

Sayada Mélanie  
06 11 46 85 88  
[melaniesayada@hotmail.com](mailto:melaniesayada@hotmail.com)

# Parodontologie

Arbre de décision en Thérapeutique Parodontale

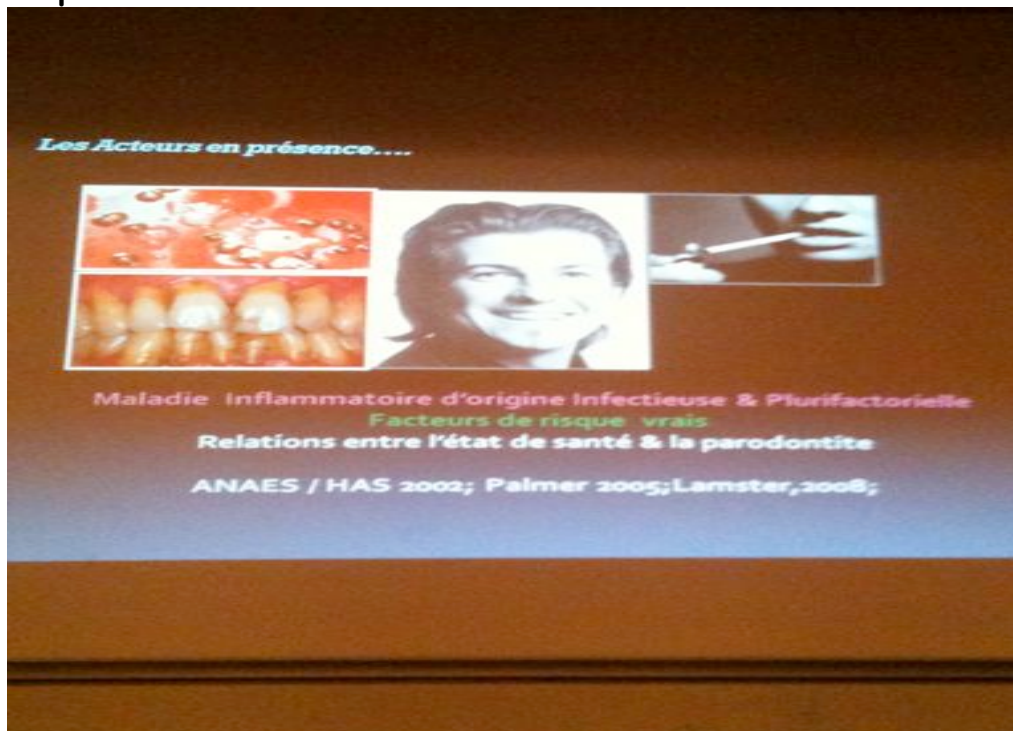
Date : 15/12/2011  
Professeur : Francis Mora

22 pages

Salut les amis !

On commence par une nouvelle pas tres sympa : L'examen de Février comportera 2 questions, l'une portant sur les sujets présentés en cours et l'autre (la moitié des points) portera sur un Cdrom disponible sur l'ent mais aussi à la bibliothèque. Sur ce Cd les sujets et thèmes sont différents de ceux des cours donc on peut pas y échapper il faut se le procurer ! Mais en Janvier on aura un mail qui nous dira les cours qui seront à apprendre mais pour l'exam de septembre (pour les rattrapages) tout sera à apprendre !

## Diapo 1015



Un pb de **gingivite** (inflammation de la gencive) se traduit par des symptomes :

- on sonde normalment, l'attache parodontale est préservée
- saignement au sondage

La **parodontite** et la conversion de la gingivite traduite par une perte d'attache mesurable au sondage.

Il va falloir que l'on sache comment traiter le Patient !

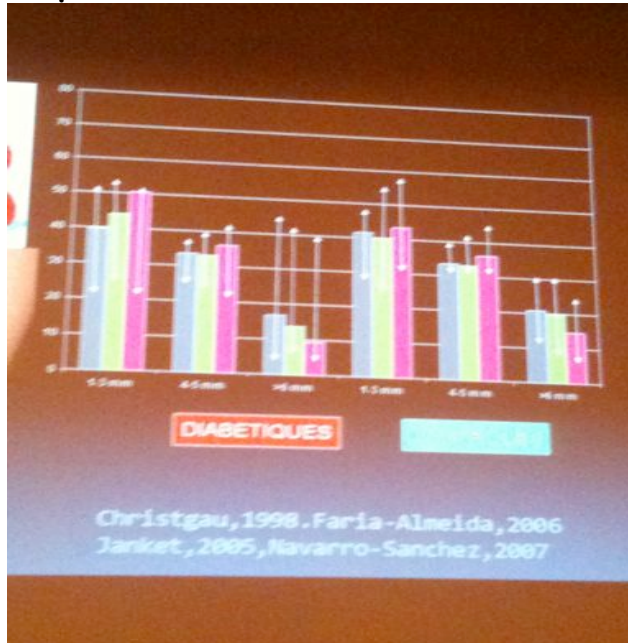
### Les acteurs en présence :

**Les bactéries** constituent l'étiologie des maladies parodontales. Une maladie parod se définit comme étant une maladie inflammatoire d'origine infectieuse, avec des pathogenes plutôt de type anaérobies qui installent cette maladie chronique, elle est plurifactorielle et se traduit par des récessions, des dépôts, un biofilm, du tartre, rétraction des tissus, une inflammation, une mobilisation des dents et une perte de l'anatomie gingivale.

## La notion d'âge :

C'est une notion dépassée, qui importe peu et qui n'est donc pas à prendre en considération dans le dvt des maladies, car nous-mêmes à 25 ans on peut en développer. Donc on ne classe plus par rapport à l'âge.

## Diapo 1019



Il s'agit d'une maladie plurifactorielle comme nous l'avons déjà dit : En effet, il existe des Facteurs de risque (FDR) vrais clairement identifiés :

- **Le tabac** : Quand on fume 1 ou 2 paquet par jour, meme s'il y a une bonne hygiène bucco-dentaire (HBD).
- **Le diabète** : 2<sup>e</sup> FDR vrai : diab1 : insulino-dep diab2 : non insulino-dep  
Un diabète non équilibré ou non diagnostiqué a une incidence sur le Parodonte.

Nous avons un droit d'information pour nous et notre patient. Il faut donc savoir qu'il y a une relation très importante entre les maladies du parodonte et l'état de santé systémique : il s'agit d'une influence bidirectionnelle. Les bactéries on les a dans les tissus, elles peuvent passer dans le sang et aller coloniser et être à l'origine de pathologies.

Par exemple : on a retrouvé des *P. Gingivalis* dans la flore vaginale, des femmes en âge de procréer peuvent mettre au monde des enfants de faible poids ou prématurés si elles sont atteintes de maladies parodontales.

Des études ont montré que quand on fait une thérapeutique initiale cad qu'on détartre le patient et qu'on lui ôte le facteur étiologique chez un patient non équilibré il y a une influence sur le contrôle de sa glycémie

D'autres études ont montré que quand on traite de manière égale un patient non diabétique et un patient avec un diabète non équilibré, on a une influence de cette thérapeutique initiale sur l'état de santé général quelque soit la profondeur des poches résiduelles.

## Diapo 1020

**La flore bactérienne**

- Le développement des maladies parodontales est associé à la présence bactéries et à la formation d'un biofilm par coopération bactérienne.
- Le nombre total de bactéries ou de certaines espèces et/ou souches, plus élevé au cours des maladies parodontales, est en faveur d'un lien de cause à effet.
- Les mêmes bactéries peuvent être observées sous diverses conditions aussi bien dans une bouche saine, que lors d'une parodontite de l'adulte ou d'une parodontite agressive.
- La maladie est caractérisée par un déséquilibre de la flore en faveur des souches anaérobies Gram- avec la prévalence de certains germes en rapport avec certains caractères cliniques de la maladie.
- Elle est caractérisée par des associations bactériennes et par l'éventuelle possibilité de transmission mère-enfant ou à l'intérieur d'un couple.

ANAES, 2002

## La flore bactérienne

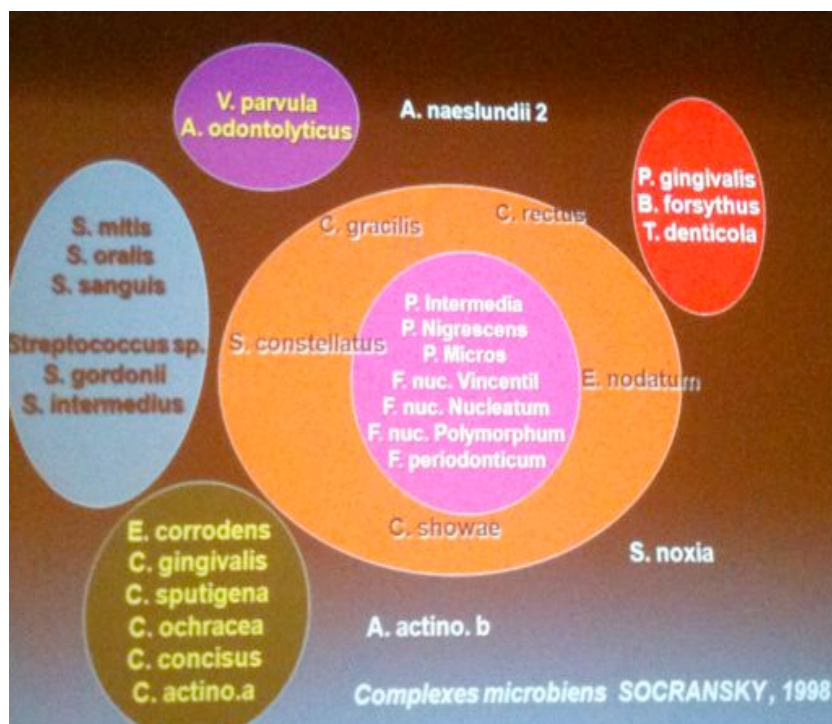
Une parodontite se met en place car il y a un déséquilibre entre une agression bactérienne très forte et les défenses locales sont dépassées, la maladie s'installe, on a une perte d'attache, une destruction partielle de l'attache parodontale.

On sait qu'il y a une homéostasie entre les bactéries et l'état de santé générale au plan local. Lors des maladies parodontales la charge bactérienne est bcp plus élevée qu'elle ne l'est à l'état sain.

Les bactéries qui sont à l'état sessiles sont les plus pathogènes car elles sont incluses dans le biofilm, amalgamées les unes avec les autres, à la différence des bactéries planctoniques qui se baladent dans la salive et on peut en déstabiliser pas mal notamment grâce à des bains de bouche. Attention certaines bactéries sont nécessaires dans la salive et il ne faut pas déstabiliser toute la flore bactérienne.

Majoritairement la flore bactérienne impliquée dans les maladies parodontales, c'est essentiellement les bactéries anaérobies Gram - .

## Diapo 1021



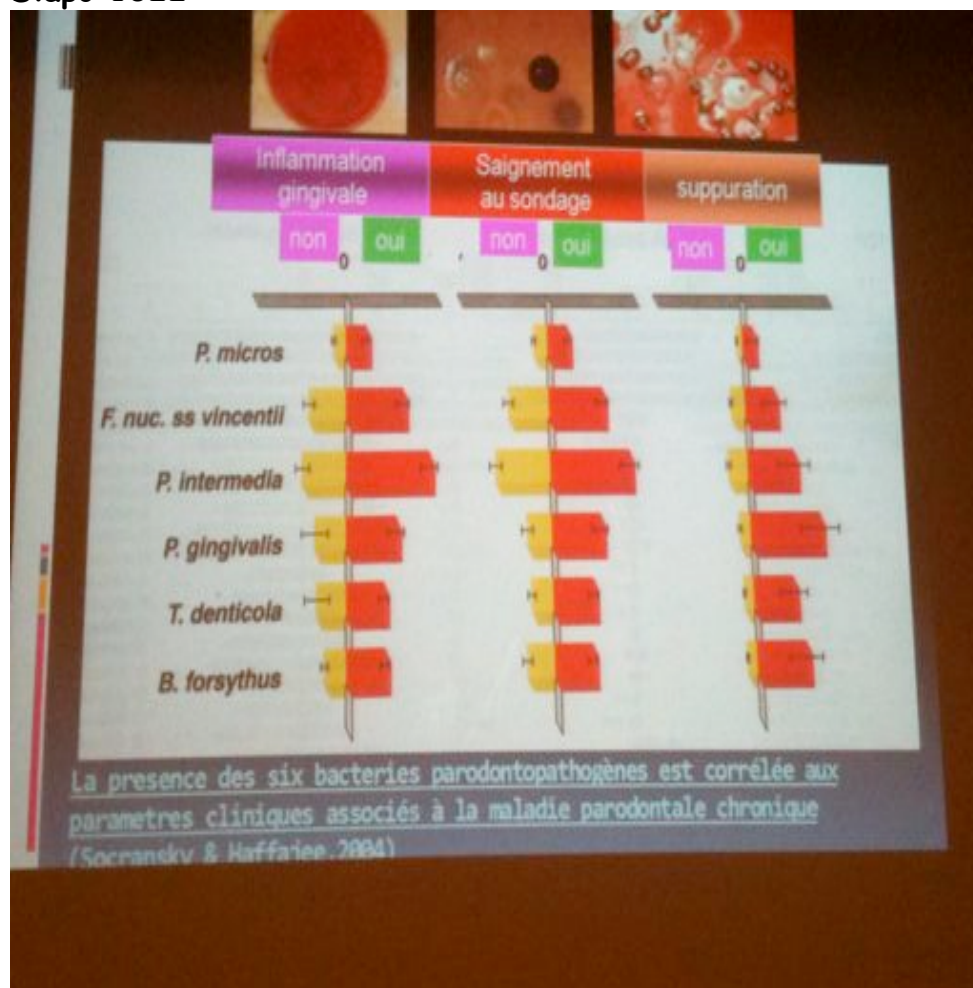
Il y a des bactéries donc associées à la pathogenèse notamment celle du complexe rouge comme P. Gingivalis (PG), B. Forsythus et T. Denticola qui sont

des pathogènes que l'on retrouve dans toutes les parodontites et c'est contre eux que l'on doit batailler.

Il y a d'autres bactéries qui vont permettre aux bactéries du complexe rouge d'évoluer ou au contraire contre qui elles devront se battre. Par exemple PG nest pas copine avec Streptococcus sanguis qui est la bactérie des caries !

Cliniquement on remarque que les patients avec bcp de caries n'ont pas beaucoup de pbs paro et l'inverse car il y a un antagonisme bactérien entre les 2 bactéries que je viens de citer !

## Diapo 1022



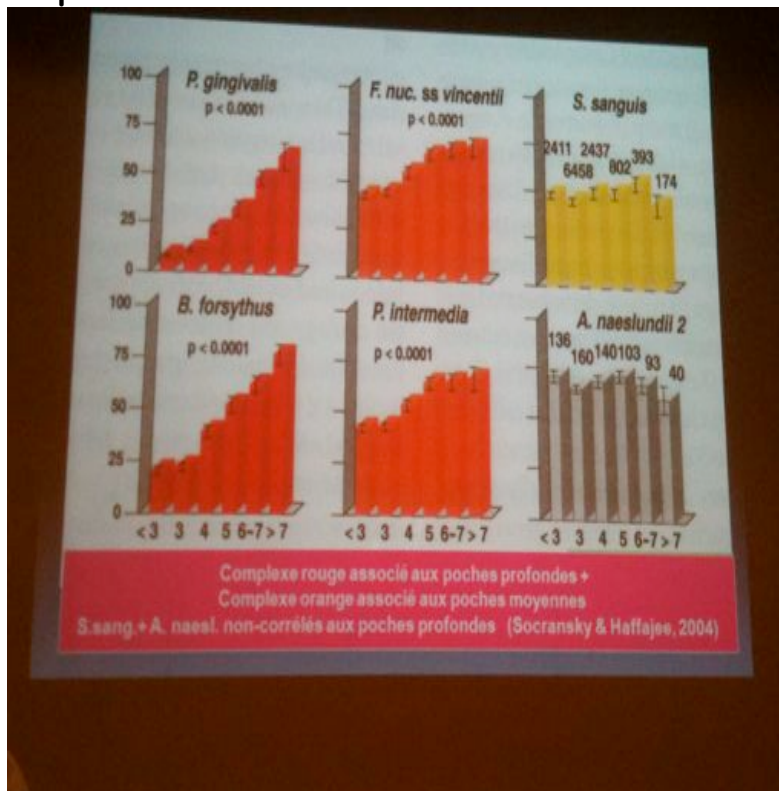
Des études ont montré qu'il y a une corrélation entre la profondeur de poches des patients qui ont des maladies parodontales et en faisant des prélèvements bactériens à ces memes endroits et ils ont essayé de corréler les signes cliniques de la parodontite que l'on connaît (rougeur, œdème, recessions, saignements, suppuration, inflammation) et voir si quand ceux-ci sont présents qu'elles sont les bactéries présentes dans ces poches là ou on trouve un saignement au sondage, ou une inflammation ou une suppuration (pour lire le graphique on prend la colonne de droite par exemple pour inflammation et on voit la ou la bande rouge est la plus grande).

Ils ont trouvé que par exemples les bactéries *F. nuc. Ss vincentii* ou *P. Intermedia* ou *PG*, sont toutes corrélées à ces 3 signes cliniques.

**Par exemple pour l'inflammation gingivale** : associée à *P. Intermedia*, *nucleatum* et *PG*.

**Suppuration** : *Pg* le + . car elles se planquent dans la profondeur des poches pour pouvoir survivre, c'est l'un des pathogènes majeurs et l'un des plus difficiles à éradiquer .

### Diapo 1023



A partir de quand on peut considérer qu'on a une poche ou non ? si quand on sonde c'est supérieur à 3 mm. Si poches sup à 5 mm on retrouve les bact du complexe rouge, et entre 3 et 4.5 celle du complexe orange. Dans le cas d'une parodontite débutante : *S. Sanguis* et *Actinomyces*.

## Diapo 1024

**L'hygiène**  
Relation significative entre le niveau d'hygiène bucco-dentaire et l'état parodontal.  
Meilleure est l'hygiène, meilleur est l'état parodontal  
La présence de poches profondes et de perte d'attache est significativement reliée à la présence de plaque dentaire (biofilm) et de tartre  
Les sujets consultant régulièrement leur praticien ont significativement un meilleur niveau d'hygiène, moins de saignements, moins de poches profondes et moins de besoins en soins complexes

**L'âge**  
Le nombre de sextants sains est significativement plus important chez les 16-24 ans que chez les sujets âgés de 75 ans et plus. La maladie parodontale s'accroît significativement avec l'âge (augmentation significative du nombre de sextants atteints, du nombre des poches profondes, de la perte d'attache et de la perte osseuse). La présence de gingivite pendant l'enfance prédisposerait au développement de maladies parodontales

**Le sexe**  
En moyenne, les hommes ont significativement plus de plaque, de gingivites et de poches parodontales que les femmes.  
Chez les enfants et les adolescents, les garçons ont en moyenne significativement plus de plaque, de saignements et de poches que les filles.  
L'état parodontal meilleur chez les filles est significativement relié à une meilleure hygiène.

ANAES, 2002

Quand un Patient avec une parodontite qu'est-ce qu'on va lui demander ? (c'est important à mettre dans une copie d'examen).

Pourquoi vous consulter, anamnèse, vous avez mal, un abcès, saignement quand se brosse les dents, mal au froid ou au chaud, pb de la gencive ou pb médical...

### + Hygiène

Si le patient nous dit qu'il se brosse les dents avec une brosse à dent médium, dure car c'est mieux et qu'il pense enlever plus de plaque dentaire, il faut lui dire qu'en fait il faut utiliser une souple.

S'il vous dit brosse électrique on lui dire que la brosse à dent ne fait pas tout, et pour celle fournie avec un jet dentaire (jet pulsé) c'est pas bon car ça envoie plus rapidement, plus loin les bactéries sur la gencive : c'est ce que l'on appelle un faux ami.

Il y a donc une relation directe en général dans les parodontites qu'on a traité entre le niveau d'HBD et l'importance des pbs développés même si on sait qu'il s'agit d'une maladie plurifactorielle car les bactéries sont bien impliquées, il faut



bien être convaincu que si je ne me brosse pas les dents j'ai plus de chance de développer une maladie parodontale.

Donc on a bien compris, il faut aller dans l'intimité du patient, c'est à nous de lui poser les questions pour qu'il nous raconte ce qu'il fait, il faut établir un climat relationnel cohérent car nous sommes des médecins !!! youhouuuu et qu'on puisse l'aider à prendre des bonnes décisions.

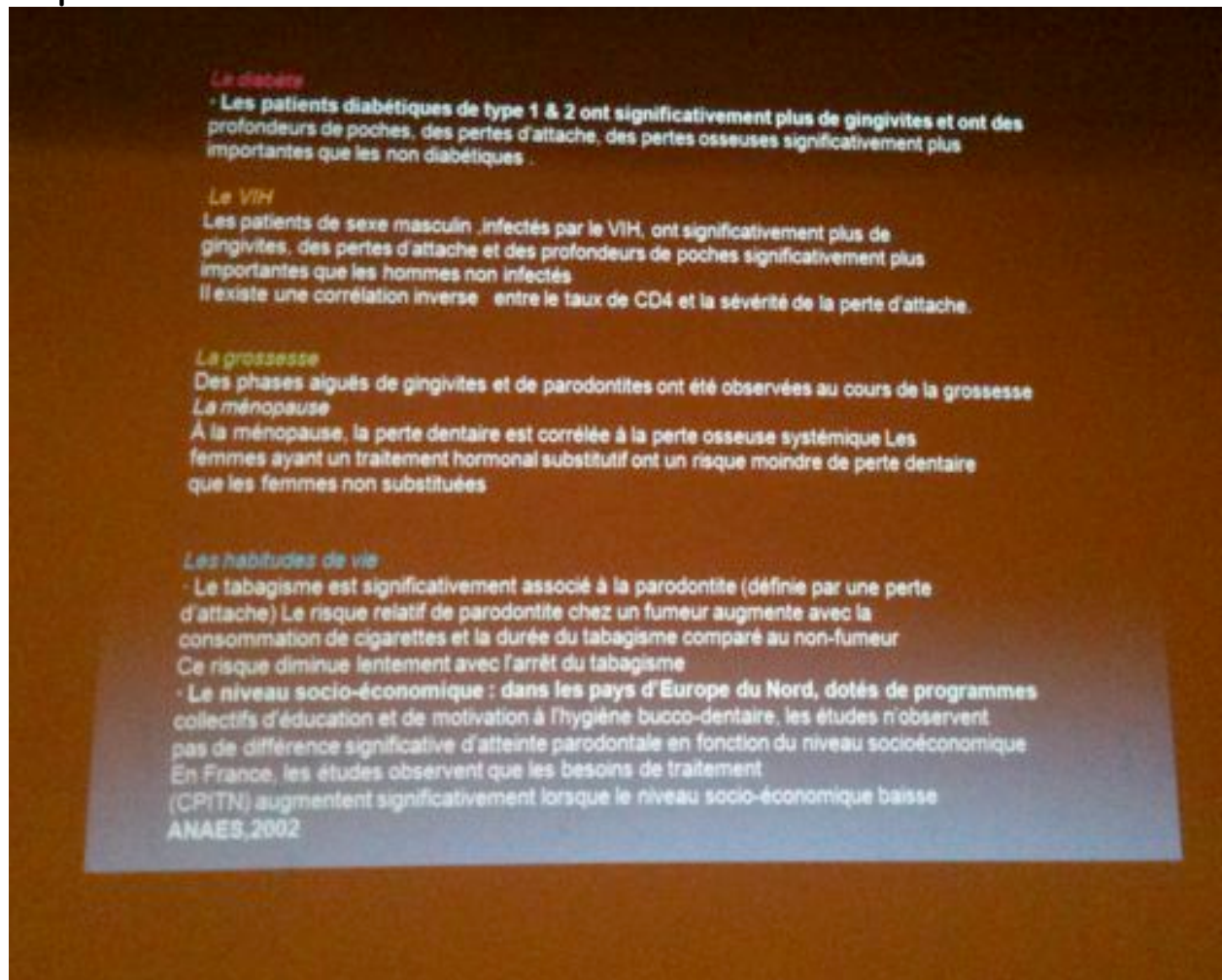
Attention, il est vrai aussi que l'on peut avoir des pb de gencive et avoir un très bon état d'HBD. Par exemple un patient qui va développer une parodontite agressive certains ont un très bon état d'hygiène, ils ont un sérotype Agrégatibacter actinomycetem très agressif pour les tissus. Et même parfois on ne voit pas qu'un individu a une parodontite agressive pourtant il a une chance excessivement élevée de perdre ses dents et en général il est jeune et ça ne saigne pas et il brosse très bien ses dents mais a une infection qui est compliquée. Il faut être vigilant, il y a la sonde parodontale mais aussi l'examen radio qui confirme le sondage.

Donc !!! Il y a une corrélation directe entre HBD et parodontite, mais aussi peut avoir des pb de gencive et avoir un très haut standard d'hygiène. Notamment ceux qui se brossent les dents avec des brosses très dures développent des récessions gingivales qui n'est pas une maladie mais un défaut au niveau de l'anatomie qu'il faudra régler.

### Age et sexe

- L'homme à priori est moins précautionneux que les femmes de l'hygiène orale donc ils développent plus de problèmes
- L'adolescence est une période charnière, on a d'autres pb à régler et là qu'on va rencontrer bcp de gingivites et notre rôle chez les ados c'est de revenir sur des bases cad par exemple leur apprendre une bonne technique de brossage, et la petite gingivite marginale va disparaître et on là on remplit totalement notre mission !!!!! on va prévenir une maladie parodontale future.
- Plus on avance en âge, plus la parodontite atteint bcp de sites, on le sait c'est une maladie de sites, des secteurs dans la bouche vont être impliqués et d'autres non.

## Diapo 1026



### + Diabète

Pourquoi le diabète ?

Car les défenses locales ne sont pas bonnes, au niveau de la lumière des vaisseaux c'est compliqué, les cellules de défenses n'arrivent pas très bien, il y a une mauvaise cicatrisation.

### + VIH

Il y a une corrélation inverse entre le taux de CD4 et la sévérité de la perte d'attache

### + Grossesse et ménopause

Au niveau systémique il y a bcp de bouleversements qui vont avoir des répercussions au niveau de l'état gingival

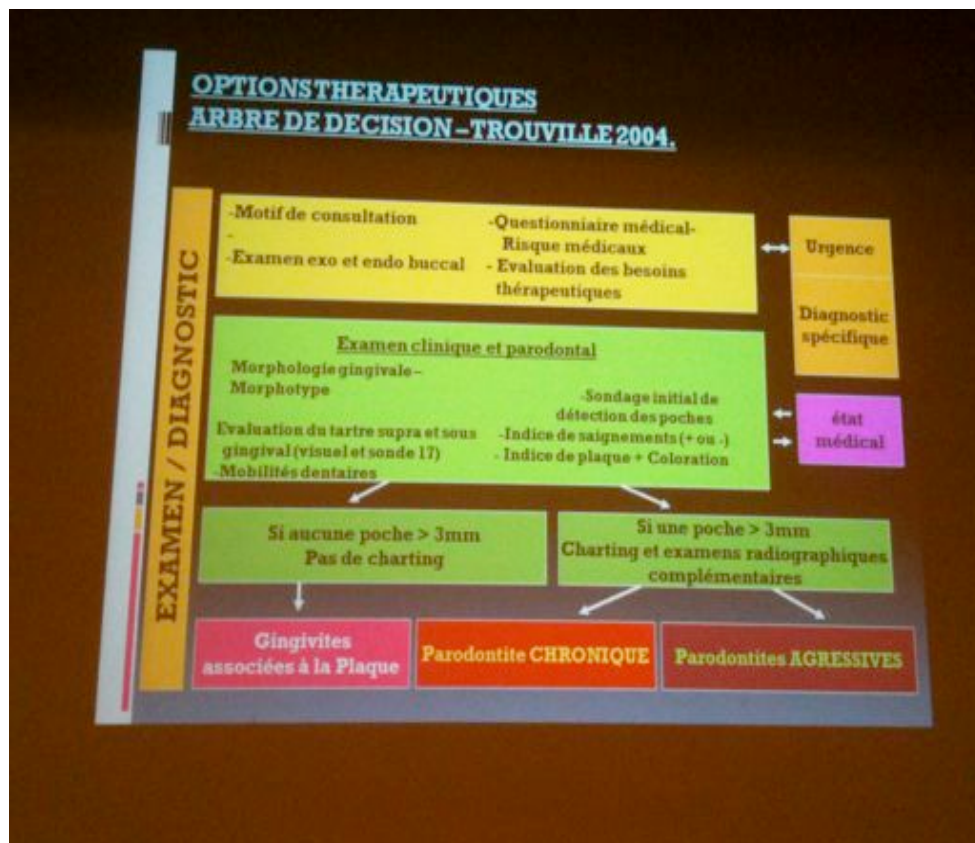
### + Habitudes de vie

Tabac : FDR majeur. Le gros ta

## Niveaux socio-eco

Ceux qui n'ont pas un niveau d'études très élevé ou qui ne vivent pas dans des situations très faciles ne vont pas aller s'acheter une bonne brosse à dent et ont tendance à développer plus de pbs bucco-dentaire que les plus favorisés.

## Diapo 1028



Schema de travail a suivre lors de toutes nos années d'étude

### ➤ Examen + diagnostic

Motif de consultation

Examen exo et endobuccal (masséter très développé, type facial ...)

Questionnaire médical, risque médicaux

Evaluation des besoins thérapeutique : a déjà perdu ses dents, âgé, jeune, saignement, besoin esthétique ou santé ou fonctionnalité, dents migrées ou toujours à la même place.

En général il consulte pour des raisons esthétiques : on sait que quand la maladie parodontale est ancienne et n'a pas été diagnostiquée, traitée va se traduire par une migration des dents antérieures et donc on va avoir une perte de calage de l'occlusion qui entraîne un motif de consultation supplémentaire pour le patient

car il ne sait pas qu'il a une maladie parodontale car on n'a pas mal quand on a une parodontite en majorité, ils viennent plus pour l'esthétique car leurs dents ne sont plus dans la même situation qu'avant.

➤ **Examen clinique et parodontal**

C'est la base !!

On va faire un charting donc on va relever les poches parodontales si existent ou non (mesures à 3 ou sup à 3mm), et mesure le niveau de la gencive par rapport à des critères anatomiques que l'on connaît, on apprécie le morphotype gingival cad si a un type gingival épais ou pas épais, saignement ou non grâce à des indices, indice de plaque avec un révélateur de plaque pour savoir là ou il y a de la plaque ou il n'y en a pas.

Après on fait un examen radiographique complémentaire.

A partir de là on va réfléchir et regarder notre niveau osseux, voir le type d'alvéolyse que l'on a et on va la quantifier grâce à la radio. Comment on fait ? On va utiliser pour cela 2 limites : la jonction émail-cément (déterminant haut) et pour la partie basse on utilise l'apex de la racine : entre les 2 on quantifie le niveau osseux.

Radiographiquement lorsque l'os est dans sa situation normale, septum normal, la norme entre la jonction émail cément et sommet du septum osseux il y a 2mm : dans ce cas il n'y a pas de maladie parodontale, de destruction osseuse donc on en quantifie rien ?

Quand il y a destruction on quantifie, en essayant de diviser en tiers cette zone en question entre la jonction E/C et l'apex radulaire : on dit si on se situe dans le 1<sup>e</sup> ou 2<sup>e</sup> tiers.

La quantité de racine incluse dans l'os important et permet de déterminer une attitude thérapeutique et va déterminer **le pronostic** de la dent !!! Très important !! On dira on va vous traiter votre dent mais elle va durer 10 ou 15 ans...

Après avoir collecter toutes ces infos on va identifier la maladie :  
Gingivite (pas de perte d'attache), parodontite chronique, agressive...

## Diapo 1029

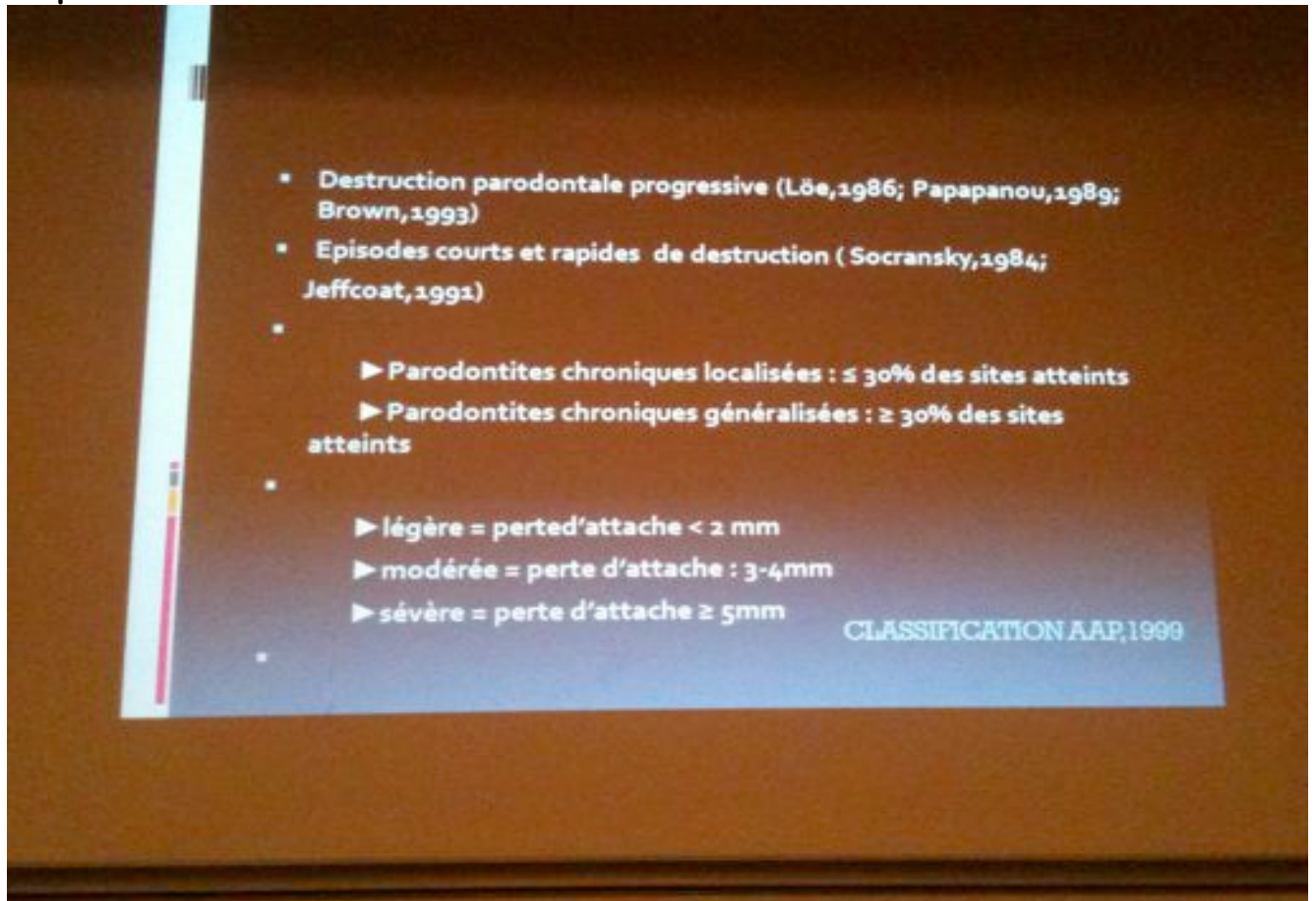


On voit sur la diapo une P. chronique généralisée, sévère.

Pourquoi ?

- poches 7, 8, 9 10 mm au sondage
- radio : rapport couronne racine, il y a peu d'ancrage radiculaire voire plus du tout au niveau de certaines dents comme la 25
- C'est un patient qui a cumulé les FDR, qui est épicurien s'en fichait.

## Diapo 1031



Classification des mal parodontales en fonction de la classification d'Armittage de 1999, on distingue des parodontites :

Chronique/agressive

Localisée/généralisée

Et ça dépend du nombre de sites atteints inf ou sup à 30%, et le niveau de %age moyen de perte d'attache : inf à 2mm, 4 mm, sup à 5 mm.

## Diapo 1033



### Décision du traitement : protocole

- Enseignement HBD
- Détartrage ultrasons + manuel +/- antiseptiques, enlever ce qui est supra et ss gingival et polissage
- Suppression des éléments iatrogènes (OCE, Prothèse) : obturations débordantes qui vont faciliter le dépôts de plaque
- Information sur les FDR : sevrage tabagique si nécessaire, bcp chercher une motivation pour arrêter de fumer
- Extractions, ttmts pluridisciplinaires
- Réévaluation de l'indice de plaque inf à 20% ET Ind de saignement pour voir si le patient se prend en charge ou non

**Diapo 1034**

**L'éducation à l'hygiène bucco-dentaire est une étape essentielle du traitement.**

Le praticien doit informer et enseigner aux patients la technique du brossage dentaire et l'encourager à un brossage dentaire régulier **au minimum 2 fois par jour (matin et soir)**.

L'usage du fil dentaire et des brosses inter-dentaires est expliqué

Chaque visite de suivi ou de contrôle est l'occasion de renforcer l'enseignement et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire.

L'arrêt du tabac, chez un fumeur, est systématiquement recommandé.

ANAES, 2002

L'éducation à l'HBD est une étape essentielle du ttmt. On est en 2011 et il n'y a aucune étude qui nous dit combien de fois par jour il faut se brosser les dents même si on sait que le minimum c'est 2 fois (1 matin et 1 soir) mais c'est mieux 3 fois.

Savoir comment ?

- Proscrire brosse à dent dure ou médium et préférer la souple.
- Impérativement même si on n'a pas de pb il faut faire passer le fil dentaire 2 fois par jour même si on est un expert du brossage quand on n'a pas de pbs paro sinon on substitue le fil dentaire par une brossette.

Donc depuis année 65 on sait l'influence directe, l'impact du contrôle de l'Hygiène par le patient hors tout soin particulier, sur l'inflammation, indice de plaque...

On a des assistantes qui s'occupent de ça, elles enregistrent la façon dont le patient se brosse les dents afin de l'amener à un degré de qualité de brossage qui nous permet de leur promettre des résultats et de traiter leur maladie.

**Quels sont les indices ?**

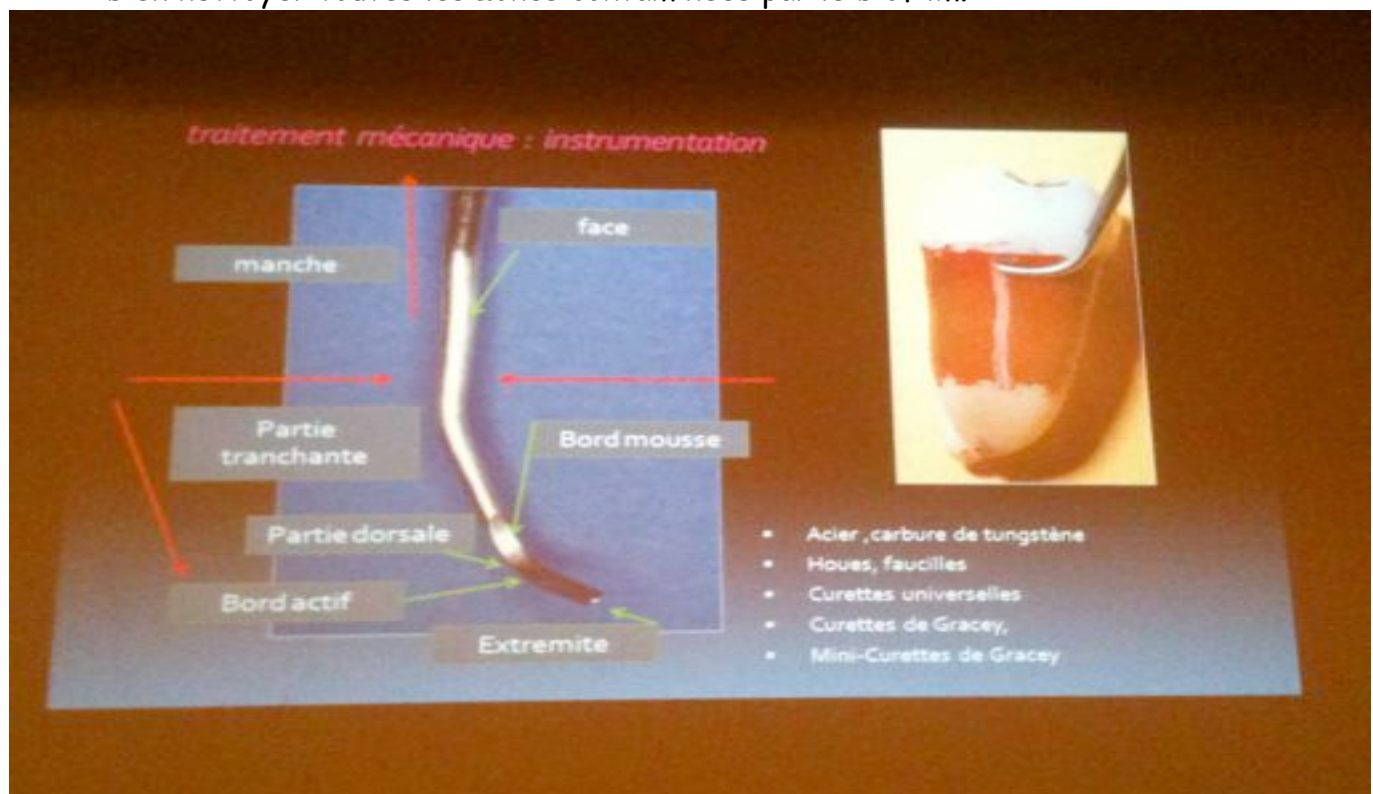
- BOP : Indices de saignement
- Indice d'Oleary : y a plaque ou non, on divise les dents en 4 secteurs et on coche. Et fait le %age par rapport au nombre de dents qui existent.



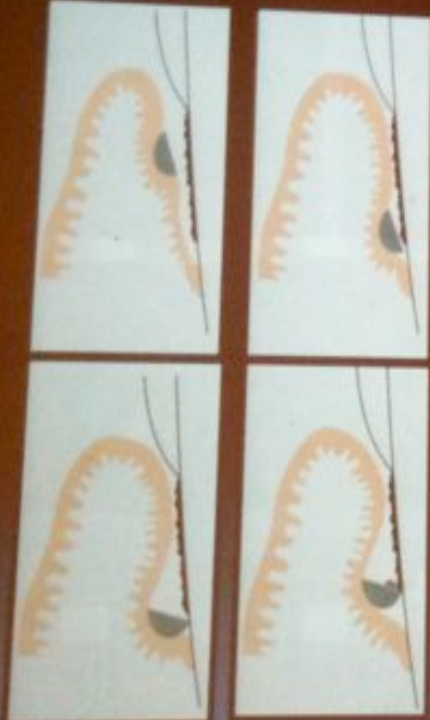
## La Thérapeutique initiale non chirurgicale

- Elle permet de décontaminer, désinfecter, éliminer la plaque bactérienne sur la surface radulaire grâce à des curettes de Gracey qui travaillent que sur une face la plus déclive la plus basse. L'autre bord qui fait face à la gencive pour ne pas faire de dégâts au niveau de la face interne du rebord gingival : on l'utilise pour la maintenance c'est la thérapeutique parodontale de soutien pour suivre les patients dans le temps, on destabilisera le biofilm avec la partie mousse de la zone active de la curette de Gracey. On doit avoir des yeux au bout de nos curettes

- Avec la sonde paro, on repère la profondeur de la poche et la localisation terminale des dépôts et petit à petit on insinue nos curettes de Gracey dans la poche et on remonte le long de la surface radulaire avec un petit mouvement du poignet c'est lui qui travaille, et ça permet de ne pas éliminer la totalité du ciment car l'épaisseur du ciment dans la partie où il y a l'attache et de 50 um donc en 2 coups de curettes on a tout viré il faut donc être soft, le biofilm dessus c'est juste une pellicule à éliminer. On utilise un détartreur mais après on doit passer la curette de Gracey. C'est donc un mvt de translation, on va au fond de la poche et on remonte gentiment le long de la surface radulaire. C'est surtout un mvt apico-coronaire, un mvt de translation où on peut faire aussi un mvt vertical pour bien nettoyer toutes les zones contaminées par le biofilm.



*traitement mécanique : rationnel*



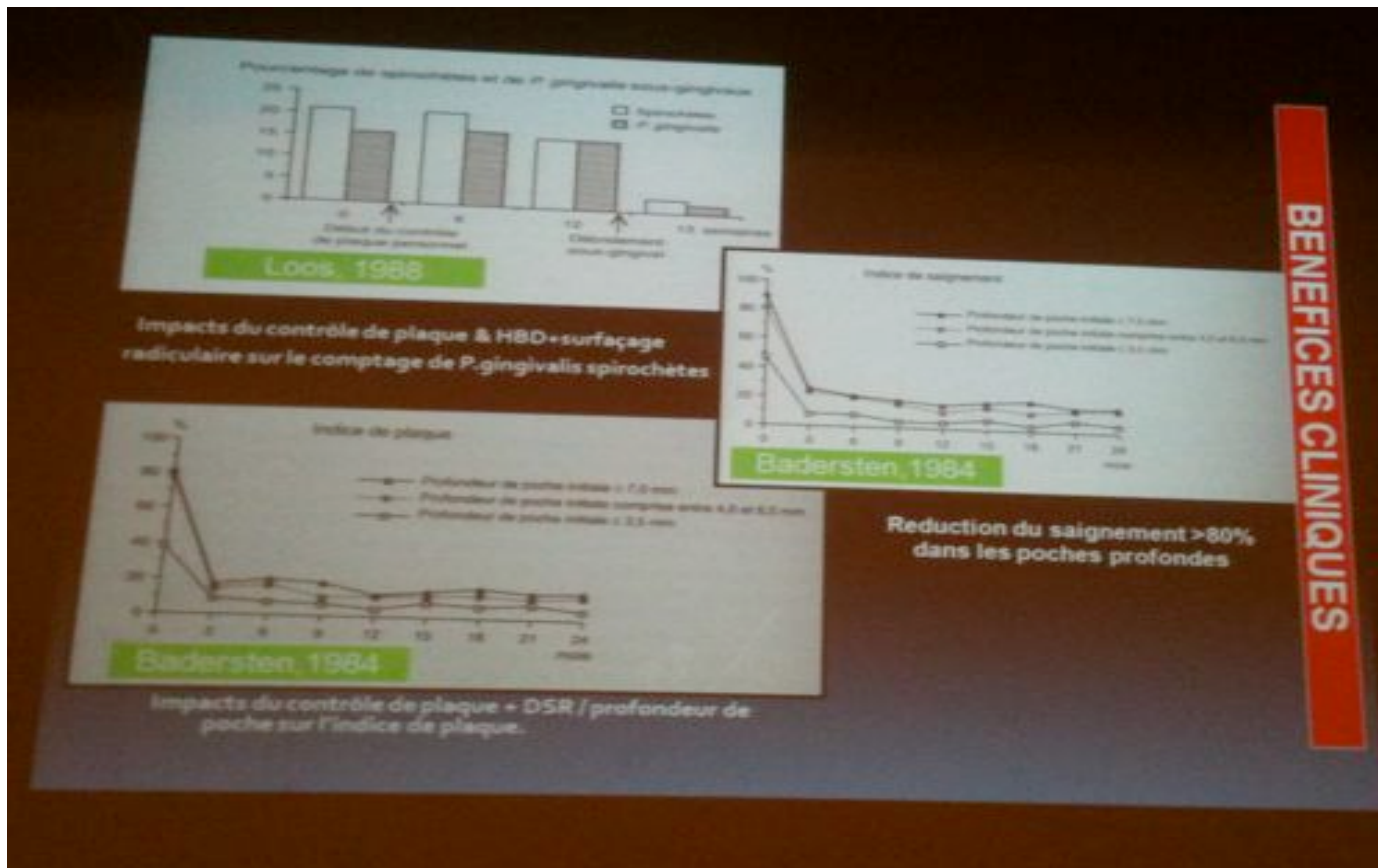
- Sondage pour repérer & mémoriser les contours de la poche
- Choix de l'instrument (détartrer, surfaçer, polir) + anesthésie locale
- Points d'appui
- Combiner les mouvements pour efficacité maximale d'instrumentation des surfaces de travail = « balayage »
- Temps d'instrumentation
- Pression minimale, éviter les cratérisations
- Contrôles réguliers de l'état de surface avec sonde parodontale / microscope/ endoscopie ?
- Irrigations avec antiseptique
- Polissage
- Compression ?
- **TRAITER LA RACINE + PROTÉGER LA GENCIVE**

**Question ?** : A quel moment on sait que l'on doit s'arrêter de cureter ?

Dès qu'on a une sensation que c'est lisse cad comme quand on passe la sonde parodontale sur la dent.

Donc il faut stabiliser sur le long terme le patient, tissu sont stables, on a traité à minima on a décontaminé, la patiente maîtrise la gestuelle, il n'y a plus de dépôts.

**Diapo 1045**



Détartrage/ surfaçage + HBD = Diminution saignement et profondeur de poches et on va gagner de l'attache.

Diapo 1047



Patient avec parodontite agressive, fumeuse, 33 ans, bonne hygiène mais dégâts anatomique parodontale et gingivale.

Il faut retenir qu'une parodontite chronique généralisée ou localisée : il y a une proportionnalité entre la quantité de dépôts et de pbs développés.

Parodontite agressive : c'est une relation inverse.

Le moyen de contrôle par exemple on voit l'anat dentaire modifiée par le passage des petites brosettes, il s'est fabriqué des petites encoches.

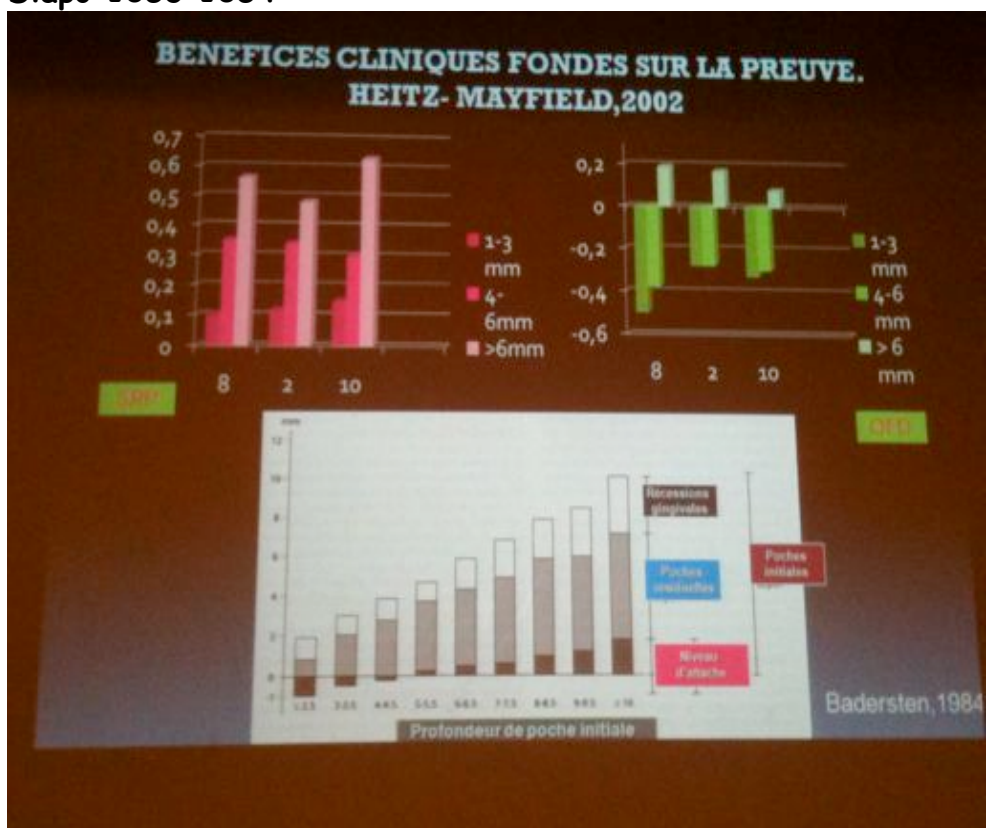
**Remarques :**

On est plus efficace sur les sites non molaires que molaires car c'est plus facile de les nettoyer anat radiculaires plus compliquées sur molaire : les résultats en découlent.

Relation de proportionnalité entre la profondeur initiale des poches et le résultat final. Si on a des poches très profondes 7 ou 8 mm : on va gagner plus d'attache que si on a des poches de 3 4 mm (on peut meme perdre de l'attache).

**Quand décide-t-on de passer à la 3<sup>e</sup> étape après désinfection et thérapeutique non chirurgicale ?** (A la fin du cours le prof a dit que ca ne nous concernait pas trop cette année)

**Diapo 1053 1054**





Quand on a une profondeur de poche de 7mm initialement et réduit à la réévaluation on a 5.5 mm on ne peut pas laisser cette poche et dire que on a traité le patient, il faut passer à une phase chirurgicale.

Mais si on a une poche de 7mm et qu'on tombe à 3.5 mm on peut lui dire qu'il est traité c'est quasiment la normalité, d'où l'importance de savoir sonder et de vérifier ce qu'on fait à toute étape du traitement.

Biologiquement parlant la diminution de la profondeur de la poche résiduelle : ou bien la gencive s'est abaissée car on n'a plus d'inflammation elle s'est rétractée, ou bien on a une adhésion (avec hémidesmosomes) à la base de la poche entre ce qui reste de l'attache, l'épithélium jonctionnel et la surface radiculaire on ne peut pas sonder même si on n'a pas de nouvelle attache.

Si on a 0 ou 3 mm les bactéries anaérobies gram - ne peuvent pas se développer car n'ont pas les conditions écologiques pour le faire, différent si on a 5 mm.

Il y a donc un rapport de proportionnalité entre la profondeur de poche initiale et la profondeur de poche résiduelle, le niveau d'attache et la récession.

Plus la profondeur de poche initiale est importante plus je gagne de l'attache, plus je réduis ma poche, plus j'aurais peut-être une récession qui sera importante.

Si on a une persistance de poche, on passe à la chirurgie.

Le deal aujourd'hui est de refaire une nouvelle attache en apportant pas en soustrayant, la parodontologie à une démarche positive, pour régénérer.

Il y a tous les traitements associés qui participent aux effets secondaires de la maladie (ortho, prothèse pour rétablir l'occlusion...)

- Interventions pour traiter les défauts
- Régénération, reconstruire ce qui a été perdu
- Intégrer, remplacer une dent après un traitement de la maladie parodontale avec implant.

Et au final il faudra suivre ces patients pour voir s'ils ont un niveau d'attache stable et qu'ils maîtrisent tout.

C'est la thérapeutique non chir qui nous concerne. Il faut bien faire nos bilans d'évaluation, demander à enseignant paro de vérifier le diagnostic, bien traiter la maladie et revoir le patient 6 semaines après pour vérifier les bénéfices après la thérapeutique non chirurgicale.