

PHÂN LOẠI TỤT LỢI THEO MILLER VÀ CAIRO, TƯƠNG QUAN GIỮA HAI PHÂN LOẠI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TỪ 18-45 TUỔI TẠI HÀ NỘI NĂM 2026

Hoàng Thị Quỳnh Trang¹, Nguyễn Đại Phong², Nguyễn Hồng Dương³,
Phạm Văn Duy⁶, Nguyễn Đức Tín⁶, Trương Đình Khôi²
Mai Thị Hoan², Hà Hải Anh⁴, Phạm Minh Trí², Nguyễn Văn Quang⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả phân bố tụt lợi theo phân loại Miller và Cairo, đồng thời đánh giá mối tương quan và mức độ phù hợp giữa hai hệ thống phân loại ở người trưởng thành từ 18-45 tuổi tại Hà Nội năm 2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 118 người với 2.189 răng được chẩn đoán tụt lợi. Tụt lợi được phân loại theo Miller (1985) và Cairo (2011). Mối liên quan giữa hai hệ thống được đánh giá bằng Fisher-Freeman-Halton Exact, hệ số tương quan Spearman và Weighted Cohen's Kappa.

Kết quả: Miller I (59,32% theo người; 70,99% theo răng) và RT1 (51,69%; 66,79%) là các mức độ phổ biến nhất. Hai hệ thống có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$), tương quan thuận mức trung bình trên người ($r = 0,486$; $kw = 0,476$) và mạnh trên răng ($r = 0,817$; $kw = 0,682$).

Kết luận: Phân loại Miller và Cairo có mức độ phù hợp từ trung bình đến khá-tốt, hỗ trợ đối chiếu và chuyển đổi giữa hai hệ thống trong nghiên cứu và thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Tụt lợi, phân loại Miller, phân loại Cairo, mất bám dính lâm sàng

SUMMARY

MILLER AND CAIRO GINGIVAL RECESSION CLASSIFICATIONS: CORRELATION BETWEEN THE TWO SYSTEMS IN ADULTS AGED 18-45 YEARS IN HANOI, 2026

Objective: To describe the distribution of gingival recession according to the Miller and Cairo

classifications and to evaluate the correlation and level of agreement between these two classification systems in adults aged 18-45 years in Hanoi, in 2026.

Subject and methods: A cross-sectional study was conducted on 118 participants with 2,189 teeth diagnosed with gingival recession. Gingival recession was classified according to the Miller (1985) and Cairo (2011) classification systems. The association between the two systems was assessed using the Fisher-Freeman-Halton Exact test, Spearman's correlation coefficient and weighted Cohen's kappa.

Results: Miller Class I (59,32% by participant; 70,99% by tooth) and RT1 (51,69%; 66,79%) were the most prevalent categories. The two classification systems were significantly associated ($p < 0,0001$), demonstrating a moderate positive correlation at the participant level ($r = 0,486$; $kw = 0,476$) and a strong positive correlation at the tooth level ($r = 0,817$; $kw = 0,682$).

Conclusions: The Miller and Cairo classifications showed moderate to substantial agreement, supporting comparison and conversion between the two systems in research and clinical practice.

Keywords: Gingival recession, Miller classification, Cairo classification, Clinical attachment loss

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụt lợi là tình trạng bờ lợi di chuyển về phía chóp so với đường nối men-xê măng, làm lộ bề mặt chân răng và có thể gây ê buốt ngà, sâu chân răng, ảnh hưởng đến thẩm mỹ cũng như chức năng của bộ máy nhai^{1,2}. Đây là một trong những tình trạng nha chu phổ biến ở người trưởng thành và có liên quan đến nhiều yếu tố như chải răng sang chần, tích tụ mảng bám, kiểu hình lợi mỏng, viêm nha chu và các yếu tố giải phẫu tại chỗ³. Các nghiên cứu gần đây tiếp tục ghi nhận tụt lợi có tỷ lệ hiện mắc cao trong cộng đồng với mức độ và phạm vi tổn thương tăng theo tuổi và chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ khác nhau⁴⁻⁷. Tại Việt Nam, Nguyen Hieu Tung et al cũng ghi nhận

¹Nha khoa Quinn Dental

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Nhiệt đới TW

⁴Bệnh viện 198

⁵Bệnh viện ĐK Nông nghiệp

⁶Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Quỳnh Trang

Email: quynhtrang210988@gmail.com

Mã bài: N28701

Ngày nhận bài: 25/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 22/4/2026

Ngày duyệt bài: 20/6/2026

tụt lợi xuất hiện ở người trẻ và có mối liên quan với một số yếu tố thuận lợi, cho thấy đây là vấn đề cần được quan tâm ngay từ giai đoạn sớm⁵. Phân loại chính xác tụt lợi có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá mức độ tổn thương, tiên lượng khả năng che phủ chân răng và lựa chọn phương pháp điều trị. Năm 1985, Miller et al đã đề xuất hệ thống phân loại tụt lợi dựa trên mức độ tụt lợi và tình trạng mô quanh răng, trở thành hệ thống được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng và nghiên cứu suốt nhiều thập kỷ¹. Tuy nhiên, hệ thống này còn tồn tại một số hạn chế như chưa đánh giá được mức mất bám dính kẽ răng và khó phân loại một số trường hợp lâm sàng. Nhằm khắc phục những hạn chế đó, Cairo et al đã xây dựng hệ thống phân loại dựa trên mối tương quan giữa mất bám dính mặt ngoài và mất bám dính kẽ răng, đồng thời chứng minh hệ thống này có giá trị trong dự đoán kết quả che phủ chân răng². Mặc dù phân loại Cairo hiện được khuyến cáo sử dụng rộng rãi, phân loại Miller vẫn được áp dụng phổ biến trong thực hành và nhiều nghiên cứu trước đây. Do đó, việc đánh giá mối tương quan và mức độ phù hợp giữa hai hệ thống phân loại có ý nghĩa quan trọng trong việc đối chiếu kết quả nghiên cứu và thống nhất ứng dụng trong lâm sàng. Taha et al cho thấy phân loại Cairo có độ tin cậy cao hơn Miller trong phân loại các tổn thương tụt lợi⁸, trong khi Sarlati et al ghi nhận phân loại Cairo đạt mức độ đồng thuận giữa các nhà đánh giá rất cao⁹. Tuy nhiên, các nghiên cứu này chủ yếu tập trung đánh giá độ tin cậy của hệ thống phân loại, trong khi các nghiên cứu khảo sát mối tương quan trực tiếp giữa Miller và Cairo trên cùng quần thể còn hạn chế. Đặc biệt, tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá đồng thời phân bố tụt lợi theo hai hệ thống phân loại và phân tích mối tương quan giữa chúng ở người trưởng thành. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả phân bố tụt lợi theo phân loại Miller và Cairo, đồng thời đánh giá mối tương quan và mức độ phù hợp giữa hai hệ thống phân loại ở người trưởng thành từ 18-45 tuổi tại Hà Nội, góp phần bổ sung bằng chứng khoa học phục vụ nghiên cứu và thực hành lâm sàng nha chu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2026 đến 6/2026.

Địa điểm: Phòng khám Răng hàm mặt, Trung tâm Y Khoa Đại học, trường ĐHY Dược - ĐHQGHN. Xử lý và phân tích số liệu tại Khoa Răng Hàm Mặt, trường ĐHY Dược - ĐHQGHN.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Ở người: Từ 18-45 tuổi, có ≥ 20 răng vĩnh viễn hai hàm (không tính răng khôn).

- Ở răng: Răng vĩnh viễn (không tính răng khôn), CEJ xác định được rõ ràng, có thể đo được CAL.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ở người: Đang chỉnh nha, đã phẫu thuật nha chu, có bệnh toàn thân hoặc dùng thuốc ảnh hưởng mô nha chu (đái tháo đường không kiểm soát, thuốc chống động kinh, cyclosporin, chẹn kênh calci...), phụ nữ có thai hoặc cho con bú sữa mẹ, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Ở răng: Răng khôn, răng chưa mọc hết thân răng, răng bị mất hoặc chỉ còn chân răng, răng sâu hoặc vỡ lớn thân răng đến viền lợi gây khó khăn khi xác định CAL, răng có phục hình hoặc tổn thương che lấp CEJ làm không xác định được tụt lợi, răng khó khăn trong việc đo đạc CAL. Không bị viêm hoặc phì đại lợi.

Tiêu chuẩn để chẩn đoán răng bị tụt lợi²:

- Bờ lợi nằm dưới CEJ (nếu ngang bằng hoặc nằm trên được xếp vào nhóm răng không bị tụt lợi).

- Chiều cao tụt lợi GR (Gingival Recession) ≥ 1 mm.

2.4 Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu

Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện do đây là nghiên cứu bước đầu nhằm mục đích xác định tỉ lệ và mối tương quan giữa hai phương pháp phân loại thường dùng hiện nay về tụt lợi của răng vĩnh viễn. Nghiên cứu được tiến hành trên 118 đối tượng (64 nam, 55 nữ), thăm khám và đo đạc trên 2189 răng vĩnh viễn (trung bình 18,55 răng/đối tượng). Người được tính theo theo mức độ nặng nhất của ít nhất một răng trong hai hàm theo mỗi phân loại.

2.5 Biến số/chỉ số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu

- Sử dụng bộ khay khám, cây đo sonde nha chu, đối tượng được thăm khám, đo đặc trên ghế răng với đầy đủ ánh sáng, các chỉ số đo 3 lần, được lấy lấy giá trị trung bình giữa các lần đo.

- Nhóm nghiên cứu được tập huấn cách đo đặc và phân loại, thực hiện thử nghiệm trên 20 đối tượng trước khi thăm khám chính thức, chỉ thực hiện nghiên cứu khi chỉ số Kappa và Pearson > 0,9.

- Phân loại mức độ tụt lợi theo Miller (1985)¹ bao gồm: Độ I (không tới ranh giới đường niêm mạc-lợi), độ II (vượt quá ranh giới đường niêm mạc-lợi, không mất mô kẽ), độ III (mất thêm mô kẽ, che phủ một phần), độ IV (mất nhiều mô kẽ, gần như không che phủ hoàn toàn).

- Phân loại mức độ tụt lợi theo Cairo (2011)² bao gồm: RT1 (không mất bám dính, CAL kẽ = 0), RT2 (có mất bám dính kẽ, CAL kẽ ≤ CAL mặt ngoài), RT3 (CAL kẽ > CAL mặt ngoài) (CAL - Clinical Attachment Loss: Khoảng cách từ đường nối men-

xê măng (CEJ) đến đáy túi nha chu/rãnh lợi).

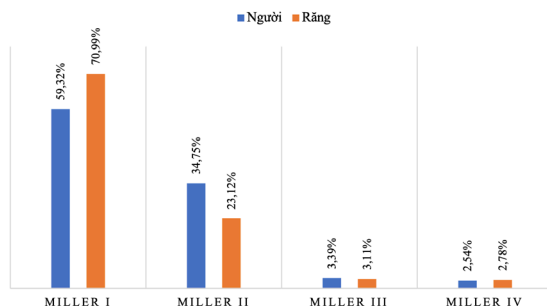
2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Mối liên quan giữa phân loại tụt lợi Miller và Cairo được đánh giá bằng kiểm định Fisher-Freeman-Halton Exact với mô phỏng Monte Carlo 10.000 lần. Mức độ tương quan giữa hai hệ thống phân loại được xác định bằng hệ số tương quan Spearman (r,p) và mức độ phù hợp được đánh giá bằng Weighted Cohen's Kappa (p-linear). Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

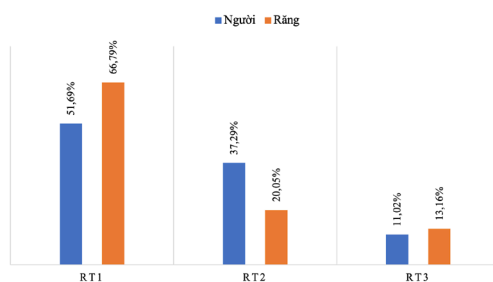
Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các tiêu chí về đạo đức, các đối tượng tự nguyện tham gia, thăm khám và vệ sinh răng miệng miễn phí nếu có nhu cầu, thông tin của đối tượng chỉ dùng vào mục đích nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu cam kết không có bất cứ xung đột về lợi ích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1: Phân bố tỷ lệ tụt lợi theo phân loại Miller (1985)

Nhận xét: Tụt lợi Miller I chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là Miller II, trong khi Miller III và IV chỉ gặp với tỷ lệ rất thấp ở cả phân tích theo người và theo răng.



Biểu đồ 3.2: Phân bố tỷ lệ tụt lợi theo phân loại Cairo (2011)

Nhận xét: Ở cả hai phân loại tính theo người và theo răng, RT1 là loại tụt lợi phổ biến nhất, RT2 đứng thứ hai và RT3 ít gặp nhất.

Bảng 3.1: Tương quan giữa phân loại Miller và Cairo trên người (n=118)

Phân loại	RT1 n (%)	RT2 n (%)	RT3 n (%)	Tổng n (%)	Fisher's Exact	Spearman	Kappa
Miller I	51 (43,22%)	12 (10,17%)	7 (5,93%)	70 (59,32%)	p1 = 0,0001	r = 0,486; p2 <0,0001	kw= 0,476
Miller II	10 (8,47%)	30 (25,42%)	1 (0,86%)	41 (34,75%)			
Miller III	0 (0%)	2 (1,70%)	2 (1,69%)	4 (3,39%)			
Miller IV	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,54%)	3 (2,54%)			
Tổng	61 (51,69%)	44 (37,29%)	13 (11,02%)	118 (100%)			

p1: Fisher's Exact, bảng 4x3, chạy mô phỏng Monte Carlo 10000 lần; r: Hệ số tương quan Spearman; p2: xác suất kiểm định Spearman; kw: Weighted Cohen's Kappa (linear)

Nhận xét: Xét theo người, tụt lợi RT1 chủ yếu tương ứng với Miller I (43,22%), trong khi RT2 gặp nhiều nhất ở Miller II (25,42%) và RT3 tập trung chủ yếu ở Miller IV (2,54%). Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hai hệ thống phân loại Miller và Cairo (p = 0,0001). Phân loại Miller và Cairo có tương quan thuận mức trung bình (r = 0,486; p <0,0001) và mức độ phù hợp trung bình (kw = 0,476).

Bảng 3.2: Tương quan giữa phân loại Miller và Cairo trên răng (n=2189)

Phân loại	RT1 n (%)	RT2 n (%)	RT3 n (%)	Tổng n (%)	Fisher's Exact	Spearman	Kappa
Miller I	1408 (64,32%)	131 (5,98%)	15 (0,69%)	1554 (70,99%)	p < 0,0001	r = 0,817; p2 <0,0001	kw= 0,682
Miller II	54 (2,47%)	298 (13,61%)	154 (7,04%)	506 (23,12%)			
Miller III	0 (0%)	10 (0,46%)	58 (2,65%)	68 (3,11%)			
Miller IV	0 (0%)	0 (0%)	61 (2,78%)	61 (2,78%)			
Tổng	1462 (66,79%)	439 (20,05%)	288 (13,16%)	2189 (100%)			

p1: Fisher's Exact, bảng 4x3, chạy mô phỏng Monte Carlo 10000 lần; r: Hệ số tương quan Spearman; p2: xác suất kiểm định Spearman; kw: Weighted Cohen's Kappa (linear)

Nhận xét: RT1 chủ yếu tương ứng với Miller I (64,32%), trong khi RT2 gặp nhiều nhất ở Miller II (13,61%); RT3 tập trung chủ yếu ở Miller II (7,04%), tiếp theo là Miller IV (2,78%) và Miller III (2,65%). Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa phân loại Miller và Cairo (p <0,0001). Hai hệ thống phân loại có tương quan thuận mạnh (r = 0,817; p

<0,0001) và mức độ phù hợp ở mức khá-tốt (kw = 0,682).

IV. BÀN LUẬN

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ tụt lợi Miller I cao nhất ở cả phân tích theo người (59,32%) và theo răng (70,99%), trong khi Miller III và IV chiếm tỷ lệ

thấp. Xu hướng này phù hợp với các nghiên cứu của Çelik et al⁴ và Sarhan et al⁶, đều ghi nhận tụt lợi nhẹ là dạng phổ biến nhất trong cộng đồng. Tỷ lệ Miller I theo răng cao hơn theo người có thể do một người có nhiều răng bị tụt lợi mức độ nhẹ, trong khi khi phân tích theo người, mỗi đối tượng chỉ được xếp vào một mức phân loại đại diện, làm tăng tỷ lệ các mức độ nặng hơn và giảm tỷ lệ Miller I.

Tương tự phân loại Miller (ở biểu đồ 3.2), RT1 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả phân tích theo người (51,69%) và theo răng (66,79%), tiếp theo là RT2 và thấp nhất là RT3. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Romandini et al tại Ý sử dụng phân loại Cairo, trong đó RT1 là dạng tụt lợi phổ biến nhất ở người trưởng thành⁷, cũng như nghiên cứu của Sarhan et al tại Ai Cập⁶. Tỷ lệ RT1 theo răng cao hơn theo người có thể giải thích bởi nhiều răng trên cùng một người chỉ có mất bám dính mặt ngoài, trong khi phân tích theo người được xếp theo mức tổn thương nặng nhất, làm tăng tỷ lệ RT2 và RT3.

Kết quả ở Bảng 3.1 và 3.2 cho thấy phân loại Miller và Cairo có mối liên quan rõ rệt nhưng không hoàn toàn tương đương. Trên người, hai hệ thống có tương quan thuận mức trung bình ($r = 0,486$) và mức độ phù hợp trung bình ($kw = 0,476$); trong khi trên răng, mức tương quan tăng lên mạnh ($r = 0,817$) và độ phù hợp đạt mức khá-tốt ($kw = 0,682$). Sự tương đồng chủ yếu thể hiện ở việc RT1 tập trung nhiều ở Miller I, RT2 thường gặp ở Miller II, còn RT3 xuất hiện chủ yếu trong Miller III–IV. Điều này phù hợp với cơ sở của hai hệ thống: Các tổn thương không mất bám dính kẽ thường có tiên lượng che phủ thuận lợi, trong khi mất bám dính kẽ tăng dần gắn với mức độ tổn thương nặng hơn^{1,2}. Tuy nhiên, sự tương ứng không phải đồng thời với nhau, trong nghiên cứu, một số trường hợp Miller I được xếp RT2 hoặc RT3 và nhiều răng Miller II lại thuộc RT3. Nguyên nhân cốt lõi là hai phân loại sử dụng tiêu chí khác nhau. Miller dựa vào mức tụt lợi so với đường nối niê-m-lợi (CEJ-Cemento-enamel Junction), tình trạng mô kẽ và vị trí răng, trong khi Cairo phân loại trực tiếp theo quan hệ giữa mất bám dính mặt ngoài và mất bám dính kẽ^{1,2}. Vì vậy, một tổn thương có hình thái tương đối nhẹ theo Miller vẫn có thể được xếp

RT2 hoặc RT3 nếu phát hiện mất bám dính kẽ. Độ tương đồng cao hơn khi phân tích theo răng có thể do mỗi răng được phân loại trực tiếp theo đặc điểm tại chỗ, hạn chế ảnh hưởng của việc chọn tổn thương đại diện cho toàn bộ người bệnh. Ngược lại, phân tích theo người thường chịu tác động của nhiều răng có mức độ khác nhau, làm giảm tính đồng nhất. Các nghiên cứu của Taha et al và Sarlati et al cũng cho thấy Cairo có độ tin cậy và khả năng tái lập cao hơn Miller, có thể nhờ tiêu chí đo lường mất bám dính kẽ rõ ràng hơn^{8,9}.

Nghiên cứu có một số hạn chế như thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ phản ánh đặc điểm phân bố và mối tương quan giữa hai hệ thống phân loại tại một thời điểm, chưa cho phép đánh giá diễn tiến của tụt lợi hoặc khả năng tiên lượng điều trị. Đối tượng nghiên cứu được tuyển chọn trong nhóm người trưởng thành 18–45 tuổi tại Hà Nội nên khả năng khái quát cho các nhóm tuổi lớn hơn hoặc các khu vực khác còn hạn chế. Nghiên cứu chủ yếu đánh giá sự tương quan và mức độ phù hợp giữa hai hệ thống phân loại mà chưa phân tích ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ như kiểu hình lợi, tình trạng nha chu, chải răng, hút thuốc hay tiền sử chỉnh nha đến sự khác biệt trong phân loại. Các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dọc sẽ giúp khẳng định và mở rộng giá trị ứng dụng của các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tụt lợi mức độ nhẹ chiếm ưu thế ở người trưởng thành từ 18–45 tuổi tại Hà Nội. Theo phân loại Miller, Miller I là dạng phổ biến nhất, trong khi theo phân loại Cairo, RT1 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả phân tích theo người và theo răng. Hai hệ thống phân loại có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức tương quan thuận từ trung bình đến mạnh và mức độ phù hợp từ trung bình đến khá-tốt. Sự khác biệt giữa hai hệ thống chủ yếu xuất phát từ tiêu chí phân loại khác nhau, trong đó Cairo dựa trên mức mất bám dính kẽ răng nên phản ánh chính xác hơn tình trạng mất mô nha chu. Kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng về khả năng đối chiếu giữa hai hệ thống phân loại, góp phần hỗ trợ lựa chọn và chuẩn hóa phân loại tụt lợi trong nghiên cứu, giảng dạy và thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miller PD Jr.** A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(2):8-13.
2. **Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, et al.** The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes. *J Periodontol.* 2011;82(1):14-20.
3. **Mythri S, Arunkumar SM, Hegde S, Rajesh SK, Munaz M, Ashwin D.** Etiology and occurrence of gingival recession-An epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(6):671-675.
4. **Çelik H, Güngörmek HS.** Severity, extent, distribution and predisposing factors of gingival recession in Turkish patients: a cross-sectional study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2025;30(3):e401-e410.
5. **Nguyen-Hieu T, Ha BD, Do TH, Tran GH.** Gingival recession associated with predisposing factors in young Vietnamese: a pilot study. *Oral Health Dent Manag.* 2012;11(3):134-144.
6. **Sarhan S, Ahmed E, Hussein RR, Abou-Bakr A.** Prevalence, etiology and clinical characteristics of gingival recession in a sample of adult Egyptian dental patients: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):691.
7. **Romandini M, Di Giorgio R, Ferrante F, et al.** Estimates and multivariable risk assessment of mid-buccal gingival recessions in an Italian adult population according to the 2018 World Workshop Classification System. *Clin Oral Investig.* 2022;26(7):4761-4772.
8. **Taha AY, Ali FI, Salman HMM, Salih YS.** Assessing the reliability of Miller's classification and Cairo's classification in classifying gingival recession defects: a comparison study. *Medicina (Kaunas).* 2024;60(2):205.
9. **Sarlati F, Moghaddas O, Shabahangfar R, Safari S, Valaei N.** Inter- and intra-examiner agreement of three classification systems of gingival recession. *J Adv Periodontol Implant Dent.* 2019;11(1):1-6.