

Recesy a 8 autorů

V.Pintera

Stav který je označován různě – dnes nejčastěji jako recesy, ale v 80. letech jako atrofie parodontu je také různě definován a je otázka, zda jde o stav jeden a zda jde vůbec o nosologickou jednotku či zda je to symptom. Právě tak Mc Callovy girlandy jsou někdy zmiňovány jako symptom atrofie parodontu nebo jako synonymum takové regrese.

Tak se dnes pod jedním pojmem Recesy zahrnují (nejméně) dva různé jevy – recesus jako důsledek parodontitis coby infekce a sterilní fibroproduktivní zánět coby způsob reakce parodontu na mechanické a jiné neinfekční podněty – Mc Callovy girlandy.

Aby bylo možné srovnání, k čemu došli známí autoři, a mohl být vytvořen vlastní náhled, byly základní markanty sestaveny do schematu tak, aby rozdíly byly zřetelné :

Zdroj: Autor :
Hlavní název :
Synonyma :
Dif.Dg. rozlišuje :
Patogenita
 spojené stavy :
Četnost :
Definice :
Histologie (mikroskopicky):
Zánět ? :

Etiologie :
Dispozice
Klinický obraz :
Subjektivní obtíže :
Průběh, dynamika:
Funkce :
Terapie :

1.-Zdroj- ŠKACH :

Hlavní název : Atrofie parodontu (výraz recesy neužívá)

Synonyma : předčasná atrofie, předčasná involuce, atrofia praecox, atrofia senilis (v 5.-6. deceniu)

Dif.Dg. rozlišuje : odlišuje od atrofie gingivy, rozlišuje od redukovaného parodontu po léčbě

Patogenita : nejde o patologický stav, spíše o přestavbu

 spojené stavy :

Četnost : 1-5% populace

:

Definice : významné odhalování krčků především řezáků a špičáků bez příznaků parodontitis, tzn. bez viklavosti, chobotů a gingivitidy.

Histologie (mikroskopicky): osteoporóza, zúžení periodont. štěrby a hypertrofie cementu

Zánět : není

Etiologie : neznámá, má souvislost se stavem kompakty okraje alveolu, odmítá vnitřní příčiny

Dispozice : -fyziologické involuční změny

 -dehiscence a fenestrace vestib. alveolu

-mechanické poškození čištěním

-traum.zkus,para funkce a zlozvyky-neuvádí

-ortodontické anom.-komprese a ortod.léčba-neuvádí

-nepoměr velikosti zubů a alveolu-neuvádí

-nedostatek připojené gingivy-neuvádí

-plaková gingivitis-neuvádí

--tenký periodontální biotyp-neuvádí

Klinický obraz : postihuje hlavně špičáky a premoláry obou čelistí,často palatinální kořeny horních molárů, gingiva bledá s výrazným stipplingem,sulcus mělký,nápadně dobrá hygiena .Dáseň sestupuje současně s alveolem,ale úpon gingivy a struktura vazů a tkání pod úponem se nemění.

Subjektivní obtíže :

Průběh,dynamika : zpočátku pokračuje rychle až do masivnější kompakty kde se zastaví.Gingiva zpočátku zbytnělá tuhá,později zmizí připojená gingiva a objeví se sy.tahu v dolním vestibulu,který zhoršuje stav,později se objeví marg. Gingivitis a papilitis a objeví se choboty čímž přejde v parodontitis.

Furkace : hlavně u horních molárů,pal.kořen,symetricky

Terapie : chirurgie

zábrus zubů

jiné

kontraindikace chirurgie :

kontraindikace zábrusu :

2.Zdroj - SLEZÁK :

Hlavní název : Gingivální recesy =atrofie parodontu

Synonyma :marginální recesy,

spojené stavy : Stilmannovy zářezy (cleft),presenilní atrofie,senilní atrofie,Mc Callovy girlandy.

Definice :*Úbytek tkání parodontu nezánnětlivého původu ,klinicky se projevující ústupem(retrakcí) gingivy okolo části nebo méně často okolo celého krčku zubu za vzniku gingiválních (marginálních) recesů.*

Rozlišuje :presenilní atrofii,senilní atrofii

Četnost výskytu : velmi častá,frekvence neznámá

Zánět není,připouští koincidenci s parodontitidou

Histologie :

Dif.Dg.: Redukovaný parodont po léčbě PD ,Parodontitis s destrukcí alv.kosti a obnažováním zubů

Patogenita :

Etiologie :-fyziologické involuční změny

-dehiscence a fenestrace vestib. alveolu

-mechanické poškození čištěním

- traum.zkus,parafunkce a zlozvyky
- ortodontické anom.-komprese a ortod.léčba
- nepoměr velikosti zubů a alveolu
- nedostatek připojené gingivy
- plaková gingivitis
- okraje protetiky

Klinický obraz : často špičáky a premoláry obou čelistí.Průběh dlouhodobý,začínají rychle během několika měsíců,pak stacionární.

RTG : úbytek interdent.sept bez resorpce kompakty (lamina dura)na vrcholcích sept,rozšíření per.štěrby pokud jde o přetížení,hypercementoza periapikálně,zvýšená kondenzace alv.kosti,

Subj.obtíže a komplikace : citlivost krčků, klínové defekty,kaz kořene.

Průběh,dynamika :

Furkace :

Terapie : většinou nemožná

chirurgie –jen pokud nejsou girlandy

zábrus zubů –selektivní artikulační zábrus,pokud nejsou abras.fasety

jiné : hygiena

kontraindikace chirurgie : Mc Callovy girlandy

kontraindikace zábrusu : abrazní fazety

3.Zdroj-MUTSCHELKNAUS :

Mutschelknaus popisuje krytí parodontálních recesů aniž by recesy definoval.Má ale kapitolu o furkacích,které nedává s recesy do souvislosti,nýbrž je chápe jako projev či následek parodontitis .

Synonyma : neuvádí

spojené stavy : neuvádí

Definice :neuvádí

Rozlišuje : neuvádí

Četnost :

Histologie:

Dispozice:

Průběh a dynamika:

Patogenita :

Zánět není

Dif.Dg.: redukovaný parodont po parodontální terapii

Etiologie :-fyzilogické involuční změny

-dehiscence a fenestrace vestib. alveolu

-mechanické poškození čištěním

-traum.zkus,parafunkce a zlozvyky

-ortodontické anom.-komprese a

ortod.léčba

-nepoměr velikosti zubů a alveolu

-nedostatek připojené gingivy

-plaková gingivitis

Klinický obraz : špičáky a premoláry obou čelistí

Furkace : jako následek parodontitis

Terapie : chirurgie –indikována,pokud recesy překračují mukogingivální hranici.Doporučují se volné slizniční transplantáty spíše než lalokové operace.Není možné pokud došlo ke ztrátě interdentální papily.

zábrus zubů
kontraindikace chirurgie :
kontraindikace zábrusu :

4.Zdroj- Rateitschak

Hlavní název : Gingivální recesy

Synonyma : apikální migrace gingivy bez zánětu

Dif.Dg. rozlišuje : neuvádí

Patogenita –není jde o funkční přestavbu: Gingivální recesy nejsou ve skutečnosti „nemoc“, ale spíše „anatomická změna vyvolaná morfologií, nesprávná ústní hygiena (agresivní praní) a případně funkční přetížení

spojené stavy : neuvádí

Četnost :

Definice : Hlavní charakteristika tohoto stavu, který je často esteticky nevhodný pro pacienty, je apikální migrace marginální gingivy bez zánětu

Histologie (mikroskopicky):

Zánět ? : bez zánětu,ale je často u pacientů s dlouhodobou neléčenou parodontitidou a může to být důsledek léčby parodontitidy u starších pacientů („involuce“)

Etiologie : Gingivální recesy mohou být iniciované a propagované nevhodným traumatickým způsobem čištění zubů (horizontální pohyby) a funkční přetížení může také hrát roli.

Dispozice :-fyziologické involuční změny

-dehiscence a fenestrace vestib. Alveolu- Morfologický

předpoklad je obecně faciální lící kostní lamela, která je buď extrémně tenká nebo úplně chybí.

-mechanické poškození čištěním

-traum.zkus,parafunkce a zlozvyky

-ortodontické anom.-komprese a ortod.léčba-neuvádí

-nepoměr velikosti zubů a alveolu

-nedostatek připojené gingivy

-plaková gingivitis

Klinický obraz : • Zuby se neztrácejí kvůli klasické recesi dásní, ale u pacientů se může vyskytnout cervikální přecitlivělost a estetické komplikace. Pokud se gingivální recese rozšíří na mobilní ústní sliznice, dostatečná ústní hygiena často není déle možné. Následkem je sekundární zánět.

Subjektivní obtíže : cervikální přecitlivělost a estetické komplikace

Průběh,dynamika:

Furkace : *neuvádí*

Terapie : chirurgie : mukogingivální chirurgie

zábrus zubů : neuvádí

jiné: přiměřená, ale šetrné techniky ústní hygieny (vertikální-rotací kartáčování nebo použití UZ kartáčku na zuby).Léčba: Počáteční nebo postupující recesy dásní mohou být

zastaveny změnou technikou ústní hygieny ; ve vážných případech může progresi zastavit mukogingivální chirurgie může znovu zakrýt odkryté kořeny.

kontraindikace chirurgie : neuvádí
kontraindikace zábrusu : neuvádí

5. Zdroj- EICKHOLZ :

Synonyma :

spojené stavy :

Definice : Recesy vznikají ústupem dásně a odhalením zubních krčků v důsledku resorbce alv. kosti a ztrátou attachmentu následkem parodontitidy a její léčby. Hypotéza o souvislosti mezi recesy a úzké připojené (keratinizované) gingivy byla vyloučena.

Rozlišuje : vestibulární/orální recesy a aproximální recesy

Zánět – ano (cirkulární aproximální), ne (vest./orální)

Dif.Dg.:

Patogenita :

Četnost :

Histologie :

Etiologie : kulturně rozdílná: cirkulární r. mají etiologii parodontitickou, vest./orální r. jsou z kombinace predispozičních a spouštěcích faktorů.

rozděluje na **predispozice a spouštěcí faktory a**

přidává ging.fenotyp=predispozice

přidává subgingivální okraje protetiky

(-fyziologické involuční změny =E. neuvádí)

-dehiscence a fenestrace vestib. Alveolu=predispozice

-mechanické poškození čištěním =spoušť.faktor

(-traum.zkus,para funkce a zlozvyky=E.neuvádí)

(-ortodontické anom.-komprese= E .neuvádí)

-ortod.posuny z. = spoušť.faktor

(-nepoměr velikosti zubů a alveolu=E.neuvádí)

-nedostatek připojené gingivy= E. vylučuje

-úpony řas=predispozice

-plaková gingivitis=spoušť.faktor

-biotyp jako predispozice

Průběh,dynamika :

Subjektivní obtíže :

Furkace :

Klinický obraz :

Terapie : chirurgie

zábrus zubů

kontraindikace chirurgie :

kontraindikace zábrusu :

6.-Zdroj- Klasifikace 2018:

Hlavní název : Recesy

Synonyma : neuvádí

Dif.Dg. rozlišuje : neuvádí

Patogenita : Ano- Mukogingivální defekt je stav, který leží mimo rozsah individuální variability toho, co je považováno za normální.

Attachment : je ztráta attachmentu

spojené stavy : Mukogingivální deformity= (8) fenotypy, mělké vestibulum, odhalený povrch kořene, odchýlný úpon svalů a frenula, zbarvení g., přebytek/nedostatek g. , Stavby narušující parodont

Četnost :

Definice : Gingivální recese je apikální posun gingiválního okraje vzhledem k cemento-sklovinnému spojení. (CEJ) a je spojen se ztrátou attachmentu a vystavením povrchu kořene ústnímu prostředí. Za predispoziční faktory se považuje Tenký periodontální biotyp, absence připojené gingivy a snížená tloušťka alveolární kosti v důsledku abnormální polohy zubu v oblouku.

Histologie (mikroskopicky): neuvádí

Zánět : není

Etiologie : neuvádí

Dispozice :

-fyziologické involuční změny- mají tendenci se zvyšovat s věkem

-snížená tloušťka alv.kosti, dehiscence a fenestrace vestib. alveolu

-mechanické poškození čištěním-neuvádí

-traum.zkus, parafunkce a zlozvyky-neuvádí

-ortodontické anom.-komprese a ortod.léčba : abnormální poloha zubu v oblouku

-nepoměr velikosti zubů a alveolu-neuvádí

-nedostatek připojené gingivy

-plaková gingivitis, parodontitis a nedostatečná hygiena

-tenký periodontální biotyp

Klinický obraz : Mukogingivální defekty včetně gingivální recese s expozicí kořenového povrchu se vyskytují často u dospělých, mají tendenci se zvyšovat s věkem a vyskytují se v početných populacích s nízkými standardy ústní hygieny. Zejména osoby s tenkým fenotypem jsou náchylné ke tvorbě recesů.

Subjektivní obtíže : Expozice kořenového povrchu je často spojena se zhoršenou estetikou, precitlivělostí dentinu

Průběh, dynamika : RT -1 Typ recesu 1 : gingivální recessus bez ztráty interproximálního attachmentu. Interproximální CEJ je klinicky nezjistitelný na meziálním i distálním aspektu zubu.

RT-2 Typ recesu 2 : gingivální recessus spojený se ztrátou interproximálního attachmentu. Měřeno od interproximálního CEJ do hloubky interproximálního chobotu je ztráta menší nebo rovná bukalní ztrátě attachmentu měřené od bukalní CEJ k apikálnímu dnu bukalního chobotu.

RT-3 Typ recesu 3 : gingivální recessus spojený se ztrátou interproximálního attachmentu , který je větší než bukalní ztráta attachmentu. (měřeno jak popsáno u RT 2)

Funkce : neuvádí

Terapie : chirurgie-neuvádí
zábrus zubů –neuvádí

jiné- když pacient aplikuje vhodnou ústní hygienu opatření a profesionální údržba, pokud neexistují jiné faktory spojené se zvýšeným rizikem rozvoje gingiválních recesů jako je gingivitida a parodontitida.

kontraindikace chirurgie : neuvádí

kontraindikace zábrusu : neuvádí

:

7.Zdroj- : směrnice S3 EFP

Hlavní název : nehovoří o recesech,nýbrž jen o furkacích

Synonyma : neuvádí

Dif.Dg. rozlišuje : neuvádí

Patogenita : neuvádí

spojené stavy : neuvádí

Četnost : neuvádí

Definice : neuvádí

Histologie (mikroskopicky): *neuvádí*

Zánět ? : neuvádí

Etiologie : neuvádí

Dispozice : *-fyziologické involuční změny*

-dehiscence a fenestrace vestib. alveolu

-mechanické poškození čištěním

-traum.zkus.parafunkce a zlozvyky

-ortodontické anom.-komprese a ortod.léčba-neuvádí

-nepoměr velikosti zubů a alveolu

-nedostatek připojené gingivy

-plaková gingivitis

Klinický obraz :

Subjektivní obtíže :

Průběh,dynamika:

Furkace : uvádí výhradně léčbu furkací,tzn. recesů u vícekořenových zubů.

Terapie : chirurgie :

zábrus zubů : neuvádí

jiné:

kontraindikace chirurgie : neuvádí

kontraindikace zábrusu : neuvádí

Doporučení 3.10

(A) Moláry s furkačním stupněm II a III se zbytkovými choboty by měly být zahrnuty do parodontální terapie.

(B) Samotné napadení furkací nepředstavuje důvod pro extrakci (Dommisch et al., 2020; Jepsen et al., 2019)

Doporučení 3.11

V případě zbytkových chobotů v oblasti maxilárních molárů s bukalní furkací stupně II by měla být provedena regenerativní periodontální chirurgická opatření.

(Jepsen et al., 2019)

Doporučení 3.12

V případě zbytkových chobotů v oblasti molárů s bukalní furkací stupně II by měla být provedena regenerativní parodontální chirurgická opatření. (Jepsen et al., 2019)

Doporučení 3.13

Moláry se zbytkovými choboty a úrovní furkace II na dolních stoličkách a bukalní na horních stoličkách by měly být ošetřovány regenerativně pouze pomocí proteinů matrice skloviny nebo štěpů kostního původu s resorpčními membránami nebo bez nich.(Jepsen et al., 2019)

Moláry se zbneuvádí choboty a úrovní furkace II na dolních stoličkách a bukalní na horních stoličkách by měly být ošetřovány regenerativně pouze pomocí proteinů matrice skloviny nebo štěpů kostního původu s resorpčními membránami nebo bez nich. (Jepsen et al., 2019)

Doporučení 3.14

V případě zamoření mezizubní furkace stupně II se zbytkovými choboty na maxilárních stoličkách lze uvažovat o nechirurgické instrumentaci, instrumentaci za kontroly zraku s tvorbou chlopně, periodontální regeneraci,

oddělení kořenů (trisekce / premolarizace) nebo amputaci kořenů (částečná extrakce). (Dommisch et al., 2020; Huynh-Ba et al., 2009; Jepsen et al., 2002)

Doporučení 3.15

V případě napadení horního moláru furkací stupně III a víceúrovňovým stupněm furkace na horním moláru, lze považovat za adekvátní nechirurgické vybavení, instrumentace pod vizuální kontrolou s tvorbou chlopní, tunelováním, oddělením kořenů (premolarizace) nebo resekci kořene (částečná extrakce / amputace kořene / trisekce). Podpůrná literatura (Dommisch et al., 2020)

Doporučení 3.16

V případě napadení dolního moláru furkací III. Stupně a víceúrovňovou furkací II. Stupně lze považovat za adekvátní nechirurgické vybavení, vybavení pod vizuální kontrolou s tvorbou chlopní, tunelování, oddělení kořenů (premolarizace) nebo resekce kořenů (částečná extrakce / amputace kořene / hemisekce). (Dommisch et al., 2020)

8) Zdroj - : Cleveland clinic, webové stránky 2023

Hlavní název : Recese dásní

Synonyma : neuvádí

Dif.Dg. rozlišuje : neuvádí, spojuje recesy s hypersensitivitou krčků

Patogenita : Recese dásní je forma onemocnění dásní.

spojené stavy :

Četnost : má přibližně 88 % lidí starších 65 let recesi dásní na jednom nebo více zubech.

Definice : Recese dásní je, když se tkáň dásní odtahuje od zubů a odhaluje kořeny pod nimi. Obnažení kořenů zubů je nejnapadnější příznak. Další signály recese dásní jsou : Bolest nebo nepohodlí v blízkosti linie dásní, Citlivost na teplo, chlad a sladkosti, Citlivost při čištění zubů .

Histologie (mikroskopicky): neuvádí

Zánět ? : neuvádí

Etiologie : Je to způsobeno řadou faktorů, včetně agresivního kartáčování, kouření a dokonce i genetiky.

Dispozice : -fyziologické involuční změny- nejčastěji se vyskytuje u lidí starších 65 let

-dehiscence a fenestrace vestib. alveolu

-mechanické poškození čištěním –agresivní čištění

-traum.zkus, parafunkce a zlozvyky

-ortodontické anom.-komprese a ortod.léčba

-nepoměr velikosti zubů a alveolu

-nedostatek připojené gingivy

-plaková gingivitis a onem.parodontu

-okraje protetiky

-piercing jazyka nebo rtu

-žvýkací tabák:

Klinický obraz : Recese dásní může být mírná, střední nebo závažná. Může postihnout jeden zub nebo více zubů. Obnažení kořenů zubů je nejnapadnější příznak. Další signály recese dásní jsou : Bolest nebo nepohodlí v blízkosti linie dásní, Citlivost na teplo, chlad a sladkosti, Citlivost při čištění zubů .

Subjektivní obtíže : zuby mohou být citlivější při čištění nebo při jídle.

Průběh, dynamika: Recesi dásní nelze zvrátit, ustupující dásně nemohou znovu dorůst, ale léčba může zabránit jejímu zhoršení.

Furkace : neuvádí

Terapie : chirurgie : se používá štěp dásně k nahrazení chybějící tkáně dásně. Štěp se obvykle odebírá ze stropu úst, ale příležitostně může pocházet ze sterilizované tkáně lidského dárce. Jakmile je štěp dásně ve správné poloze, chirurg jej přišije na místo. Existuje několik různých typů postupů roubování dásní.

zábrus zubů : neuvádí

jiné:

-léčba zahrnuje antibiotika, antimikrobiální výplachy úst a chirurgický zákrok. fluoridový lak nebo jiné znečistlivující látky jako dusičnan draselný, fluorid cínatý, arginin a chlorid strontnatý.

-zakamuflovat oblast recese kompozitní pryskyřicí v barvě zubu. To zakryje váš exponovaný kořen zubu, takže je méně nápadný a pohodlnější.

- Ortodontie. Pokud je zub křivý, převrácený nebo otočený, může to způsobit recesi dásní. V těchto případech mohou být alternativou rovnátka. Jakmile se zub posune do správného zarovnání, okraj dásně se může časem sám opravit.

kontraindikace chirurgie : neuvádí

kontraindikace zábrusu : neuvádí

Část II.-srovnání :

- hlavní název :**
- 1) Atrofie parodontu (výraz recesy neužívá) (Škach)
 - 2) Gingivální recesy =atrofie parodontu (Slezák)
 - 3)Parodontální recesy (Mutschelknaus)
 - 4)Gingivální recesy (Rateitschak)
 - 5)Recesy (Eickholz)
 - 6)Recesy (Klasifikace 2018)
 - 7) nehovoří o recesech,nýbrž jen o furkacích (S3 2019)
 - 8) recese (Cleveland cl)

Hodnocení : Novější autoři ,odhadem od 90. let užívají název „Recesy“,dříve to byla atrofie parodontu.Důvod může být hlubší,jako by regrese (atrofie,dystrofie,nekroza) byly opuštěny,protože se už tato kategorie v literatuře neobjevuje.

- Synonyma :**
- 1) předčasná atrofie,předčasná involuce,atrofia praecox,atrofia senilis (Škach)
 - 2) marginální recesy (Slezák)
 - 3) – neuvádí (Mutschelknaus)
 - 4) apikální migrace gingivy bez zánětu (Rateitschak)
 - 5) – neuvádí (Eickholz)
 - 6) – neuvádí (K2018)
 - 7) –neuvádí (S3 2019)
 - 8)-neuvádí (Cleveland cl)

Dif.Dg. rozlišuje :

- 1) atrofie gingivy,redukovaný parodont po léčbě (Škach)
- 2) Redukovaný parodont po léčbě PD ,Parodontitis s destrukcí alv.kosti a obnažováním zubů (Slezák)
- 3) redukovaný parodont po par.terapii (Mutschelknaus)

- 4) - (Rateitschak)-
- 5) - (Eickholz)-
- 6) - (K 2018)-
- 7) - (S3 2019)-
- 8)- (Cleveland cl)-

Hodnocení : v 80. létech se patrně považovaly recesy za etiologickou jednotku jiného charakteru než parodontopatie a tudíž se od sebe oddělovaly, nověji se chápou jednoduše jako symptom bez ohledu na etiologii.

Patogenita :

- 1) nejde o patologický stav, spíše o přestavbu (Škach)
- 2) ne, jde o fyziologickou involuci (Slezák)
- 3) neuvádí (Mutschelknaus)
- 4) nejde o patologický stav (Rateitschak)
- 5) ano, jde o součást parodontitidy (Eickholz)
- 6) ano, jde o mukogingivální defekt za hranicí toho co je považováno za normální (K 2018)
- 7) neuvádí (S3 2019)
- 8) ano, jde o formu onem. dásní (Cleveland cl.)

Hodnocení : Starší pojetí ještě v 90. létech respektovalo životní fáze ,v pojetím současném se zdá ,že jde o nemoc jako odchylku od normy. Důvod tohoto rozporu tak bude patrně spočívat v chápání pojmů zdraví a nemoc.

Četnost :

- 1)(Škach)-1-5% populace
- 2) (Slezák)- velmi častá, frekvence neznámá
- 3) (Mutschelknaus)-neuvádí
- 4) (Rateitschak)-neuvádí
- 5) (Eickholz)-neuvádí
- 6) (Klasifikace 2018)-neuvádí
- 7) (S3 2019)-neuvádí
- 8) (Cleveland cl)- přibližně 88 % lidí starších 65 let recesi dásní na jednom nebo více zubech.

Hodnocení : jedná se o příkré rozpory mezi autory způsobené patrně odlišným obsahem pojmu recessus ,kdy dnes se vnímá jako symptom třeba i parodontitidy nebo následků léčby, zatímco dříve se mezi těmito stavy rozlišovalo.

Definice : 1) významné odhalování krčků především řezáků a špičáků bez příznaků parodontitis, tzn. bez viklavosti, chobotů a gingivitidy. (Škach)

2) Úbytek tkání parodontu nezánettivého původu ,klinicky se projevující ústupem(retrakcí) gingivy okolo části nebo méně často okolo celého krčku zubu za vzniku gingiválních (marginálních) recesů. (Slezák)

3)neuvádí (Mutschelknaus)

4) Hlavní charakteristika tohoto stavu, který je často esteticky nevhodný pro pacienty, je apikální migrace marginální gingivy bez zánětu (Rateitschak)

5) Recesy vznikají ústupem dásně a odhalením zubních krčků v důsledku resorbce alv. kosti a ztrátou attachmentu následkem parodontitidy a její léčby. Hypotéza o souvislosti mezi recesy a úzké připojené (keratinizované)gingivy byla vyloučena. (Eickholz)

6) Gingivální recese je apikální posun gingiválního okraje vzhledem k cemento-sklovinnému spojení. (CEJ) a je spojen se ztrátou attachmentu a vystavením povrchu kořene ústnímu prostředí. Za predispoziční faktory se považuje Tenký periodontální biotyp, absence

připojené gingivy a snížená tloušťka alveolární kosti v důsledku abnormální polohy zubu v oblouku. (K2018)

7) neuvádí (S3 2019)

8) Recese dásní je, když se tkáň dásní odtahuje od zubů a odhaluje kořeny pod nimi. Obnažení kořenů zubů je nejnápadnější příznak .Další signály recese dásní jsou : Bolest nebo nepohodlí v blízkosti linie dásní, Citlivost na teplo, chlad a sladkosti, Citlivost při čištění zubů .(Cleveland cl.)

Hodnocení : přestože každý z autorů si pod pojmem Recesy představuje něco jiného,nevzbuzuje to ani rozpory ani diskuse ba ani větší zájem. Shodují se tedy na skutečnosti,že tento jev existuje,méně pak na tom o co se jedná,ba pochybuje se i o patologické podstatě toho jevu,ale není to nahlíženo jako předmět sporu,tedy nelze očekávat ani řešení.

Histologie (mikroskopicky): :

1) osteoporóza,zúžení periodont.štěrbiny a hypertrofie cementu (Škach)

2) neuvádí (Slezák)

3) neuvádí (Mutschelknaus)

4) neuvádí(Rateitschak)

5) neuvádí (Eickholz)

6) neuvádí (Klasifikace 2018)

7) neuvádí (S3 2019)

8) neuvádí (Cleveland cl)

Hodnocení : Autoři se vyjadřují k zánětlivé či nezánětlivé podstatě jevu aniž by vyjma Škacha uváděli histologii,takže ani nevíme, které buňky se na jevu účastní natož abychom se dozvěděli co se tam děje.

Zánět ? :

1) není zánět (Škach)

2) není zánět,ale může mít souvislost s parodontitis (Slezák)

3) neuvádí (Mutschelknaus)

4) není zánět,ale je často pozorována u pacientů s dlouhodobou neléčenou periodontitis a může to být důsledek léčby parodontitidy u starších pacientů („involuce“) (Rateitschak)

5) je i není - ano (cirkulární aproximální), ne (vest./orální) (Eickholz)

6) není zánět (K 2018)

7) neuvádí (S3 2019)

8) neuvádí (cleveland cl.)

Hodnocení : 4 z 8 autorů tvrdí,že nejde o zánět,3 se nevyjadřují ,1 je toho názoru že o zánět někde jde a jinde ne. Logicky by z toho vyplývalo,že jde o věc dvě nebo že jde o symptom.Není bez uajímavosti,že tento autor skutečně popisuje dvě různé věci a shledává jejich etiologii kulturně odlišnou.Viz etiologie.

Když si tyto výklady sestavíme v časové posloupnosti a srovnáme s paradigmaty dané doby,ukáže se ,že pod pojmem zánět rozumí se dnes reakce na uvolněné mediátory ,zatímco dříve a to ještě docela nedávno, se zánět považoval za soubor reakcí nespecifické imunity.

Etiologie : 1) neznámá, má souvislost se stavem kompakty okraje alveolu, odmítá vnitřní příčiny (Škach)
 2) fyziologické involuční změny, dehiscence a fenestrace vestib. Alveolu, -mechanické poškození čištěním, traum. zkus, parafunkce a zlozvyky, ortodontické anom. -komprese a ortod. léčba, nepoměr velikosti zubů a alveolu, nedostatek připojené gingivy, plaková gingivitis (Slezák)
 3) neuvádí (Mutschelknaus)
 4) Gingivální recesy mohou být iniciované a propagované nevhodným traumatickým způsobem čištění zubů (horizontální pohyby) a funkční přetížení může také hrát roli. (Rateitschak)
 5) kulturně rozdílná: cirkulární r. mají etiologii parodontickou, vestib./orální r. jsou z kombinace predispozičních a spouštěcích faktorů. (Eickholz)
 6) neuvádí (Klasifikace 2018)
 7) neuvádí (S3 2019)
 8) -kouření, kartáčování, genetika (Cleveland cl.)

Dispozice : -fyziologické involuční změny-8,4,2,1
 -dehiscence a fenestrace vestib. Alveolu-6,5,4,2,1
 -mechanické poškození čištěním -8,5,4,2,1
 -traum. zkus, parafunkce a zlozvyky-2,
 -ortodontické anom. -komprese a ortod. léčba-8,6,5,2,
 -nepoměr velikosti zubů a alveolu-2,
 -nedostatek připojené gingivy-6,2,
 -plaková gingivitis a onem. parodontu-8,6,5,4,3,2,
 -úpony řas-5,
 -tenký biotyp-6,5,
 -okraje protetiky-5
 -piercing jazyka nebo rtu-8
 -žvýkací tabák-8

Hodnocení etiologie a dispozic : nejvíce (6 z 8) hlasů má plaková gingivitis a parodontopatie, dehiscence a fenestrace mají 5 z 8, totéž agresivní čištění (5 z 8), ortodontické anom. a léčba má 4 u 8, ostatní 2 nebo jen 1 hlas. Jde-li o hledání pravdy, nezáleží na počtu hlasů, ale na důkazu. Není-li, je názor autorit významný jako v tomto případě.

Klinický obraz :

1) (Škach) - postihuje hlavně špičky a premoláry obou čelistí, často palatinální kořeny horních molárů, gingiva bledá s výrazným stipplingem, sulcus mělký, nápadně dobrá hygiena. Dásně sestupuje současně s alveolem, ale úpon gingivy a struktura vazů a tkání pod úponem se nemění.

2) (Slezák) - často špičky a premoláry obou čelistí. Průběh dlouhodobý, začínají rychle během několika měsíců, pak stacionární.

3) (Mutschelknaus) - špičky a premoláry obou čelistí

4) (Rateitschak)- Zuby se neztrácejí kvůli klasické recesi dásní, ale u pacientů se může vyskytnout cervikální přecitlivělost a estetické komplikace. Pokud se gingivální recese rozšíří na mobilní ústní sliznice, dostatečná ústní hygiena často není déle možná. Následkem je sekundární zánět.

5) (Eickholz)-

6) (Klasifikace 2018)- Mukogingivální defekty včetně gingivální recese s expozicí kořenového povrchu se vyskytují často u dospělých, mají tendenci se zvyšovat s věkem a vyskytují se v početných populacích s nízkými standardy ústní hygieny. Zejména osoby s tenkým fenotypem jsou náchylné ke tvorbě recesů

7) (S3 2019)-

8) (Cleveland cl)- Recese dásní může být mírná, střední nebo závažná. Může postihnout jeden zub nebo více zubů. Obnažení kořenů zubů je nejnapadnější příznak. Další signály recese dásní jsou: Bolest nebo nepohodlí v blízkosti linie dásní, Citlivost na teplo, chlad a sladkosti, Citlivost při čištění zubů.

Subjektivní obtíže :

1)(Škach)-

2) (Slezák)- citlivost krčků, klínové defekty, kaz kořene

3) (Mutschelknaus)-

4) (Rateitschak)- cervikální přecitlivělost a estetické komplikace

5) (Eickholz)-

6) (Klasifikace 2018)- Expozice kořenového povrchu je často spojena se zhoršenou estetikou, přecitlivělostí dentinu

7) (S3 2019)-

8) (Cleveland cl)- zuby mohou být citlivější při čištění nebo při jídle.

Hodnocení : více autorů spojuje stav cervikální hypersensitivity s recesy, jeden i s klínovými defekty. Pokud by tomu tak skutečně bylo, potom bychom mohli podle Klasifikace 2018 citlivost krčků i klínové defekty považovat za stavy ohrožující parodont.

Průběh, dynamika:

1)(Škach)- zpočátku pokračuje rychle až do masivnější kompakty kde se zastaví. Gingiva zpočátku zbytnělá tuhá, později zmizí připojená gingiva a objeví se sy. tahu v dolním vestibulu, který zhoršuje stav, později se objeví marg. Gingivitis a papilitis a objeví se choboty čímž přejde v parodontitis

2) (Slezák)- Průběh dlouhodobý, začínají rychle během několika měsíců, pak stacionární.

3) (Mutschelknaus)-

4) (Rateitschak)-

5) (Eickholz)-

6) (Klasifikace 2018)- RT -1 Typ recesu 1 : gingivální recessus bez ztráty interproximálního attachmentu. Interproximální CEJ je klinicky nezjistitelný na meziálním i distálním aspektu zubu. RT-2 Typ recesu 2 : gingivální recessus spojený se ztrátou interproximálního attachmentu. Měřeno od interproximálního CEJ do hloubky interproximálního chobotu je ztráta menší nebo rovná bukalní ztrátě attachmentu měřené od bukalní CEJ k apikálnímu dnu bukalního chobotu. RT-3 Typ recesu 3 : gingivální recessus spojený se ztrátou interproximálního attachmentu ,který je větší než bukalní ztráta attachmentu. (měřeno jak popsáno u RT 2)

7) (S3 2019)-

8) (Cleveland cl)- Recesi dásní nelze zvrátit, ustupující dásně nemohou znovu dorůst, ale léčba může zabránit jejímu zhoršení.

Hodnocení : je popisován rychle se zhoršující infaustní stav, který se po dosažení maxima zastaví a nevede ke ztrátě zubů, nebo přejde v parodontitis, aniž by byla naděje na restituci do původního stavu.

Furkace :

1) (Škach)- hlavně u horních molárů, pal. kořen, symetricky

2) (Slezák)-

3) (Mutschelknaus)- jako následek parodontitis

4) (Rateitschak)-

5) (Eickholz)-

6) (Klasifikace 2018)

7) (S3 2019)- uvádí výhradně léčbu furkací

8) (Cleveland cl)-

Komentář : Klasifikace 2018 hovoří o Recesech, zařazuje je mezi stavy ohrožující parodont, ale nezmiňuje se o Furkacích, zato S3 směrnice hovoří o Furkacích, ale o Recesech se nezmiňuje. Z podstaty věci je furkace možná u vícekořenových zubů, tedy jde o Recesus vícekořenových zubů. To by znamenalo, že EFP nevydala žádné doporučení pro řešení Recesů jednokořenových zubů

Terapie : 1) Škach-

2) Slezák - většinou nemožná

chirurgie – jen pokud nejsou girlandy

zábrus zubů – selektivní artikulační zábrus, pokud nejsou abras. fasety

jiné : hygiena

kontraindikace chirurgie : Mc Callovy girlandy

kontraindikace zábrusu : abrazní fasety

3) Mutschelknaus - chirurgie – indikována, pokud recesy překračují mukogingivální hranici. Doporučují se volné slizniční transplantáty spíše než lalokové operace. Není možné pokud došlo ke ztrátě interdentalní papily.

4) Rateitschak - mukogingivální chirurgie, zábrus zubů neuvádí, jiné: přiměřené, ale šetrné techniky ústní hygieny (vertikální-rotační kartáčování nebo použití UZ kartáčku na zuby). Léčba: Počáteční nebo postupující recesy dásní mohou být zastaveny změnou technikou ústní hygieny ; ve vážných případech může progresi zastavit mukogingivální chirurgie může znovu zakrýt odkryté kořeny. kontraindikace chirurgie : neuvádí, kontraindikace zábrusu : neuvádí.

5) Eickholz-

6)-K 2018- chirurgie-neuvádí, zábrus zubů –neuvádí, jiné- když pacient aplikuje vhodnou ústní hygienu opatření a profesionální údržba, pokud neexistují jiné faktory spojené se zvýšeným rizikem rozvoje gingiválních recesů jako je gingivitida a parodontitida.

kontraindikace chirurgie : neuvádí, kontraindikace zábrusu : neuvádí

7)-S3 EFP-jen furkace

8)- Cleveland cl.- chirurgie : se používá štěp dásně k nahrazení chybějící tkáně dásně. Štěp se obvykle odebírá ze stropu úst, ale příležitostně může pocházet ze sterilizované tkáně lidského dárce. Jakmile je štěp dásně ve správné poloze, chirurg jej přišije na místo.

Existuje několik různých typů postupů roubování dásní. zábrus zubů :neuvádí, jiné-

-léčba zahrnuje antibiotika, antimikrobiální výplachy úst a chirurgický zákrok. fluoridový lak nebo jiné znecitlivující látky jako dusičnan draselný, fluorid cínatý, arginin a chlorid strontnatý.

-zakamuflovat oblast recese kompozitní pryskyřicí v barvě zubu. To zakryje váš exponovaný kořen zubu, takže je méně nápadný a pohodlnější.

- Ortodontie. Pokud je zub křivý, převrácený nebo otočený, může to způsobit recesi dásní. V těchto případech mohou být alternativou rovnátka. Jakmile se zub posune do správného zarovnání, okraj dásně se může časem sám opravit.

kontraindikace chirurgie : neuvádí

kontraindikace zábrusu : neuvádí

Komentář : Zdá se, že jedině, čeho má být dosaženo léčbou je zabránit v přechodu v parodontitis. Ostatní aktivity jsou paliativní a kosmetické. Pokud by se jednalo o přetížení ze sumace sil (viz dále), pak by mělo zásadní význam změnit techniku čištění zubů, odstranit piercing a pomýšlet i na protetiku a další možnosti.

Závěr

V otázce etiologie nabízí se paralela se vznikem dehiscencí a fenestrací aplikací síly při orto terapii, což by mohlo vést k úvaze, že dehiscence a fenestrace jsou prvním následkem přetížení parodontu, přičemž přetížení děje se sumací rozptýlených sil I. třídy.

U Eickholze vidíme, že rozděluje dispozice a vyvolávající faktory. Tomu by se mohlo rozumět i tak, že funkční rezerva parodontu je vyčerpána dispozicemi a pokud se k nim přidá navíc zátěž vyvolávajícího faktoru, překročí výsledný součet velikost síly I. třídy a dojde k biologickým změnám. Taková síla má sice potřebnou k tomu mohutnost, ale ne vektor, takže působí všemi možnými směry cestou nejmenšího odporu-proti vestibulární stěně alveolu, kdedochází k resorbci, kost se ztenčuje, objeví se dehiscence a fenestrace nebo zmizí úplně.

Recesy jsou pak pokračováním takto vzniklého sterilního zánětu, při kterém se projeví girlandy jako narušení remodelace kolagenu prozánětlivým cytokinem TNFalfa. Tento cytokin v patofyziologických koncentracích (10 ng / ml) inhibuje kolagenovou fagocytózu (Chou et al., 1996). Bývá to mechanismus, který vede k rozsáhlé fibrotizaci pozorované u chronicky zanícené gingivy, protože zatímco je kolagen relativně rychle přeměněn v parodontální tkáň, (Sodek, 1977), odchylky v rovnováze mezi syntézou, degradací a remodelací mohou vést ke ztrátě tvaru tkáně a k fibrotizaci a tedy k Mc Callovým girlandám.

V otázce, zda u recesů zánět je či není měli bychom se přiklonit ve prospěch zánětu, neboť není důvod trvat na starším pojetí zánětu coby souboru reakcí nespecifické imunity. Zánět nevyžaduje agresora.

I podle obecné patologie se obraz nápadně podobá chronickému proliferativnímu zánětu, kde zánětlivá proliferace je projevem reparace, které brání ACTH a kortizon. Úzce souvisí s přeměnou fibrinozního exsudátu. -při chronickém zánětu nebo při zánětu bez tkáň. defektu je typická proliferace vaziva nebo novotvoření vaziva pod epitelem, který rovněž může proliferovat, t.j. zánětlivá hypertrofie. Podobně jako hypertrofický katar a následně pak atrofický katar označuje se stav hojícího se kataru, kdy se snížila sekrece hlenu i exsudátu a ztracený epitel se regeneruje z okolí, ale pokud je průběh zánětu pomalý, uplatní se zánětlivá proliferace vaziva, což v epitelu vypadá jako ztlustění sliznice. V dalším prodlužování hojení zánětu dojde k polypozní hypertrofii sliznice a přidá se i zánětlivá proliferace podslizniční struktury jako intersticiální produktivní složky zánětu, kdy nejen sliznice, ale i celá stěna je polypovitě zvětšená. Hojení znamená smršťování novotvořeného vaziva, jeho kolagenizace a srašťování-atrofický katar, které může sraštit celý orgán. (např. atrofická rhinitis, nebo cholecystitis retrahens) .

Ztrátu kosti u dehiscencí a fenestrací bychom tak mohli vysvětlit přes mediátory zánětu. Jelikož se jedná o situaci v neinfikovaném terénu, bude se podobat situaci resorbce kosti při ortodontické síle, kdy jsou osteoklasty aktivovány : IL-1, PGE-2, TNF α , PTHrP a -RANKL . (RANKL je produkován fibroblasty/záleží na tom kterými/a aktivuje svůj receptor RANK na membráně prekursorů osteoklastů. U přetížení se patrně jedná o síly 1. a 2. stupně Tzn. pod úrovní kapilárního krevního tlaku, což je 0,2-0,3 N/cm² povrchu kořene, potom Nedojde ani k bolesti ani hyalinizaci a nastane přímá kostní resorbce která začíná z lamina dura alv. kosti .)

Hypercementóza a apikální osifikace by se mohla vysvětlit hemodynamickou ortodontickou teorií jako reakce zdravého neinfikovaného parodontu. Imigrace osteoblastů do tahových (trakčních) zón s vytvořením osteoidu (Zentner A, 2001) a silově vyvolaný pohyb extracelulární tekutiny, který vede k ohýbání matrix a výsledné napětí v okolí otevírá iontové kanály v plazmatických membránách buněk kterými protékají ionty vápníku, hořčíku a draslíku jako signalizace a nastávají změny membránového potenciálu a bioelektrické jevy typu piezoelektrických jevů které stimulují PLF a kost k diferenciaci.

(výzkum piezoelektrických jevů v kosti prováděli Basset a Becker a zjistili, že v místech komprese jsou vyvolány měřitelné negativní potenciály a v místech tahu pozitivní potenciály).

Ohýbání matrix znamená především deformaci molekul proteoglykanů jak v ECM tak v kosti a tyto se pozvolna vrací do původního tvaru jako jakási tvarová paměť.

Nebo podle zánětlivé teorie síly způsobí protažení nervových vláken, která exprimují neuropeptidy, které reakcí s endotelem kapilár vedou k vazodilataci, což vede k extravazaci plazmy a kulatobuněčného exsudátu složeného z Lymfocytů, Monocytů a Makrofágů. Tyto buňky exprimují cytokiny kterými způsobí diferenciaci progenitorových buněk a otevření kalciových kanálů, což vede k intracelulární produkci „Second Messenger molekul“, které aktivují skupiny enzymů a proteinkináz a přes fosforylace vyvolají produkci metabolitů kys. Arachidonové a ty 1) přes různé další mezistupně vedou k syntéze Proteoglykanů a kolagenu jako strukturního glykoproteinu ECM).

2) chemotakticky přitáhnou progenitory osteoklastů z kapilár nebo z kostní dřeně do komprimovaného periodontia.

Pokud by tomu tak bylo, pak bychom mohli uvažovat i o farmakologickém ovlivnění antagonisty mediátorů. Nicméně předložená hypotéza je deduktivní, chybí důkaz kterým by mohla být histologie a dokud nebude k dispozici, zůstává takové tvrzení jen domněnkou autora, kterou snad někdo kompetentnější podpoří či zavrhne. Obojí je vítáno.
