

## SANTÉ GINGIVALE, PATHOLOGIES ET ÉTATS GINGIVAUX

### SANTÉ GINGIVALE

La santé parodontale est définie comme l'absence d'inflammation cliniquement détectable. La santé gingivale peut être observée sur un parodonte intact, sur un parodonte réduit (ex : certaines formes de récession gingivale ou suite à une élévation coronaire) ou chez le patient avec des antécédents de parodontite mais stabilisé. Sur un parodonte intact ou un parodonte réduit mais stable, la santé gingivale est définie par l'absence d'érythème, d'œdème, de symptômes décrits par le patient, un saignement au sondage < 10 % et une profondeur de sondage ≤ 3 mm.

### GINGIVITE LIÉE À LA PLAQUE

Le diagnostic de la gingivite est clinique.

#### SIGNES

- (objectifs)
- Œdème
  - Douleur
  - Chaleur
  - Érythème

**Gingivite = Diagnostic clinique**

#### SYMPTÔMES

- (Subjectifs)
- Saignements
  - Douleurs
  - Halitose
  - Altération qualité de vie
  - Altération du goût
  - Difficulté à s'alimenter
  - Aspect (rouge, oedématisé)



	Sans parodontite				Avec parodontite traitée	
	Parodonte intact		Parodonte réduit		Santé	Inflammation gingivale
Perte d'attache	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Profondeur de poche*	≤ 3mm	≤ 3mm	≤ 3mm	≤ 3mm	≤ 4mm	≤ 3mm
Saignement au sondage	< 10%	≥ 10%	< 10%	≥ 10%	< 10%	≥ 10%
Alvéolyse radiographique	Non	Non	Possible	Possible	Oui	Oui

\*Force de sondage : 20 à 25 grammes ; pas de pseudo-poche

Ces maladies gingivales sont induites ou non par le biofilm de la plaque dentaire.



- **Associée au biofilm seul**
- **Modifiée/réglée par des facteurs de risque systémiques ou locaux**
- **Facteurs de risque systémiques :** tabac, hyperglycémie, nutrition, médicaments, hormones sexuelles stéroïdiennes, affections hématologiques...
- **Facteurs de risque locaux** Facteurs de rétention de plaque dentaire, sécheresse buccale
- **Accroissements gingivaux d'origine médicamenteuse**



### PRISE EN CHARGE

Étape clé de la thérapeutique parodontale car, même si toutes les gingivites n'évoluent pas vers la parodontite, elles en sont toutes le préambule.

- Enseignement de l'hygiène bucco-dentaire
- Détartrage supra et sous-gingival
- Élimination si possible des facteurs de rétention de plaque
- Sevrage tabagique
- Substitution médicamenteuse si possible



### MALADIE GINGIVALE NON ASSOCIÉE À LA PLAQUE

- **Désordres génétiques développementaux**
- **Infections spécifiques** (bactérienne, virale, fongique)
- **Pathologies inflammatoires et auto-immunes** (réactions d'hypersensibilité, maladies auto-immunes, lésions inflammatoires granulomateuses...)
- **Processus réactionnels**



### PRISE EN CHARGE

- Enseigner les techniques de contrôle de plaque
- Adresser au parodontiste exclusif ou autre spécialiste de la muqueuse buccale

# PARODONTITES

## ASSOCIÉES À UNE DYSBIOSE ORALE

La parodontite est une maladie inflammatoire liée à un déséquilibre de la flore orale conduisant à la destruction du système d'attache parodontal. Elle se traduit par une perte d'attache clinique et une lyse osseuse visible radiographiquement, la présence de poches parodontales et de saignement gingival. **Contrairement à la précédente (Armitage, 1999), la nouvelle classification regroupe les formes « chroniques » et « agressives » sous le seul terme de parodontite caractérisée par un système de stades et grades.**



## STADES : SÉVÉRITÉ - COMPLEXITÉ

		Stade 1	Stade 2	Stade 3	Stade 4
Sévérité	→ Perte d'attache interdentaire*	1 à 2 mm	3 à 4 mm / non	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	→ Alvéolyse radiographique	< 15%	15 à 33%	≥ 50%	≥ 50%
	→ Dents absentes pour raisons parodontales	0	0	≤ 4	≥ 5
Complexité	→ Profondeur de poche	≤ 4 mm	≤ 5 mm	≥ 6 mm	≥ 6 mm
	→ Alvéolyse radiographique	Horizontale essentiellement	Horizontale essentiellement	Verticale ≥ 3 mm	Verticale ≥ 3 mm
	→ Lésions inter-radiculaires	Non ou classe I	Non ou classe I	Classes II ou III	Classes II ou III
	→ Défaut crestal	Non ou léger	Non ou léger	Modéré	Sévère
	→ Besoin en réhabilitation complexe**	Non	Non	Non	Oui
Étendue	→ Elle est considérée comme <b>localisée</b> lorsqu'elle touche < 30% des dents et <b>généralisée</b> si elle touche > 30% des dents				

## GRADES : RAPIDITÉ DE PROGRESSION

	Taux de progression	Grade A - Faible	Grade B - Modéré	Grade C - Rapide
Critères	→ Perte d'attache ou alvéolyse radiographique sur les 5 dernières années	Non	< 2 mm	≥ 2 mm
	→ Ratio pourcentage d'alvéolyse/âge*	< 0,25	0,25 à 1	> 1
	→ Ratio quantité de plaque/destruction parodontale***	Importante / faible	Normal	Faible / Importante
Facteurs modifiants	→ Consommation quotidienne de cigarettes	Non	< 10	≥ 10
	→ Diabète	Non	Oui HbA1c < 7,0%	Oui HbA1c ≥ 7,0%

\*au site le plus atteint. \*\*à moduler en fonction de dysfonction masticatoire, de trauma occlusal secondaire (mobilité ≥ 2), d'effondrement occlusal, de moins de 20 dents résiduelles (10 paires antagonistes)... \*\*\*attention à certaines formes spécifiques avec atteinte des molaires/incisives





## PRISE EN CHARGE DES PARODONTITES

Thérapeutique étiologique parodontale :

- Enseignement de l'hygiène bucco-dentaire
- Détartrage
- Débridement sous-gingival/surfaçage
- Prise en charge des facteurs de risque généraux (tabac, diabète,...)
- Correction des facteurs locaux aggravants
- Réévaluation
- Suivi parodontal
- Thérapeutique parodontale chirurgicale et/ou régénératrice
- ODF
- Prothèse

## MALADIES PARODONTALES NÉCROSANTES

		Facteurs prédisposants	Diagnostic clinique
 <p><b>Malades sévèrement atteints</b> maladie chronique à pronostic sévère</p>	Adultes	HIV+/SIDA avec taux de CD4 < 200 et charge virale détectable Autres atteintes systémiques sévères (immunosuppression)	Gingivite Nérotique, Parodontite Nérotique, Stomatite Nérotique, NOMA → Progression possible
	Enfants	Malnutrition sévère Conditions de vie : précarité extrême Infections sévères	
 <p><b>Malades modérément atteints</b></p>	Gingivites	Facteurs de risque non contrôlés : stress, nutrition, tabac Cratères résiduels suite à un antécédent de Maladie Parodontale Nérotique	Gingivite Nérotique généralisée → Progression possible
		Facteurs locaux : proximité radiculaire, malposition	Gingivite Nérotique localisée → Progression possible
	Parodontites	Facteurs communs prédisposant aux Maladie Parodontale Nérotique Facteurs communs prédisposants aux Maladie Parodontale Nérotique	Gingivite Nérotique → Progression peu fréquente Parodontite Nérotique → Progression peu fréquente

## AFFECTIONS SYSTÉMIQUES INFLUENÇANT LA PATHOGENÈSE DES MALADIES PARODONTALES

- Diabète
- Obésité
- Ostéoporose
- Arthrites (polyarthrite rhumatoïde, arthrose)
- Stress et dépression
- Tabagisme
- Médicaments



Tabac



Diabète

## TROUBLES SYSTÉMIQUES AVEC UN IMPACT MAJEUR SUR LA PERTE TISSULAIRE PAR MODIFICATION DE L'INFLAMMATION PARODONTALE

- Affections génétiques
- Maladies associées à des troubles immunologiques (ex : syndrome de Down, syndrome de Papillon-Lefèvre, syndrome de Chediak-Higashi, Neutropénies...)
- Atteintes de la muqueuse buccale et de la gencive (ex : Épidermolyses bulleuses...)
- Maladies des tissus conjonctifs (ex : Syndrome d'Ehlers-Danlos types IV et VIII, Lupus érythémateux systémique...)
- Troubles métaboliques et endocriniens (ex : Hypophosphatasie, Rachitisme...)
- Immunodéficiences acquises et neutropénie
- Maladies inflammatoires (MICI)



Maladies inflammatoires (MICI)

## AFFECTIONS SYSTÉMIQUES POUVANT ENTRAÎNER UNE PERTE DE TISSUS PARODONTAUX EN L'ABSENCE DE PARODONTITE

- Tumeurs  
Tumeurs primaires des tissus parodontaux, Carcinome épidermoïde oral, Tumeurs odontogènes, Autres tumeurs primaires des tissus parodontaux, Métastases secondaires des tissus parodontaux
- Autres affections intéressant les tissus parodontaux  
Granulomatose avec polyangéite, Histiocytose à cellules de Langerhans, Granulomes à cellules géantes, Hyperparathyroïdie, Sclérose systémique/sclérodermie, Ostéolyse massive progressive/syndrome de Gorham-Stout



Carcinome épidermoïde

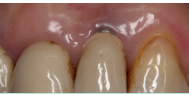


Radio carcinome



# LES MALADIES ET ÉTATS PÉRI-IMPLANTAIRES

## SANTÉ PÉRI-IMPLANTAIRE



Santé péri-implantaire avec support osseux réduit



Radio implant avec support osseux réduit

Se caractérise par une **absence de signe visuel d'inflammation** et de **saignement au sondage**. La santé péri-implantaire existe avec un **support osseux normal ou réduit**. Attention, la valeur de sondage n'est pas significative de la santé péri-implantaire.

### DIAGNOSTIC

- **absence de signe clinique d'inflammation,**
- **absence de saignement et/ou de suppuration** lors du sondage doux,
- **pas d'augmentation de la profondeur de sondage** en comparaison des examens précédents,
- **absence de perte osseuse** après le changement de niveau de l'os crestal résultant du remodelage osseux initial cicatriciel.



### PRISE EN CHARGE

En fonction du risque initial du patient (patient traité pour parodontite et stabilisé ou patient indemne de parodontite)

- Contrôles cliniques et radiographiques réguliers, parodontal et péri-implantaire avec comparaison aux données antérieures
- Sondage (absence de saignement/suppuration et stabilité de l'attache)
- Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire

## MUCOSITE PÉRI-IMPLANTAIRE



Présence de plaque en péri-implantaire



Après renforcement des mesures d'hygiène

La mucosite se caractérise par un saignement au sondage et des signes cliniques d'inflammation. La mucosite est liée à la plaque dentaire et est réversible par l'acquisition d'un bon contrôle de plaque.

### DIAGNOSTIC

- **présence de saignement et/ou suppuration** au sondage doux avec ou sans augmentation de la profondeur de sondage en comparaison des examens précédents,
- **absence de perte osseuse** indépendamment du remodelage osseux initial.



Mucosite avant traitement



Mucosite après traitement

### FACTEURS DE RISQUE

#### Majeur :

- La plaque dentaire

#### Indicateurs de risque :

- Tabac
- Diabète
- Radiothérapie
- Iatrogène : prothèse débordante, impossibilité d'assurer le **contrôle de plaque**



### PRISE EN CHARGE

- Correction des facteurs iatrogènes
- Suppression de la cause iatrogène
- Prise en charge des facteurs de risque généraux (tabac et diabète...)
- Contrôle de la cicatrisation
- suivi parodontal et péri-implantaire

## PÉRI-IMPLANTITE



Rétro-alvéolaire montrant une importante lyse osseuse



Photo clinique lors de la levée du lambeau avant dépose des implants

La péri-implantite est une **pathologie induite par la plaque**, caractérisée par une **inflammation de la muqueuse péri-implantaire** et une **perte progressive du support osseux**. La **mucosite** en est le **précurseur**. La péri-implantite est **favorisée par un mauvais contrôle de plaque** et des **antécédents de parodontite**. La péri-implantite peut survenir tôt après le placement des implants. Elle semble **progresser selon un modèle non linéaire** et s'aggrave en l'absence de traitement.

### DIAGNOSTIC

- **présence d'un saignement et/ou d'une suppuration** lors du sondage doux,
- **augmentation de la profondeur de sondage** en comparaison des examens précédents ou profondeur de sondage **≥ 6 mm** en l'absence de données antérieures
- **perte osseuse** indépendamment du remodelage osseux initial ou, en l'absence de données antérieures, niveau osseux localisé plus de 3 mm apicalement à la portion la plus coronaire de la partie infra-osseuse de l'implant

### FACTEURS DE RISQUE

#### Majeur :

- ATCD de parodontite sévère
- Mauvais contrôle de plaque
- Absence de suivi péri-implantaire
- Mise en place dans des conditions/situations à risque

#### Indicateurs de risque :

- Présence de particules de ciment sous-marginal
- Prothèses ne favorisant pas le contrôle de plaque
- Biomécanique : surcharge occlusale, parafonction



### PRISE EN CHARGE

- Renforcement des mesures d'hygiène bucco-dentaire
- Suppression de la cause iatrogène ou biomécanique
- Décontamination de la surface implantaire par débridement mécanique, aéropolissage, laser
- Traitement chirurgical d'assainissement et/ou de régénération si possible
- Contrôle de la cicatrisation et suivi parodontal et péri-implantaire
- Dépose de l'implant si échec thérapeutique

### RÉFÉRENCES

Caton J, Armitage G, Berglundh T, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S1-S8.  
 Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S74-S84.  
 Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S173-S182.  
 Jepsen S, Caton JG, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S237-S248.  
 Berglundh T, Armitage G, et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S313-S318.  
 Photos de Cas Cliniques des Drs BARTHET, COUSTY, LAURENCIN, THOMAS

