

#3

Nouvelle classification...

& PARODONTITE STADE 1 GRADE A

L'un des grands changements présents dans la nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires concerne les formes de parodontite anciennement dites « agressives » ou « chroniques », désormais regroupées dans une même catégorie dite « parodontites ».

Ces parodontites sont classées en différents stades et différents grades. Nous étudions dans ces pages celle de stade I grade A.

QU'EST-CE QU'UNE PARODONTITE STADE I GRADE A SELON CHICAGO 2017 ?

- Il s'agit d'une parodontite débutante à progression lente [1].

LES OUTILS À NOTRE DISPOSITION

- Sonde parodontale.
- Radiographie rétro-alvéolaire avec angulateur de Rhin.



NOTIONS ABORDÉES

- Le stade est basé sur la sévérité et la complexité de prise en charge globale, l'étendue de la maladie (localisée ou généralisée si 30 % ou plus des dents sont atteintes) et sa distribution (incisive, prémolaire et/ou molaire).
- Le grade fournit des informations sur le risque de progression de la maladie, les aspects biologiques, le pronostic du traitement et les effets sur la santé générale.

UTILISATION DE CES NOTIONS

Le stade I est caractérisé par :

- une perte d'attache clinique (CAL)* interdentaire (dans le site le plus atteint et sur au moins 2 dents non adjacentes) de 1 à 2 mm ;

* Calculée par une mesure circonférentielle des dents à l'aide d'une sonde parodontale standardisée avec la jonction émail cément (JEC) comme référence.

** Perte osseuse, calculée radiologiquement, du site le plus atteint reportée à la longueur radiculaire.

*** Calculé selon le % de perte osseuse radiographique relative à la longueur des racines divisée par l'âge du patient.

Alexandra **BOYER**

AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Toulon

Angéline **ANTEZACK**

AHU en parodontologie, Marseille
Ancienne interne en odontologie, Marseille

Sébastien **MELLOUL**

AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Nice

Cathy **DUMAS**

AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Montpellier

Virginie **MONNET-CORTI**

Professeure des Universités
Cheffe de département de Parodontologie,
Aix-Marseille Université
Praticienne Hospitalière,
Cheffe du Service de Parodontologie,
APH Marseille

- une perte osseuse radiographique** ne dépassant pas 15 % du support osseux initial et essentiellement horizontale ;
- l'absence d'une dent perdue pour raison parodontale ;
- une profondeur de sondage ≤ 4 mm ;
- l'absence d'atteinte de furcation de classe II ou III ;
- l'absence de besoin de réhabilitation complexe.

Le saignement au sondage (BoP) est ≥ 10 %.

Le grade A est défini par :

- l'absence de progression de la parodontite en 5 ans ;
- un ratio pourcentage d'alvéolyse/âge*** ne dépassant pas 0,25 ;
- une quantité de plaque bactérienne abondante par rapport au faible niveau de destruction du parodonte.

Les facteurs de risque impliqués dans la progression de la parodontite, comme le tabac et le diabète, modifient le grade de la maladie. Concernant le grade A, le patient est non fumeur et n'est pas diabétique.

APPLICATIONS CLINIQUES

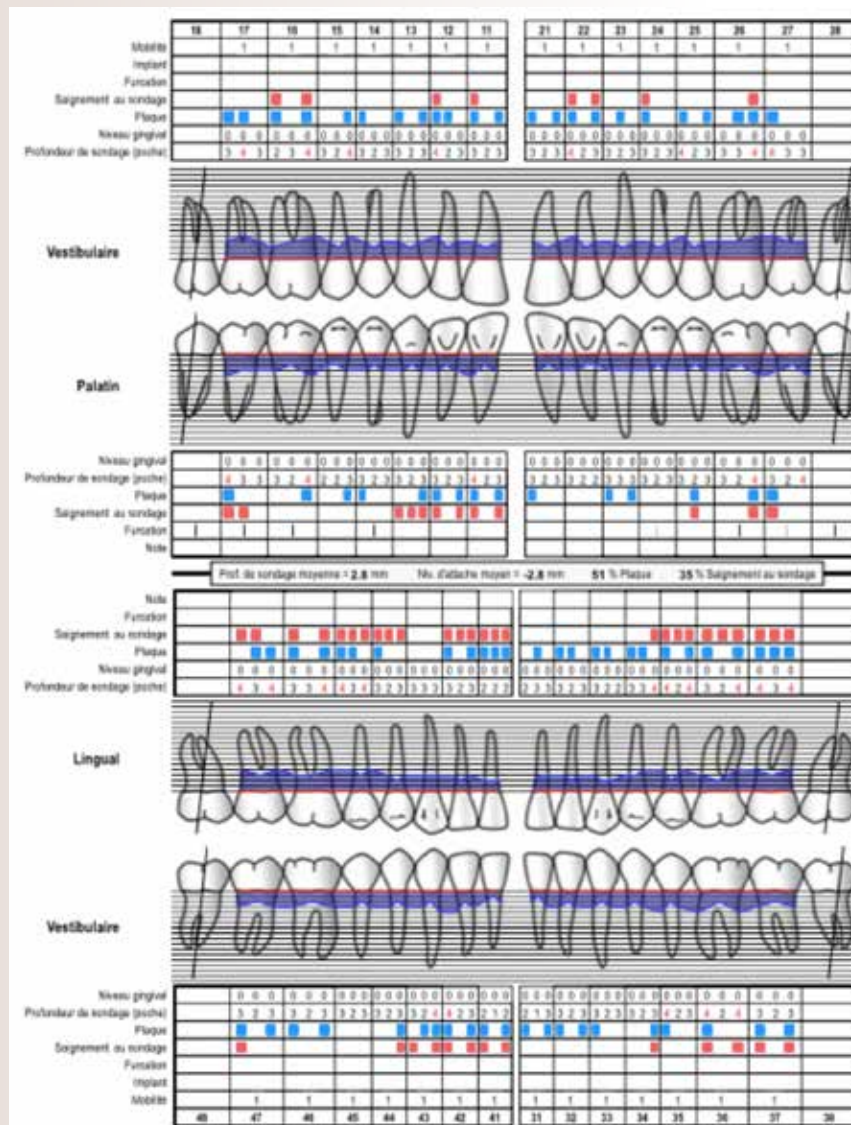
Une patiente, âgée de 28 ans, se présente en consultation pour des saignements de gencive au brossage et des gonflements dans les secteurs postérieurs. L'anamnèse médicale ne révèle aucune pathologie ni traitements médicamenteux, un arrêt du tabac en 2018 (ancienne consommation de 5 cigarettes/jour pendant dix ans) et un terrain héréditaire de maladie parodontale (père). Un traitement orthodontique a été fait à l'adolescence.

- Lors du sourire forcé, la patiente découvre plus de 3 mm de gencive. Le parodonte est plat et épais de type I selon la classification de Maynard et Willson, 1980 [3] et Zweers et coll, 2014 [4] (fig. 1).

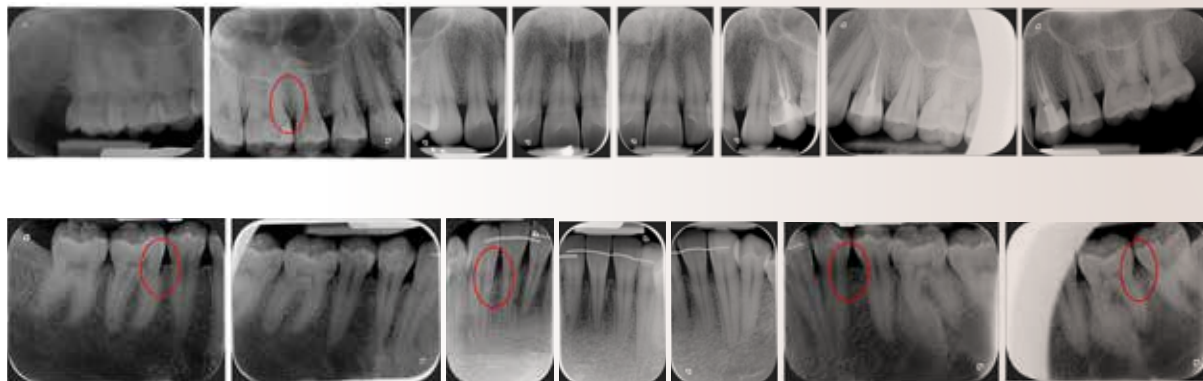


1. Analyse du sourire : Classe 1 (Liebart et coll, 2004) [5].

2a-c. Inflammation gingivale au niveau des papilles avec présence de tartre interdentaire.



3. Charting parodontal (réalisé après l'enseignement à l'hygiène parodontale et le détartrage-polissage). (Source : <https://www.periodontalchart-online.com/fr/>)



4. Bilan rétro-alvéolaire complet.

- L'examen clinique révèle la présence de papilles interdentaires inflammatoires et des lésions amélaire cervicales d'hypominéralisation dues à une consommation de boissons sucrées (fig. 2).
- La quantité de plaque (48 %) est importante par rapport à la faible destruction parodontale et le ratio % d'alvéolyse par rapport à l'âge est inférieur à 0,25. L'indice de saignement est de 35 %. Les profondeurs de sondage ne dépassent pas 4 mm. La parodontite est généralisée (plus de 30 % des dents sont atteintes) (fig. 3).
- L'examen radiologique montre un support osseux quasiment intact avec des atteintes osseuses superficielles < 15 % autour de certaines dents et l'absence d'atteinte inter-radiculaire dans les secteurs postérieurs (fig. 4).

CONCLUSION

- Il est intéressant de noter que le diagnostic différentiel entre une parodontite de stade précoce et une gingivite induite par la plaque sur parodonte réduit reste difficile, même avec cette classification.
- Le guide pratique de l'*European Federation of Periodontology* (EFP) sur la nouvelle classification a établi des arbres décisionnels utiles pour faciliter la détermination des stades et grades des parodontites et minimiser les risques de diagnostic erroné (fig. 5 et 6).

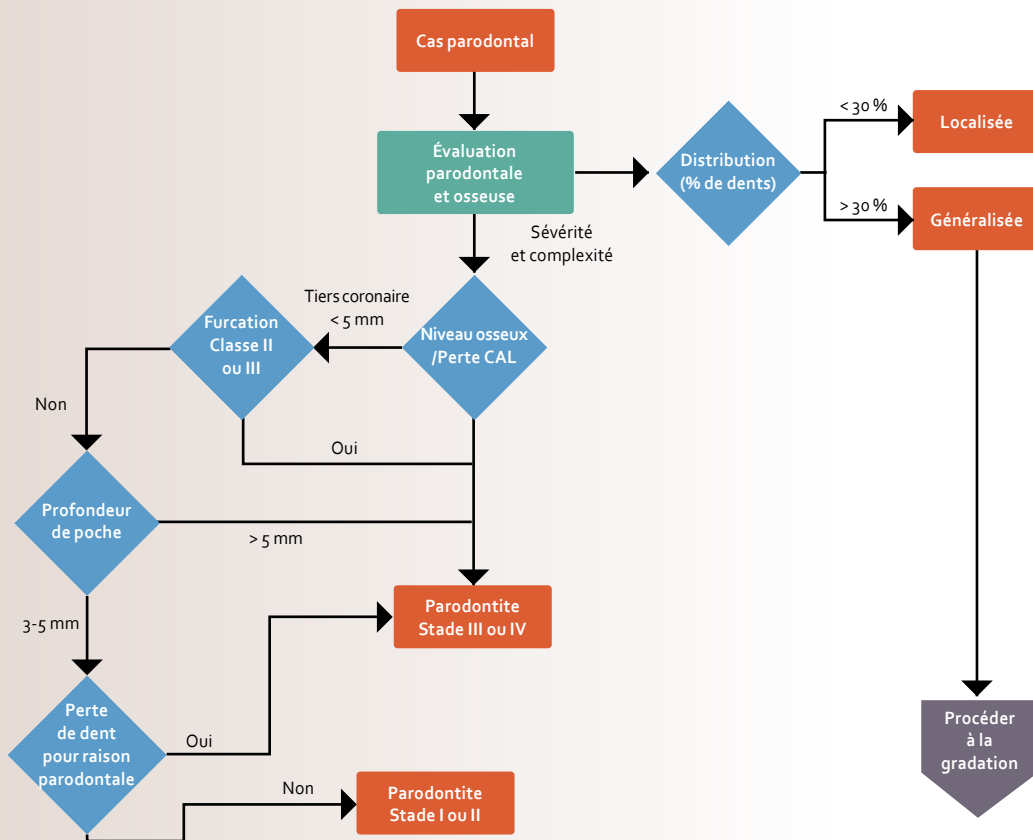
BIBLIOGRAPHIE

1. Papapanou PN 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 Clin Periodontol* 2018; 45 (supp 20): S162-S170.
2. Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: decision-making algorithms for clinical practice and education. *J Clin Periodontol* 2019; 46 (4): 398-405.
3. Maynard JG, Wilson RD. Physiologic dimensions of the periodontium significant to the restorative dentist. *J Periodontol* 1979; 50 (4): 170-174.
4. Zweers J, Thomas RZ, Slot DE, Weisgold AS, Van der Weijden FG. Characteristics of periodontal biotype, its dimensions, associations and prevalence: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2014; 41 (10): 958-71.
5. Liebart MF et al. Smile line and periodontium visibility. *Periodont Pract today* 2004; 1: 17-25.

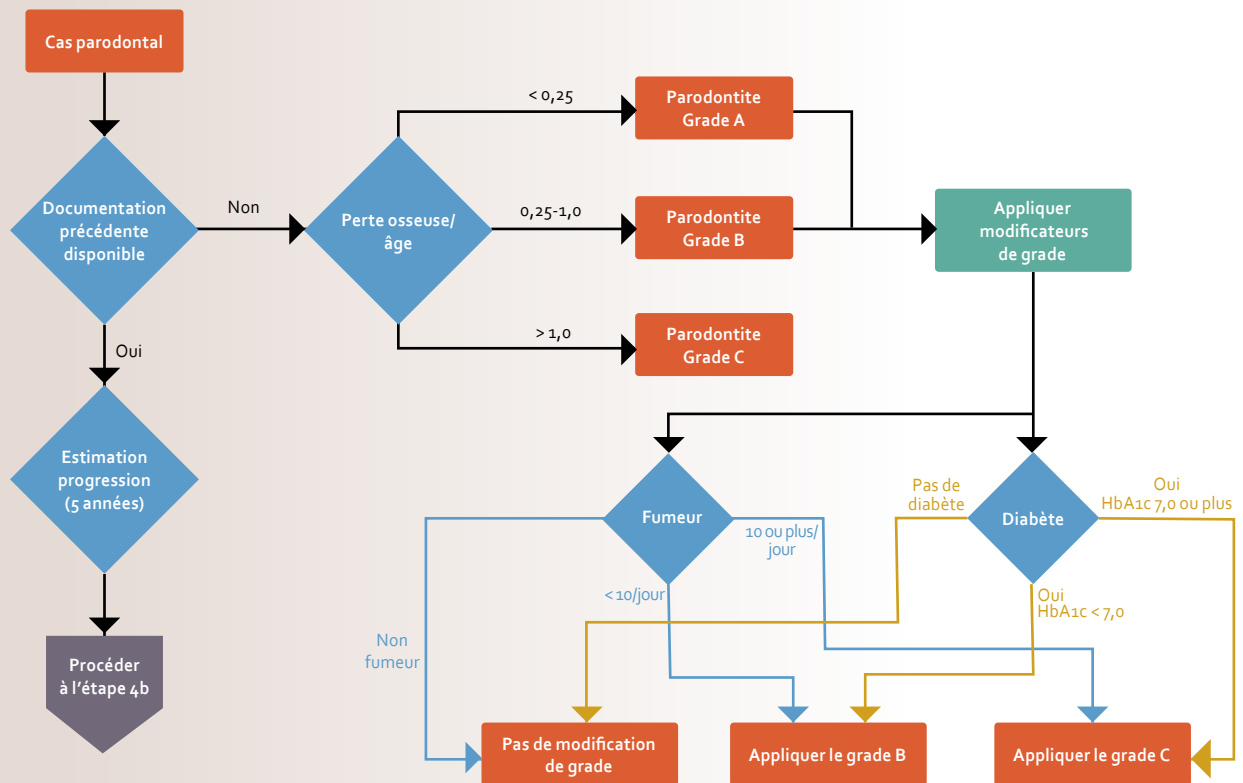


Correspondance :

alexandra.boyer83@gmail.com



5 Arbre décisionnel clinique pour le diagnostic des stades d'une parodontite [2].



6 Arbre décisionnel clinique pour le diagnostic des grades d'une parodontite [2].