#1

Nouvelle classification… & SANTÉ PARODONTALE

Une nouvelle classification des maladies parodontales et péri-implantaires a été publiée l'an passé [1], remplaçant celle d'Armitage, datant de 1999 [2]. Le but de cette rubrique est de partager avec vous, sur un rythme trimestriel, les différentes situations cliniques qui pourront être classées selon ces nouvelles modalités. Nous commencerons par la santé parodontale.

Sébastien **MELLOUL**
AHU en parodontologie
Exercice privé, Nice

Alexandra **BOYER**
AHU en parodontologie
Exercice privé, Toulon

Cathy **DUMAS**
AHU en parodontologie, Marseille
Exercice privé, Montpellier

Angéline **ANTEZACK**
AHU en parodontologie, Marseille
Ancienne interne en odontologie, Marseille

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

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ PARODONTALE SELON CHICAGO 2017 ?

- Cette nouvelle classification introduit pour la première fois la notion de santé parodontale et en donne une définition. Elle se caractérise par l'absence d'inflammation ou un niveau faible d'inflammation d'un parodonte intact ou réduit [3]. La distinction entre santé et maladies parodontales doit être effectuée lors de chaque visite « de routine », pour tous les patients.

LES OUTILS À NOTRE DISPOSITION

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

NOTIONS ABORDÉES

- Indice de saignement au sondage (BOP) [5] :

$$\frac{\text{NOMBRE DE SITES AVEC SAIGNEMENT}}{\text{NOMBRE DE SITES ÉVALUÉS}} \times 100 = \%\ \text{DE SAIGNEMENT}$$

- La perte d'attache clinique (CAL) :

$$\text{CAL} = \text{PROFONDEUR DE SONDAGE} + \text{HAUTEUR DE RÉCESSION}$$

UTILISATION DE CES NOTIONS

- Les signes que nous recherchons seront des signes cliniques et non radiographiques.
  • **Le saignement au sondage** (*Bleeding On Probing*, BOP) est un indice gingival dichotomique. On note 0 pour l'absence de saignement au sondage, et 1 en présence de saignement au sondage. Il est exprimé en pourcentage.
- On enregistre 4 sites par dent (mésio-vestibulaire, disto-vestibulaire, mésio-palatin et disto-palatin).
- Lorsque le BOP est inférieur à 10 %, on observe la santé gingivale sur un parodonte intact **(fig. 1)** ou sur un parodonte réduit avec ou sans antécédent de maladie parodontale **(fig. 2 et 3)**.
- *Un BOP supérieur à 10 %, fera l'objet de la prochaine rubrique.*
  • **La perte d'attache clinique** (*Clinical Attachment Loss*, CAL), qui est l'addition de la profondeur de sondage et de la hauteur de récession, est le marqueur principal de la parodontite.
- Le CAL permettra de faire la distinction entre les 3 cas de santé parodontale : le parodonte sain intact, le parodonte sain réduit avec antécédent de parodontite traitée avec succès et le parodonte sain réduit sans antécédent de parodontite.
- L'enregistrement du BOP doit devenir un examen usuel. Cette approche représente une opportunité importante puisque, au-delà de l'objectif de la pose d'un diagnostic, l'enregistrement du BOP et du score de plaque est un moyen fiable et reproductible d'évaluation de l'hygiène orale du patient, et permet d'élaborer un programme individuel de prévention. L'utilisation seule de la profondeur de poche (PPD) ne permet pas la discrimination entre la santé parodontale, la gingivite, la parodontite, un parodonte réduit mais en bonne santé, ou encore une inflammation gingivale chez un patient avec antécédent de maladie parodontale traitée.

1a et b. Situation initiale d'une jeune patiente de 30 ans qui consulte pour une visite de contrôle. Nous n'objectivons aucune perte d'attache clinique, des profondeurs de sondage < 3 mm et un BOP de 6 %. Nous pouvons diagnostiquer un parodonte sain intact sans antécédent de maladie parodontale.

APPLICATIONS CLINIQUES

- Des notions vues précédemment, la santé parodontale pourra être présente avec :
  - un parodonte sain intact sans antécédent de maladie parodontale **(fig. 1a et b)** ;
  - un parodonte sain réduit avec antécédent de maladie parodontale traitée avec succès. Dans ce cas de figure, nous pourrons être en présence d'une profondeur de sondage inférieure ou égale à 4 mm. Le critère essentiel est le saignement au sondage [6] **(fig. 2)** ;
  - un parodonte sain réduit sans antécédent de maladie parodontale (cas de récession gingivale ou d'élongation coronaire chirurgicale) **(fig. 3)**.

2. Patiente consultant pour une séance de maintenance, après une thérapeutique non chirurgicale réalisée 4 ans auparavant. La perte d'attache clinique est comprise entre 1 et 4 mm sur l'ensemble de la denture, pas de saignement pour les profondeurs de sondage à 4 mm, et le BOP est de 9 %. Nous sommes en présence d'un parodonte sain réduit avec antécédent de maladie parodontale traitée avec succès.

3. Patiente de 30 ans consultant pour des sensibilités importantes. Nous observons des récessions vestibulaires multiples. Il n'y a pas d'antécédent de maladie parodontale et l'examen clinique ne montre pas de poche lors du sondage. Le BOP est de 8 %. Nous sommes en présence d'un parodonte sain réduit sans antécédent de maladie parodontale.

CONCLUSION

- En présence d'un parodonte sain et/ou réduit sans antécédent de maladie parodontale, seules des mesures de prophylaxie bucco-dentaire seront mises en œuvre. Si le parodonte est sain et réduit avec antécédent de maladie parodontale, connaissant le risque de récidive, le patient doit être suivi régulièrement [7] *via* des séances de maintenance parodontale.

Correspondance :
dr.melloul@gmail.com, virginie.corti@univ-amu.fr

BIBLIOGRAPHIE

1. Caton J et al. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions – Introduction and keys changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol 2018 ; 45 (Suppl 20) : S1-S8.
2. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. Ann Perio 1999 ; 4 (1) : 1-6.
3. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. J Clin Periodontol 2018 ; 45 (Suppl 20) : S9-S16.
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. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. In Dent J 1975 ; 25 : 229-35.
6. Wennström JL, Tomasi C, Bertelle A, Dellasega E. Full-mouth ultrasonic debridement versus quadrant scaling and root planing as an initial approach in the treatment of chronic periodontitis. J Clin Periodontol 2005 ; 32 : 851-9.
7. Heasman PA, McCracken GI, Steen N. Supportive periodontal car : The effect of periodic subgingival debridement compared with supragingival prophylaxis with respect to clinical outcomes. J Clin Periodontol 2002 ; 29 (Suppl. 3) : 163-72.