

#2

Nouvelle classification... & GINGIVITE

La classification d'Armitage [1], usitée jusqu'à peu, définissait la gingivite de façon complexe, incluant sous le terme « maladies gingivales » différentes étiologies faisant intervenir des composantes de prédisposition et de modification.

Chicago 2017 [2] simplifie cette définition en créant deux catégories

distinctes de gingivites : les gingivites induites par le biofilm et les maladies gingivales non induites par le biofilm.

Le but de cet article est de définir les différentes situations cliniques des gingivites induites par le biofilm.

QU'EST-CE QUE LA GINGIVITE INDUITE PAR LE BIOFILM SELON CHICAGO 2017 ?

- Il s'agit d'une lésion inflammatoire résultant d'interactions entre le biofilm et la réponse immuno-inflammatoire de l'hôte, qui reste contenue dans la gencive marginale et ne s'étend pas à l'attache parodontale. Elle est réversible en réduisant le niveau de plaque à un niveau compatible avec la santé parodontale [3]. Pour les patients avec antécédents de parodontite, on préférera le terme d'inflammation gingivale.
- La gingivite induite par le biofilm se divise en trois catégories :
 - associée au biofilm uniquement ;
 - modifiée par des facteurs de risques systémiques ou locaux ;
 - modifiée par la prise de médicaments.

LES OUTILS À NOTRE DISPOSITION

- Seule la sonde parodontale est indispensable ! Encore mieux, une sonde parodontale à pression constante.



NOTIONS ABORDÉES

- L'anamnèse médicale.
- L'anamnèse parodontale.
- L'examen clinique visuel.
- La profondeur de sondage (PS).
- L'indice de saignement au sondage (BOP = Bleeding On Probing).

Cathy DUMAS

AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Montpellier

Angéline ANTEZACK

AHU en parodontologie, Marseille
Ancienne interne en odontologie, Marseille

Sébastien MELLOUL

AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Nice

Alexandra BOYER

AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Toulon

Virginie MONNET-CORTI

Professeure des Universités
Cheffe de département de Parodontologie,
Aix-Marseille Université
Praticienne Hospitalière,
Responsable de l'Unité Fonctionnelle
de Parodontologie, APH Marseille

UTILISATION DE CES NOTIONS

Le diagnostic de la gingivite est un diagnostic clinique.

- **L'anamnèse médicale** permet la recherche des facteurs de risques systémiques [3] :
 - tabagisme ;
 - hyperglycémie ;
 - nutrition (carence sévère en vitamine C) ;
 - médication ;
 - niveau élevé d'hormones stéroïdiennes ;
 - troubles hématologiques.
- **L'anamnèse parodontale** (« Avez-vous déjà eu un traitement ? ») aide à déterminer si le patient a un antécédent de parodontite. Si tel est le cas, selon le degré d'inflammation, il sera considéré comme [3] :
 - patient parodontal contrôlé (cas de santé parodontale) ;
 - patient parodontal en rémission (cas d'inflammation gingivale) ;
 - patient parodontal non contrôlé (cas instable de parodontite récurrente).
- **L'examen clinique visuel** permet de rechercher les signes cliniques de l'inflammation. Il s'agit d'érythème, œdème, douleur et chaleur [5]. Il a aussi pour but la recherche des facteurs de risques locaux [3] :
 - facteurs de rétention de plaque ;
 - sécheresse buccale.

L'utilisation de révélateur de plaque et le calcul de l'indice de plaque (PI = Plaque Index) renseignent sur le rôle d'induction du biofilm.

- **La profondeur de sondage (PS)** est la distance séparant le sommet de la gencive marginale du fond de la poche [6]. Cette mesure permet de faire le diagnostic différentiel de la parodontite. En effet, chez un patient sans antécédent de parodontite, avec un score de plaque faible (absence de pseudo-poche) et sans facteur de risque, une profondeur > 3 mm est pathognomonique d'une parodontite.
- **L'indice de saignement au sondage (BOP)** : quand il est ≥ 10 %, le signe est gingivite. Cette dernière est considérée comme [7] :
 - localisée : BOP ≥ 10 % et ≤ 30 %
 - généralisée : BOP > 30 %



1. Patient de 24 ans en bonne santé, sans médication et sans antécédent de parodontite, présentant un érythème et un œdème gingival. L'examen de sondage ne révèle aucune PS > 3 mm, le BOP est de 47 %. Il s'agit d'une gingivite généralisée. Le PI est de 53 %, ce qui confirme l'étiologie bactérienne.



2. Patiente de 27 ans en bonne santé, sans médication, ne présentant pas d'antécédent de parodontite, avec des récessions gingivales sur 31 et 41 et un parodontite fin et festonné. Elle décrit une douleur au brossage des 42, 41 et 31. L'examen de sondage ne révèle aucune PS > 3 mm, le BOP est de 13 %, le PI de 32 %. Il s'agit d'une gingivite localisée.



3. Patient en bonne santé avec antécédent de parodontite, suivi en maintenance parodontale tous les 6 mois (car son risque de récurrence était moyen en l'absence d'inflammation, c'est-à-dire en présence d'un bon contrôle de plaque). L'examen de sondage ne révèle aucune PS ≥ 4 mm, le BOP est de 16 % et le PI est de 28 %. Le diamètre de ses brossettes interdentaires n'était plus adapté. Il s'agit d'une inflammation gingivale localisée sur parodontite réduit avec antécédent de parodontite.

APPLICATIONS CLINIQUES

- Des notions vues précédemment, découlent les différents cas suivants :
 - gingivite induite par le biofilm sur un parodontite intact sans antécédent de maladie parodontale (fig. 1) ;
 - gingivite sur un parodontite réduit (en présence de récession gingivale ou suite à une élévation coronaire chirurgicale) sans antécédent de maladie parodontale (fig. 2) ;
 - inflammation gingivale sur un parodontite réduit avec antécédent de parodontite (fig. 3).
- Ce type d'inflammation expose le patient à un risque élevé de récurrence de parodontite. Une surveillance spécifique est alors nécessaire, différente de celle concernant les patients sans antécédent, quel que soit le type de parodontite (intact ou réduit) [3].

CONCLUSION

- La gingivite, malgré sa réversibilité, apparaît comme précurseur de la parodontite (7). Dans ce contexte il apparaît primordial de la diagnostiquer précocement, afin d'apporter au patient la thérapeutique appropriée, basée sur des mesures d'hygiène bucco-dentaire et parodontales adaptées ainsi qu'une prophylaxie professionnelle simple. La classification de Chicago 2017 en simplifiant sa définition, va nous permettre de maintenir la santé parodontale de nos patients plus aisément. 🍷



Correspondance :
cathydumas@hotmail.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 ; 4 (1): 1-6.
2. Caton J, Armitage G, Berglundh T, et al. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018 ; 45 (Suppl 20): S1-S8.
3. Chapple I, Mealey B, Van Dyke T, 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.
4. Lang NP, Nyman S, Senn C, Joss A. Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health. *J Clin Periodontol.* 1991 ; 18 : 257-61.
5. Murakami S, Mealey B, Mariotti A, Chapple I. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Periodontol.* 2018 ; 89 Suppl 1 : S17-S27.
6. Hefti A. Periodontal probing. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1997 ; 8 (3): 336-56.
7. Trombelli L, Farina R, Silva C, Tatakis D. Plaque induced gingivitis: Case definition and diagnostic consideration. *J Periodontol.* 2018 ; 89 Suppl 1 : S46-S73.