

# #4

## Nouvelle classification...

# & PARODONTITE STADE 1 GRADE B

Parmi les grands changements présents dans la classification des maladies parodontales et péri-implantaires, les formes de parodontite anciennement dites « agressives » ou « chroniques » sont regroupées dans la même catégorie dite « parodontite ». Les parodontites sont classées en différents stades et différents grades.

### Mathias FAURE-BRAC

Ancien interne des Hôpitaux de Marseille en Médecine Bucco-Dentaire  
AHU en Parodontologie, Marseille  
Exercice privé, Marseille

### Jean-Guy SABOT

Ancien Interne des hôpitaux de Nice en Médecine Bucco-Dentaire  
Ancien AHU, Université de Nice  
Exercice libéral, Antibes

### Alexandra BOYER

Ancienne AHU en parodontologie, Marseille  
Exercice privé, Toulon

### Sébastien MELLOUL

Ancien AHU en parodontologie, Marseille  
Exercice privé, Nice

### Virginie MONNET-CORTI

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

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

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

#### LES OUTILS À NOTRE DISPOSITION

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



#### 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  $\geq 2$  dents non adjacentes) de 1 à 2 mm ;
- une perte osseuse radiographique\*\* ne dépassant pas 15 % du support osseux initial et essentiellement horizontale ;
- l'absence de dent perdue pour raison parodontale ;
- une profondeur de sondage  $\leq 4$  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  $\geq 10$  %.

##### Le grade B est défini par :

- une perte osseuse de moins de 2 mm les 5 dernières années ;
- un ratio pourcentage d'alvéolyse âge\*\*\* compris entre 0,25 et 1 ;
- une quantité de plaque bactérienne en relation avec l'avancée de la 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 B**, le patient est fumeur ne dépassant pas 10 cigarettes par jour et/ou est diabétique avec un taux d'hémoglobine glyquée inférieur à 7 %.

#### APPLICATIONS CLINIQUES

Madame M, âgée de 27 ans, se présente en consultation pour des saignements de gencive au brossage et des sensibilités créant un inconfort. L'anamnèse médicale ne révèle aucune pathologie, ni traitement médicamenteux, rapporte une consommation de 5 cigarettes/jour depuis 10 ans et un terrain héréditaire de maladie parodontale (père). La patiente n'a bénéficié d'aucun traitement orthodontique.

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

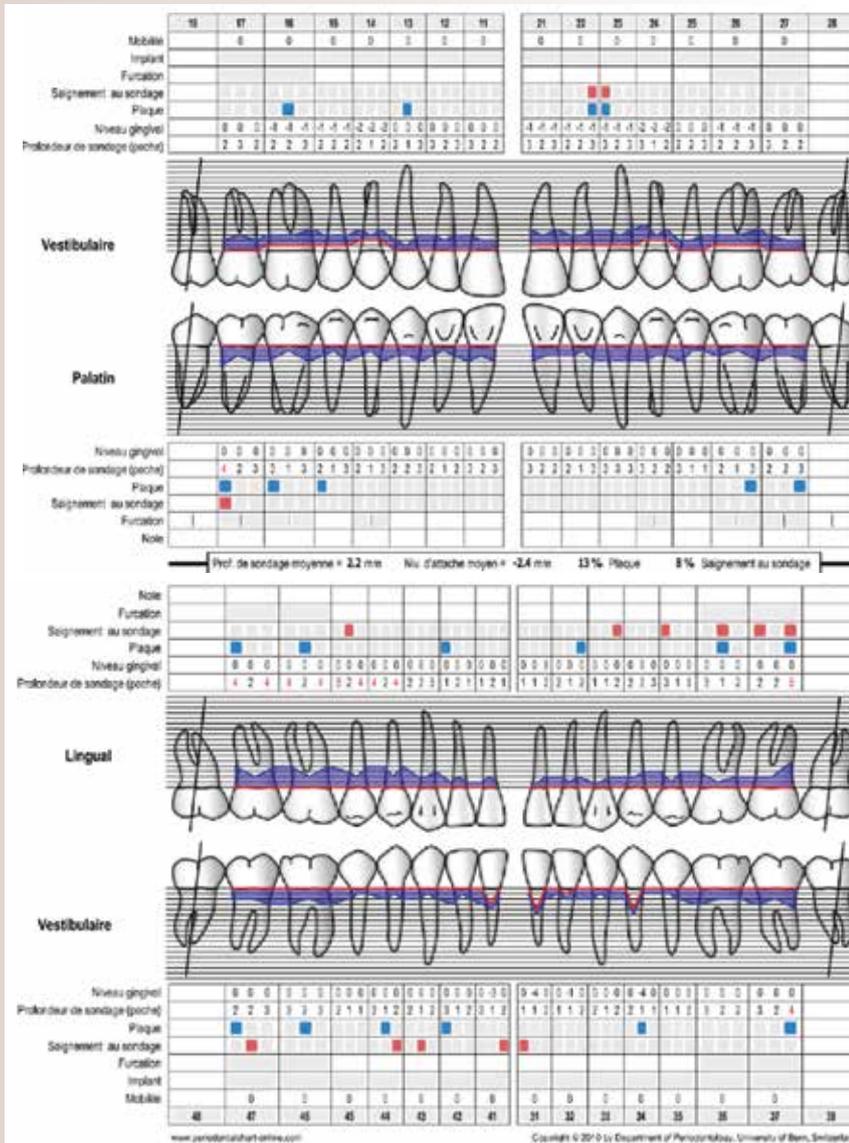
\*\* Perte osseuse calculée radiologiquement du site le plus atteint reportée à la longueur radriculaire.

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



1. Analyse du sourire : plus de 3 mm de gencive sont visibles. 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).



4. Bilan rétro-alvéolaire.

- Lors du sourire forcé, la patiente découvre plus de 3 mm de gencive, des récessions gingivales, des trous noirs et des malpositions dentaires (fig. 1).
- Le phénotype parodontal est de type III selon la classification de Maynard et Wilson, 1980 [3] et « fin et festonné » à la mandibule selon la classification de Zweers et coll. 2014 [4].
- L'examen clinique révèle la présence d'un liseré inflammatoire localisé sur le secteur antérieur mandibulaire, des récessions gingivales, des trous noirs, des malpositions dentaires et la présence de tartre supra-gingival visible entre 32 et 42 (fig. 2).
- La quantité de plaque est de 13 %.
- L'indice de saignement est de 8 %.
- Les profondeurs de sondage ne dépassent pas 5 mm et une perte d'attache comprise entre 1 et 2 mm sur plus de 2 dents contiguës est présente, ce qui confirme le diagnostic de **parodontite stade I**.
- La parodontite est localisée (moins de 30 % des dents sont atteintes) dans la zone des molaires (fig. 3).
- L'examen radiologique montre un support osseux quasiment intact. Le pourcentage d'alvéolyse est calculé en mesurant la distance entre la JEC proximale d'une dent atteinte jusqu'à niveau osseux visible, rapportée à la longueur totale de la dent (fig. 4).
- La patiente ayant 27 ans, le ratio pourcentage d'alvéolyse/âge est égal à 10/27 soit 0,37, ce qui correspond à un ratio compris entre 0,25 et 1, confirmant le grade B.

#### CONCLUSION

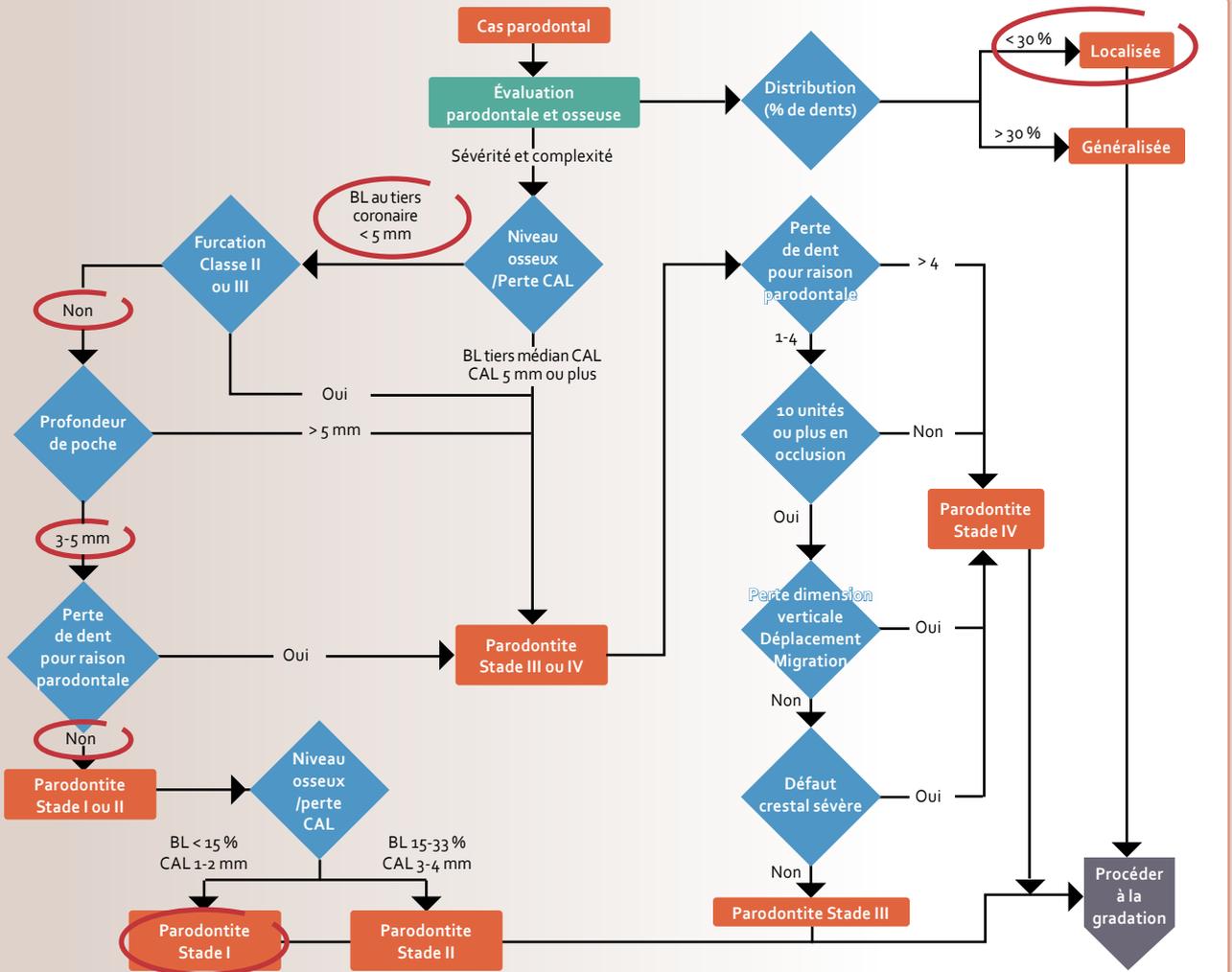
- Il est intéressant de noter que le diagnostic différentiel entre une parodontite stade I et une gingivite induite par la plaque sur parodonte réduit reste difficile.
- Le guide pratique de l'EFP sur la nouvelle classification a établi des arbres décisionnels (fig. 5 et 6) utiles pour faciliter la détermination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

#### BIBLIOGRAPHIE

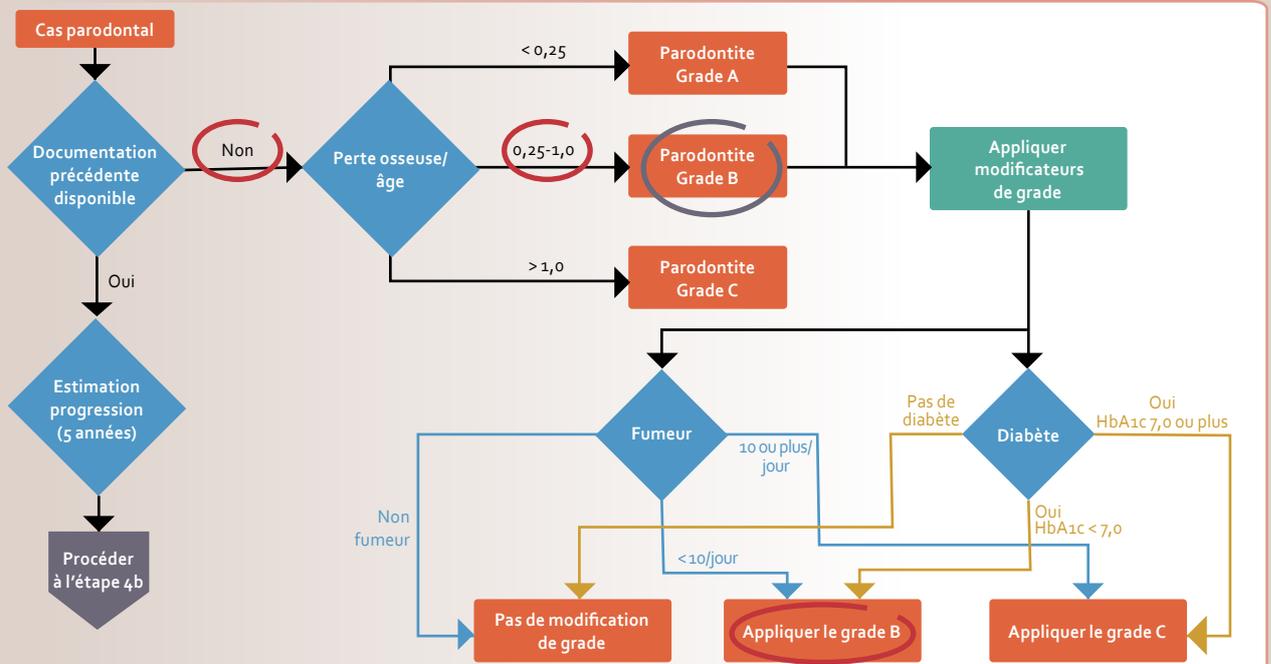
1. Papapanou PN, Sanz M et al. Periodontitis: consensus report of workgroup 2 of the 2017 world Workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Clin Periodontol 2018; 45 (supp 20): S162-S170.
2. Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the New Classification of 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): 170-4.
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, Fouque-Deruelle C, Santini A, Dillier FL, Monnet-Corti V, Glise JM et al. Smile line and periodontium visibility. Periodontol Pract Today 2004; 1: 17-25.



Correspondance  
mathfb@hotmail.fr



5. Arbre décisionnel clinique pour le diagnostic des stades d'une parodontite (Tonetti et Sanz, 2019) [2].



6. Arbre décisionnel clinique pour le diagnostic des grades d'une parodontite (Tonetti et Sanz, 2019) [2].