

Case Report

รายงานผู้ป่วย

การตัดเนื้อยึดร่วมกับการปลูกถ่ายเหงือก ด้วยแผ่นเหงือกอิสระ : รายงานผู้ป่วย ๑ ราย

รมณีย์ ขัดนางาม

สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์

บทคัดย่อ

เนื้อยึดที่มีการยึดเกาะสูงใกล้ขอบเหงือกสามารถดึงขอบเหงือกให้ขยับ ทำให้แผ่นคราบจุลินทรีย์สะสมในร่องเหงือก เกิดช่องฟันห่างระหว่างฟันหน้า และทำให้ขยับริมฝีปากได้ลำบาก หากเนื้อยึดมีขนาดใหญ่มากสามารถแก้ปัญหาได้โดยการตัดเนื้อยึด แต่ถ้าเนื้อยึดมีขนาดใหญ่หรือยึดเกาะสูงถึงสันเหงือก การตัดเนื้อยึดเพียงอย่างเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จ เพราะเนื้อยึดสามารถสร้างกลับมายึดเกาะใหม่ได้อีก และบริเวณที่มีเนื้อยึดเกาะจะมีเหงือกยึดน้อยและบาง ดังนั้นหากทำการตัดเนื้อยึดร่วมกับศัลยกรรมเหงือกกับเยื่อเมือกวิธีอื่นจะทำให้ได้ผลที่แน่นอนและดีกว่า เช่น ทำร่วมกับการผ่าตัดเลื่อนแผ่นเหงือกไปด้านข้างในกรณีที่ต้องการความสวยงาม หรือการปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระซึ่งนำแผ่นเหงือกที่จะปลูกมาจากเพดานปาก การศึกษานี้รายงานถึงผู้ป่วยที่มีเนื้อยึดเกาะสูงใกล้ขอบเหงือกทำให้เหงือกร่นและมีเหงือกยึดบางและมีปริมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นบริเวณพันกรามน้อยล่าง ซึ่งไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงความสวยงามมากนัก จึงให้การรักษาผู้ป่วยโดยการตัดเนื้อยึดและปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระทำให้สามารถกำจัดแรงดึงจากเนื้อยึด ลดโอกาสเหงือกร่นมากขึ้นและเพิ่มปริมาณเหงือกยึดได้ด้วย

คำสำคัญ:

การตัดเนื้อยึด, การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเหงือกอิสระ, เหงือกร่น, เหงือกยึด

บทนำ

เนื้อยึด (frenum) ที่ยึดเกาะสูงใกล้กับขอบเหงือก (gingival margin) จะมีแรงดึงทำให้ขอบเหงือกขยับออกจากตัวฟัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้มีการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์ (plaque) บริเวณนั้น และทำความสะอาดยาก เกิดการอักเสบได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้แรงดึงยังทำให้เหงือกร่นเกิดปัญหาด้านความสวยงาม และทำให้เกิดช่องฟันห่าง (diastema) ได้^(๑,๒) กรณีเช่นนี้ควร

กำจัดเนื้อยึดนั้น ซึ่งสามารถทำได้โดยการกรีดด้านข้างเนื้อยึดแล้วแยกออกจากกัน (frenotomy) หรืออาจตัดส่วนเนื้อยึดออกทั้งหมด (frenectomy) โดยทั่วไปการตัดเนื้อยึดเพียงอย่างเดียวนับเป็นวิธีศัลยกรรมวิธีหนึ่งที่ไม่ประสบความสำเร็จ แต่ถ้าหากเนื้อยึดมีขนาดใหญ่และประกอบด้วยเส้นใยกล้ามเนื้อมากหรือบริเวณที่เนื้อยึดเกาะอยู่มีความกว้างของเหงือกยึด (attached gingiva) น้อย ย่อมมีโอกาสที่จะเกิดเนื้อยึดสร้างกลับมาเกาะใหม่

หลังจากตัดออกเนื่องจากไม่มีเนื้อเยื่อยึดต่อ (connective tissue) กันไว้^(๓๔) ดังนั้นมีวิธีการอื่นหลายวิธีที่ทำร่วมกับ การตัดเนื้อเยื่อเพื่อแก้ไขปัญหานี้ เช่น การผ่าตัดเลื่อน แผ่นเหงือกไปด้านข้าง (laterally positioned flaps)^(๕๖) หรือการปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระ (free gingival graft) ซึ่งจะเป็นการลดการสร้างเนื้อเยื่อกลับมา ใหม่และให้ความสวยงาม^(๓๕-๓๖) นอกจากนี้วิธีการเหล่านี้ ยังช่วยเพิ่มความลึกของช่องปากส่วนหน้า (vestibule) ได้อีกด้วย^(๓๔)

การปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระ ซึ่งเป็น ศัลยกรรมเหงือกกับเยื่อเมือก (mucogingival surgery) วิธีหนึ่งที่ทำกันอย่างแพร่หลายและได้ผลดี ปัจจุบันจัด เป็นส่วนหนึ่งของวิธีการทางศัลยกรรมปริทันต์พลาสติก (periodontal plastic surgery)^(๓๖-๓๗) มักใช้วิธีการนี้ ในกรณีที่ต้องการเพิ่มปริมาณของเหงือกยึดที่ต้อง เกี่ยวข้องกับการบูรณะฟัน^(๓๔-๓๕) เพิ่มความลึกของช่องปาก ส่วนหน้า^(๓๔) และเพิ่มความหนาของบริเวณที่มีเหงือก ยึดอยู่น้อยในช่วงก่อนหรือระหว่างการรักษาทันตกรรม จัดฟัน^(๓๖) การปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น วิธีคลาสสิก (classic technique) วิธีแอ็คคอร์ดียน (accordian technique) และ วิธีแยกแผ่นเหงือกอิสระเป็นชิ้นยาว (strip technique)^(๓)

รายงานผู้ป่วยนี้เป็นการทบทวนวิธีการตัดเนื้อเยื่อใน บริเวณที่มีเนื้อเยื่อเกาะสูงร่วมกับการปลูกถ่ายเหงือก ด้วยแผ่นเหงือกอิสระแบบแอ็คคอร์ดียนซึ่งเป็นวิธีที่ สามารถยึดชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่าย (graft) ให้กว้างเพิ่มขึ้น กว่าขนาดเดิม^(๓๗) (รูปที่ ๑)

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๔๙ ปี มารับการรักษาทางทันตกรรมที่สถาบันทันตกรรม โดยต้องการใส่ฟันปลอมล่าง ชนิดถอดได้ จึงถูกส่งมาพบทันตแพทย์เฉพาะทาง ปริทันต์วิทยาเพื่อรับการรักษาโรคเหงือกก่อนการใส่ฟันปลอม จากการซักประวัติทางการแพทย์ ผู้ป่วยปฏิเสธ โรคประจำตัว ปฏิเสธการกินยาใด ๆ ไม่มีประวัติการ



รูปที่ ๑ การตัดชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายเพื่อยึดขยายความกว้าง

สูบบุหรี่ การตรวจทางทันตกรรมพบเหงือกกร่นโดยทั่วไป ประมาณ ๑-๓ มิลลิเมตร สิ่งสำคัญที่ตรวจพบคือ บริเวณฟันซี่ #๓๔ ด้านแก้ม (buccal) มีเนื้อเยื่อกว้าง และยึดเกาะที่ระดับใกล้ขอบเหงือก จัดเป็นเนื้อเยื่อชนิด เกาะสูง (high frenum attachment) มีการร่นของ เหงือกระดับ ๑ ตามการแบ่งระดับการร่นของเหงือกของ Miller (Miller's Class I type recession)^(๓๘) (รูปที่ ๒, ๓) โดยที่ฟันซี่ #๓๔ และ #๓๕ ต้องใช้เป็นฟันหลัก (abutment) สำหรับฟันปลอมล่างถอดได้ เพื่อเป็นการลด แรงดึงของเนื้อเยื่อและป้องกันการร่นของเหงือกเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นการเพิ่มปริมาณของเหงือกยึดและเพิ่มความ ลึกของช่องปากส่วนหน้าในบริเวณนี้ ดังนั้นแผนการ รักษาผู้ป่วยรายนี้คือการตัดเนื้อเยื่อร่วมกับการปลูกถ่าย เหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระ

ให้ออมบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซีดีน ความเข้มข้นร้อยละ ๐.๑๒ (chlorhexidine ๐.๑๒%) แล้วจืดยาซาเฉพาะที่ด้วยยาซาลิโดเคนไฮโดรคลอไรด์ ร้อยละ ๒ ที่มีส่วนผสมของอีพิเนฟริน ๑ : ๑๐๐,๐๐๐ (๒ percent lidocaine hydrochloride with ๑ : ๑๐๐,๐๐๐ epinephrine) จากนั้นตัดเนื้อเยื่อออกพร้อมกับเตรียม บริเวณรับวัสดุปลูก (recipient site) โดยเลาะแผ่น เหงือกแบบบาง (partial thickness) ให้เหลือเนื้อเยื่อ ยึดต่อบางส่วนและเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) คลุม

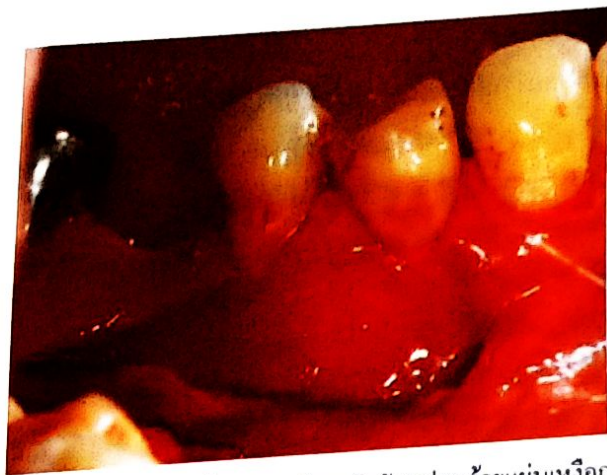


รูปที่ ๒ ผู้ป่วยมีเนื้อยึดเกาะสูงและเหงือกร่นโดยทั่วไป

นำชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายที่ได้ไปเย็บติดกับเยื่อหุ้มกระดูกบริเวณรับวัสดุปลูกด้วยไหมเบอร์ ๕-๐ (๕.๐ braided silk) (รูปที่ ๕) แล้วใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือให้ชื้น กดบริเวณนี้ไว้ราว ๒-๓ นาทีเพื่อหยุดการไหลของเลือด จากนั้นปิดแผลบริเวณนี้ด้วยยาปิดแผลปริทันต์ (periodontal pack) ส่วนบริเวณเพดานปากจะใส่ชิ้นปิดแผลเป็นอะคริลิก (acrylic stent) เพื่อห้ามเลือด ก่อนผู้ป่วยกลับ ให้คำแนะนำในการดูแลแผลโดยไม่ให้แปรงฟันบริเวณที่ปลูกถ่ายเหงือกเป็นเวลา ๗ วัน รับประทานยาไอบู-



รูปที่ ๓ เนื้อยึดเกาะสูงบริเวณขอบเหงือกของฟันซี่ #๓๔



รูปที่ ๔ เลาะเหงือกเพื่อเตรียมบริเวณรับวัสดุปลูกด้วยแผ่นเหงือกแบบบาง

กระดูกอยู่ตามเดิม (รูปที่ ๔) ตัดแผ่นตะกั่วบาง (foil) ให้มีขนาดรูปร่างเท่ากับบริเวณรับวัสดุปลูกเพื่อเป็นแม่แบบ ซึ่งมีขนาด ๒๐ x ๙ มิลลิเมตร แล้วนำไปวางทาบบริเวณเพดานแข็ง (hard palate) ด้านซ้ายที่ไม่มีรอยย่นเยื่อเมือก (rugae) ปรากฏว่าแผ่นแม่แบบมีขนาดกว้างกว่าบริเวณเพดานแข็งที่สามารถเลาะออกมาเป็นแผ่นเหงือกอิสระสำหรับปลูกถ่ายได้ โดยบริเวณเพดานแข็งนั้นสามารถเลาะเนื้อเยื่อปลูกถ่ายได้ขนาดเพียง ๑๒ x ๙ มิลลิเมตร จึงตัดชิ้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายเป็นเส้นตรงถึงกึ่งกลางชั้นสลับกันระหว่างขอบบนและล่าง แล้วยึดชิ้นเนื้อเยื่อนี้จะให้ความกว้างเพิ่มอีกประมาณร้อยละ ๕๐



รูปที่ ๕ เย็บเนื้อเยื่อปลูกถ่ายที่ยึดออกแล้วติดกับเยื่อหุ้มกระดูกข้างใต้และบริเวณข้างเคียง



รูปที่ ๖ การหาย ๖ สัปดาห์หลังการปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระ

ไพรเฟนขนาด ๔๐๐ มิลลิกรัม (ibuprofen ๔๐๐ mg) ครั้งละ ๑ เม็ดหลังอาหาร วันละ ๓ ครั้ง และอมบัววนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากคลอเฮกซีดินความเข้มข้นร้อยละ ๐.๑๒ วันละ ๒ ครั้ง ครั้งละ ๓๐ วินาที

ตัดไหมและล้างแผลในวันที่ ๗ พบว่ามีการสลายและหลุดลอกของเยื่อบุผิว (epithelium) โดยสังเกตเห็นเหงือกที่ปลูกถ่ายเป็นสีขาว การหายของแผลเมื่อครบ ๑ สัปดาห์มีการสร้างเส้นเลือดใหม่เชื่อมกับเส้นเลือดเก่า (revascularization) บนชั้นเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่าย แนะนำให้ผู้ป่วยแปรงฟันบริเวณนี้ได้เบา ๆ หลังการผ่าตัด ๔ สัปดาห์สามารถทำความสะอาดบริเวณนี้ได้ตามปกติ ๖ สัปดาห์พบแถบเหงือกยึดที่แน่น (firm) มีการหายอย่างสมบูรณ์ ส่วนเนื้อเยื่อเลื่อนลงไปต่ำทางรากฟัน (apically) (รูปที่ ๖) ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดช่องปากได้สะดวกขึ้น

จากนั้นติดตามผลอีกครั้งหนึ่งในเดือนที่ ๔ ไม่พบการกลับมายึดเกาะใหม่ของเนื้อเยื่อและบริเวณนี้มีความกว้างของเหงือกยึดเพิ่มขึ้น ๕ มิลลิเมตรจากเดิมที่มีเหงือกยึด < ๑ มิลลิเมตร

วิจารณ์

จากวิวัฒนาการของการทำศัลยกรรมเหงือกกับ

เยื่อเมือกที่ทำร่วมกันหลายวิธีเพื่อให้ได้ผลที่ดีขึ้นนั้น การตัดเนื้อเยื่อร่วมกับวิธีการอื่น ๆ เพื่อแก้ปัญหาการกลับมายึดเกาะใหม่ของเนื้อเยื่อหลังจากตัดหรือเลื่อนตำแหน่งของเนื้อเยื่อเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา เพราะนอกจากการป้องกันการสร้างเนื้อเยื่อกลับมาใหม่แล้วยังต้องการผลการรักษาอื่น เช่น การเพิ่มความลึกของช่องปากส่วนหน้า การเพิ่มปริมาณเหงือกยึดและความสวยงาม ดังนั้นการเลือกวิธีการทำศัลยกรรมเหงือกกับเยื่อเมือกอื่น ๆ ที่จะทำร่วมกับการตัดเนื้อเยื่อควรคำนึงถึงผลการรักษาที่จะได้รับ สามารถแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ๆ ได้ ดังเช่น ในกรณีที่ต้องการความสวยงามอาจเลือกทำวิธีการผ่าตัดเลื่อนแผ่นเหงือกไปด้านข้าง^(๔,๖) การปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อ (subepithelial connective tissue graft)^(๑๙,๒๐) หรือวิธีการปลูกถ่ายเหงือกด้วยเนื้อเยื่อปลูกถ่ายเอกพันธ์ (acellular dermal allografts)^(๒๑-๒๓) ซึ่งจะให้สีเหงือกบริเวณที่ทำเหมือนกับสีของเหงือกบริเวณข้างเคียง แต่ในผู้ป่วยรายนี้เนื้อเยื่อมีขนาดกว้าง และอยู่ในบริเวณฟันหลังซึ่งไม่ต้องการความสวยงามมากนัก ดังนั้นการตัดเนื้อเยื่อร่วมกับการปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นเหงือกอิสระจะให้ผลป้องกันการสร้างเนื้อเยื่อกลับมาเกาะใหม่ได้แน่นอนกว่าเพราะมีปริมาณเหงือกยึดเพียงพอที่จะเป็นตัวกันการยึดเกาะใหม่ได้ โดยการใช้การปลูกถ่ายเหงือกด้วยวิธีแฉีกคอเดียน เนื่องจากบริเวณเพดานปากของผู้ป่วยรายนี้มีพื้นที่จำกัดในการเลาะเนื้อเยื่อปลูกถ่ายออกมาเพราะมีพื้นที่ที่เป็นรอยย่นเยื่อเมือกค่อนข้างมาก ทำให้มีพื้นที่ที่เป็นเพดานแข็งแคบลง วิธีแฉีกคอเดียนจะทำให้สามารถยึดชั้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายให้กว้างเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๕ เท่า ทำให้ได้ชั้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายในขนาดที่ใกล้เคียงกับบริเวณรับวัสดุปลูกและเป็นการทำศัลยกรรมเพียงครั้งเดียว ส่วนการหายของแผลบริเวณนี้ไม่ได้แตกต่างจากการปลูกถ่ายเหงือกด้วยวิธีอื่น ภายใน ๔ สัปดาห์จะมีการหายอย่างสมบูรณ์ทั้งบริเวณที่เลาะเนื้อเยื่อปลูกถ่ายและบริเวณรับวัสดุปลูก ชั้นเนื้อเยื่อปลูกถ่ายมีการหดตัวประมาณร้อยละ ๕๐ หลังติดตาม

ผลเป็นเวลา ๔ เดือน ซึ่งเป็นอัตราการหดตัวที่ค่อนข้าง
ปกติสำหรับการเลาะแผ่นเหงือกแบบบางที่บริเวณรับ
วัสดุปลูก

สรุป

รายงานผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการตัดเนื้อยึด
ร่วมกับการปลูกถ่ายเหงือกด้วยแผ่นอิสระ ซึ่งเป็นวิธี
หนึ่งของการทำศัลยกรรมปริทันต์พลาสติก เป็นวิธีการ
ที่ไม่ยากเกินไปและได้ผลที่แน่นอน ข้อบ่งชี้ในการทำ
จะพิจารณาจากขนาดและตำแหน่งของเนื้อยึดและที่
สำคัญคือปริมาณของเหงือกยึดที่บริเวณเนื้อยึดเกาะอยู่
นอกจากนี้ต้องประเมินถึงอายุผู้ป่วย ประวัติการร่นของ
เหงือก อนามัยช่องปากและการบูรณะฟันหรือการใส่
ฟันปลอมในบริเวณที่เกี่ยวข้อง ประเด็นสำคัญคือต้อง
พิจารณาถึงผลของการรักษาว่าสามารถแก้ปัญหาเหงือก-
เยื่อเมือก (mucogingival problem) ของผู้ป่วยได้ หาก
ทำทั้ง ๒ วิธีการร่วมกันแล้วสามารถกำจัดแรงดึงจาก
เนื้อยึดเป็นการป้องกันการสร้างเนื้อยึดใหม่และลดการ
ร่นของเหงือกที่อาจเกิดในอนาคตได้หากยังมีแรงดึงจาก
เนื้อยึดที่ขอบเหงือก และยังเพิ่มความกว้างของเหงือก
ยึด รวมทั้งทำให้ความลึกของช่องปากส่วนหน้าเพิ่มขึ้น
ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดช่องปากได้สะดวก
และสามารถคงสภาพอวัยวะปริทันต์และฟันปลอมที่ดี
ได้ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Takei HH, Azzi RA. Periodontal plastic and esthetic surgery. In: Rudolph P, Pendl J, Alvis K, Forest E, editors. Carranza's clinical periodontology. 9th ed. Philadelphia : W.B. Saunders; 2002. p. 851-75.
2. Gottsegen R. Frenum position and vestibular depth in relation to gingival health. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1954; 7:1069-78.
3. Freedman AL, Stein MD, Schneider DB. A modified maxillary labial frenectomy. Quintessence Int 1982; 13:675-8.
4. Hall WB. Gingival augmentation/mucogingival surgery. Proceeding of the World Workshop in Clinical Periodontics; 1989 Jul 23-27; Princeton NJ, Chicago : The American Academy of Periodontology; 1989.
5. Meister F, Davies EE. A frenectomy associated with a laterally positioned flap. Quintessence Int 1979; 10: 65-70.
6. Miller PD. The frenectomy combined with a laterally positioned pedicle graft. J Periodontol 1985; 56:102-6.
7. Nabers JM. Extension of the vestibular fornix utilizing a gingival graft-case history. Periodontics 1986; 4:77-9.
8. Pennel BM, Tabor JC, King KO, Towner JD, Fritz BD, Higgason JD. Free masticatory mucosa graft. J Periodontol 1989; 40:162-6.
9. Ward VJ. A clinical assessment of the use of the free gingival graft for correcting localized recession associated with frenal pull. J Periodontol 1974; 45:78-83.
10. Coleton SH. Mucogingival surgical procedures employed in re-establishing the integrity of the gingival unit. III. The frenectomy and the free mucosal graft. Quintessence Int 1977; 8:53-61.
11. Axinn S, Brasher WJ. Frenectomy plus free graft. J Prosthet Dent 1983; 50:16-9.
12. Cohen ES. Mucogingival surgery. In: Cooke DB, Zinner SR, Wilson D, editors. Atlas of cosmetic and reconstructive periodontal surgery. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1994. p. 84-98.
13. Miller PD Jr. Concept of periodontal plastic surgery. Pract Periodontics Aesthet Dent 1993; 5:15-20.
14. Maynard JG, Wilson RD. Physiologic dimensions of the periodontium significant to the restorative dentist. J Periodontol 1979; 50:170-4.
15. Stetler KJ, Bissada NF. Significance of the width of keratinized gingiva on the periodontal status of teeth with submarginal restorations. J Periodontol 1987; 58:696-700.
16. Maynard JG. The rationale for mucogingival therapy in the child and adolescent. Int J Periodontics Restorative Dent 1987; 7:36-51.
17. Rateitschak KH, Rateitschak EM, Wolf HF, Hassell TM. Mucogingival surgery. In: Rateitschak KH, editor. Color atlas of dental medicine 1: Periodontology. 2nd ed. Stuttgart: Thieme Medical Publishers; 1989. p. 289-310.
18. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent 1985; 5:8-13.
19. Langer B, Calagna L. The subepithelial connective tissue graft. J Prosthet Dent 1980; 44:363-7.
20. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. J Periodontol 1987; 58:95-102.

100. Shulman J. Clinical evaluation of an acellular dermal allograft for increasing the zone of attached gingiva. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1996; 8:201-8.
101. Haeri A, Clay J, Finely JM. The use of an acellular dermal skin graft to gain keratinized tissue. *Compend Contin Educ Dent* 1999; 20:233-42.
102. Bholia M, Newell DH, Hancock EB. Acellular dermal allograft for vestibuloplasty-an alternative to autogenous soft tissue grafts in preprosthetic surgical procedures: a clinical report. *J Prosthodont* 2003; 12:133-7.

Abstract **The Frenectomy Combined with the Free Gingival Graft : A Case Report**

Romane Kudngaongarm

Institute of Dentistry, Department of Medical Services

Journal of Health Science 2006; 15:509-14.

A frenum becomes a problem if the attachment is too close to the marginal gingiva. Tension on the frenum may pull the gingival margin away from the tooth. This condition is capable of plaque accumulation, creating diastemas, and limiting lip movement. When frenum is present, the traditional frenectomy alone generally is successful. However, when the frenulum is extensive, the possibility of coronal reformation exists. Several procedures have combined the frenectomy with either a laterally positioned flaps when esthetic concerns or free gingival graft has taken from the palate. A case report demonstrated the continued efficacy of the traditional palatal free gingival graft when the patient had an extensive frenulum, inadequate attached gingiva and an area of minimal esthetic concerns was involved. This combination procedure eliminates excessive pull on the gingiva, ensures decrease more gingival recession and creation of an adequate attached gingival barrier.

Key words: frenectomy, free gingival graft, gingival recession, attached gingiva