Ross (1968) (58), që konsiston në fshehjen e recesioneve të izoluara nëpërmjet një pozicioni të formuar nga bashkimi i gjysmave të dy papilave të dhëmbit afër saj. Megjithatë, kjo procedurë nuk përdoret gjerësisht, sepse rezultatet e tyre nuk janë aq të kënaqshme në krahasim me ato të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

teknikave të tjera, duke qenë se furnizimi me gjak i pjesëve të tërhequra shpeshherë vështirësohet nga qepjet që ndodhen në linjën e mesme të sipërfaqes së rrënjës.

Në vitin 1979, Passanezi dhe të tjerë, prezantuan trajtimin kimik të rrënjës me agjentë demineralizues (acid fosforik 37% që u aplikua për 3 minuta) me propozimin që t'i përshtatet më mirë sipërfaqes që mund të mbulohet në formë kirurgjikale, dhe kështu, duke rritur shancet e suksesit për mbulim. Si pasojë, studime janë bërë me agjentë të tjerë demineralizues si acidi citrik (ALBAIR dhe të tjerë, 1983) dhe acid tetraciklik, me rezultate që i kanë çuar autorët si Bouchard (Bouchard dhe të tjerë, 1997) të arrijnë në konkluzionin se të dy agjentët kanë efekte klinike të krahasueshme, me shance të konsiderueshme suksesi.

Miller (MILLER 1982; Miller, 1985) (59) ka përdorur graftin gingivar të lirë për mbrojtjen e rrënjës dhe ka raportuar sukses dhe parashikueshmëri me këtë teknikë, duke e modifikuar kështu edhe me anë të aplikimit të acidit citrik të njomur prej 5 minutash. Gjithsesi, kjo procedurë akoma shfaq një mospërputhje midis ngjyritit të graftit dhe të gingivës së dhëmbit ngjitur.

Në dekadën e viteve '80, Polson dhe Proye (1983) arritën të provonin se kur mpiksja e gjakut mbetet stabël mbi sipërfaqen e rrënjës, pati një shtim fibrash të reja në këtë regjion. Bazuar në këto deklarata, Langer dhe Langer (1985) (60), propozoi një teknikë duke përdorur graft nga indi lidhëz subkonjunktiv, i cili kishte disa avantazhe në krahasim me shërimin e graftit të gingivës së lirë, siç ishte shërimi më i shpejtë dhe ngjyrimi i qiellzës. Duke vazhduar në vitet '80, Tarnow (1986) e përshkroi këtë teknikë të tërheqjes gjysmëhënore (semilunare), në të cilën një prerje kishte formë gjysmëhëne dhe bëhej duke ndjekur harkun e margos gingivare duke vazhduar me ndarjen dhe pozicionimin koronar. Megjithatë, kjo teknikë nuk është shumë e rekomandueshme për dhëmbët e mandibulës dhe është e limituar për recesione të vogla nga 1 deri në 3 mm.

Levine (1991) e përshkroi teknikën e përdorimit të graftit gingivar të lirë nga indi lidhëz, që është në fakt, e njëjta teknikë klasike e graftit gingivar të lirë, më të vetmin ndryshim që ka vetëm indin lidhëz (pa epitel).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Në vitin 1992, Pini Prato dhe të tjerë, (61,62), propozuan përdorimin e teknikës rigjenerim i udhëzuar i kockës (GTR) për mbulimin e rrënjës me ind. Bazuar në parimet e procedurës, pritshmëritë ishin që të rindërtohej aparati ngjitës për vënien dhe mbulimin e sipërfaqes së zhveshur. Në këtë studim, u vu re një reduktim më i madh i recesionit, përfitim në bashkimin klinik dhe reduktim të thellësisë së shqyrtuar në grupin e pacientëve të trajtuar me anë të GTR-së, sesa në grupin e trajtuar me ripozicionim koronar.

Në vitin 1992, Loe dhe të tjerë, publikuan vërtetimet e tyre mbi recesionet gingivare, duke arritur në konkluzionin se tipari më i shpeshtë në regjion ishte thellësia vestibulare prej 1.5 mm. Në këtë mënyrë, është e nevojshme të marrim në konsideratë masën e recesionit kur bëhet fjalë për zgjedhjen e teknikës për mbulimin e rrënjës.

Duke patur njohuri rreth llojeve të ndryshme të teknikave ekzistuese të mbulimit të rrënjës me ind, zgjedhja për procedurën e duhur për çdo rast duhet bazuar në parashikimin e suksesit të këtyre rasteve. Sipas Carranza-s (2007), ka disa kritere që mund të ndihmojnë në këtë zgjedhje, siç janë: zona kirurgjikale pa bakterie, përlllogaritja e inflamacionit; furnizimi i mjaftueshëm me gjak për indin kockor; anatomia e zonës së dhuruesit dhe marrësit; stabiliteti i indit me graft në zonën e marrësit, si dhe trauma minimale në zonën kirurgjikale.

Harris (1992) ka propozuar disa kritere, që konsiderohen si të suksesshme për kirurgjinë e mbulimit dhe mbrojtjes së rrënjës:

- Cepi i indit duhe të jetë në bashkimin cement-smalt ose në lartësinë e defekteve mezialisht ose distalisht papilës;
- Thellësia e shqyrtuar duhet të jetë 2 mm ose më pak;
- Nuk duhet të ketë gjakderdhje.
- Nuk duhet të ketë rritje ndjeshmërie, sidomos në rrënjë;
- Duhet të ketë ulje të dukshme ndjeshmërie;
- Të jepet ngjyrim i pranueshëm në krahasim me indin;
- Të jepet kontur estetik.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Grafti i indit lidhor subepitelial

Ndërmjet grafteve jo me pendukul, graftet e gingivës së lirë janë të mirëpërcaktuara që të rrisin shkallën e gingivës së keratinizuar, dhe kështu, mund të parandalojnë progresionin e recesionit gingivar. Gjithsesi, ky lloj grafti i lirë nuk jep rezultate të kënaqshme dhe të parashikueshme në mbulimin e rrënjës me ind, siç përshkruante Rateitschak dhe të tjerë (1979) (63).

Autori i parë që përshkroi graftin gingivar të lirë si procedurë kirurgjikale për mbulimin e rrënjës me ind ishte Miller (1985). Megjithatë, për shkak të vështirësisë së madhe të mbulimit dhe një tendence të lartë të mospërputhshmërisë së ngjyrës me indet, kjo teknikë nuk është shumë treguese kur qëllimi kryesor i kirurgjisë është mbulimi i rrënjës (GLOOVER, 2004).

Realizimi i teknikës së graftit gingivar të lirë para pozicionimit koronar në zonat me sasi të pamjaftueshme të gingivës së keratinizuar rriti parashikimin për mbrojtjen e rrënjës (BERNIMOULIN dhe të tjerë, 1975; Mendes dhe të tjerë, 1997). Megjithatë, ishte akoma e nevojshme të ndërmerreshin dy hapa kirurgjikalë për të arritur qëllimin përfundimtar, gjë që bëri që studiuesit të përmirësonin teknikat ekzistuese në mënyrë që ta kryenin mbulimin vetëm me një teknikë të parashikueshme kirurgjikale. Kështu, në literaturë kanë hyrë procedura të reja, duke qenë se kemi rezultate më të kënaqshme kur përdorim graftet e indit lidhor subepitelial të vetë pacientit (Bouchard, 1994; Harris, 1992; Harris, 2002; LEE dhe të tjerë, 2002; Nelson, 1987; PAOLANTONIO, 1997; RAETZKE, 1985).

Në vitin 1985, Langer dhe Langer kanë prezantuar teknikën e graftit për indin lidhor subepitelial për mbulimin e rrënjëve. Ky trajtim kirurgjikal mund të përdorej në recesione të izoluar ose të shumëfishta, duke përcaktuar sasinë e gingivës së keratinizuar që duhet për zhvendosjen anësore të lembos, e cila nuk ishte e mjaftueshme në recesione të mëdha dhe të izoluar, kur kishte recesione të shumëfishta që tregonin dështim ose jo të gingivës së keratinizuar, dhe kur kishte recesion në zonën fqinjë pa dhëmbë.

Grafti i indit lidhor subepitelial ka disa variante teknikash. Njëra prej tyre është teknika e zarfit, e përshkruar nga Raetzke (1985), në të cilën zona ku do të vendoset grafti bëhet pa prerje.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Kështu, Nelson (1987) krijoi teknikën e graftit për indin lidhor me subpendikular, që përdor një pendukul në graftin e indit lidhës, duke rritur më tej furnizimin me gjak në indin e dhuruesit.

Rigjenerimi i udhëzuar indor (GTR)

Në vitin 1976, Melcher pa se qelizat mezenkimale të pandryshuara, ishin të afta të formonin një kockë të re, cement të ri dhe ligament të ri periodontal, duke qenë prezente në ligamentin periodontal, gjë që përcaktonte kapacitetin rigjenerues të indit lidhor.

Në të njëjtin vit, pati studime të tjera që e mbështetën këtë koncept të ri, siç është studimi i Caton dhe Zander (1976), të cilën provuan se indi epitelial kishte një shpejtësi në rritje në fazat e para të shërimit, dhe, kur ka për qëllim familjarizimin e aparatit të ri ngjitës, do të ishte e nevojshme ta ndalonte këtë shumim në një formë apo në një tjetër.

Bazuar në këtë hipotezë të re, Feingold dhe Chasens (1977) propozuan përdorimin e pengesës fizike duke përdorur të bardhën e syrit të njeriut në trajtimin e kockave defektoze, duke arritur në konkluzionin se materiali i përdorur në studimin e tyre ishte i aftë të luante rolin pengues ndaj depërtimit të epitelit gjatë procesit të shërimit, si dhe që do ta ruante mpiksjen e gjakur të stabilizuar.

Shkurtimisht, teoria në të cilën bazohet teknika e rigjenerimit të udhëzuar të indit, konsiston në faktin që qeliza specifike gjenerojnë inde kockore specifike. Sipas Carranza-s (2007), pasqyra e të dhënave periodontale për periudhën nga 6 deri në 8 javë, i lejon indet të rriten ngadalë drejt koronares. Në këtë mënyrë është e mundur që osteoblastet, fibroblastet dhe cementoblastet ta mbulojnë këtë plagë dhe të formojnë një aparat të ri ngjitës periodontal në sipërfaqen e prekur më parë të rrënjës së mbuluar me ind.

Në vitin 1982, Nyman dhe të tjerë,(64), bënë një studim në të cilin ata prezantuan studimin e rigjenerimit të indit kockor të udhëzuar, duke theksuar se procedura konsiston në vendosjen e një barriere fizike midis lembos dhe sipërfaqes së rrënjës për të parandaluar kontaktin e epitelit dhe indit lidhor me zonën që duhet riparuar me anë të përdorimit të barrierës, që përbëhet nga

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

membrana një material i kompozuar nga acetat celuloze, dhe që rezulton në rigjenerim të cementit dhe indit alveolar, dhe ligamentit periodontal që i bashkohet rrënjës.

Në vitin 1986, Gottlow dhe të tjerë, kryen një studim mbi GTR bazuar në teorinë e përmendur më parë nga Nyman dhe të tjerë (1982), duke përdorur kështu, membrana të gjëra polytetrafluoroetilene (e-PTFE). Bazuar në të dhënat e mbledhura, autorët arritën në konkluzionin se kishte një rënie statistikisht të ulët në nivelet e ngjitjes periodontale. Fogazzotto (1995) dhe Buser dhe të tjerë, (1993) i konfirmuan këto rezultate duke propozuar se membranat e e-PTFE mund të konsideroheshin "standard i artë" për rigjenerimin periodontal.

Nga këto studime, nisi kërkimi për materialet që mund të përdorehin si barrierë për membranën dhe që në të njëjtën kohë ishin efçiente dhe biokompatibël. Kështu, fillimisht u propozua përdorimi i membranave jo-absorbuese, për të cilat nevojitej një kirurgji e dytë për heqjen e tyre (që bëhej nga 4 deri në 6 javë pas kirurgjisë së dytë) dhe që çonte në zhvillimin e membranave absorbuese, që mund të rezultonte më e përshtatshme me të njëjtin rezultat klinik (WANG; McNEIL, 1998). Ky kërkim u krye me anë të testeve të ndryshme të membranave absorbuese me materiale të ndryshme kolagjeni (BLUMENTHAL, 1988; PITARU, 1987), acid polilaktik, Vikril (FLEISHER, 1988), lëkurë sintetike (FLANARY, 1991).

Disa studime që janë bërë lidhur me përdorimin e periosteumit autogjen si membranë. Lekovic dhe të tjerë (1990) e përdorën periosteumin në defektet e Gradës së II-të.

Përdorimi i teknikës së rigjenerimit të udhëzuar të indit për mbulimin e rrënjës u propozua nga Tinti dhe Vicenzi (1990), (65), të cilët i përshkruan mundësitë e riparimit të indit ndryshe nga teknika e vendosjes së graftit gingivar, i cili, në të kundërt, u krijua nga formimi i epitelit bashkues në sipërfaqen e rrënjës.

Në vitin 1993, Cortellini dhe të tjerë, u morën me monitorimin e dhëmbit me recesion për t'u trajtuar me GTR, duke patur si qëllim mbrojtjen e rrënjës. Një membranë jo-absorbuese u përdor në procedurën kirurgjikale, e cila u hoq pas 4 javësh. Pas 5 muajsh, dhëmbi u hoq, dhe u ekzaminua klinikisht dhe histologjikisht. Ishte e mundur të kontrollohej prezenca e mbulimit të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

rrënjës prej 4 mm, me prezencën prej 3 mm të gingivës së keratinizuar dhe mbushjen e re konjunktive prej 3.66 mm, me një formim të ri cementi prej 2.48 mm dhe 1.84 mm kockë e re.

Përsa i përket kohëzgjatjes dhe efektivitetit të teknikës GTR, mund të përmendet një punë e përshkruar nga Scabbia dhe Trombelli (1998). Autorët vlerësuan parametrat klinike, siç ishte lartësia e recesionit, sasia e gingivës së keratinizuar dhe niveli i mbushjes në një kohëzgjatje prej 4 vitesh, duke treguar kështu që rezultati mbetej i stabilizuar. Autorët vëzhguan në mënyrë paralele pacientët duhanpirës, duke vënë re se edhe duhanpirja ndikonte në rezultat.

Rigjenerimi i udhëzuar indor (GTR) +graft kockor

Përdorimi i grafitit kockor lidhur me procedurat për rigjenerimin e kockës, me anë të membranës dhe kockës, u propozua së pari nga Rosetti dhe të tjerë (2000) (66), i cili përdori kockë të gatshme (graft kockor të parafabrikuar) poshtë membranës së gatshme për mbulimin e kockës dhe krahasohet me ‘coating’, pra veshjen dhe rigjenerimin e plotë indor. Gjetjet e këtij zbulimi treguan se kur përdoret grafti GTR për trajtimin e recesionit të lezimeve të gjera, sasia e mbulimit të rrënjës me ind dhe gingivës së keratinizuar rritet në mënyrë të ndjeshme statistikore. Nga ana tjetër, lidhja midis GTR dhe grafitit kockor rezultoi në një thellësi më të madhe sipas informacionit postoperativ. Gjithashtu, Al-Hamdan dhe të tjerë, (2003), duke vlerësuar në një meta-analizë prej 40 parametrash, në të cilat ata kishin raportuar përdorimin e GTR-së dhe graftin kockor për mbulimin e rrënjës, treguan se ky trajtim është më efektiv sesa grafti konjunktiv në mbulimin subepitelial të rrënjës dhe gingivës së keratinizuar.

Për bashkimin e membranave me draftin kockor, Dodge dhe të tjerë, (2000) kryen një studim në të cilin ata krahasuan dy grupet e trajtuara klinikisht me GTR për mbulimin e rrënjës, për të cilin është kombinuar drafti kockor me një membranë të absorbueshme (klasa III e recesionit) dhe tjetra me të njëjtën membranë (klasa II e recesionit), duke demonstruar rritjen e potencialit me tejkalimin e normës nga 75% për grupin I, në 90% për grupin II.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Nevoja e përdorimit të kombinimit të 2 teknikave (*rigjenerimi i udhëzuar indor (GTR) +graft kockor*) doli si pasojë e rezultateve jo të suksesshme në trajtimin sidomos të recesioneve të klasës së III-të. Një rast që nuk qe shumë i suksesshëm vetëm me përdorimin e teknikës GTR u publikua nga Harris (2001). Në këtë rast, u vërtetuan 4 dhëmbë me recesion gingivar të trajtuar me anë të teknikës GTR, duke qenë se shanci i suksesit për mbulimin e rrënjës qe nga 16% deri ne 50 %. Duke u bazuar në këto rezultate, autori arriti në konkluzionin se trajtimi nuk përputhej me rigjenerimin në vetvete.

Në vitin 2002, Wang dhe të tjerë, përcaktuan se bashkimi i membranës dhe graftit kockor në trajtimin e recesionit gingivar ka përmiresuar mbulimin e rrënjës, ku në 93.4% të rasteve u krahasua vetëm me trajtimin e membranës.

Në vitin 2005, Trombelli dhe të tjerë, kanë vlerësuar stabilitetin afatgjatë në trajtimin e recesionit gingivar me GTR dhe graft kockor, që ka shfaqur shumë pak ndryshime në rezultatet e 6 muajve post-operativisht, por pas kësaj periudhe, virtualisht, rezultatet kanë mbetur të pandryshuara edhe pas 4 vitesh kontrolli.

Në mënyrë të përmblëdhur skema e trajtimit të recesionit paraqitet në figurën 4-4-47:

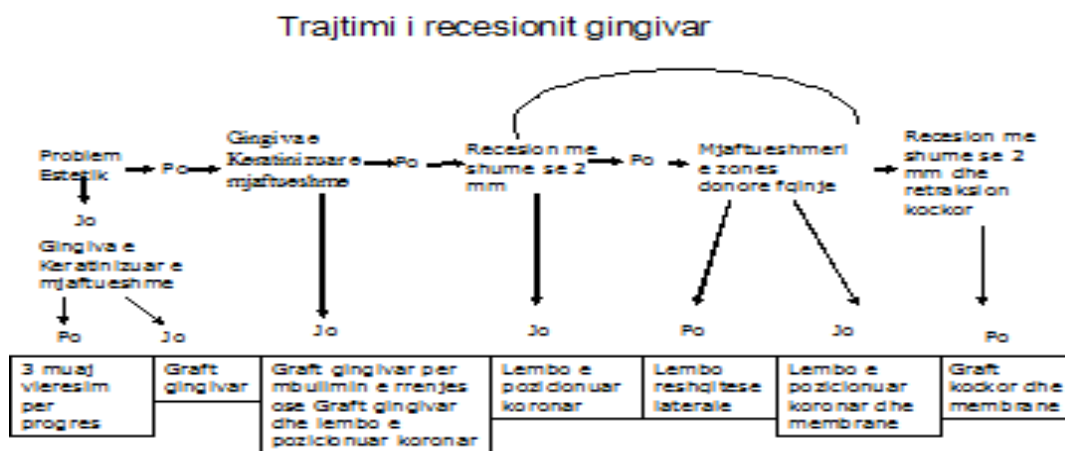


Figura 4-4-47: Skema e trajtimit te recesionit gingivar

5. Qëllimi i studimit

Recesioni gingivar në formën e tij të lokalizuar apo të përgjithësuar është një situatë e padëshirueshme e cila rezulton në ekspozim të rrënjëve. Disa teknika të ndryshme janë përshkruar në mënyrë për të mbuluar sipërfaqen e ekspozuar të rrënjës, dhe për të rritur dimensionet e indeve të keratinizuara në defektet e recesionit gingivar.

Hipoteza O: Përdorimet e graftit të kockës artificiale dhe membranës në defektet e recesionit gingivar të klasës së II-të dhe të III-të sipas Miller nuk janë metodat më efektive të trajtimit të këtyre defekteve.

Hipoteza alternative: Përdorimet e graftit të kockës artificiale dhe membranës në defektet e recesionit gingivar të klasës së II-të dhe të III-të sipas Miller, janë metodat më efektive të trajtimit të këtyre defekteve.

Në këtë punim shkencor **qëllimi i studimit** është: të vërtetohet suksesi i përdorimit të kockës artificiale dhe membranës në defektet e recesionit gingivar të klasës së II-të dhe të III-të.

Duke e parë në këtë këndvështrim **objektivat e studimit** tonë janë:

1. Të bëjmë trajtimin e recesionit të klasës së II-të sipas Miller me përdorimin e membranës së rezorbueshme.
2. Të bëjmë trajtimin e recesionit të klasës së III-të sipas Miller me përdorimin e membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale.
3. Të bëjmë krahasimin e parametrave klinikë të recesionit gingivar midis 2 grupeve (të trajtuar dhe të patrajtuar).
4. Të vlerësojmë rezultatin e shërimit të recesionit apikal pas 3 javësh, 3 muaj, 6 muaj dhe 9 muaj pas ndërhyrjes kirurgjikale.

6. Materiali dhe metoda:

Studimi është i tipit prospektiv. Studimi është kryer pranë Klinikës Stomatologjike Universitare dhe klinikave tona private, për një periudhë kohore 2008-2012.

Si material studimi u përzgjedhën 60 pacientë të moshës nga 25 – 55 vjeç (mosha mesatare 39.5 vjeç), nga këto 27 meshkuj dhe 33 femra. Fillimisht, u panë 827 pacientë, dhe prej këtyre vetëm 60 i përmbushën të gjitha kërkesat për pjesëmarrjen në këtë studim.

Diagnoza: Recesion të klasës së II-të dhe të III-të sipas Miller.

Tek të gjithë pacientët kemi diagnostikuar **recesion mukogingivar** në bazë të kriterëve dhe tek të gjithë ekzistonte indikacioni absolut për ndërhyrjen kirurgjikale, ku ne përzgjedhëm:

- a) përgatitjen e lembos me trashësi të plotë deri në bashkimin mukogingivar dhe kjo është bërë në mënyrë që të mbulojë membranën në vendin e defektit, në të njëjtën kohë me mbulimin e sipërfaqes së zhveshur të rrënjës;
- b) vendosjen e membranës së rezorbueshme tek defektet e klasës së II-të dhe vendosjen e membranës së rezorbueshme + graft të kockës artificiale tek defektet e klasës së III-të;
- c) suturimin e lembos dhe kujdesi postoperativ.

Pacientët u ndanë në 2 grupe të barabarta: në studimin tonë u përfshinë 30 pacientë si grup studimi dhe trajtimi dhe 30 pacientë si grup kontrolli, të përshtatur sipas gjinisë dhe moshës për të eliminuar bias-et. Rezultatet janë analizuar dhe përpunuar në bazë të metodave statistikore.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Pacientët janë kontrolluar në javën e 3-të, muajin e 3-të, muajin e 6-të, dhe muajin e 9-të pas intervenimit kirurgjikal.

Për secilin grup, u ndoqën kritere të para përcaktuara më parë nga autorë të huaj që kanë kryer studime të ngjashme klinike dhe investigative.

Kriteret përfshirëse për pacientët në studim:

- Pacientë me shëndet të përgjithshëm të mirë, pa ndonjë sëmundje sistematike .
- Dhëmbë anteriore, posteriore maksilarë dhe mandibularë me defekte mukogingivare sipas klasifikimit të Miller (klasa e II-të ose e III-të).
- Dhëmbët e përzgjedhur ishin vitalë, të rreshtuara në rregull në hark, pa trauma nga okluzioni.
- Jo dhëmb të shoqëruar me atricion, abrazion, dhe erozion.
- Jo dhëmbë me lëvizshmëri të gradës së II-të dhe III-të.

Kriteret përjashtuese për pacientët në studim:

- Pacientë që demonstrojnë higjenë orale jo të mirë gjatë periudhës prekirurgjikale apo që nuk shfaqin kontroll të mirë të pllakës.
- Gratë shtatëzëna dhe në periudhë laktacioni.
- Duhanpirësit.
- Pacientët që marrin doza të larta të kortikosteroideve mund të kenë të ulur rezistencën ndaj stresit që shoqëron ndërhyrjen.
- Pacientët me sëmundje tumorale.

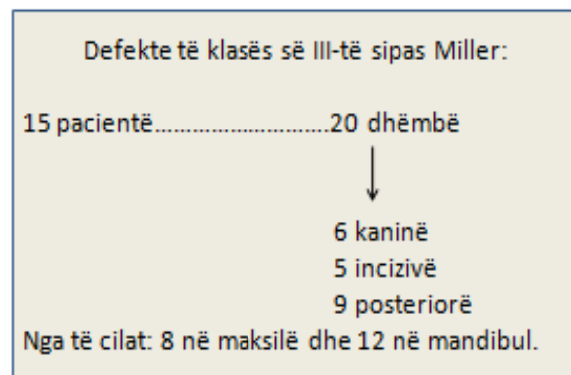
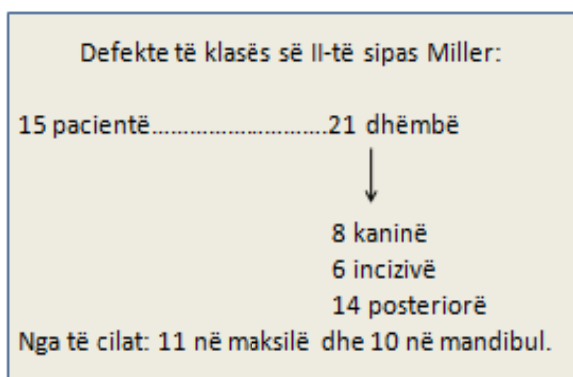
U përjashtuan këtu pacientët duhanpirës, gratë shtatëzëna, përdoruesit e medikamenteve antikonvulsante ose anti-hipertensivët dhe individët me gjëndje sistematike, pasi mund të interferojnë me shërimin e plagës.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

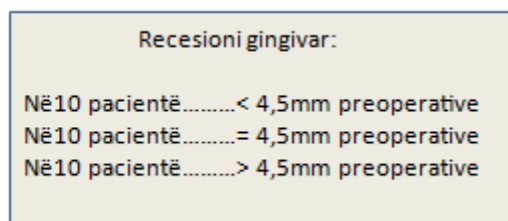
Në grupin e parë të studimit (30 pacientë: 12 meshkuj dhe 18 femra), u përfshinë pacientët tek të cilët u aplikua ndërhyrja kirurgjikale paradontale.

Në grupin e dytë të kontrollit (30 pacientë: 15 meshkuj dhe 15 femra), u përfshinë pacientët tek të cilët nuk u aplikua asnjë ndërhyrje kirurgjikale paradontale.

Grupi i parë i studimit (30 pacientë): u nda sipas klasës së defektit të recesionit gingivar në 2 nëngrupe të tjera:



Grada e recesionit gingivar tek pacientët ishte:



Të gjithë pacientët e kanë lexuar protokollin dhe e kanë firmosur. Tek të gjithë pacientët është bërë përpunimi paraoperativ duke përfshirë analizat laboratorike ,vizitat rutinore stomatologjike

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

dhe radiografitë përkatëse (përdorimi i radiografisë shërben për të parë : sasinë e kockës prezente; gjendjen e kreshtës alveolare, humbjen e kockës në furkacion, gjerësinë e ligamentit periodontal; faktorët lokalë: kalkula, mbushje të varura; raportin koronë/rrënjë.

6.1. Metodat e përdorura në studim:

Sekuënca e ngjarjeve

1. Historia mjekësore
2. Testimi objektiv
3. Analiza e të dhënave të mbledhura – diagnoza klinike
4. Plani i veprimit.

1. Historia mjekësore

- Protokolli apo pyetësi i shkruar mjekësor
- Medikamentet
- Alergjitë
- Diabeti
- Shtatëzania
- Konsultimi i shkruar nga mjekë të tjerë nëse kërkohet.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

2. Testimi objektiv

Ekzaminimi

- Thellësia sonduese
- Gjendja indore
- Kontrolli i pllakës
- Okluzioni
- Lëvizshmëria e dhëmbëve
- Recesioni.

Për çdo pacient është ndjekur ky protokoll i caktuar pune. Fillimisht pacientit i merren gjeneralitetet e përgjithshme dhe anamneza. Nëpërmjet saj informohemi për ndonjë sëmundje të përgjithshme apo alergji, si edhe për gjendjen e parodonciumit. Të gjitha këto të dhëna përmbledhen në kartelën përkatëse, ku për secilin pacient para intervenimit bëhet plotësimi i pyetësorit si më poshtë (fig. 6-2-48):

Protokolli:			
Emri dhe mbiemri	_____		
Viti i lindjes	_____		
Vendbanimi	_____		
Gjinia		M	F
Gjendja e përgjithsme	E mirë:	Po	Jo
Diagnoza e sëmundjes		Po	Jo
Analizat laboratorike		Po	Jo
Analiza e Rtg		Po	Jo
Statusi stomatologjik:			
Motivimi i pacientit		Po	Jo
Higjiena orale	E mirë	E dobët	
Gjendja e parodonciumit	E mirë	E dobët	
Prezenca e anomalive		Po	Jo
Ndryshimet patologjike në kockë		Po	Jo
Abrasioni		Po	Jo
Trauma		Po	Jo
Grada e recesionit	<4,5mm; =4,5mm; >4,5mm;		
Recesion i klasës (Miller)	I-rë; II-të; III-të; IV-tërt;		

Figura 6-2-48: Kartela individuale për secilin pacient

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

3. Analiza e të dhënave të mbledhura – diagnoza klinike

Si metoda për vendosjen e diagnozës u përdorën:

Parametrat klinikë

Kriteret e mëposhtme klinike janë shënuar duke përdorur sondën milimetrike periodontale , ku kodi i sondës është: sonda ka banda të zeza; secila bandë është 3mm në gjatësi (fig. 6-2-49).

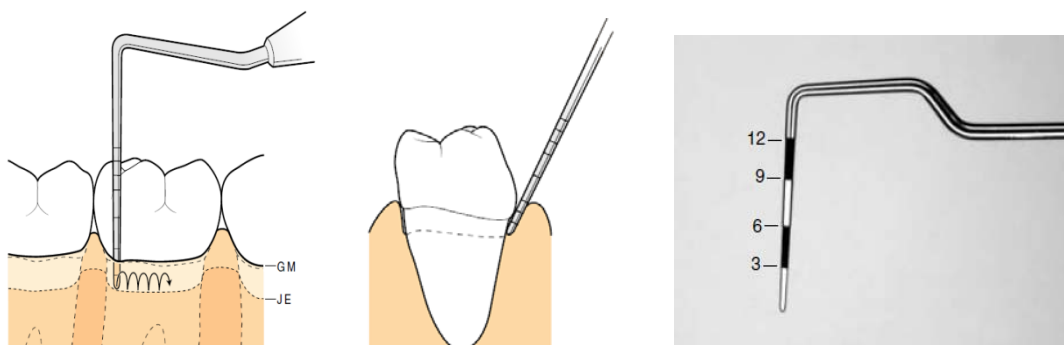


Figura 6-2-49: Kodi i instrumentit sondues

Parametrat klinikë që ne vlerësuam ishin:

1. Shkalla e recesionit

Ana e recesionit u përfaqësua me një zonë imagjinare trekëndore me bazën e saj drejt bashkimit cementsmalt (CEJ) dhe apeksin drejt aspektit mesfacial të gingivës marginale. Zona e recesionit ishte llogaritur duke përdorur formulën **Zona e recesionit** = $\frac{1}{2} \times \text{baza} \times \text{lartësi}$.

2. Gjërësia e indeve të keratinizuara

Gjërësia e indit të keratinizuar përfshin gingivën e lirë dhe të atashuar nga gingiva marginale në linjën mukogingivare. Linja mukogingivare u krijua si një pikë referimi për identifikimin vizual të bashkimit midis gingivës së keratinizuar dhe të atashuar dhe mukozës së lëvizshme alveolare në të gjithë pacientët.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

3. Përqindja e mbulimit të rrënjës

Për të përcaktuar përqindjen e mbulimit të rrënjës, ne përdorëm formulën e raportuar në vitin 2003 nga Harris, të përcaktuar si më poshtë:

$$\% \text{ e mbulimit} = \frac{[\text{recesioni fillestar}] - [\text{recesion përfundimtar}]}{[\text{recesioni fillestar}]} \times 100$$

recesioni fillestar

(Thellësia e recesionit gingivar: Rezultati është matur vertikalisht si distanca nga bashkimi cementsmalt në marginon gingivare).

Të gjitha parametrat u regjistruan para ndërhyrjes kirurgjikale, pas 3 javësh, 3 muaj, 6 muaj dhe 9 muaj, në pasqyrën e kartelës së pacientit (fig. 6-2-50).

Shkalla e recesionit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gjërësia e indeve të keratinizuar										
Përqindja e mbulimit të rrënjës										

Facial



Lingual



Figura 6-2-50: Pasqyra e kriterëve

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

4. Plani i veprimit

Plani i përgjithshëm i trajtimit

- Faza primare
- Faza I e terapisë
- Ri-vlerësimi
- Faza II e terapisë– (kirurgjikale)
- Faza III e terapisë– (terapi mbështetëse periodontale).

Plani i përgjithshëm i trajtimit: faza paraprake, për të trajtuar çdo situatë akute. Gjëja e parë që pyesim, është ajo që i solli pacientët në kabinetin tonë, ankesa kryesore, shumë herë një problem nuk duhet të injorohet. Gjëja e parë është faza paraprake, për të lehtësuar pacientin nga dhimbja. Pastaj ne të shkojmë në fazën e I-rë të terapisë, trajtimin e sëmundjes periodontale, planifikimin, sondimin. Për të patur situatën periodontale nën kontroll, më shumë se kaq, do të mund të kryen kontrollet mbi karieset apo problemet pulpore. Duhet të kryhen rregullimet okluzale, si edhe ekstraksionet e molareve të tretë. Ka shumë gjëra që mund të vijnë deri në fazën e I-rë të terapisë. Përpiqemi për të trajtuar faktorë të ndryshëm etiologjikë. Lihet pacienti 2-4 javë pas terapisë fillestare, për të riardhur përsëri dhe për të përsëritur të gjithë ekzaminimin periodontal. Qëllimi është që të shohim nëse e kemi kontrolluar sëmundjen apo jo. Kalohet në fazën e II-të të terapisë që referohet si fazë e trajtimit kirurgjikal periodontal. Faza e III-të është faza e ruajtjes periodontale. Faza e III-të vjen sa më shpejt që ne ri-vlerësojmë pacientin.

Shpjegimi i planit të trajtimit pacientit: i shpjegojmë pacientit planin e përgjithshëm të trajtimit që ne kemi vendosur për të.

Specifikat në shpjegim për:

- Problemin

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

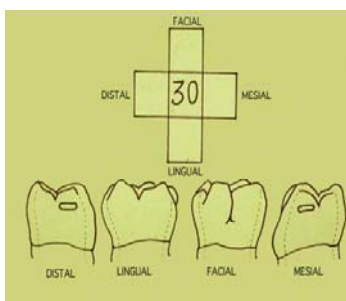
- Trajtimin
- Prognozën
- Ruajtjen e rezultatit.

Nuk i thuhet pacientit që dhëmbët janë pa shpresë. I tregojmë problemin, trajtimin e rekomanduar dhe alternativat e mundshme, nëse ka të tjera alternativa të arsyeshme, prognozën e mundshme, me ose pa trajtim. Duhet ti shpjegojmë gjithashtu konceptin e ruajtjes së rezultatit. Meqë pacienti ka probleme periodontale, kujdesi duhet të jetë për gjithë reston e jetës, jo vetëm pasi ka bërë terapinë fillestare.

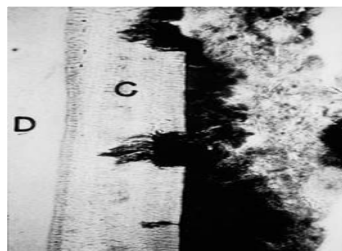
Të gjithë pacientët tanë u informuan rreth procedurës dhe pëlqimi është marrë me gojë para trajtimit.

Faza e I-rë e terapisë

Bëjmë largimin e depozitimeve të forta dhe të buta në mënyrë që këto depozitime të mos ndikojnë në ecurinë e shërimit të plagës (fig. 6-2-51).



Kontrolli i pllakes në 4 sipërfaqet e dhembit



Fotomikrografia e kalkulave të zhytura në cement. Prandaj lemimi i rrenjes është i nevojshëm për të hequr këto kalkula të zhytura.

Figura 6-2-51: Kontrolli i kalkulave

Për këtë arsye bëhet kyretazhi. Fjala kyretazh përdoret në periodonti me kuptimin e skrapimit (heqje e skrapit) të murit gingivar në xhepin periodontal, për ta pastruar nga indet e buta të inflamuara. Kyretazhi heq shtresat e indeve të buta të xhepave periodontale, me qëllim

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

eliminimin komplet të bakterieve dhe indeve të sëmura. *Kyretazhi prekirurgjikal*: përdoret në pacientët tek të cilët plani i trajtimit përfshin evidencën që do të përdoret një fazë kirurgjikale.

Faza e II-të e terapisë (kirurgjikale)

Së pari e rëndësishme është *asistenca kirurgjikale*.

Duhet të zotërohen njohuri dhe aftësi mbi:

- Vlerësimin dhe monitorimin e pacientit
- Instrumentat përkatëse (fig. 6-2-52)
- Asepsinë kirurgjikale
- Procedurat kirurgjikale
- Teknikat për kontrollin e dhimbjes.



Figura 6-2-52: Instrumentari i nevojshëm

Përshkrimi i teknikave kirurgjikale:

Të gjitha ndërhyrjet janë kryer me anë të anestezisë lokale. Në këtë punim janë përdorur anestetikët lidokainë me adrenalinë 1:100000. Pas aplikimit të anestetikut pacientit i është pastruar hapësira orale me antiseptik oral stomatidin.

Lembot mukoperiostale kanë qenë të formës trapezoidale me bazë të gjërë për të patur një fushë të qartë të punës. Një prerje sulkulare është bërë në aspektin e bukal te dhëmbit të përfshirë, duke përdorur bisturi gingivare me lamë të inklinuar 5° (fig. 6-2-53). U bënë 2 prerje oblike vertikale

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

në mënyrë që një trapezoid i kombinuar me një lembo të plotë në trashësi të mund të ngrihet përtej bashkimit mukogingivar. Regjioni i infiltruar i recesionit u bë me pozicionim trapezoid, siç që përshkruar në vitin 1992 nga Tinti dhe të tjerë,(67), që konsistonte në një prerje tangente horizontale të bashkimit cement-smalt të dhëmbit duke bashkuar 2 qepje të tërthorta në divergjentin apikal, në mënyrë që të ruheshin papilat interproksimale.

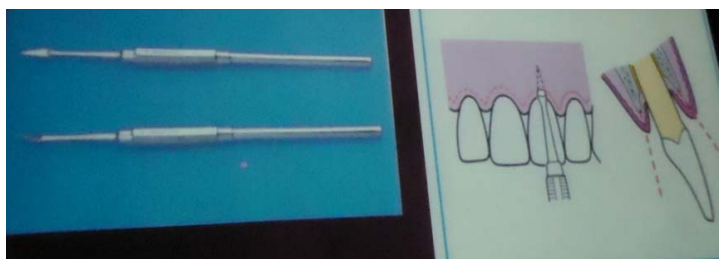


Figura 6-2-53: Përdorimi i lamës

Papila interdentare u ruajt për mbulimin më të mirë të materialit interproksimal. Lembo me trashësi të plotë ishte e kufizuar deri në 3 deri 4 mm përtej kreshtës kockore marginale. Një lembo e vazhduar me trashësi parciale u zgjerua apikalisht në vestibulum, në mënyrë që lembo të mund të ripozicionohet saktësisht sa më shumë të jetë e mundur koronarisht. Më pas, lembo ngrihet totalisht përafërsisht 3 mm nga korona, duke ekspozuar kështu sipërfaqen e rrënjës dhe kockën alveolare. Sipërfaqja e rrënjës u pastrua tërësisht duke përdorur kyretë. Në rastet kur kishte ind kockor granular hiqej me ndihmën e kyretave no. 2, 3 dhe 4. Për 3 minuta rrënja u trajtua me tampona të vazhdueshme të lagura me solucion fiziologjik, duke ushtruar presion të lehtë me kompresë dhe garzë të njomur, në mënyrë që të sigurohet kontakt intim i materialit të graftit me sipërfaqen e rrënjës.

Në **grupin e parë** të pacientëve me defekt të recesionit të klasës së II-të të Miller, është aplikuar vendosja e membranës resorbuese, pra aplikua teknikën e *Rigjenerimit të Guiduar Indor (GTR)*.

Në tregun tonë dentar furnizues ndër membranat e rezorbueshme më të mira është materiali *Angiopore*, i përdorur gjërësisht edhe në praktikat botërore.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Funksionaliteti i angiopore: membrana Angiopore selektive e depërtueshme nxit formimin e kockës në një mënyrë të veçantë. Nga njëra anë, struktura fibroze kompakte mbrojnë shtimin e indit lidhor, kështu që kocka ka kohë të mjaftueshme për vetërigjenerim. Nga ana tjetër, "angiopores" mikro-fibrilare shërben si një 'guide' për infiltrimin e enëve të gjakut, kështu që rigjenerimi i kockës mbështetet edhe nga ana e membranës.

Membrana angiopore me një trashësi 0,3-0,5 mm (fig. 6-2-54), me funksion barriere prej përafërsisht 4 deri në 5 javë, është veçanërisht e përshtatshme për pacientë të rinj me shërim të mirë të plagës:

- në kombinim me materiale të kockave autogjenike ose alogjenike,
- për shtime të vogla anësore dhe defekte të kockave,
- me periostum të paprekur
- për mbulimin e mukozës së shpuar të hundës.

Membrana angiopore me 0,6-0,8 mm trashësi me funksionin barriere të zgjatur përafërsisht 6-7 javë është veçanërisht i përshtatshëm për trajtimin e pacientëve të moshuar:

- kur përdoren materiale kocka sintetike
- për shtime të mëdha
- në rast se është dëmtuar periostumi.

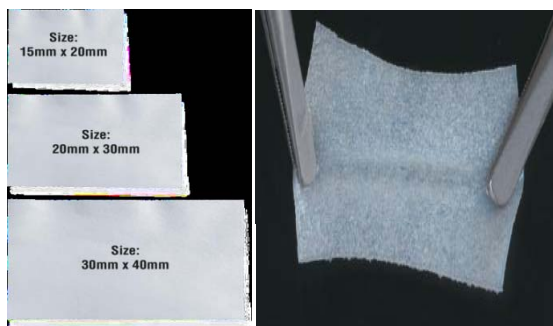


Figura 6-2-54: Dimensionet e membranës angiopore

Membrana angiopore është një matriksë e resorbueshme e kolagjenit që merret nga lloji I dhe III i kolagjenit dermal të gjedhit. Bazuar në teknologji të specializuar, membrana ka fleksibilitet, por

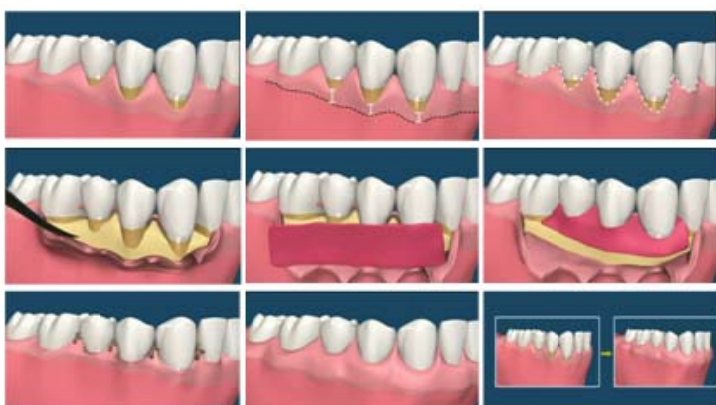
Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

gjithashtu ruan një profil të përshtatshëm resorbimi për procedurat që kërkojnë një kohë më të gjatë resorbimi, të tilla si procedura e quajtur Ripërtëritja e Guiduar Kockore (GTR). E rëndësishme është që kjo membranë është gjithashtu e dizenuar që të jetë biokompatible dhe në mënyrë efektive të përjashtojë qelizat e padëshirueshme të indeve të buta në vendin e defektit.

Membrana angiopore është menduar për përdorim në procedurat orale kirurgjikale si një material membrane e rezorbueshme në aplikimet e mëposhtme:

- Defektet peri-implantare, në xhepat e ekstraksioneve të menjëhershme apo të vonuara
- Shtim i lokalizuar i kreshtës
- Rindërtim i kreshtës alveolare
- Plotësim i defekteve kockore
- GTR në defekte dehiscence
- GTR në defekte periodontal.

Fazat e terapisë së GTR-së në mënyrë skematike paraqitet në figurën 6-2-55:



Procedura e vendosjes së membranës në recesionin mukogingivar

Figura 6-2-55: Recesioni dhe GTR

Në figurën 6-2-56, paraqitet skematikisht defekti i recesionit mukogingivar.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)



Figura 6-2-56: Defekti i recesionit

Në figurën 6-2-57, paraqitet skematikisht se si përgatitet lembo dhe membrana izolon defektin, kështu kocka ka kohë të shërohet.

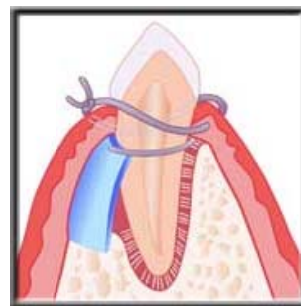
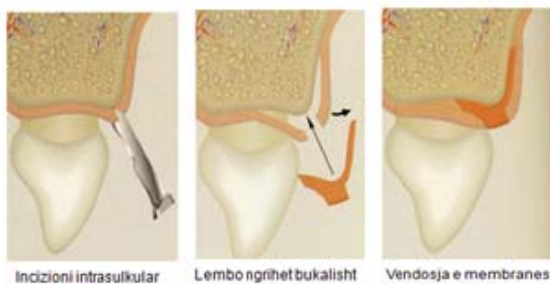


Figura 6-2-57: Vendosja e membranës

Në figurën 6-2-58, paraqitet skematikisht formimi i kockës së re, ndërsa membrana shkrihet.

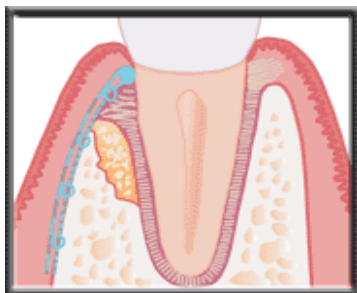


Figura 6-2-58: Formimi i kockës së re

Në figurën 6-2-59, paraqitet skematikisht shërimi final.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

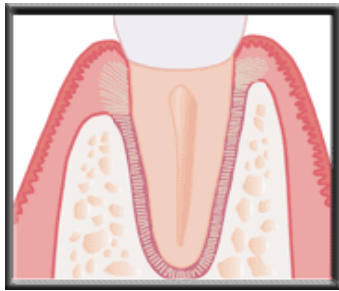


Figura 6-2-59: Shërimi final

Në **grupin e dytë** të pacientëve me defekt të recesionit të klasës së III-të të Miller, është aplikuar kocka artificiale së bashku me membranën resorbuese.

Graftimi i kockës krahas vendosjes së membranës është e nevojshme kur krahas defektit mukogingivar ka prekje edhe të kockës alveolare (fig. 6-2-60).

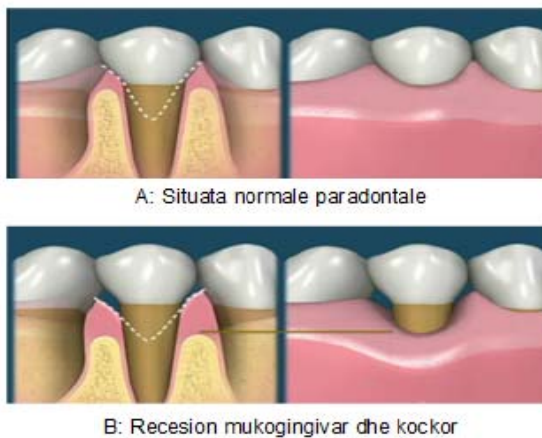


Figura 6-2-60: Situata e recesionit kompleks

Në tregun tonë dentar furnizues ndër kockat artificiale më të mira është materiali *Ossceram nano*, i përdorur gjërësisht edhe në praktikat botërore.

Ossceram nano është plotësisht sintetike, fosfat kalcium i përberë nga:

- 60% hydroxyapatite (HA) dhe
- 40 % β -tricalcium phosphate (β -TCP).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Regjenerimi kockor realizohet pikërisht nga kjo përbërje minerale, me morfologji analoge me kockën dhe karakteristika rezorbuese.

Ndërsa β -TCP shfaq organizim të shpejtë kockor dhe zëvendësohet nga kockë e re e sapoformuar. Brenda një periudhe të shkurtër, përbërja e HA siguron që volumi të mbetet i pandryshuar.

Porositeti i lartë në lidhje me sipërfaqen nano-strukturale stimulon formimin e kockës së re në saj të (fig. 6-2-61):

- Mikroporositetit

Për përhapjen optimale të materialeve biologjike dhe shkëmbimin e shpejtë jonik.

- Makroporositetit

Për invazion të shpejtë të gjakut dhe organizim kockor.

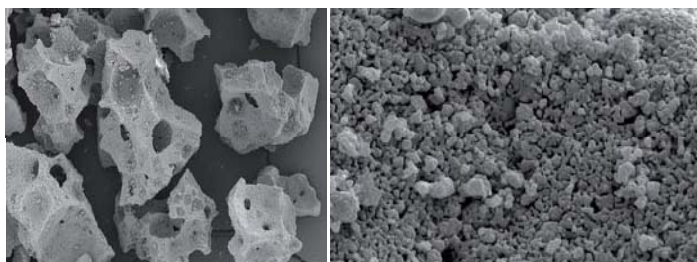


Figura 6-2-61: Mikro- dhe makroporoziteti (magnifikimi 25x)

Struktura nano

Struktura nano qartë e dukshme e sipërfaqes mbështet formimin e kockave dhe kështu krijon parakushte të përsosura për ngjitjen e:

- proteinave të serumit
- fibrave të kolagjenit
- osteoblasteve

Në studimet in-vitro grimcat nano ossceram ishin të kolonizuara pas disa ditësh nga osteoblastet.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Procesi rimodelues i ossceram nano:

Periudha e shërimit - 4 javë

Mund të vërehet formimi i kockës së re, kryesisht duke filluar nga drejtimi basal. Shenjat fillestare të formimit osteoid mund të zbulohen në mes të granulave.

Periudha e shërimit - 8 javë

Materiali i shtuar është integruar plotësisht në indet e forta. Granula individuale shfaqen të zhytura në rrjetën kockore.

Periudha e shërimit - 12 javë

Është arritur integrimi i plotë osteokonduktiv i materialit zëvendësues kockor në kockën mature. Granula individuale janë të rrethuara nga inde kockore të sapo formuara dhe të lidhura me njëra-tjetrën me anë të urave të indeve të forta.

Shërimi periudhën - 24 javë

Shumica e kockës origjinale shndërrohet në kockë lamelare. Degradimi sipërfaqësor dhe zbulimi i lakunave rezorbuese përveç një matrikse kockore lehtësisht të mineralizuar, janë shenja të rimodelimit funksional.

Lehtësia për t'u përdorur:

Pas rehidratimit me

- gjak nga rajoni i defektit
- solucion steril me klorur natriumi apo
- gjak venoz

ossceram nano mund të aplikohet lehtë dhe i sigurtë me instrument të lugët.

Grimcat e rehidratuara të ossceram nano ngjiten në mënyrë të vendosur në lugë.

Pasi ato janë aplikuar, grimcat e ruajnë pozitën e tyre në saj të granulave sferike dhe nuk nevojiten të kondensohen apo shtypen.

Efikasiteti:

Granulat Ossceram nano prodhojnë një matriksë shumë poroze, rigjeneruese:

- Stabilitet vëllimi me tkurrje të ulët fillestare.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Hapësira maksimale për penetrim nga enët e gjakut dhe për rigjenerimin e kockave jetike (vitale).
- Formim i shpejtë dhe i besueshëm i kockave të reja me rimodelim afat-gjatë në kockat vitale.

Radiopaciteti:

Radiopaciteti lejon kontrollin e sigurtë dhe të besueshëm.

Fazat e terapisë së graftit kockor në mënyrë skematike paraqitet në figurën 6-2-62: Recesioni i klasës së III-të Miller, pastrimi i rrënjëve, vendosja e kockës sintetike në defekt, granula e vendosur në defekt dhe pozicionuar mbi pllakën kortikale, suturimi, kocka sintetike stimulon kockën natyrale për tu regjeneruar dhe shërimi.

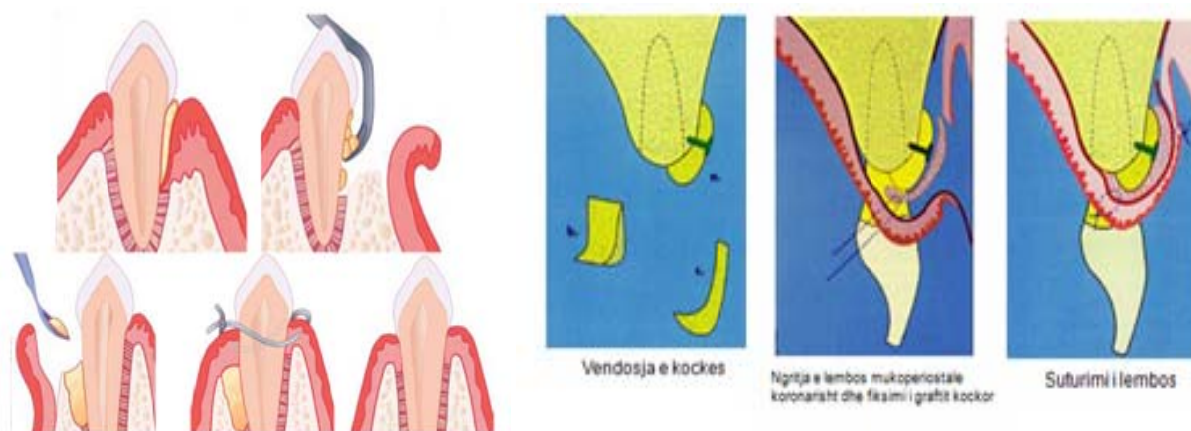


Figura 6-2-62: Graftimi kockor

Pas vendosjes së materialeve (kockë dhe membranë) lemboja mukoperiostale kthehet në vendin e duhur dhe bëhet qepja e lembos mukoperiostale me sutura të ndërprera të llojit resorbues me numër 4.0 (fig. 6-2-63).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

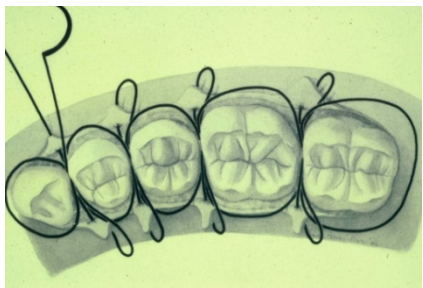


Figura 6-2-63: Sutura e nderprerë

Kujdesi postoperativ

Kontrolli i hemoragjisë

- Një garzë 2 x 2 e palosur vendoset në fushën operatore, për të kontrolluar hemorragjinë, për të inkurajuar formimin e koagulit dhe shërimin.
- Mbahet garza së paku 30 minuta.
- Nëse hemorragjia nuk ndalon, mund të përdoret një medikament anti gjakderdhje.
- Nuk duhet prekur koaguli me gjuhë, apo të shplahet goja me presion.
- Aktiviteti fizik dhe puna e sforcuar duhet të limitohet atë ditë.

Kontrolli i edemës

- Përdorimi i ibuprofenit përpara dhe mbas ndërhyrjes.
- Gjatë 24 orëve të para, aplikohet kompresë me të ftohtë me cikël 20 minuta po dhe 20 minuta jo.
- Mbas 24 orëve të para, aplikohet nxehtësi eksterne në zonën e fytyrës për të rritur qarkullimin e gjakut në inde dhe për të nxitur shërimin.
- Mbas 24 orëve të para, pacienti mund të fillojë të shplajë lehtësisht gojën me solucion kripe të ngrohtë dhe gluconate chlorhexidine 0.12%.
- Medikamenti post-kirurgjik konsiston në jo-steroid anti-inflamator (Nimesulide, 100 mg, 2 herë në ditë, për 3 ditë nga goja).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Kështu, për të gjithë pacientët tanë janë dhënë këshillat apo instruksionet postoperative:

1. Eleminimi i dhimbjeve
2. Mbajtja e materialit në vendin operativ
3. Largimi i ushqimeve të nxehta
4. Përdorimi i akujve në fytyrë
5. Mosshplarja e plagës
6. Shplarja e gojës mbas 1 dite
7. Jo pirjes së duhanit, ndjekja e aktivitetit normal, duke evituar sforcimet
8. Bërja e takimeve të tjera.

Heqja e suturave kur janë vendosur sutura jo të absorbueshme. Pacienti planifikohet të rikthehet për të hequr suturat në ditën e 5-të - 7-të.

Radiografitë kontrolluese vijuese iu janë bërë pas 1, 6 dhe 9 muajve. Po ashtu të gjithë pacientëve iu është shpjeguar rëndësia e mirëmbajtjes së higjienës orale në ecurinë e shërimit të plagës.

7. Analiza statistikore e të dhënave

Analiza statistikore

Analiza statistikore u realizua me anë të paketës statistikore SPSS 19.0.

Të dhënat e vazhdueshme u paraqitën në vlerë mesatare dhe në deviacion standard. Të dhënat diskrete u paraqitën në vlerë absolute dhe në përqindje.

Të dhënat u paraqitën me anë të tabelave dhe grafikëve të tipeve vijor dhe bar diagrame.

Analiza mes dy grupeve për të dhëna të vazhdueshme u analizua me anë të testit të Studentit për dy mostra të pavaruara.

Krahasimet mes variableve diskrete u analizuan përmes testit Hi-katror.

Është testuar shpërndarja e variablave të vazhduar me anë të testit Anderson-Darling. Është përdorur testi χ^2 me korreksionin e Yates për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave.

U konsideruan sinjifikante vlerat e $p \leq 0.05$.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

8. Rezultatet

Të dhënat sociodemografike të pacientëve të grupit të studimit dhe kontrollit.

Në studim janë përfshirë 60 pacientë, 30 përbëjnë grupin e studimit dhe 30 pacientë grupin e kontrollit. Të gjithë pacientët janë nga mosha 25-55 vjeç.

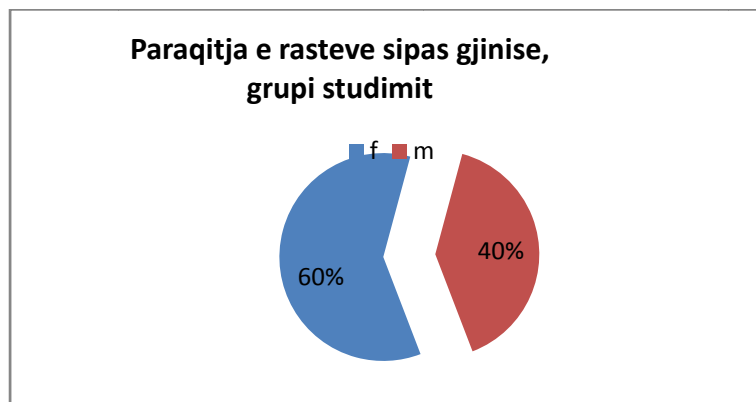
Përsa i përket gjinisë:

Në grupin në studim 18 raste (60%) janë femra, ndërsa në grupin e kontrollit femra janë 15 raste (50%) (tabela 8-1), (grafiku 8-1). Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm sipas gjinisë ndërmjet grupit të studimit dhe kontrollit ($\chi^2=0.03$, $p=0.8$). Përzgjedhja e grupit të kontrollit është kryer me saktësi.

Paraqitja e rasteve sipas gjinisë				
Gjinia	Gr studimit		Gr kontrollit	
	Nr rasteve	Përqindja	Nr rasteve	Përqindja
f	18	60.0	15	50.0
m	12	40.0	15	50.0
Total	30	100.0	30	100.0

Tabela 8-1: Ndarja sipas gjinisë

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)



Grafiku 8-1: Ndarja sipas gjinisë

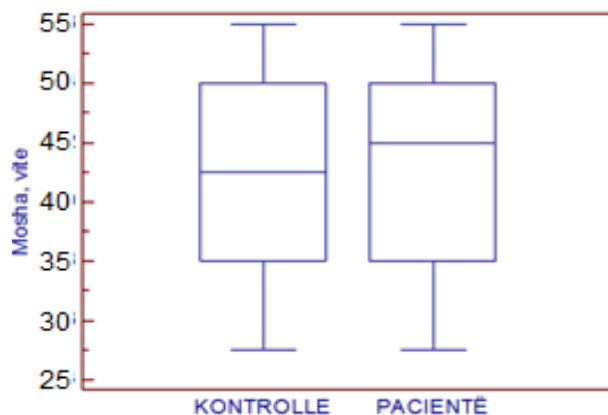
Në studimin tonë, vërehet mbizotërim i pacienteve femra me ndryshim statistikisht të rëndësishëm krahasuar me meshkujt $p < 0.05$.

Përsa i përket moshës:

Mosha mesatare e pacientëve është 39.5 vjeç $SD \pm 3.4$ vjeç ($25 - 55$ vjeç).

Mosha mesatare e kontrolleve është 38.4 vjeç $SD \pm 3.4$ vjeç ($25 - 55$ vjeç).

Gjithashtu nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet pacientëve dhe grupit të kontrollit përsa i përket moshës ($t = -0.3$, $p = 0.7$), (grafiku 8-2; tabela 8-2). Përzgjedhja e grupit të kontrollit është kryer me saktësi.



Grafiku 8-2, Boxplot: Krahasimi i moshës së pacientëve dhe kontrolleve

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Grup-moshë (vjeç)	Femra		Meshkuj		Gjithëj	
	N	%	N	%	N	%
25-30	3	11.7	2	7.4	5	10.5
30-35	1	09.7	7	25.2	8	12.3
35-40	9	23.3	6	21.9	15	24.0
45-50	11	32.0	5	20.3	16	26.6
50-55	9	23.3	7	25.2	16	26.6
Gjithëj	33	100.0	27	100.0	60	100.0

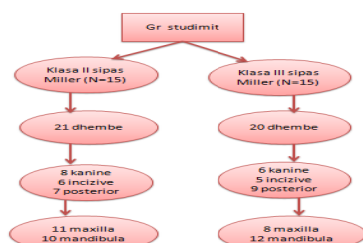
Tabela 8-2: Ndarja e pacientëve sipas grupmoshës dhe gjinisë

Nga tabela shihet që numri më i madh (53.2%) i pacientëve të përfshirë në studim ishin të moshës 45-55 vjeç, me strukturë sipas gjinisë (Femrat 60% vs. Meshkujt 40%), 10.5% e pacientëve ishin të moshës 25-30 vjeç, 12.3% e pacientëve ishin të moshës 30-35 vjeç, 24% e pacientëve ishin të moshës 35-40 vjeç, 26.6% e pacientëve ishin të moshës 45-50 vjeç, 26.6% e pacientëve ishin të moshës 50-55 vjeç.

Shihet se ka një rritje progresive të përqindjes së pacientëve me recesion mukogingivar në relacion me moshën, pra me rritjen në moshë rritet përqindja e rasteve me recession.

Në studimin tonë rezulton se recesioni shfaqet më shumë në moshat 40-55 vjeç dhe prek më shumë femrat krahasuar me meshkujt.

Paraqitja e numrit të pacientevë (të grupit të studimit) sipas defekteve të recesionit bazuar në klasat e Miller dhe numri i dhëmbëve të prekur në maksilë dhe mandibul (tabela 8-3, grafiku 8-3).



Grafiku 8-3: Numri i dhëmbëve të përfshirë në recesion

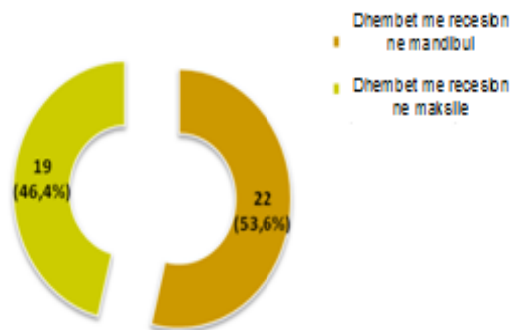
Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet
periodontale (recesioni gingivar)

Recesioni sipas Miller	N	%	p
Klasa e II-të (n=21)			
Kaninë	8		
Incizivë	6		
Posteriorë	7		
Klasa e II-të (n=21)			
Maksilë	11		
Mandibul	10		
Klasa e III-të (n=20)			
Kaninë	6		
Incizivë	5		
Posteriorë	9		
Klasa e III-të (n=20)			
Maksilë	8		
Mandibul	12		
Total	41		
Maksilë	19	46,4%<0.01	
Mandibul	22	53,6%<0.01	
Kaninë	14	34,1%<0.01	
Incizivët	11	27%<0.01	
Posteriorët	16	38,9%<0.01	

Tabela 8-3: Dhëmbët e prekur nga recesioni në studimin tonë

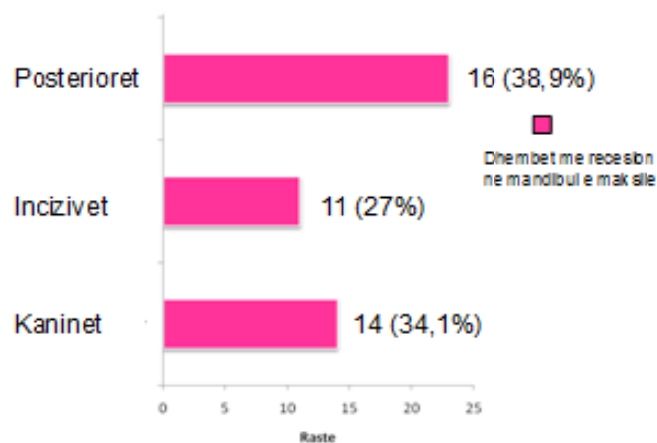
Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Recesioni në dhëmbët mandibularë ndeshet më shumë se sa në maksilë (53,6% vs 46,4%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.01$, (grafiku 8-4).



Grafiku 8-4: Numri i dhëmbëve mandibularë dhe maksilarë të përfshirë në recesion

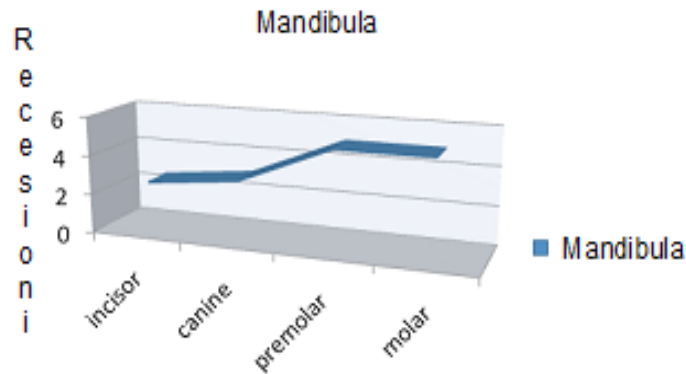
- Në total (maksilë dhe mandibul) recesioni ndeshet më shumë në dhëmbët posteriorë (38,9%), vijuar me kaninët (34,1%) dhe tek incizivët (27%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.05$, (grafiku 8-5).



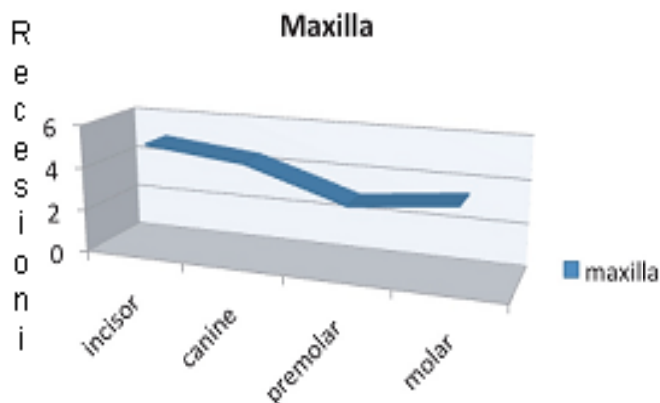
Grafiku 8-5: Numri i dhëmbëve posteriorë dhe anteriorë të përfshirë në recesion

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Në mandibul ka një rritje të recesionit duke filluar me anteriorët, kaninin dhe më shumë me posteriorët, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.05$, (grafiku 8-6).
- Në maksilë ka një rritje të recesionit duke filluar me posteriorët, kanini dhe më shumë me anteriorët, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.05$, (grafiku 8-7).



Grafiku 8-6: Frekuenca e prekjes së dhëmbëve mandibularë të përfshirë në recesion



Grafiku 8-7: Frekuenca e prekjes së dhëmbëve maksilarë të përfshirë në recesion

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

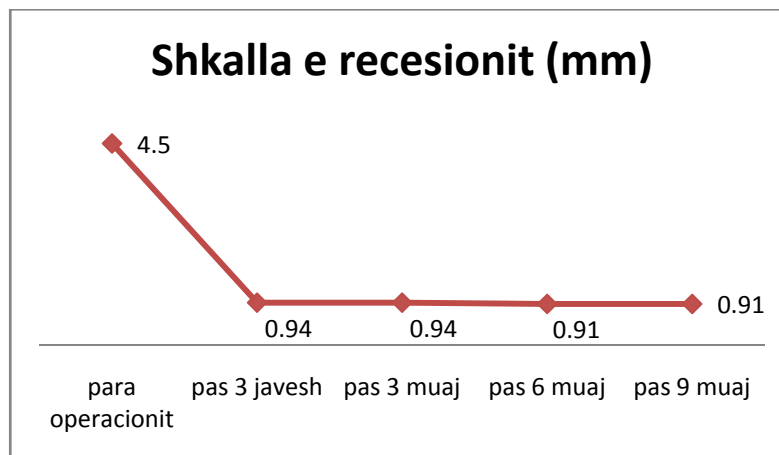
Vlerësimi i parametrave klinikë në kohën e ndërhyrjes, pas 3 javësh, 3 muaj, 6 muaj dhe 9 muaj.

1. Shkalla e recesionit në grupin e trajtimit (tabela 8-4; grafiket 8-8,9)

Shkalla e recesionit (mm)		
Koha e ndjekjes	Mesatare	SD
para operacionit	4.5000	0.48
pas 3 javësh	0.9400	1.56
pas 3 muaj	0.9400	1.56
pas 6 muaj	0.9100	1.59
pas 9 muaj	0.9100	1.59

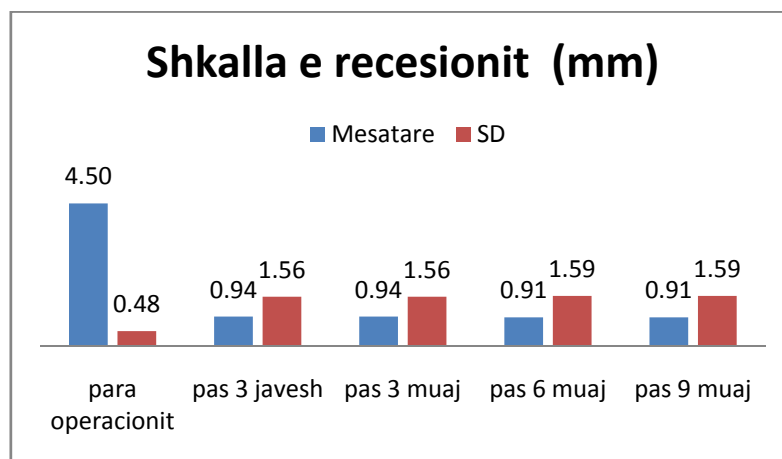
Tabela 8-4: Shkalla e recesionit në grupin e trajtimit

Në tabelën 8-3, është e mundur të dallohen masa mesatare + devijimi i standardit të recesionit të gjetur gjatë periudhave të ndryshme të vlerësimit për grupin e trajtimit. U vu re një ndryshim statistikisht i rëndësishëm gjatë periudhave të vlerësimit, përveç vlerësimit 9 mujor ($p=0.031$).



Grafiku 8-8: Shkalla e recesionit në grupin e trajtimit

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)



Grafiku 8-9: Shkalla e recesionit në grupin e trajtimit

Sikurse shihet nga tabela dhe grafikët e mësipërm, në fund të 9 muajit postoperativ, ka një ulje të konsiderueshme të recesionit (3,59 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore.

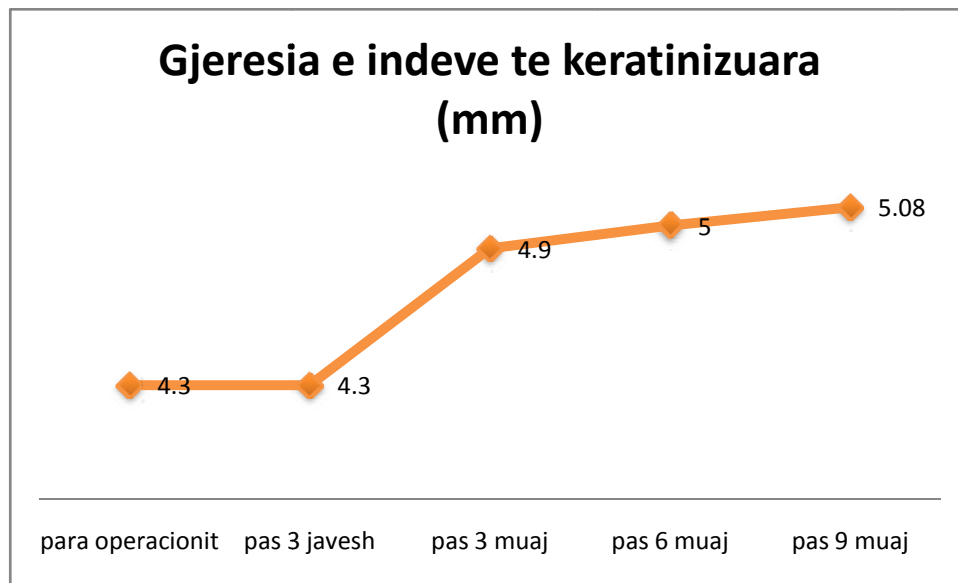
2. Gjerësia e indeve të keratinizuara në grupin e trajtimit (tabela 8-5; grafikët 8-10,11)

Gjerësia e indeve të keratinizuara (mm)		
Koha e ndjekjes	Mesatare	SD
para operacionit	4.3000	0.44
pas 3 javesh	4.3000	0.44
pas 3 muaj	4.9000	0.67
pas 6 muaj	5.0000	0.69
pas 9 muaj	5.0800	0.71

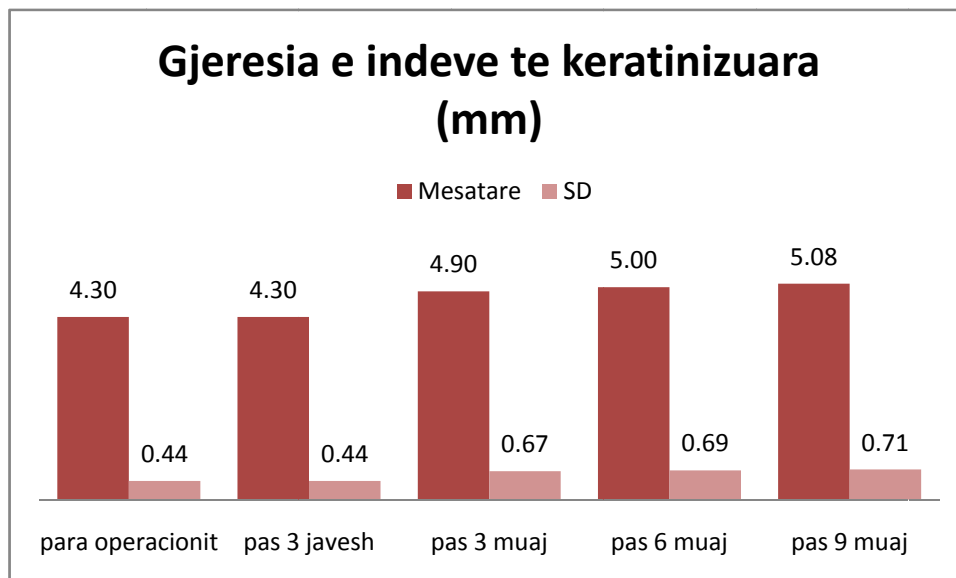
Tabela 8-5: Gjerësia e indeve të keratinizuara në grupin e trajtimit

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Në tabelën 8-4, vihet re masa mesatare + devijimi i standardit të sasisë së gingivës së keratinizuar e shfaqur në periudha të ndryshme vlerësimi për grupin e trajtimit. Pati ndryshime statistikisht të dukshme ($p < 0.05$) gjatë periudhave të vlerësimit.



Grafiku 8-10: Gjeresia e indeve të keratinizuara në grupin e trajtimit



Grafiku 8-11: Gjeresia e indeve të keratinizuara në grupin e trajtimit

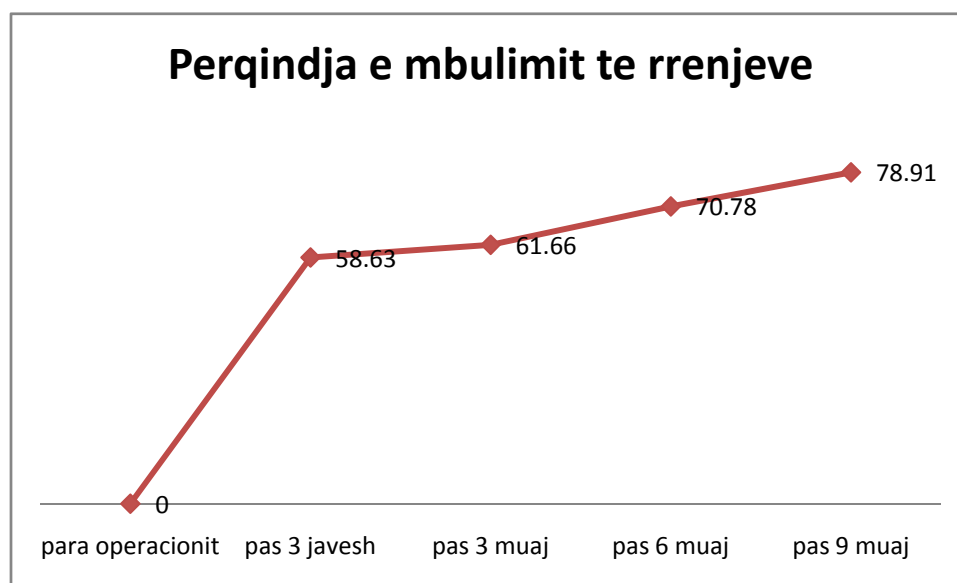
Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Sikurse shihet nga tabela dhe grafikët e mësipërm, në fund të 9 mujorit postoperativ, ka një shtim të konsiderueshëm në gjerësi të indeve të keratinizuara (0,78 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore.

3. Përqindja e mbulimit të rrënjëve në grupin e trajtimit (tabela 8-6; grafikët 8-12,13)

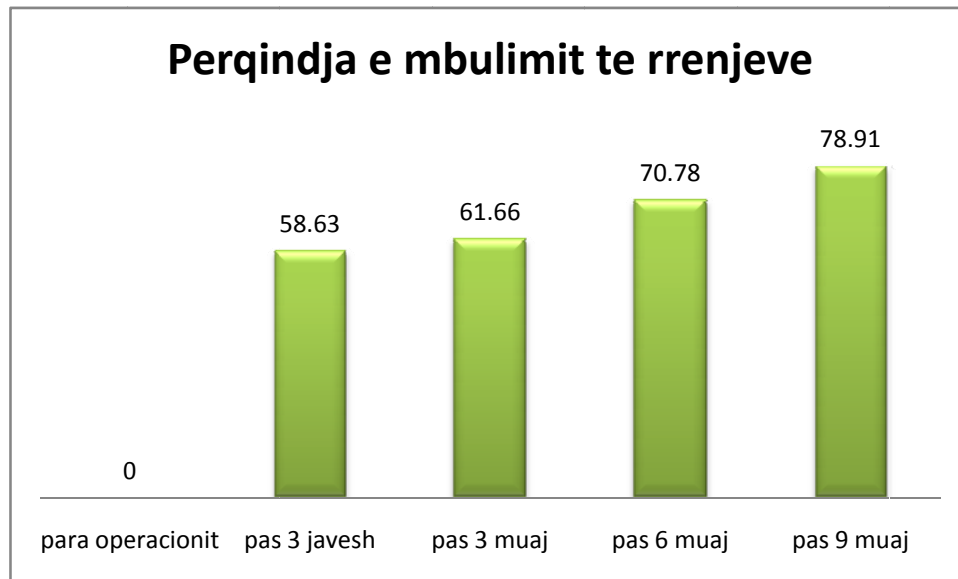
Përqindja e mbulimit të rrënjëve	
Koha e ndjekjes	Mesatare
para operacionit	0
pas 3 javesh	58.63
pas 3 muaj	61.66
pas 6 muaj	70.78
pas 9 muaj	78.91

Tabela 8-6: Përqindja e mbulimit të rrënjëve në grupin e trajtimit



Grafiku 8-12: Përqindja e mbulimit të rrënjëve në grupin e trajtimit

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)



Grafiku 8-13: Përqindja e mbulimit të rrënjëve në grupin e trajtimit

Rezultatet e marra shfaqën mesatarisht 78,91 % mbulim për grupin e trajtimit pas 9 muajsh kontrolli të rasteve. Rritja më e madhe ndodhi në muajt e parë dhe rritje më pak e konsiderueshme në fund të 9 muajit.

Analiza brenda grupeve

Krahasimet me grupin e kontrollit (tabela 8-7; grafiket 8-14,15)

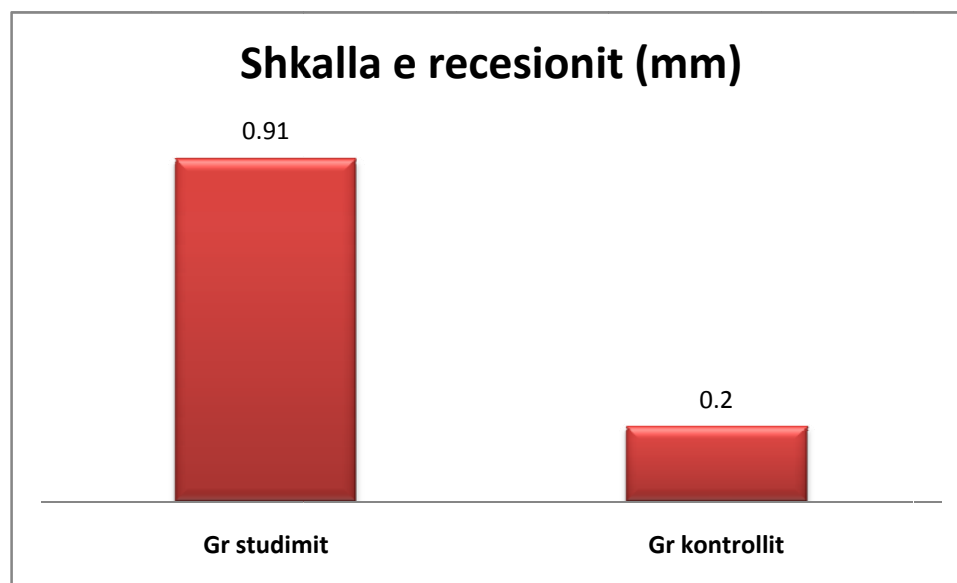
Variablet	Gr studimit	Gr kontrollit	Vlera t	Vlera p
Shkalla e recesionit (mm)	0.91	0.2	9.46	<0.001
Rritja e gjerësisë së indeve të keratinizuara (mm)	0.78	0.16	13.75	<0.001

Tabela 8-7: Krahasimi i variableve midis 2 grupeve në studim

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Ne kryem një studim krahasues midis parametrave klinikë të vërejtura si në test, ashtu dhe në grupet e kontrollit, në periudha të ndryshme kohore. Sipas testit, rezultatet janë të përshkruara më poshtë:

Përmes testit të studentit për dy mostra të pavaruara, shihet se ka diferencë statistikisht të rëndësishme mes grupit të studimit dhe grupit të kontrollit, lidhur me shkallën e recesionit ($p < 0.001$) dhe rritjen e gjërësisë së indeve të keratinizuara ($p < 0.001$), në favor të grupit të studimit. Pra trajtimi kirurgjikal sjell një përmirësim shumë të dukshëm të parametrave të analizuar.

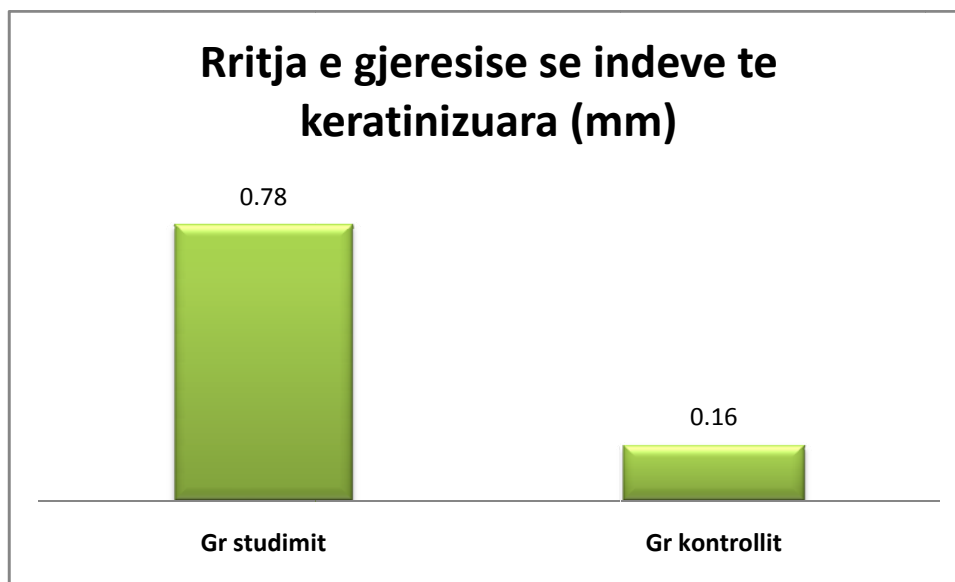


Grafiku 8-14: Krahasimi i shkallës së recesionit midis 2 grupeve në studim

Në grafikun 8-14, vihet re që variacioni në sasinë e recesionit u pa në periudha të ndryshme vlerësimi lidhur me ekzaminimin fillestar për grupet e testit dhe të kontrollit. U vunë re ndryshime statistikisht të dukshme midis grupeve ($p < 0.05$) në ekzaminimet fillestare dhe në 1, 6 dhe 9 muaj post-operativisht.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Sikurse u vu re në fund të 9 muajorit postoperativ në grupin e trajtimit, kishte një ulje të konsiderueshme të recesionit (3,59 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore. Rezultati ishte nga 4,5 në 0,91 mm 9 muaj postoperativ, ndërsa në grupin e kontrollit shkalla e recesionit në fund të 9 muajorit ishte rritur 0,2 mm (nga 4,5 në 4,7).



Grafiku 8-15: Krahasoni i gjerësisë së indeve të keratinizuara midis 2 grupeve në studim

Në grafikun 8-15, vihet re që variacioni në sasinë e gingivës së keratinizuar u pa në periudha të ndryshme vlerësimi lidhur me ekzaminimin fillestar për grupet e testit dhe të kontrollit. U vunë re ndryshime statistikisht të dukshme midis grupeve ($p < 0.05$) në ekzaminimet fillestare dhe në 1, 6 dhe 9 muaj post-operativisht.

Kështu, gjerësia e indeve të keratinizuara para ndërhyrjes ishte 4.30, ndërsa 9 muaj post ndërhyrjes ishte 5.08. Dallimi pre dhe postoperativ ishte si klinikisht dhe statistikisht i rëndësishëm. Ndërsa në grupin e kontrollit sasia e gingivës së keratinizuar në fund të 9 muajorit ishte ulur 0,16 (nga 4,30 në 4,14).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Trajtimi i recesioneve të klasës së II-të dhe të III-të sipas Miller (tabelat 8-8,9; grafiku 8-16)

Në studim janë përfshirë 60 pacientë të cilët janë paraqitur në Klinikën Stomatologjike Universitare dhe kliniken private për trajtimin e recesionit. Pacientët janë ndarë në tri grupe në varësi të trajtimit të defektit; Grupi 1 i kontrollit nuk i bëme asnjë ndërhyrje kirurgjikale, Grupi 2 i klasës II Miller u trajtua me vendosjen e membranës, Grupi 3 i klasës III Miller u trajtua me vendosjen e kockës artificiale dhe membranë kolagjeni. Nga tabela 10-7, shihet që në grupin e parë janë përfshirë 30 pacientë ose 50%, grupin e dytë 15 ose 25% dhe grupin e tretë 15 ose 25%.

Grupet		N	%
Gr. 1	Pa ndërhyrje (kl II+III)	30	50.0
Gr. 2	Me membranë (kl II)	15	25.0
Gr. 3	Me kockë art. + membranë kolagjeni (kl III)	15	25.0
Gjithsej		60	100.0

Tabela 8-8: Ndarja e pacientëve sipas grupeve në trajtimin e recesionit

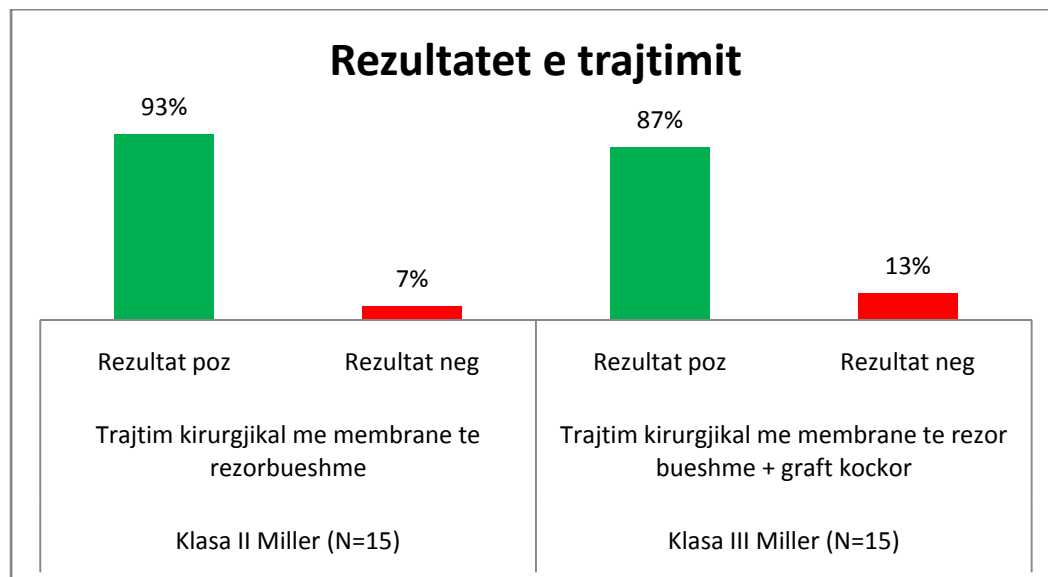
Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Klasa II Miller (N=15)		Klasa III Miller (N=15)	
Trajtim kirurgjikal me membrane te rezorbueshme		Trajtim kirurgjikal me membrane te rezor bueshme + graft kockor	
Rezultat poz	Rezultat neg	Rezultat poz	Rezultat neg
14	1	13	2
93.30%	6.70%	86.70%	13.30%

$X^2=6.27$, $df=1$, $p=0.011$

Tabela 8-9: Rezultatet e trajtimit te recesionit

Ka nje diferencë statistikisht të rëndësishme mes rezultateve pozitive dhe negative.



Grafiku 8-16: Rezultatet e trajtimit te recesionit

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Në studimin tonë nga 15 pacientët me recesion të klasës së II-të të Miller, u arrit rezultati pozitiv në 14 raste (93.30%), ndërsa në 1 rast (6.70%) rezultati ishte negativ dhe nga 15 pacientët me recesion të klasës së III-të të Miller, u arrit rezultati pozitiv në 13 raste (86.70%), ndërsa në 2 raste (13.30%) rezultati ishte negative.

Në studimin tonë vërehet (bashkëshoqërim) asocijim statistikisht i rëndësishëm i suksesit të trajtimit të recesioneve të klasës së II, III Miller me terapitë përkatëse kirurgjikale.

Analiza e regresionit logjistik që kontrollon për konfonduesit e mundshëm tregoi që:

gjinia femërore, (OR = 4.6 95%CI 3.1 – 10.9 p <0.01)

grupmosha 45-55 vjeç, (OR = 4.3 95%CI 3.7 – 50.7 p <0.01)

anteriorët maksilarë dhe posteriorët mandibularë, (OR = 5.1 95%CI 3.3 – 74.3 p <0.01)

janë faktorë sinjifikantë risku për zhvillimin e recesioneve.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

9. Rastet klinike:

Rast klinik: Pacienti A. K 42 vjeç.

Historia mjekësore

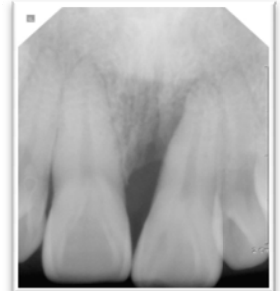
- Shëndeti i përgjithshëm: pacienti është me shëndet të përgjithshëm të mirë.
- Alergji: jo
- Medikamente: jo
- Pirje duhani: jo

Ekzaminimi periodontal

- Thellësia sonduese: 3-7 mm xhepa
- Recesioni i lokalizuar tek: 2 centralet maksilare

Trajtimi kirurgjikal periodontal me graft kockor + membranë

- Figura 9-64, tregon pamjen intraorale dhe radiologjike, ku evidentohet recesioni tek 2 centralet maksilare. Mbas ekzaminimit diagnoza ishte: recesion i klases III-të Miller. Vendosëm të bënim ndërhyrje me membranë + graft kockor.



Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Figura 9-65, tregon përgatitjen e lembos.



- Figura 9-66, tregon përgatitjen dhe vendosjen e kockës artificiale e membranës me përmasat e duhura sipër kockës artificiale në vendin e defektit.

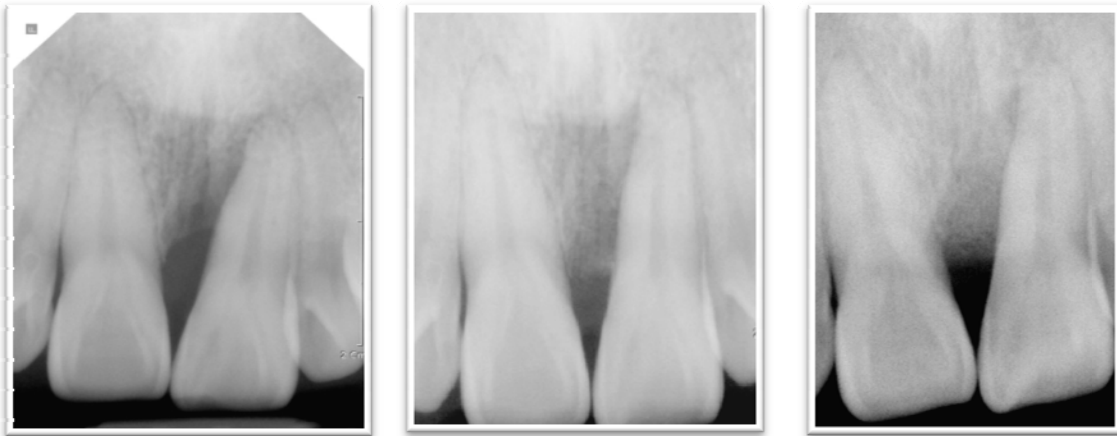


- Figura 9-67, tregon suturimin e lembos së shtrirë mbi materialet e vendosura në vendin e defektit.



Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

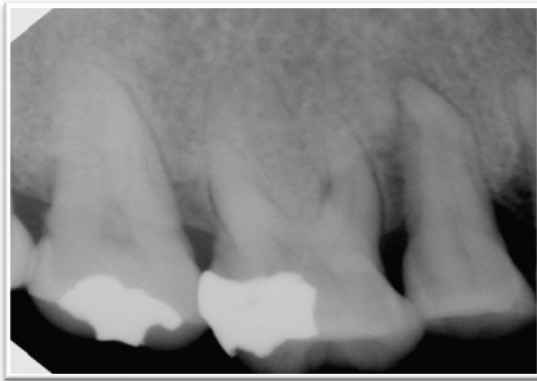
- Figura 9-68, tregon krahasimin e situatës para nderhyrjes, mbas 1 muaj dhe 3 muaj mbas ndërhyrjes, ku vërehet shtimi i gingivës së keratinizuar dhe i atashmentit klinik.



Rast klinik: Pacienti I. R, është një 51-vjeçar. Ai ka qenë një pacient i trajtuar për periodontitis. Ekzaminimi tregon kujdes të mirë higjene në shtëpi, gjakderdhje minimale në sondim, thellësitë matëse janë nga 1 deri 4 mm, dhe recesion i përgjithësuar gingivar, sidomos në zonën posteriore maksilare. Recesioni shkon 2-4 mm. Rishikimi i kartelës së tij periodontale zbulon ndryshime të rëndësishme në recesion apo thellësitë sonduese gjatë viteve të fundit. Ai është një ish-duhanpirës. Kush është diagnoza? Çfarë trajtimi rekomandohet? Analiza: Recesioni është padyshim rezultat i sëmundjes së mëparshme periodontale të tij. **Trajtimi kirurgjikal periodontal me membranë të parrezorbueshme të recesionit të klases së II-te (GTR).**

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Figura 9-69, tregon pamjen radiologjike para trajtimit, ku evidentohet recesioni tek rregjioni djathtas posterior maksilar dhe mungesë të gingivës së atashuar. Mbas ekzaminimit diagnoza ishte: recesion i klasës II-të Miller. Vendosëm të bënim ndërhyrje me membranë.



Ne figuren 9-70, shihet pergatitja preoperative.

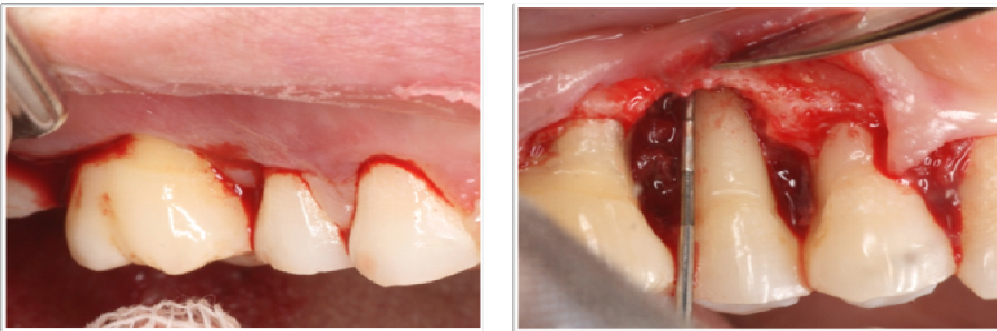


Figura 9-71, tregon vendosjen e membranës në zonën e defektit.

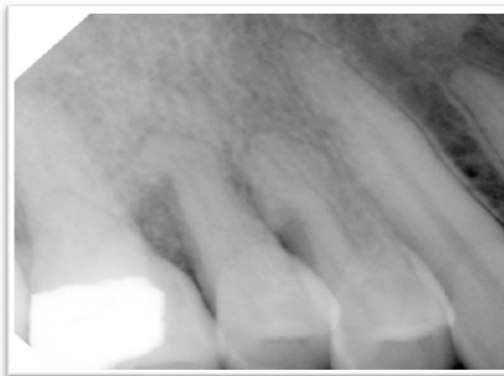
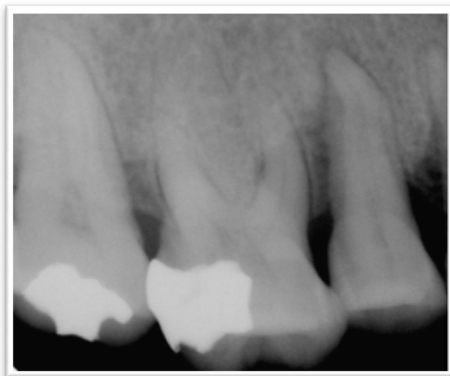


Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Figura 9-72, tregon suturimin e lembos mbi membrane e vendosur.



Figura 9-73, tregon krahasimin e pamjeve radiologjike para dhe 1 muaj pas interventit, ku evidentohet përmirësimi i lartësisë kockore.



10. Diskutimi

Në studim janë përfshirë 60 pacientë, 30 përbëjnë grupin e studimit dhe 30 pacientë grupin e kontrollit, të çiftëzuar sipas gjinisë dhe moshës.

Të dhënat sociodemografike të pacientëve të grupit të studimit dhe kontrollit.

Mosha e pacientëve në studim është nga 25-55 vjeç. Është kryer çiftëzimi i pacientëve me kontrollet përkatëse, bazuar në gjininë dhe moshën për secilin nga grupet e përcaktuara në metodologjinë tonë.

Përsa i përket moshës:

Mosha mesatare e pacientëve është 39.5 vjeç $SD \pm 3.4$ vjeç (25 – 55 vjeç).

Mosha mesatare e kontrolleve është 38.4 vjeç $SD \pm 3.4$ vjeç (25 – 55 vjeç).

Gjithashtu nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet pacientëve dhe grupit të kontrollit përsa i përket moshës ($t = -0.3$, $p = 0.7$). Përzgjedhja e grupit të kontrollit është kryer me saktësi.

Përzgjedhja e këtyre grup moshave nga ana jonë u bë për faktin sepse në studimet e kryera nga autorë të huaj (5,68), recesioni gingivar ka frekuencën më të shpeshtë në këto intervale moshash.

Numri më i madh (53.2%) i pacientëve të përfshirë në studim ishin të moshës 45-55 vjeç, me strukturë sipas gjinisë (Femrat 60% vs. Meshkujt 40%), 10.5% e pacientëve ishin të moshës 25-30 vjeç, 12.3% e pacientëve ishin të moshës 30-35 vjeç, 24% e pacientëve ishin të moshës 35-40 vjeç, 26.6% e pacientëve ishin të moshës 45-50 vjeç, 26.6% e pacientëve ishin të moshës 50-55 vjeç.

Ka një rritje progresive të përqindjes së pacientëve me recesion mukogingivar në relacion me moshën, duke u përputhur edhe me studimet e autorëve të tjerë (5,68), për faktin e konkluduar që me moshën e avancuar shtohen edhe problemet paradontale. Mosha është një faktor rreziku për

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

periodontitin në kuptimin që pothuajse të gjitha studimet kanë gjetur se grupet e moshave më të vjetra tregojnë probleme më të mëdha periodontale sesa grupmoshat e reja (69).

Përsa i përket gjinisë:

Në grupin në studim 18 raste (60%) janë femra, ndërsa në grupin e kontrollit femra janë 15 raste (50%). Nuk vërehet ndryshim statistikisht i rëndësishëm sipas gjinisë ndërmjet grupit të studimit dhe kontrollit ($\chi^2=0.03$, $p=0.8$). Përzgjedhja e grupit të kontrollit është kryer me saktësi.

Individët meshkuj kanë tendencë të kenë më shumë sëmundje periodontale se individët femra. Burrat, i përdorin më pak shërbimet dentare se gratë dhe priren të kenë kujdes më të varfër në shtëpi. Pirja e duhanit është një faktor i madh rreziku për zhvillimin e periodontitit, si edhe të përgjigjes së duhur ndaj trajtimit. Është raportuar kohët e fundit, për shembull, që duhanpirësit kanë pothuajse tre herë më shumë gjasa për të humbur dhëmbët se sa ata jo pirës të duhanit. Gjithashtu është raportuar, se pirja e duhanit rrit humbjen e atashimit (51).

Ndërsa në studimin tonë, vërehet mbizotërim i pacienteve femra me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me meshkujt $p<0.05$.

Kjo ndoshta për faktin e kriterëve përfshirëse në studimin tonë, që individët të ishin jo duhanpirës dhe me kushte higjienike të mira.

Sidoqoftë, literatura pranon edhe ndikimin e faktorit hormonal tek femrat në periudhën e menopauzës (40-55 vjeç), si ndikues të agravimit të problemeve paradontale. Ndryshimet hormonale bëjnë që indet të jenë më të gatshme për të reaguar ndaj sulmit bacterial (70).

Goldman gjeti në studimin e tij se frekuenca e recesionit gingivar rritet me moshën, dhe ishte më i madh në meshkujt se tek femrat e së njëjtës moshë. Malpozicionet e dhëmbëve, furça e dhëmbëve dhe trauma u gjetën të jenë faktorët më të shpeshtë etiologjikë të shoqëruara me recesionin gingivar. Recesioni u gjet në 40% të pacientëve 16-25 vjeç, dhe u rrit në 80% të pacientëve mbi 36 vjeç. Këto përfundime janë konfirmuar nga Gorman, i cili ka ekzaminuar 4000 subjekte dhe ka gjetur se incidenca e recesionit gingivar rritet me moshën (71).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Në studimin tonë rezulton se recesioni shfaqet më shumë në moshat 40-55 vjeç dhe prek më shumë femrat krahasuar me meshkujt.

Paraqitja e numrit të pacientëve (të grupit të studimit) sipas defekteve të recesionit bazuar në klasat e Miller dhe numri i dhëmbëve të prekur në maksilë dhe mandibul.

- Recesioni në dhëmbët mandibularë ndeshet më shumë se sa në maksilë (53,6% vs 46,4%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.01$.
- Në mandibul ka një rritje të recesionit duke filluar me anteriorët, kaninin dhe më shumë me posteriorët, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.05$.

Prania me e madhe e recesionit në mandibul se sa në maksilë dhe prekja më shumë e dhëmbëve posteriorë se sa anteriorë në mandibul, mund ti atribuohet higjenës më të varfër apo xhepit më të rehatshëm bakterial në zonën posteriore sidomos mandibulare.

Numri dhe thellimi i mëtejshëm i recesionit rritet në raport të drejtë me frekuencën e përdorimit jo korrekt të teknikave të furçimit, ose kur përdoret furçë abrazive me fije të ashpra.

Edhe në vitet '60, Parfitt dhe Mjör (1964) treguan se vështirësia e higjenës në dhëmbë të ndryshëm çon në akumulim më të madh të bakterieve krahasuar me zonat e tjera. Për pasojë, elementë të tillë kishin shkallë më të rëndë të gingivës dhe prevalencë më të lartë për recesion gingivar.

Stoner dhe Mazdyasna (1980) treguan gjithashtu një indeks më të lartë bakteriesh në posteriorët mandibularë, duke shfaqur kështu recesion të gingivës marginale. Këto gjetje mund të sugjerojnë se teknika e higjenës së pamjaftueshme mund të rezultojë në zhvillimin e recesionit ose që kjo gjendje mund të rezultojë në vështirësi për të higjenizuar zonën.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- Në maksilë ka një rritje të recesionit duke filluar me posteriorët, kanini dhe më shumë me anteriorët, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.05$.

Kjo mund të shpjegohet me prezencën e frenulumit labial hipertrofik maksilar dhe me prezencën e gingivës më të hollë në zonën anteriore maksilare. Gingiva e hollë shfaq një organizim të varfër të indit konjuktiv. Përhapja e inflamacionit në mukozën e hollë është më e lehtë. (Novaes dhe bp. (1975).

Në dekadën e viteve '60, Bowers (1963) vuri re se prezenca e frenulumit labial në buzën e sipërme shpeshherë lidhej me një gingivë të ngushtë, si dhe me progresionin e recesionit gingivar, kur ky i fundit ekzistonte. Përsa i përket ndikimit të vendosjes së *frenulumit labial ne recesionin e dhëmbëve anteriorë*, Stoner dhe Mazdyasna (1980) u morën me një studim ku konkluduan që në 86% të rasteve kishte prani të recesionit si rezultat i frenulumit hipertrofik labial superior. Pra frenulumi hipertrofik maksilar ka qenë prezent në shumicën e rasteve ku ka patur recesion. Kjo ndodh për shkak se nga shtimi i lartë i procesit alveolar, mund të gjenerohet reduktim në rangun e gingivës së keratinizuar dhe tërheqjes orale në marginon gingivare, që çon në akumulim më të madh të pllakës bakteriale, si pasojë e situatës aktuale ose një mungesë rehatie e momentit, duke çuar kështu në inflamacion lokal.

- Në total (maksilë dhe mandibul) recesioni ndeshet më shumë në dhëmbët posteriorë (38,9%), vijuar me kaninët (34,1%) dhe tek incizivët (27%), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre, $p < 0.05$.

Trajtimi i recesioneve të klasës së II-të dhe të III-të sipas Miller

Në studim janë përfshirë 60 pacientë të cilët janë paraqitur në Klinikën Stomatologjike Universitare dhe klinikën private për trajtimin e recesionit. Pacientët janë ndarë në tri grupe në

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

varësi të trajtimit të defektit; Grupit 1 të kontrollit nuk i bëme asnjë ndërhyrje kirurgjikale, Grupi 2 i klasës II Miller u trajtua me vendosjen e membranës, Grupi 3 i klasës III Miller u trajtua me vendosjen e kockës artificiale dhe membranë kolagjeni. Në grupin e parë janë përfshirë 30 pacientë ose 50%, grupin e dytë 15 ose 25% dhe grupin e tretë 15 ose 25%.

Qëllimi 1 i studimit ishte:

Të bëjmë trajtimin e recesionit të klasës së II-të sipas Miller me përdorimin e membranës së rezorbueshme (GTR).

Mbulimi i rrënjëve të ekspozuara nga recesioni është një nga qëllimet kryesore të terapisë rindërtuese periodontale. Megjithë suksesin e procedurave mukogingivare të mbulimit të rrënjëve, mënyra e ngjitjes së indeve graft me rrënjët ka mbetur gjithmonë në diskutim. Një dobësi e mundshme e këtyre procedurave mund të shkaktojë përsëritjen e defektit. Një numër i konsiderueshëm metodash kirurgjikale janë propozuar për të siguruar mbulimin e rrënjës me ind, duke përmendur këtu tërheqjen e lembos lateralisht dhe koronarisht (GRUPE; WARREN, 1956), graft për recesionin e gingivës së lirë (Bjorn, 1963; KING; PENNEL, 1964), graft të fabrikuar për indin subepitelial (LANGER; LANGER, 1985) dhe procedurat rigjeneruese (PINI PRATO dhe të tjerë, 1992).

Është sygjëruar që rezultate më të favorshme mund të arrihen duke përdorur graft nga indi lidhës subepitelial, me pozicionim koronar (BERNIMOULIN dhe të tjerë, 1975; Bouchard dhe të tjerë, 1994; Harris, 1992; Harris, 2002; LANGER; LANGER, 1985; LEE dhe të tjerë, 2002; MENDES dhe të tjerë, 1997; Nelson, 1987; PAOLANTONIO dhe të tjerë, 1997; RAETZKE, 1985). Megjithatë, kur këto procedura zbatohen në zonat ku ka recesion dhe humbje të madhe të kockës interproksimale, suksezi i teknikës është i limituar (CETINER dhe të tjerë, 2003; MÜLLER dhe të tjerë, 1999; MÜLLER dhe të tjerë, 2001; OATES dhe të tjerë, 2003; PINI PRATO dhe të tjerë, 1992; ROCCUZZO dhe të tjerë, 2002; ROMAGNA-GENON, 2001; SEDON dhe të tjerë, 2005; TATAKIS; TROMBELLI, 2000).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Vendosja e membranës (GTR) në recesionet e klasës së II Miller dhe së bashku me membranën edhe vendosja e kockës artificiale në recesionet e klasës III Miller, janë qasje alternative shumë efikase për mbulimin e rrënjëve, dhe rezulton në formimin e atashimit klinik dhe histologjik. Pini Prato dhe bp. (72,73) Cortellini dhe bp., (74) Thrombelli dhe bp. (75) kanë demonstruar efektivitetin e këtyre metodave në trajtimin e recesionit gingivar.

Në studimin tonë nga 15 pacientët me recesion të klasës së II-të të Miller, u arrit rezultati pozitiv në 14 raste (93.30%), ndërsa në 1 rast (6.70%) rezultati ishte negativ dhe kjo ndoshta sepse diagnoza mund të ishte jo klasa e II-të, por klasa e III-të, gjë që vlen të theksosh edhe njëherë rëndësinë absolute që ka vendosja e një diagnoze të saktë në prognozën e rezultatit perfundimtar.

Gjithashtu, është e nevojshme të marrim në konsideratë masën e recesionit kur bëhet fjalë për zgjedhjen e teknikës për mbulimin e rrënjës.

Ka një diferencë statistikisht të rëndësishme mes rezultateve positive dhe negative $X^2=6.27$, $df=1$, $p=0.011$.

Membrana e resorbueshme është një modalitet trajtimi për mbulimin e recesionit të izoluar gingivar bukal. Edhe pse ekspozimi i membranës ndodhi në 1 pacient, kjo nuk ndërhyri në shërimin post operativ.

Dahlin dhe bp., kanë vënë në dukje nevojën për të ruajtur kohën e duhur midis degradimit të membranës dhe rigjenerimit të plotë të indeve periodontale. Është parë se migrimi koronar i qelizave të ligamentit periodontal arrin kulmin brenda 1 deri në 2 javët e para postoperative, dhe veprimtaria e tyre mitotike zvogëlohet 3 javë pas operacionit.

Lloje të ndryshme të membranave komerciale kanë qenë në dispozicion, të cilat përfshijnë membranat me acidin polylactic, membranat e kolagjenit, membranat polyglycolide etj, koha e rezorbimit të të cilave ndryshon.

Membrana e përdorur në këtë studim për trajtimin e defekteve të recesionit gingivar të klasës II në 15 pacientë me 3-3,5-4.5 mm recesion preoperativ ishte membrana biorezorbuese angiopore.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Glycolide dhe lactide bashkë-polimer në membranën e bën atë më poroze për shkak të strukturës së saj organike dhe rezorbohet më herët në krahasim me pjesën e mbetur të membranës. Membrana e rezorbueshme stabilizohet me sutura në vendet kirurgjikale për të mbuluar pjesën e ekspozuar të rrënjës dhe 3 mm të kockave rrethuese. Është parë se ka pasur hapësirë të mjaftueshme në mes të rrënjës dhe membranës. Në këtë raport përdorimi i një barriere pengon kontaktin e indit lidhor jo vetëm me defektet kockore por edhe me sipërfaqet e zhveshura të rrënjëve, duke mbrojtur dhe stabilizuar koagulën e gjakut dhe rrjedhimisht plagën. Autorë të ndryshëm në bazë të vëzhgimeve të tyre histologjike, sygjerojnë përdorimin e barrierave të absorbueshme të cilat lejojnë rritjen përbrenda të qelizave të ligamentit periodontal, duke rezultuar në atashment të ri të indit lidhës. Ky atashim i ri përfshin formimin e cementit dhe kockave të reja (76,77).

Qëllimi 2 i studimit ishte:

Të bëjmë trajtimin e recesionit të klasës së III-të sipas Miller me përdorimin e membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale.

Në studimin tonë nga 15 pacientët me recesion të klasës së III-të të Miller, u arrit rezultati pozitiv në 13 raste (86.70%), ndërsa në 2 raste (13.30%) rezultati ishte negativ dhe kjo ndoshta e moskujdesit postoperator dhe vijimit të ndjekjes së këshillave nga ana e pacientëve, duke theksuar këtu edhe njëherë faktin që problemi paradontal nuk zgjidhet vetëm me nderhyrjen kirurgjikale, por vazhdon për tërë jetën.

Ka një diferencë statistikisht të rëndësishme mes rezultateve positive dhe negative $X^2=6.27$, $df=1$, $p=0.011$.

Në punimin tonë është përdorur kocka artificiale Ossceram nano e cila është mbuluar me membranë resorbuese për trajtimin e defekteve të recesionit gingivar të klasës III në 15 pacientë me më shumë se 4.5 mm recesion preoperativ.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Përdorimi i graftit kockor shoqëruar me një barrierë te absorbueshme luan një rol të rëndësishëm në rigjenerimin e kockës alveolare në këto raste te raportuara. Grafti punon si një formues-hapësire për koagulat e gjakut për të parandaluar kolapsin në lezionet e mëdha kockore dhe duke lejuar osteokonduksionin për rigjenerimin e kockave. Këto karakteristika janë thelbësore për formimin dhe fitimin e atashimit, parë edhe në këto raporte klinike. Plotësuese, dizajni i duhur i lembos bëhet për të lejuar hyrjen në defekt, duke përjashtuar nevojën për të liru periostin më tej nga aspekti i brendshëm para vendosjes së membranës. Kjo procedurë lejon pozicionimin dhe mbylljen e lembos pa tension. Këto rezultate tregojnë gjithashtu se kjo teknikë mund të jetë efektive për përmirësimin e trajtimit të lezioneve të gjera periapikale dhe perforacioneve të rrënjëve. Suksesi klinik i kësaj procedure është provuar radiografikisht gjatë ndjekjes 2 deri në 4 vite.

Rezultatet e këtyre rasteve tregojnë se GTR së bashku me graft-in mund të përdoren me sukses për të rindërtuar defektet e mëdha të kockave alveolare (klasa III Miller).

Studimi i pranishëm heton efektivitetin e terapive alternative kirurgjikale në mbulimin e rrënjës, bazuar në rigjenerimin e indeve periodontale duke kryer graftimin e defektit në recesionet më shumë se 4 mm.

Këto rezultate janë në marrëveshje me studimet e tjera që e kanë vlerësuar efektivitetin e veshjes së rrënjës me anë të teknikës së rigjenerimit të indeve të shoqëruara me tërheqje koronare dhe graft kockor (El-Hamdan dhe të tjerë të vitit 2002; CORTELLINI dhe të tjerë, 1993; Pereira Pyetësori dhe të tjerë, 2000; PINI Prato dhe të tjerë, 1992; PINI Prato dhe të tjerë, 1996; TINTI dhe të tjerë, 1992; TINTI; VICENZI, 1993; TROMBELLI dhe të tjerë, 1995).

Është e mirëvendosur në literaturë (Bjorn, 1963; Cohen, Ross, 1968; Glover, 2004; Grupe; WARREN, 1956; HAN dhe të tjerë, 1993; HARRIS, 1992; KING; PENNEL, 1964; Langer; Langer, 1985 ; Levine, 1991; Miller, 1982; Miller, 1985; PINI Prato dhe të tjerë, 1992; RATEITSCHAK dhe të tjerë, 1965; TARNĂ , 1986) që veshja e rrënjës është e aftë të korrigjojë në mënyrë të përshtatshme problemet e mundshme që gjenerojnë nga recesioni i gingivave, siç

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

janë ndryshimet estetike, ndjeshmëria, parandalimi i kariesit në rrënjë, abraziioni cervikal, duke përcaktuar kushte të përshtatshme për një sjellje mbrojtëse homeostatike gjatë gjithë periodonciumit. Megjithatë, rezultatet biologjike të arritura duhet të mbikqyren shumë mirë, sepse ajo përcakton prognozën e lidhur me stabilitetin afatgjatë. (Babay dhe të tjerë, 1985; Müller, 1999; Müller, 2001; Oates dhe të tjerë, 2003; PINI Prato dhe të tjerë, 1992; REGJISTRI; BURDICK, 1975; REGJISTRI; BURDICK, 1976; RIRIE dhe të tjerë, 1978; Ruben, 1979; SEDON dhe të tjerë, 2005; VICENZI dhe të tjerë, 1998).

Disa studime kanë krahasuar efektivitetin e teknikës, duke sugjeruar se recesionet e mëdha, me 5 mm ose më shumë përgjigjen më mirë kur përdoret GTR + graft kockor (PINI dhe të tjerë, 1992; TROMBELLI, 1995).

Marrja e rezultateve të parashikueshme afatgjata dhe trajtimi i recesionit të gingivave me anë të mjeteve të teknikës së graftit kockor kërkon përzgjedhje strikte të pacientëve që do të trajtohen. Studime të tjera janë të nevojshme për të vlerësuar rezultatet e arritura përmes kësaj teknike me procedura të tjera kirurgjikale për veshjen e rrënjës.

Në studimin tonë vërehet (bashkëshoqërim) asocijim statistikisht i rëndësishëm i suksesit të trajtimit të recesioneve të klasës së II, III Miller me terapitë përkatëse kirurgjikale.

Analiza e regresionit logjistik që kontrollon për konfonduesit e mundshëm tregoi që:

gjinia femërore, (OR = 4.6 95%CI 3.1 – 10.9 p <0.01)

grupmosha 45-55 vjeç, (OR = 4.3 95%CI 3.7 – 50.7 p <0.01)

anteriorët maksilarë dhe posteriorët mandibularë, (OR = 5.1 95%CI 3.3 – 74.3 p <0.01)

janë faktorë sinjifikantë risku për zhvillimin e recesioneve.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Qëllimet 3 dhe 4 të studimit ishin:

Të bëjmë krahasimin e parametrave klinikë të recesionit gingivar midis 2 grupeve (të trajtuar dhe të patrajtuar) dhe të vlerësojmë rezultatin e shërimit të recesionit apikal pas 3 javësh, 3 muaj, 6 muaj dhe 9 muajve pas ndërhyrjes kirurgjikale.

Në studim kanë marrë pjesë në trajtim 41 dhëmbë të 30 pacientëve (18 femra dhe 12 meshkuj).

Në këtë punim është paraqitur periudha kohore deri në muajin e 9-të që të vërejmë sa më mirë ndryshimet në riparimin e defektit për një periudhë kohore më të gjatë.

1. Shkalla e recesionit në grupin e trajtimit

Analiza statistikore: të dhënat u analizuan statistikisht duke përdorur testin t të studentit. Të gjitha rezultatet ishin statistikisht domethënëse.

Sikurse u vu re në fund të 9 mujorit postoperativ, kishte një ulje të konsiderueshme të recesionit (3,59 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore. Rezultati ishte nga 4,5 në 0,91 mm rreth 9 muaj postoperativ. Dallimi pre dhe postoperativ ishte si klinikisht dhe statistikisht i rëndësishëm. U vu re një ndryshim statistikisht i rëndësishëm gjatë periudhave të vlerësimit, përveç vlerësimit 9 mujor ($p= 0.031$). Pra ka pasur një reduktim të ndjeshëm në fushën e recesionit.

2. Gjërësia e indeve të keratinizuara në grupin e trajtimit

Masa mesatare + devijimi i standardit të sasisë së gingivës së keratinizuar e shfaqur në periudha të ndryshme vlerësimi për grupin e trajtimit pati ndryshime statistikisht të dukshme ($p < 0.05$) gjatë periudhave të vlerësimit.

Në fund të 9 mujorit postoperativ, ka një shtim të konsiderueshëm në gjerësi të indeve të keratinizuara (0,78 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Kështu, gjerësia e indeve të keratinizuara para ndërhyrjes ishte 4.30, ndërsa 9 muaj post ndërhyrjes ishte 5.08. Dallimi pre dhe postoperativ ishte si klinikisht dhe statistikisht i rëndësishëm.

3. Përqindja e mbulimit të rrënjëve në grupin e trajtimit

Rezultatet e marra shfaqën mesatarisht 78,91 % mbulim për grupin e trajtimit pas 9 muajsh kontrolli të rasteve.

Të dyja trajtimet rezultuan në një fitim të konsiderueshëm të mbulimit të rrënjëve ($P < 0,0001$), duke arritur në një mesatare prej 3,28 mm në 3 muaj në grupin GTR (klasa II) dhe 3,34 mm në grupin me kockë (klasa III). Në 6 muaj, zvogëlimi i mbulimit të rrënjëve mbeti statistikisht domethënës: 2,70 mm (74.59% mbulim i rrënjëve) në grupin GTR (klasa II) dhe 3,19 mm (mbulimi i rrënjëve 76,84%) në grupin me kockë (klasa III).

Kështu rritja më e madhe ndodhi në muajt e parë dhe rritje më pak e konsiderueshme në fund të 9 muajve.

Mbulimi mesatar i recesionit ishte i rëndësishëm pas 3 javësh postoperative. Ky shtim në mbulimin e rrënjëve ishte i qëndrueshëm për 9 muaj. Gjithashtu shtimi mesatar në fushën e recesionit mbeti i pandryshuar deri në vizitën tjetër pas 9 muaj. Kjo tregon se dy javët e para postoperative janë shumë kritike në përcaktimin e rezultateve përfundimtare. Ka pasur edhe një rritje të konsiderueshme në gjerësinë e indeve të keratinizuara, e cila u vu re gjatë intervaleve të vizitave në 3 muaj, 6 muaj dhe 9 muaj, edhe pse nuk kishte ndonjë ndryshim domethënës pas 3 javëve të para. Kështu, shpjegim i mundshëm për rritjen në gjerësi të indeve të keratinizuara është një migrim apikal i bashkimit mukogingivar drejt vendndodhjes origjinale, edhe pse linja mukogingivare zhvendoset koronarisht gjatë operacionit në mënyrë që të mbulojë membranën. Për këtë arsye, ky fakt konfirmon hipotezën se vendndodhja e bashkimit mukogingivar është përcaktuar gjenetikisht.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Në vitin 1994, Tinti dhe Vicenzi përdorën dy metodat kirurgjikale për mbulimin e rrënjës. Pas 15 muajsh, rezultati arriti në shkallën 74% të mbulimit të rrënjës.

Në vitin 1996, Rachlin dhe të tjerë, përdorën një membranë absorbuese në trajtimin e recesionit gingivar me GTR, duke arritur një rezultat mesatarisht 59% për ruajtjen e rrënjës.

Në vitin 1997, Shie dhe të tjerë, përdorën një membranë absorbuese nga kolagjeni i gjedhëve në trajtimin e 10 recesioneve gingivare, duke arritur në rezultate që arrinin nga 36% deri në 80% të mbulimit të rrënjës.

Në vitin 1992, Pini Prato dhe të tjerë, kryen një studim ku krahasuan 2 teknikat, duke arritur në konkluzionin se, në recesione prej 5 mm ose më shumë, teknika e vendosjes së membranës dhe kockës krahasuar me GTR-se kishte shancet më të mëdha të mbulimit, duke shfaqur një përmirësim më afatgjatë. Müller dhe të tjerë (1999), nga ana tjetër, përcaktuan se recesionet e vogla i përgjigjen më mirë trajtimit vetëm me GTR.

Në një studim të Cleverson O. Silva, (2006), mbulimi mesatar i rrënjëve ishte 69.3% tek duhanpirësit. Përqindja e mbulimit të rrënjëve 6 muaj pas operacionit në grupin jo-duhanpirës ishte 76.05%. Rezultatet janë të ngjashme me ato të marra nga Antonieta Cortes De Queiroz (2004) (71%); Robert Carvalho da Silva (2004), (69%). Frekuenca e mbulimit të rrënjëve është dukshëm më i madh në grupin jo-duhanpires.

Në vitin 2000, Boltchi dhe të tjerë, përdorën membranë absorbuese dhe graft kockor në 100 trajtime recesionesh të trajtuar në mënyrë konsektive, duke shfaqur një shkallë të gjërë variantesh në mbulimin e rrënjës (14% deri në 92 %). Gjithsesi, ata mësuan se rastet e ndodhura, në disa momente, ishin për shkak të ekspozimit të hershëm të membranës (më pak se 4 mm). Në këtë mënyrë, ata arritën në përfundimin se teknika e propozuar mund të jetë efektive dhe të sjellë rezultate estetike pa nevojën e zonës së dhuruesit në vendin kirurgjikal, duke pakësuar procedurën në vendin kirurgjikal pa kërkuar një kirurgji të dytë kur përdoren membrana të pa-absorbueshme.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Peacock dhe të tjerë (2001) dhe Bunyaratavej dhe Wang (2001), në studime të pavarura mbi membranat absorbuese, theksuan se problemi më i madh i membranave absorbuese është koha e degradimit, e cila duhet të ndodhë relativisht ngadalë, në mënyrë që të lejojë izolimin e sipërfaqes së rrënjës gjatë fazës fillestare të riparimit, pa lënë të depërtojë epiteli. Kjo çështje është trajtuar në shumë literatura (BLUMENTHAL, 1988; BOLTCHI dhe të tjerë, 2000; BUNYARATAVEJ;WANG, 2001; BUSER dhe të tjerë, 1993; GOTTLOW dhe të tjerë, 1990; MÅÅller dhe të tjerë, 2001; PEACOCK dhe të tjerë, 2001; RACHLIN dhe të tjerë, 1996; TINTI;VICENZI, 1990; TINTI;VICENZI, 1994; TINTI dhe të tjerë, 1992; TINTI dhe të tjerë, 1993; TROMBELLI dhe të tjerë, 2005; WANG;McNEIL, 1998).

Prandaj mund të takohen raste perforimesh të membranës.

Në vitin 2002, Roccuzzo dhe të tjerë, bënë një rishikim sistematik të teknikave ekzistuese për mbulimin e recesioneve të ndodhura në rrënjë: GTR, graft kockor, graft me ind lidhor subepitelial, graft të gingivës së lirë dhe tërheqje të pozicionimit koronar, duke arritur në përfundimin se të gjitha teknikat kirurgjikale të analizuara shfaqën ndryshime statistikisht të dukshme që rezultuan në përmirësimin e gjendjes së recesionit. Sipas analizave brenda grupeve, grafti kockor në recesionet klasa III, GTR në recesionet e klasës II, u zgjodhën si më të mira.

Miller në 50 raste të përzgjedhura rastësisht konkludoi se recesionet më pak se 3 mm kishin mbulim 95.5% të rrënjëve, recesionet 3 deri në 5 mm patën mbulim 80.6%, dhe recesionet më shumë se 5 mm patën mbulim 76.6%. Mbulimi mesatar i rrënjëve për të gjitha faqet ishte 3.8 mm me një fitim mesatar klinik të atashimit prej 4.5 mm.

Sipas Raetzke 80% e sipërfaqeve të rrënjëve të ekspozuara u mbuluan. Në mënyrë të ngjashme, Allen raportoi një normë 84% të suksesit. Borghetti dhe Louise, në studimin e tyre arritën një normë 70% të suksesit të mbulimit të rrënjëve 1 vit postoperativ.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Analiza brenda grupeve

Kemi analizuar në mënyrë të ndarë fatin e recesionit tek pacientët tek të cilët është aplikuar kirurgjia periodontale dhe tek pacientët tek të cilët nuk është kryer asnjë ndërhyrje kirurgjikale.

Ne kryem një studim krahasues midis parametrave klinikë të vërejtura si në test, ashtu dhe në grupet e kontrollit, në periudha të ndryshme kohore. Sipas testit, rezultatet janë të përshkruara më poshtë:

1. Shkalla e recesionit në grupin e trajtimit dhe kontrollit

Përmes testit të studentit për dy mostra të pavaruara, u pa se kishte diferencë statistikisht të rëndësishme mes grupit të studimit dhe grupit të kontrollit, lidhur me shkallën e recesionit ($p < 0.001$) në favor të grupit të studimit. Tek rastet me ndërhyrje kemi përmirësim të parametrave klinik në fund të muajit të 9-të. Ndërsa tek rastet pa ndërhyrje kemi vënë re rritje të shkallës së recesionit në muajin e 6-të dhe të 9-të.

Variacioni në sasinë e recesionit u pa në periudha të ndryshme vlerësimi lidhur me ekzaminimin fillestar për grupet e testit dhe të kontrollit. U vunë re ndryshime statistikisht të dukshme midis grupeve ($p < 0.05$) në ekzaminimet fillestare dhe në 3, 6 dhe 9 muaj post-operativisht.

Sikurse u vu re në fund të 9 muajit postoperativ në grupin e trajtimit, kishte një ulje të konsiderueshme të recesionit (3,59 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore. Rezultati ishte nga 4,5 në 0,91 mm 9 muaj postoperativ, ndërsa në grupin e kontrollit shkalla e recesionit në fund të 9 muajit ishte rritur 0,2 mm (nga 4,5 në 4,7).

Pra trajtimi kirurgjikal sjell një përmirësim shumë të dukshëm të parametrave të recesionit të analizuar.

2. Gjërësia e indeve të keratinizuara në grupin e trajtimit dhe kontrollit

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Përmes testit të studentit për dy mostra të pavaruara, u pa se kishte diferencë statistikisht të rëndësishme mes grupit të studimit dhe grupit të kontrollit, lidhur me rritjen e gjërësisë së indeve të keratinizuara ($p < 0.001$), në favor të grupit të studimit.

Variacioni në sasinë e gingivës së keratinizuar u pa në periudha të ndryshme vlerësimi lidhur me ekzaminimin fillestar për grupet e testit dhe të kontrollit. U vunë re ndryshime statistikisht të dukshme midis grupeve ($p < 0.05$) në ekzaminimet fillestare dhe në 3, 6 dhe 9 muaj post-operativisht.

Në grupin e trajtimit në fund të 9 muajit postoperativ, kishte një shtim të konsiderueshëm në gjërësi të indeve të keratinizuara (0,78 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore.

Kështu, gjërësia e indeve të keratinizuara para ndërhyrjes ishte 4.30, ndërsa 9 muaj post ndërhyrjes ishte 5.08. Dallimi pre dhe postoperativ ishte si klinikisht dhe statistikisht i rëndësishëm. Ndërsa në grupin e kontrollit sasia e gingivës së keratinizuar në fund të 9 muajit ishte ulur 0,16 (nga 4,30 në 4,14).

Pra rastet me recesione të patrajuara me kalimin e kohës sjellin përkeqësim të dukshëm të parametrin të gjërësisë së indeve të keratinizuara të analizuar.

Analiza midis grupeve tregoi se teknika e graftit të kockave dhe GTR rezultoi në reduktim të ndjeshëm të recesionit ($p < 0.0001$), rriti gamën e gingivave të keratinizuara ($p = 0,0002$), mbulimi i rrënjëve ($p < 0.0001$). Këto rezultate janë, në përgjithësi, në përputhje me raportet e tjera të literaturës që vlerëson efektshmërinë e procedurave të rigjenerimit të mbulimit të rrënjës (BOLTCHI të tjerë, 2000; CORTELLINI; Kauzës; PINI Prato, 1993; GOTTLOË të tjerë, 1990 ; RACHLIN të tjerë, 1996; Scabbia; TROMBELLI, 1998; Shie të tjerë, 1997; TINTI të tjerë, 1992; TINTI të tjerë 1993; TINTI; VICENZI, 1990; TINTI; VICENZI, 1994; TROMBELLI të tjerë, 2005).

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

Rezultatet e këtyre rasteve tregojnë se teknika e GTR së bashku me graft-in kockor mund të përdoren me sukses për të rindërtuar defektet e recesionit mukogingivar. Kështu rezultatet e përfituara provuan efektivitetin e teknikave, duke sjellë reduktimin e recesionit dhe rritje sinjifikative të gingivës së keratinizuar.

11. Përfundime

Mbulimi i rrënjëve të ekspozuara nga recesioni është një nga qëllimet kryesore të terapisë rindërtuese periodontale.

- Vendosja e membranës (GTR) në recesionet e klasës së II Miller dhe së bashku me membranën edhe vendosja e kockës artificiale në recesionet e klasës III Miller, janë qasje alternative shumë efikase për mbulimin e rrënjëve, dhe rezultojnë në formimin e atashimit klinik dhe histologjik. Në praktikën periodontale, terapia e mbulimit të rrënjëve në defektet e recesionit kërkon vendime të përditshme klinike. Studimet e shumta kanë raportuar për të mbështetur efikasitetin dhe parashikueshmërinë e teknikave të ndryshme të propozuara kirurgjikale. Përzgjedhja e teknikave kirurgjikale duhet të diktohet nga disa faktorë, duke përfshirë anatominë e defektit, të tilla si madhësia e recesionit të defektit, prania ose mungesa e indeve të keratinizuara ngjitur me defektin, gjerësia dhe lartësia e indeve të buta ndërdhëmbore, dhe thellësia e vestibulum-it ose prezenca e frenulumeve (Zucchelli dhe bp, 2006; Haghighati dhe bp, 2009). Për më tepër, ekzistenca e konsideratave estetike, rezultati i dëshiruar dhe parashikimi i bazuar në evidenca të procedurave të ndryshme duhet gjithashtu të vlerësohet (Kerner dhe bp., 2009). Ndër

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

faktorët e lidhur me pacientët, përpjekja për të zvogëluar numrin e operacioneve kirurgjikale, së bashku me pritjet e pacientit duhet të konsiderohen. Mosha e pacientit, kushtet mjekësore dhe pirja e duhanit mundet gjithashtu të ndikojnë edhe në rezultatet e procedurës kirurgjikale të mbulimit të rrënjëve. Përvoja klinike e kirurgut mund të jetë një faktor potencial që ndikon në gjykime, përzgjedhjen e rasteve dhe aftësitë kirurgjikale (Andia dhe bp, 2008; Clauser dhe bp, 2003).

- Në studimin tonë nga 15 pacientët me recesion të klasës së II-të të Miller, u arrit rezultat pozitiv në 14 raste (93.30%), ndërsa në 1 rast (6.70%) rezultati ishte negativ.
- Në studimin tonë nga 15 pacientët me recesion të klasës së III-të të Miller, u arrit rezultat pozitiv në 13 raste (86.70%), ndërsa në 2 raste (13.30%) rezultati ishte negativ.
- Rezultatet e këtij studimi treguan se këto metoda arritën të përmirësonin parametrat klinikë dhe estetike. Sikurse u vu re në fund të 9 mujorit postoperativ, kishte një ulje të konsiderueshme të recesionit (3,59 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore. Në fund të 9 mujorit postoperativ, ka një shtim të konsiderueshëm në gjerësi të indeve të keratinizuara (0,78 mm), që është e një rëndësie të madhe statistikore. Rezultatet e marra shfaqën mesatarisht 78,91 % mbulim për grupin e trajtimit pas 9 muajsh kontrolli të rasteve.
- Nga rezultatet e marra mund të konkludohet se membrana e rezorbueshme me lembo të pozicionuar koronarisht (GTR):
 1. Është një modalitet trajtimi për mbulimin e recesionit të klasës së II-të të Miller, me recesion më pak se 4 mm;

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

2. Rezultoj në një mbulim të konsiderueshëm të recesionit me reduktimin në zonën e recesionit dhe fitimin në gjerësi të indeve të keratinizuara;
3. Dha rezultate të qëndrueshme gjatë gjithë fazës post operative; duke rezultuar përgjithësisht në shërimin e qetë.

- Nga rezultatet e marra mund të konkludohet se membrana e rezorbueshme me lembo të pozicionuar koronarisht (GTR) + kocka artificiale:

1. Është një modalitet trajtimi për mbulimin e recesionit të klasës së III-të të Miller, me recesion më shumë se 4 mm, me prekje edhe të kockës alveolare;
2. Rezultoj në një mbulim të konsiderueshëm të recesionit me reduktimin në zonën e recesionit dhe fitimin në gjerësi të indeve të keratinizuara;
3. Dha rezultate të qëndrueshme gjatë gjithë fazës post operative; duke rezultuar përgjithësisht në shërimin e qetë;
4. Pavarësisht nga rezultatet e dobishme, kostoja e lartë e materialit është e vetmja pengesë.

- Duke analizuar 2 grupet e trajtimit dhe kontrollit u vu re në fund të 9 mujorit postoperativ në grupin e trajtimit, kishte një ulje të konsiderueshme të recesionit (3,59 mm) nga 4,5 në 0,91 mm, ndërsa në grupin e kontrollit shkalla e recesionit në fund të 9 mujorit ishte rritur 0,2 mm (nga 4,5 në 4,7).

- Në grupin e trajtimit në fund të 9 mujorit postoperativ, kishte një shtim të konsiderueshëm në gjerësi të indeve të keratinizuara (0,78 mm), nga 4.30 në 5.08. Ndërsa në grupin e kontrollit sasia e gingivës së keratinizuar në fund të 9 mujorit ishte ulur 0,16 (nga 4,30 në 4,14).

- Duke analizuar 2 grupet e trajtimit dhe kontrollit, u konkludua se rastet me recesione të patrajtuara me kalimin e kohës sjellin përkeqësim të dukshëm të parametrave klinike të

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

gjerësisë së indeve të keratinizuara dhe shkallës së recesionit. Pra trajtimi kirurgjikal sjell një përmirësim shumë të dukshëm të parametrave të analizuar.

- Analiza e regresionit logjistik që kontrollon për konfonduesit e mundshëm tregoi që:
 - o gjinia femërore, (OR = 4.6 95%CI 3.1 – 10.9 p <0.01)
 - o grupmosha 45-55 vjeç, (OR = 4.3 95%CI 3.7 – 50.7 p <0.01)
 - o anteriorët maksilarë dhe posteriorët mandibularë, (OR = 5.1 95%CI 3.3 – 74.3 p <0.01)

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

12. Rekomandime

- 1- Gjithë pacientët që bëjnë vizitën dentare duhet ti nënshtrohen edhe kontrollit paradontal si pjesë integrale e shërbimit dentar. Ju rekomandohet pacientëve që të bëjnë kontrole të herë pas hershme për të mënjeluar destruktimin e mëtejshëm kockor.
- 2- Rekomandohet mjeku specialist kirurg që të përcaktojë saktë indikacionin e përdorimit të metodës së saktë kirurgjikale.
- 3- Duhet të respektohen me përpikmëri dhe detaj të gjitha fazat e interventit kirurgjikal.
- 4- E rëndësishme është bashkëpunimi i specialistëve paradontologë dhe kirurgë.
- 5- Sipërfaqet e rrënjëve përgatiten mekanikisht para çdo procedure mukogingivare për të lejuar lidhjen biologjike të indit të graftuar me të. Sipërfaqja e rrënjës pastrohet tërësisht me instrumente me dorë ose ultrasonik dhe pastaj shplahet me solucion steril të kripur. Modifikimi mekanik i sipërfaqes së rrënjës si edhe procedurat e kondicionuara të rrënjëve përdoren para teknikës kirurgjikale të mbulimit të rrënjëve për të arritur rezultate të përmirësuara.
- 6- Rëndësi i duhet kushtuar gjithashtu përgatitjes së lembos, teknikës së përdorur dhe sutureve të përshtatshme.
- 7- Rezultatet më inkurajuese mund të arrihen kur përdoren grafte kockore nën membranë.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

- 8- Po kaq i rëndësishëm është edhe kujdesi postoperativ si nga ana e pacientit, ashtu edhe mjekut.
- 9- Thënia e Nices “Nuk ka fakte të përjetshme, ashtu siç nuk ka të vërteta absolute”, do të thotë që studimet e kësaj natyre duhet të vazhdojnë, pasi studimet kanë treguar se nevoja për nderhyrje paradontale janë të mëdha, ashtu sikurse edhe metodat e servirura për shërimin paradontal janë duke u perfeksionuar.

13. Bibliografia

1. American Academy of Periodontology: *Glossary of Periodontal Terms*, ed 4, Chicago, American Academy of Periodontology, 2001.
2. Friedman N: Mucogingival surgery, *Text Dent J* 75:358–362, 1957.
3. Genco RJ, Newman MG, editors: Consensus Report—Mucogingival Therapy, *Ann Periodontol*, 1:702–706, 1996.
4. Foushee DG, Moriarty JD, Simpson DM: Effects of mandibular orthognathic treatment on mucogingival tissue, *J Periodontol* 56:727–733, 1985.
5. O'Leary TJ, Drake RB, Jividen GF, Allen MF: The incidence of recession in young males: relationship to gingival and plaque scores, *Periodontics* 6:109–111, 1968.
6. Miller PD Jr: Regenerative and reconstructive periodontal plastic surgery, *Dent Clin North Am* 32:287–306, 1988.
7. Ochsenbein C, Ross S: A reevaluation of osseous surgery, *Dent Clin North Am* 13:87–102, 1969.
8. Johnson RL: Osseous surgery, *Dent Clin North Am* 20(1):35–59, 1976.
9. Wennstrom JL: Mucogingival therapy, *Ann Periodontol* 1:671–701, 1996.
10. Camargo PM, Melnick PR, Kenney EG: The use of free gingival grafts for aesthetic purposes, *Periodontol 2000* 27:72–96, 2001.
11. Nevins M: Attached gingiva-mucogingival therapy and restorative dentistry, *Int J Periodontics Restorative Dent* 6(4):9–27, 1986.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet
periodontale (recesioni gingivar)

12. Herbert F. Wolf; Klaus H. Rateitschak (2005). *Periodontology*. Thieme. pp. 12–. ISBN 978-0-86577-902-0. Retrieved 21 June 2011.
13. Illustrated Dental Embryology, Histology, and Anatomy, Bath-Balogh and Fehrenbach, Elsevier, 2011, page 184.
14. Max A. Listgarten, University of Pennsylvania and Temple University at <http://www.dental.pitt.edu/informatics/periohistology/en/gu0401>.
15. Andlin-Sobocki A, Bodin L: Dimensional alterations of the gingiva related to changes of facial/lingual tooth position in permanent anterior teeth of children. A two year longitudinal study, *J Clin Periodontol* 20:219–224, 1993.
16. Coatoam GW, Behrents RG, Bissada NF: The width of keratinized gingiva: its significance and impact of periodontal status, *J Periodontol* 52:307–313, 1981.
17. W.B. Saunders Carranza's Clinical Periodontology, 9th Ed., 2002, page 435.
18. ANTONIO NANJI & DIETER D. BOSSHARDT, Structure of periodontal tissues in health and disease, *Periodontology* 2000, Vol. 40, 2006, 11–28 at
19. Wennstrom JL, Lindhe J, Sinclair F, Thilander B: Some periodontal tissue reactions to in monkeys, *J Clin Periodontol* 14:121–129, 1987.
20. Maynard JG, Ochsenbein C: Mucogingival problems, prevalence and therapy in children, *J Periodontol* 46:543–552, 1975.
21. Donaldson D: The etiology of gingival recession associated with, *J Periodontol* 45:468–471, 1974.
22. Loe, Gartrell JR, Mathews DP: Biofilm, *Dent Clin North Am* 20(1):199–213, 1960.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet
periodontale (recesioni gingivar)

23. Rees JS: The effect of variation in occlusal loading on the development of lesions: a finite element study, *J Oral Rehabil* 29:188–193, 2002.
24. Ingber JS, Rose LF, Coslet JG: The "biologic width"—a concept in periodontics and restorative dentistry, *Alpha Omegan* 70:62–65, 1977.
25. Hinrichs, JE: Occlusal The Role of Dental Calculus and Other Predisposing Factors. In Newman, MG; Takei, HH; Carranza, FA; editors: *Carranza's Clinical Periodontology*, 9th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2002. page 192.
26. Clark DC, Woo G, Silver JG et al: The influence of diabetes in the periodontium, *J Can Dent Assoc* 56:1101–1103, 1990.
27. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003;134:220-5.
28. Newman, MG; Takei, HH; Carranza, Bibb, CA: Occlusal Evaluation and Therapy in the Management of Periodontal Disease. In FA; editors: *Carranza's Clinical Periodontology*, 9th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2002. pages 698-701.
29. Piotrowski BT, Gillette WB, Hancock EB: Examining the prevalence and characteristics of cervical lesions in a population of U.S. veterans, *J Am Dent Assoc* 132:1694–1701, 2001.
30. Gandara BK, Truelove EL: Diagnosis and management of periodontal problems, *J Contemp Dent Pract* 1:16–23, 1999.
31. Wagenberg BD, Kennedy JE, Hall WB et al: Proceeding of the world workshop in clinical periodontics. In Nevins M, Becker W, Kornman K, editors: *Consensus report discussion section VII-16–20*, Chicago, 1989, American Academy of Periodontology.
32. Harris R: Grafting in periodontology: a long-term follow-up, *Int J Periodontics Restorative Dent* 22:55–61, 2002.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

33. Amarante ES, Leknes KN, Skavland J, Lie T: Coronally positioned flap procedures with osseal graft in the treatment of human periodontal problems, *J Periodontol* 71:989–998, 2000
34. Klokkevold, PR, Jovanovic, SA (2002). "Advanced Implant Surgery and Bone Grafting Techniques". In Newman, Takei, Carranza. *Carranza's Clinical Periodontology* (9th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders. pp. 907–8.
35. Boyan BD, Weesner TC, Lohmann CH, *et al.* (August 2000). "Porcine fetal enamel matrix derivative enhances bone formation induced by demineralized freeze dried bone allograft *in vivo*". *J. Periodontol.* **71** (8): 1278–86.
36. Dumitrescu et al 'Bone Grafts and Bone Graft Substitutes in Periodontal Therapy' p.92 Chapter 2.3.3 'coralline calcium carbonate' , 2011, Springer ,ISBN 9783642188242.
37. Italian scientists' 'wood to bone' medical breakthrough". BBC News. 2010-01-03. Retrieved 2010-02-18.
38. Trombelli L, Minenna L, Farina R, Scabbia A. Guided tissue regeneration in human gingival problems: A 10-year follow-up study. *J Clin Periodontol* 2005;32:16-20.
39. Gottlow J, Nyman S, Karring T, Lindhe J (September 1984). "New attachment formation as the result of controlled tissue regeneration". *J. Clin. Periodontol.* **11** (8): 494–503.
40. Gottlow J, Nyman S, Lindhe J, Karring T, Wennström J (July 1986). "New attachment formation in the human periodontium by guided tissue regeneration. Case reports". *J. Clin. Periodontol.* **13** (6): 604–16.
41. Horia Barbu, Monica Comăneanu, Mihai Bucur (Mar 2012). "Guided Bone Regeneration in severely resorbed maxilla". *Rev. chir. oro-maxilo-fac. implantol.* 24–29. ISSN 2069-3850. 61.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

42. Hurley LA, Stinchfield FE, Bassett AL, Lyon WH (October 1959). "The role of soft tissues in osteogenesis. An experimental study of canine spine fusions". *J Bone Joint Surg Am* **41**–A: 1243–54.
43. Melcher AH (May 1976). "On the repair potential of periodontal tissues". *J. Periodontol.* **47** (5): 256–60.
44. Bartee BK: The use of high-density polytetrafluoroethylene membrane to treat osseous defects: clinical reports, *Implant Dentistry* 4:21–26, 1995.
45. Bunyaratavej P, Wang HL: Collagen membranes: a review, *J Periodontol* 72:215–220, 2001.
46. Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in man: Prevalence, severity and extent of periodontal problems. *J Periodontol* 1992;63:489-95.
47. Albandar, et al. Prevalence of periodontal problems over 30 years old. (*J Periodontol* 1999; 70: 13-29).
48. Kassab MM, Cohen RE. The etiology and prevalence of gingival recession. *J Am Dent Assoc* 2003;134:220-5.
49. (Novaes dhe bp. Factors of recession, *J Esthet Dent* 3:14–19, (1975).
50. Dyer D, Addy M, Newcombe RG: Studies in vitro of recession by different manual toothbrush heads and a standard toothpaste, *J Clin Periodontol* 27:99–103, 2000.
51. Georgia K. Jonson and Margaret Hill: cigarette smoking and the periodontal patient. State of the Art Review. *J Periodontal* 2004; 75: 196-209.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet
periodontale (recesioni gingivar)

52. Haber J, Wattes J,C Rowley M, Mandell R, Joslipura K. Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J Periodontal* 1993; 64: 16-23.
53. Loe H, Anerud A, Boysen H. The natural history of periodontal disease in male: Prevalence, severity and extent of gingival recession. *J Periodontol* 1992;63:489-95.
54. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:8-13.
54. Grupe HE, Warren RF: Repair of gingival defects by a sliding flap operation, *J Periodontol* 27:92–95, 1956.
55. Grupe J: Modified technique for the sliding flap operation, *J Periodontol* 37:491–495, 1966.
56. Bjorn: Increasing the amount of attached gingiva using a modified apically repositioned flap, *J Periodontol* 70:1110–1117, 1999.
57. Han: Soft tissue management of labially positioned teeth, *Am J Orthod* 72:53–64, 1977.
58. Cohen et Ross: Use of the suprapariosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage. I. Rationale and technique, *Int J Periodontics Restorative Dent* 3:217–227, (1968).
59. Miller PD Jr: Root coverage using a free soft tissue autograft following citric acid application, *Int J Periodontics Restorative Dent* 2:65–70, 1982.
60. Lange and Lange. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. *J Periodontol* 2005;76:1729-34.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet
periodontale (recesioni gingivar)

61. Pini Prato G, Clauser C, Cortellini P, Tinti C, Vincenzi G, Pagliaro U. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal recessions. A 4-year follow-up study. *J Periodontol* 1996;67:1216-23.
62. Prato GP, Clauser C, Magnani C, Cortellini P. Resorbable membrane in the treatment of human buccal recession: A nine-case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995;15:258-67.
63. Rateitschak. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: A systematic review. *J Clin Periodontol* 1973;29(Suppl 3):178-94.
64. Nyman: Marginal soft tissue recessions with and without attached gingiva. A five year longitudinal study, *J Periodont* 20(3):209–211, 1985.
65. Tinti and Vicenzi. Guided tissue regeneration in human gingival recessions: A 10-year follow-up study. *J Clin Periodontol* 2005;32:16-20.
66. Rosetti N. Histologic assessment of new attachment following the treatment of a human buccal recession by means of a guided tissue regeneration procedure. *J Periodontol* 1993;64:387-91.
67. Tinti M: Periodontal reconstructive flaps—classification and surgical considerations, *Int J Periodontics Restorative Dent* 11:481–487,1991.
68. Stetler KJ, Bissada NF: Significance of the age on the periodontal status of teeth, *J Periodontol* 58:696–700, 1987.
69. Maynard JC, Wilson RD: Physiologic dimensions of the periodontium significant to the age, *J Periodontol* 50:170–174, 1979.
70. Lekholm U, Zarb G: Patient selection and preparation. In Branemark P-I, editor: *Tissue-reaction to hormonal*, Chicago, 1985, Quintessence, pp 199–209.

Përdorimi i membranës së rezorbueshme dhe kockës artificiale në problemet periodontale (recesioni gingivar)

71. Goldman HM, Shuman A, Isenberg G: *An atlas of the surgical management of periodontal disease*, Chicago, 1982, Quintessence.
72. Pini Prato G, Clauser C, Cortellini P, Tinti C, Vincenzi G, Pagliaro U. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal recessions. A 4-year follow-up study. *J Periodontol* 1996;67:1216-23.
73. Prato GP, Clauser C, Magnani C, Cortellini P. Resorbable membrane in the treatment of human buccal recession: A nine-case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995;15:258-67.
74. Cortellini dhe bp.. Treatment of localized gingival recession part 1 lateral sliding flap. *J Periodontol* 1978;49:351-6.
75. Thrombelli dhe bp.. Treatment of localized gingival recession part III comparison of results obtained from lateral sliding flap and coronally repositioned flap. *J Periodontal* 1978;49:457-61.
76. Roccuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plastic surgery for treatment of localized gingival recessions: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2002;29(Suppl 3):178-94.
77. Huang LH, Neiva RE, Wang HL. Factors affecting the outcomes of coronally advanced flap root coverage procedure. *J Periodontol* 2005;76:1729-34.