Août 2019 #10

EluMed

VOTRE COMPLÉMENT D'INFORMATION MÉDICO-DENTAIRE

"ÉDITORIAL"

Mes chères consoeurs
Mes chers confrères,

Avec la publication Elumed, les Laboratoires Pierre Fabre Oral Care ont à cœur de vous fournir une information scientifique de qualité, claire et utile pour votre pratique.

Depuis 1999, les cliniciens s'appuyaient sur la classification d'Armitage pour le diagnostic des maladies parodontales.

Devenue moins adaptée aux nouvelles connaissances et manquant d'éléments concernant des pathologies de plus en plus courantes comme les maladies péri-implantaires, l'American Academy of Periodontology (AAP) et l'European Federation of Periodontology se sont associées pour créer des groupes de travail dans l'optique de réactualiser cette classification.

Pour vous en simplifier l'utilisation en pratique courante, nous avons demandé à la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO) de rédiger un résumé des conclusions de ces groupes de travail qui vous permettra, nous l'espérons, de mieux appréhender cette nouvelle classification.

Bien confraternellement,

Dr Pierre-Marie VOISIN
Chirurgien-Dentiste
Responsable Médico-Marketing
Direction Médicale Pierre Fabre
Oral Care

Pierre Fabre ORAL CARE

SFPIO

Classification des Conditions et Maladies Parodontales et Péri-implantaires

INTRODUCTION

En 2017, une Conférence de Consensus entre l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) et la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) a conduit, après trois années de travail, à la définition d'une nouvelle « Classification des Conditions et Maladies Parodontales et Péri-implantaires » ***(Caton, Tonetti et al., 2018).***

Cette classification, publiée simultanément dans le Journal of Periodontology et le Journal of Clinical Periodontology est dorénavant la référence internationale pour le diagnostic de la santé et des maladies parodontales et péri-implantaires. Quatre groupes de consensus avaient été définis : ❶ sur la santé parodontale et les maladies gingivales sur parodonte avec ou sans destruction préalable ; ❷ sur la définition et la classification des parodontites ; ❸ sur l'impact de maladies systémiques et des affections du développement ou acquises sur le parodonte et ❹ sur la santé et les maladies péri-implantaires. Dans ce numéro d'Elumed, nous présentons la synthèse de ces quatre groupes de consensus. ■

SOMMAIRE

PAGE 02 | SANTÉ PARODONTALE ET MALADIES GINGIVALES

PAGE 05 | DÉFINITION ET CLASSIFICATION DES PARODONTITES

PAGE 07 | IMPACTS DES MALADIES GÉNÉRALES SUR LE PARODONTE

PAGE 09 | SANTÉ ET MALADIES PÉRI-IMPLANTAIRES

PAGE 11 | BIBLIOGRAPHIE
BON USAGE ELUDRIL PÉRIO 0,20%

PAGE 12 | OPINION

Santé parodontale et maladies gingivales

[Chapple et al, 2018 – J Clin Periodontol, 45 - S20, p68-p77]

Kevimy AGOSSA, MCU-PH en Parodontologie, UFR Odontologie et CHU de Lille

COMMENT DÉFINIR LA SANTÉ PARODONTALE ?

La santé parodontale, définie comme l'absence d'inflammation cliniquement détectable, peut être décrite à l'échelle du site parodontal ou de l'individu. Elle peut être observée sur un parodonte intact, c'est-à-dire sans perte d'attache clinique ni perte osseuse, ou sur un parodonte réduit retrouvé (i) soit chez le patient indemne de parodontite (p. ex en cas de récessions gingivales d'origine traumatique) ou (ii) chez le patient ayant des antécédents de parodontite traitée et stable. La santé gingivale clinique peut être rétablie suite au traitement parodontal. Cependant, un patient parodontal (c'est-à-dire ayant des antécédents de parodontite traitée, dite alors « stabilisée ») conserve un risque augmenté de récidive de la parodontite. L'inflammation gingivale est caractérisée à l'aide d'un score de saignement au sondage (*Bleeding on Probing BOP*), défini comme la proportion de sites présentant un saignement au sondage (6 sites par dent). Un patient cliniquement sain peut présenter

CAS CLINIQUE 1
Santé parodontale sur parodonte intact

CAS CLINIQUE 2
Santé parodontale sur parodonte réduit (sans antécédent de parodontite)

Source : Pr Marjolaine Gosset

CAS CLINIQUE 3
Santé parodontale sur parodonte réduit avec antécédent de parodontite

de façon occasionnelle des saignements localisés sur des sites isolés.

Critères de santé en pratique clinique (Tableau 1)

› Sur un parodonte intact et un parodonte réduit (mais non détruit par une parodontite) : la santé gingivale est définie par un score de saignement au sondage BOP < 10 % et une profondeur de sondage ≤ 3 mm. [Cas cliniques 1 & 2]

› A l'issue du traitement d'une parodontite : le patient parodontal peut atteindre une « stabilité parodontale » caractérisée par un score de saignement au sondage BOP < 10 %) et une profondeur de sondage ≤ 4mm sans saignement. [Cas clinique 3]

LES MALADIES GINGIVALES

Il existe deux grandes catégories de maladies gingivales :

- Les maladies gingivale (ou gingivites) induites par la plaque dentaire
- Les maladies gingivales non-induites par la plaque dentaire.

La gingivite induite par la plaque dentaire est limitée à la gencive et réversible après réduction de l'accumulation de plaque. Elle peut être observée sur un parodonte intact ou réduit. Les maladies gingivales non-induites par la plaque dentaire ne sont pas résolues après élimination de la plaque dentaire. Elles peuvent être des manifestations de pathologies systémiques ou localisées à la cavité buccale.

Facteurs déterminant l'évolution de la gingivite

L'inflammation gingivale varie en fonction de facteurs de risque locaux ou facteurs prédisposant, et de facteurs de risque systémiques ou facteurs modifiant.

› ***Les facteurs de risque locaux (facteurs prédisposant)*** favorisent l'accumulation de plaque dentaire sur un site précis. Ce sont :

- Les facteurs de rétention de plaque *(ex : tartre, restaurations débordantes….)*
- La sécheresse buccale.

› ***Les facteurs de risque systémiques (facteurs modifiant)*** sont des caractéristiques individuelles qui entraînent une inflammation disproportionnée face à la charge bactérienne. Ce sont :

- Tabagisme
- Facteurs métaboliques *(p. ex l'hyperglycémie)*
- Facteurs nutritionnels *(p. ex la carence sévère en vitamine C ou scorbut)*
- Agents pharmacologiques *(p. ex les immunomodulateurs)*
- Variation des hormones sexuelles stéroïdiennes *(p. ex puberté)*
- Maladies hématologiques *(p. ex les leucémies).*

Critères diagnostiques d'un cas de gingivite (Tableau 1)

› Chez un patient sans antécédent de parodontite, la gingivite est définie par un score de saignement au sondage BOP ≥ 10 % avec des profondeurs de sondage ≤ 3mm.

Elle est localisée lorsque le saignement au sondage concerne 10 à 30 % des sites et généralisée si > 30 % des sites présentent un saignement.

› Chez les patients atteints de parodontite et traités avec succès, la présence de sites ponctuels d'inflammation gingivale avec une profondeur de sondage ≤ 3mm est définie comme une gingivite chez un patient parodontal stable.

Les maladies gingivales non induites par la plaque

Elles regroupent une grande variété d'affections qui ne sont pas causées par la plaque dentaire. Cependant, la sévérité de leurs manifestations cliniques dépend souvent de l'accumulation de plaque dentaire et de l'inflammation gingivale subséquente.

Elles sont classées en huit catégories à savoir :

1▪ Désordres génétiques et développementaux *(p. ex fibromatose gingivale héréditaire)*
2▪ Infections spécifiques *(p. ex herpès simplex virus)*
3▪ Pathologies inflammatoires et autoimmunes *(p. ex lupus érythémateux)*
4▪ Processus réactionnels *(p. ex épulis fibreuse)*
5▪ Néoplasmes *(p. ex carcinome épidermoïde)*
6▪ Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques *(p. ex scorbut)*
7▪ Lésions traumatiques *(p. ex brûlure gingivale)*
8▪ Pigmentations gingivales *(p. ex tatouages à l'amalgame).* ■

À RETENIR

1▪ La santé parodontale est définie cliniquement par :

› un score de saignement au sondage BOP < 10 % et une profondeur de sondage ≤ 3 mm chez un patient sans antécédent de parodontite.

› un score de saignement au sondage BOP < 10 % et une profondeur de sondage ≤ 4mm sans saignement à l'issue du traitement de la parodontite.

2▪ La gingivite est définie par un score de saignement au sondage BOP ≥ 10% et une profondeur de sondage ≤ 3mm.

3▪ Une gingivite non traitée, chez un patient susceptible, pourra conduire à une perte d'attache clinique : le patient sera alors atteint de parodontite.

[Figure 1]

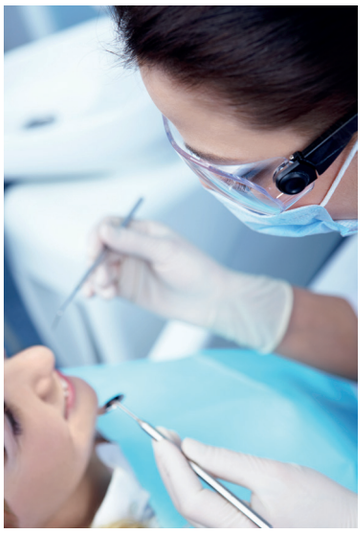


TABLEAU 1

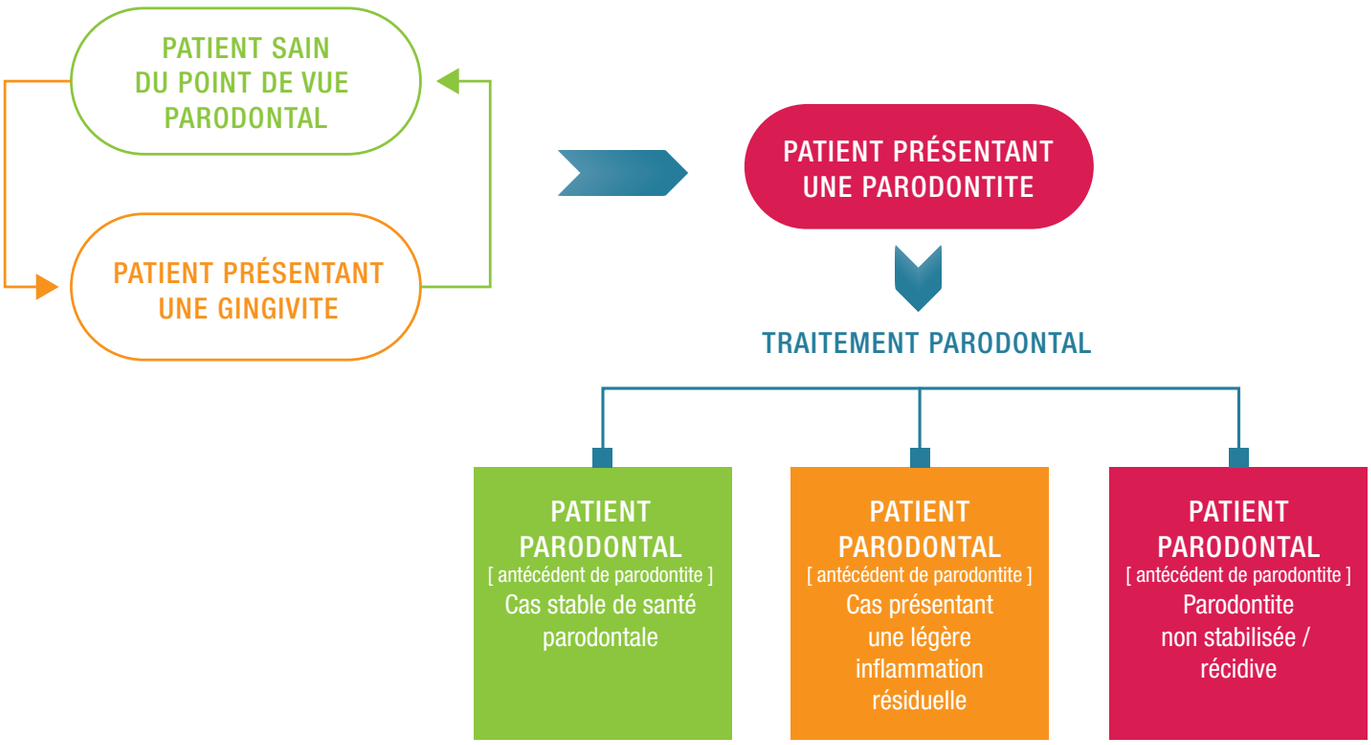
Critères de référence pour le diagnostic de l'état de santé gingivale ou des gingivites liées à la plaque dentaire en pratique clinique. Notez que chez un patient avec antécédent de parodontite, lorsque la profondeur de sondage est ≥ 4mm avec un saignement, il s'agit d'une récidive de la parodontite.

	SANS PARODONTITE				AVEC PARODONTITE TRAITÉE	
	Parodonte intact		Parodonte réduit*		Parodonte réduit	
	Santé	Gingivite	Santé	Gingivite	Santé	Gingivite
Perte d'attache	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Alvéolyse radiographique	Non	Non	Possible	Possible	Oui	Oui
Profondeur de sondage**	≤ 3 mm	≤ 3 mm	≤ 3 mm	≤ 3 mm	≤ 4 mm	≤ 3 mm
Saignement au sondage	< 10 %	≥ 10 %	< 10 %	≥ 10 %	< 10 %	≥ 10 %

FIGURE 1

Réversibilité de la gingivite vers un état sain ou évolution vers la parodontite.

Le passage de la santé parodontale à la gingivite est réversible. L'évolution vers la parodontite est marquée par une perte d'attache irréversible. Le traitement parodontal peut permettre de restaurer la santé gingivale sur un parodonte réduit ou aboutir à un état de légère inflammation gingivale sur des sites peu profonds.



SFPIO
Pierre Fabre ORAL CARE

Définition et classification des parodontites

[Papapanou et al, 2018 – J Clin Periodontol, 45 - S26, p162-p170]

Sara LAURENCIN, MCU-PH en Parodontologie, UFR Odontologie et CHU de Toulouse

La parodontite est une pathologie inflammatoire chronique multi-factorielle associée à une dysbiose entrainant la destruction progressive des tissus de soutien dentaire. En se basant sur la physiopathologie, trois formes distinctes de parodontites ont été identifiées. ❶ Les maladies parodontales nécrosantes ; ❷ Les parodontites comme manifestation directe d'une pathologie systémique ; ❸ Les parodontites qui regroupent les formes « chroniques » ou « agressives » et qui sont caractérisées par un système de stades et de grades.

Deux autres entités sont distinguées : les lésions endo-parodontales et les abcès parodontaux.

LES MALADIES PARODONTALES NÉCROSANTES

Les maladies parodontales nécrosantes présentent 3 caractéristiques cliniques spécifiques (nécrose papillaire, saignement et douleur) et sont associées à une altération de la réponse immune de l'hôte. La gingivite nécrosante est un processus inflammatoire aiguë des tissus gingivaux caractérisé par l'ulcération ou la nécrose de la papille interdentaire, le saignement gingival et la douleur. Dans la parodontite nécrosante il existe aussi une lyse osseuse rapide. Enfin, la stomatite nécrosante est une forme sévère dans laquelle la nécrose des tissus s'étend au-delà de la gencive avec parfois une exposition osseuse à travers la muqueuse alvéolaire, des zones d'ostéite et la formation de séquestres. Cela touche surtout des patients ayant une altération sévère de leur état général.

L'halitose, les pseudomembranes, une adénopathie régionale, de la fièvre et une hypersialorrhée sont parfois aussi retrouvés.

LES PARODONTITES COMME MANIFESTATION DIRECTE D'UNE PATHOLOGIE SYSTÉMIQUE

Certaines pathologies systémiques comme le diabète, ou d'autres affections d'ordre génétiques, immunologiques, métaboliques ou tumorales peuvent avoir un impact majeur sur le parodonte et entraîner une perte de tissu parodontal. Ces parodontites comme manifestation directe de maladies systémiques suivent la classification des maladies selon les codes correspondants de la classification internationale statistique des maladies et problèmes de santé associés (ICD).

LES PARODONTITES

Les parodontites sont caractérisées par la perte de tissu parodontal de soutien du fait de l'inflammation. Un seuil de perte d'attache clinique (PAC) interproximal ≥ 2mm ou vestibulaire ≥ 3 mm associée à un sondage > 3 mm (sur au moins deux dents non adjacentes) est généralement utilisé et confirmé par l'évaluation radiographique. L'évaluation clinique est complétée par la proportion des sites saignant au sondage et le nombre et la proportion des dents avec une profondeur de sondage supérieure à certains seuils (≥ 4mm et ≥ 6mm) ainsi que les dents ayant une PAC ≥ 3mm et ≥ 5mm.

Enfin le diagnostic de parodontite va être précisé grâce à un système pluridimensionnel de stades et de grades. Les stades reflètent la sévérité de la pathologie ainsi que sa complexité de prise en charge, tandis que les grades apportent des compléments d'information d'ordre biologique avec notamment la vitesse de progression de la pathologie, le risque d'aggravation, les possibles limites thérapeutiques et l'évaluation du risque d'impact négatif de la pathologie ou de son traitement sur la santé générale du patient [Tableaux 2 et 3].

LA LÉSION ENDO-PARODONTALE

La lésion endo-parodontale est une communication pathologique entre la pulpe et les tissus parodontaux au niveau d'une dent et peut se présenter sous forme aiguë ou chronique. Les premiers signes sont la présence d'une poche parodontale profonde s'étendant vers l'apex de la dent et/ou une réponse aux tests de vitalité négative/altérée. Ils peuvent être associés à la mise en évidence radiographique de la perte osseuse, la douleur spontanée ou à la palpation/percussion, une suppuration, la mobilité dentaire, un drainage intrasinusien/ fistule, altération de la teinte de la couronne ou de

À RETENIR

1. Le diagnostic de parodontite repose sur la perte d'attache clinique avec une poche ≥ 3mm retrouvée sur plus de 2 dents non adjacentes et confirmé radiologiquement.
2. Les parodontites sont caractérisées par un stade et un grade qui en plus de décrire les formes cliniques apportent des éléments pouvant influencer la prise en charge, le pronostic et l'impact potentiel sur la santé orale et générale.
3. Les maladies parodontales nécrosantes présentent des caractéristiques cliniques spécifiques.
4. Les parodontites peuvent être des manifestations directes d'une pathologie systémique.
5. L'abcès parodontal et la lésion endo-parodontale sont des entités distinctes.

la gencive. Les signes observés dans les lésions endo-parodontales associées à des facteurs traumatiques/iatrogènes sont la perforation radiculaire, la fracture/fêlure ou la résorption radiculaire externe.
Ces conditions compromettent drastiquement le pronostic dentaire.

L'ABCÈS PARODONTAL

L'abcès parodontal est une accumulation locale de pus au sein de la paroi gingivale de la poche parodontale entraînant une destruction tissulaire significative. Les premiers signes/symptômes décelables peuvent comprendre un soulèvement de la gencive le long de la partie latérale de la racine et le saignement au sondage. Ils peuvent être associés à la douleur, la suppuration au sondage, une poche parodontale profonde et une augmentation de la mobilité dentaire. L'abcès peut aussi se développer dans une poche parodontale préexistante (chez des patients non traités pour leur parodontite), en maintenance ou après le détartrage/surfaçage radiculaire ou traitement antibactérien systémique. S'il survient sur un site précédemment sain, d'un point de vue parodontal, il est généralement associé à un historique d'impaction ou d'habitudes néfastes. ■

TABLEAU 2

Les quatre stades des parodontites en fonction de la sévérité, de la complexité des lésions et de leur étendue.

Les stades I et II seront traités le plus souvent par une approche non chirurgicale. Le stade III est complexe d'un point de vue parodontal et se caractérise par un risque de perte de dents. Il requiert le plus souvent une approche chirurgicale. Le stade IV est complexe à traiter d'un point de vue parodontal (il requiert le plus souvent une approche chirurgicale) et de réhabilitation orale (c'est un cas pluridisciplinaire). Le stade IV se caractérise par un risque de perte de denture. Il est souvent associé à une dysfonction masticatoire, des traumas occlusaux secondaires (mobilité ≥ 2), un effondrement occlusal et/ou moins de 20 dents résiduelles (10 paires antagonistes).

		STADE I	STADE II	STADE III	STADE IV
SÉVÉRITÉ	Perte d'attache interdentaire*	1 à 2 mm	3 à 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Alvéolyse radiographique	< 15 %	15 à 30 %	≥ 50 %	≥ 50 %
	Dents absentes pour raison 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
	Lésion 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	Non

**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)*

TABLEAU 3

Les trois grades de parodontite en fonction du taux de progression de la maladie et de la présence de facteurs de risque majeurs.

Le grade doit être utilisé comme un indicateur de progression de la parodontite. Lorsqu'on possède des antécédents de radiographie ou de charting parodontal, ces preuves directes de progression priment. Sinon, les preuves indirectes sont utilisées en évaluant la perte osseuse (exprimée en pourcentage de la longueur radiculaire) par rapport à l'âge au niveau de la dent la plus atteinte. Le ratio quantité plaque/destruction du parodonte est à étudier pour certaines formes spécifiques de parodontite avec atteinte des molaires/incisives.

	RISQUE 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**	0	0	≤ 4
FACTEURS MODIFIANTS	Consommation quotidienne de cigarettes	Non	< 10	≥ 10
	Diabète	Non	Oui • HbA1c < 7,0 %	Oui • HbA1c ≥ 7,0 %

**au site le plus atteint. **attention à certaines formes spécifiques avec atteinte des molaires/incisives*

Impacts des maladies générales sur le parodonte

[Jepsen et al, 2018 – J Clin Periodontol, 45 - S20, p219-p229]

Martin BIOSSE DUPLAN, MCU-PH, Université de Paris

LES MALADIES ET AFFECTIONS SYSTÉMIQUES POUVANT AFFECTER LA SANTÉ PARODONTALE

De nombreuses maladies systémiques peuvent affecter la santé parodontale. Deux grandes catégories sont distinguées : les maladies qui affectent le parodonte en influant sur l'évolution d'une parodontite (en entraînant une augmentation de la fréquence et de la sévérité de la parodontite) et celles qui dégradent la santé parodontale, mais indépendamment de l'inflammation induite par le biofilm de la plaque dentaire.

- **La première catégorie** comprend des maladies rares qui affectent l'évolution de la parodontite (par exemple, le syndrome de Papillon Lefèvre, le déficit en adhérence des leucocytes et l'hypophosphatasie). Leur impact est majeur, entraînant la survenue précoce d'une parodontite sévère. Cette catégorie comprend aussi des maladies plus courantes dont l'impact est moins fort et plus variable sur l'évolution de la parodontite (par exemple, le diabète).
- **La seconde catégorie** regroupe des affections rares affectant les tissus parodontaux indépendamment de l'inflammation induite par le biofilm (par exemple, carcinome épidermoïde, histiocytose à cellules de Langerhans). Dans cette catégorie, certaines maladies entraînent une destruction des tissus parodontaux proche du tableau clinique de la parodontite.

Certaines maladies systémiques très fréquentes influent sur les parodontites (ex : diabète, obésité, ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, tabagisme), et doivent être inclues dans le diagnostic clinique de la parodontite en tant qu'élément descriptif.

LES AFFECTIONS MUCO-GINGIVALES AUTOUR DES DENTS NATURELLES

▪ Le phénotype parodontal

Le terme de « phénotype parodontal », plutôt que « biotype parodontal », sera maintenant utilisé pour décrire la combinaison du phénotype gingival (épaisseur gingivale, largeur du tissu kératinisé) et de l'épaisseur de la paroi osseuse vestibulaire. Le phénotype gingival est évalué avec une sonde, tandis que l'épaisseur osseuse peut être visualisée sur un CBCT.

▪ Les récessions parodontales

Une nouvelle classification faisant avant tout référence à la perte d'attache clinique interdentaire est adoptée. Trois types de récessions sont distinguées [Figure 2] :

› ***Récession de type 1 (RT1)***
Récession gingivale sans perte d'attache interproximale. La jonction émail/cément interproximale est cliniquement non détectable sur les faces mésiale et distale de la dent. Le pronostic de recouvrement à 100% en vestibulaire est prévisible suite à une chirurgie muco-gingivale.

› ***Récession de type 2 (RT2)***
Récession gingivale associée à une perte d'attache interproximale. La quantité de perte d'attache interproximale (mesurée de la jonction émail/cément interproximale à la profondeur du sulcus/ poche interproximale) est inférieure ou égale à la perte d'attache vestibulaire (mesurée de la jonction émail/cément vestibulaire à l'extrémité apicale du sulcus / poche vestibulaire). Le pronostic de recouvrement à 100% en vestibulaire est possible mais non prévisible suite à une chirurgie muco-gingivale.

› ***Récession de type 3 (RT3)***
Récession gingivale associée à une perte d'attache interproximale. La quantité de perte d'attache interproximale (mesurée de la jonction émail/cément interproximale à l'extrémité apicale du sulcus / poche) est supérieure à la perte d'attache vestibulaire (mesurée de la jonction émail/cément vestibulaire à l'extrémité apicale du sulcus / poche vestibulaire). Le pronostic de recouvrement à 100% en vestibulaire est impossible.

LE TRAUMA OCCLUSAL ET SES RÉPERCUSSIONS SUR LE PARODONTE

Force occlusale traumatique et trauma occlusal sont distingués.

› ***Une force occlusale traumatique*** est une force occlusale entraînant une atteinte des dents et / ou du système d'attache parodontal. La présence de forces occlusales traumatiques peut être indiquée par un ou plusieurs des éléments suivants : frémitus, mobilité dentaire, sensibilité thermique, usure excessive des faces occlusales, migration dentaire, inconfort / douleur à la mastication, dents fracturées, espace ligamentaire parodontal élargi sur une radiographie, résorption radiculaire, et hypercémentose.

› ***Le trauma occlusal*** se définit comme une lésion du ligament parodontal, du cément et de l'os adjacent provoqué par des forces occlusales traumatiques. Un diagnostic clinique de trauma occlusal peut être posé en présence d'un ou de plusieurs des facteurs suivants : mobilité dentaire progressive, frémitus, espace ligamentaire parodontal élargi sur une radiographie, migration dentaire, inconfort / douleur à la mastication et résorption de la racine.

LES PROTHÈSES DENTAIRES ET LE PARODONTE : FACTEURS LIÉS AUX DENTS QUI PEUVENT AFFECTER LA SANTÉ DU PARODONTE

Le terme d'espace biologique est remplacé par celui d'attache tissulaire supracrestale. Sur le plan histologique, les tissus de l'attache supracrestale comprennent l'épithélium de jonction et l'attache conjonctive. Il est à noter que la dimension corono-apicale de l'attache supracrestale est variable et que, cliniquement, il a été démontré que la mise en place de limites de restauration dans l'attache conjonctive supracrestale est associée à une inflammation et à la perte de tissus parodontaux de soutien. ■

À RETENIR

1▪ **On distingue parmi les maladies systémiques impactant le parodonte, celles aggravant une parodontite (de façon majeure et systématique ou au contraire de façon variable) et celles où les manifestations parodontales sont indépendantes d'une parodontite.**

2▪ **Les récessions parodontales sont classées en fonction de la perte d'attache proximale.**

3▪ **Les forces occlusales traumatiques et le trauma occlusal ont chacun leur définition propre.**

4▪ **Le terme d'espace biologique est remplacé par le terme d'attache supracrestale.**

FIGURE 2

Nouvelle classification des récessions parodontales. RT = Récession Tissulaire. Notons que pour la RT1, la récession peut ou non atteindre la limite mucogingivale.

Santé et maladies péri-implantaires

[Berglundh et al, 2018 – J Clin Periondontol, 45 - S20, p286-p291]

Caroline BOLLE, MCU-PH en Parodontologie, Université Rennes 1, UFR Odontologie, CHU de Rennes.

LA SANTÉ PÉRI-IMPLANTAIRE

La santé péri-implantaire [Figure 3A] est caractérisée par l'absence d'érythème, de saignement au sondage, d'œdème et de suppuration. Il n'est pas possible de définir une fourchette de valeurs compatible avec la santé péri-implantaire et la santé péri-implantaire peut exister autour d'implants présentant un support osseux réduit.

Le diagnostic de santé péri-implantaire en pratique clinique courante requiert l'absence :

- de signe visuel clinique d'inflammation,
- de saignement et/ou de suppuration au sondage,
- d'augmentation de la profondeur de sondage en comparaison des examens précédents,
- de perte osseuse après remodelage osseux initial.

LA MUCOSITE PÉRI-IMPLANTAIRE

La principale caractéristique des mucosites [Figure 3B] est le saignement au sondage. Erythème, œdème et/ou suppurations peuvent également être présents. Une augmentation de la profondeur de sondage est souvent notée, due à l'œdème ou à une diminution de la résistance au sondage des tissus. Les signes d'inflammation à l'inspection visuelle peuvent varier et une mucosite peut exister autour d'implants avec des niveaux de supports osseux variables. Le facteur étiologique principal de la mucosite est la plaque dentaire. Après réinstauration d'un contrôle de plaque adéquat, les signes cliniques de l'inflammation régressent en 3 semaines.

Le diagnostic de mucosite péri-implantaire requiert :

- la présence d'un saignement et/ou d'une suppuration lors du sondage avec ou sans augmentation de la profondeur de sondage en comparaison des examens précédents,
- une absence de perte osseuse après le remodelage osseux initial.

LA PÉRI-IMPLANTITE

La péri-implantite [Figure 3C] est caractérisée par une inflammation de la muqueuse péri-implantaire et une perte consécutive progressive du support osseux. Les signes visuels d'inflammation peuvent varier et la récession du rebord muqueux doit être prise en compte lors du sondage. La mucosite est considérée comme précurseur de la péri-im-

plantite. Les patients présentant un mauvais contrôle de plaque, une absence de suivi régulier et un antécédent de parodontite présentent un risque plus élevé de développer une péri-implantite. Les stratégies de traitement anti-infectieuses sont efficaces pour réduire l'inflammation gingivale et stopper la progression de la maladie.

Le diagnostic de péri-implantite requiert :

- la présence d'un saignement et/ou d'une suppuration lors du sondage,
- une augmentation de la profondeur de sondage en comparaison des examens précédents,
- une perte osseuse survenant après le remodelage osseux initial.

En l'absence de données antérieures, le diagnostic de péri-implantite peut être posé lorsque les signes cliniques suivants sont associés :

- la présence d'un saignement et/ou d'une suppuration lors du sondage,
- une profondeur de sondage ≥ 6 mm,
- un niveau osseux péri-implantaire localisé plus de 3 mm apicalement à la portion la plus coronaire de la partie infra-osseuse de l'implant.

LE DEFICIT DE TISSUS MUQUEUX ET OSSEUX PÉRI-IMPLANTAIRE

Le mauvais positionnement des implants, le manque d'os vestibulaire, les tissus mous fins, le manque de tissu kératinisé, le niveau d'attache de la dent adjacente ou un traumatisme chirurgical peuvent entrainer des récessions de la muqueuse péri-implantaire. Les données sont ambiguës concernant l'influence du tissu kératinisé sur la santé des tissus péri-implantaires à long terme, mais la présence de muqueuse kératinisée apporte des avantages en termes de confort du patient et de facilité du contrôle de plaque.

LES RECOMMANDATIONS DIAGNOSTIQUES

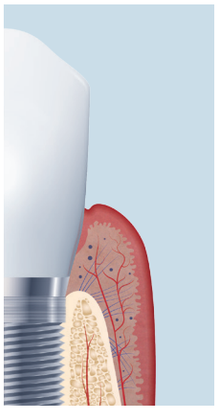
Lors de la mise en place de la prothèse supra-implantaire, il est recommandé au clinicien de prendre des radiographies et de noter la profondeur de poche de référence. Une radiographie supplémentaire après une période de mise en charge doit être réalisée pour établir un niveau osseux de référence à l'issue du remodelage physiologique. Au cours du suivi, il est nécessaire de sonder les tissus péri-implantaires pour mettre en évidence un saignement au sondage et suivre les changements de profondeur de sondage et de position de la muqueuse marginale. La mise en évidence de tels éléments doit alerter le clinicien sur la nécessité de prise en charge. Si le patient se présente pour la première fois avec une prothèse supra-implantaire, le clinicien doit essayer d'obtenir le dossier médical et les radiographies précédentes pour évaluer les changements de niveau osseux. ■

À RETENIR

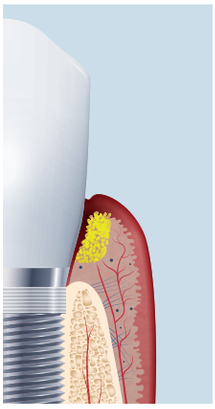
- **La mucosite est induite par la plaque et caractérisée par un saignement au sondage. Elle est le précurseur de la péri-implantite, pathologie associant une inflammation de la muqueuse et une perte consécutive progressive du support osseux.**
- **Il est recommandé au clinicien de documenter des valeurs de référence radiographiques et de profondeur de sondage à l'issue de la mise en place de la prothèse supra-implantaire.**
- **Le sondage est un élément indispensable du suivi. La mise en évidence d'un saignement, d'un changement de profondeur de poche ou de position de la muqueuse doit alerter le clinicien.**

FIGURE 3

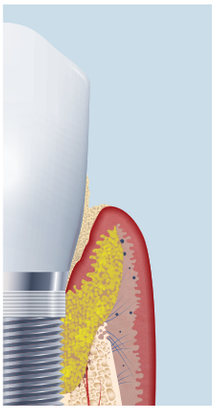
L'état de santé et les états pathologiques des tissus péri-implantaires.



A▪ SANTÉ PÉRI-IMPLANTAIRE



B▪ MUCOSITE



C▪ PÉRI-IMPLANTITE

BIBLIOGRAPHIE

[1] **Chapple et al – 2018 – J Clin Periodontol - 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

[2] **Papapanou et al – 2018 – J Clin Periodontol - Periodontitis:** Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions

[3] **Jepsen et al – 2018 – J Clin Periodontol - 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

[4] **Berglundh et al – 2018 – J Clin Periondontol - 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

BON USAGE - ELUDRIL PÉRIO 0,20%, SOLUTION POUR BAIN DE BOUCHE

Contre-indications :
- Hypersensibilité à la (aux) substance(s) active(s) ou à l'un des excipients
- Chez les enfants de moins de 6 ans.

Mises en garde spéciales et précautions d'emploi :
- Utilisation locale en bain de bouche.
- Ne pas avaler la solution.
- Ne pas mettre ELUDRIL PÉRIO au contact des yeux, du nez et des oreilles Si le bain de bouche vient au contact des yeux, du nez et des oreilles, laver immédiatement et abondamment à l'eau.
- L'utilisation continue pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale, avec un risque de diffusion bactérienne et fongique (candidose).
- En cas de persistance des symptômes au-delà de 5 jours et/ou de fièvre associée, l'avis d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste doit être demandé.
- Une utilisation prolongée peut exposer à une coloration de la langue, des dents, des prothèses dentaires ou matériaux d'obturation. Cette coloration est réversible et peut être évitée par un brossage quotidien des dents avant l'utilisation du bain de bouche, ou par une solution dentaire pour les prothèses dentaires et matériaux d'obturation.

Excipient à effet notoire : rouge cochenille (E124)

Fertilité, grossesse et allaitement :
- **Grossesse :** Il est préférable d'éviter l'utilisation de ELUDRIL PÉRIO pendant la grossesse.
- **Allaitement** : ELUDRIL PÉRIO ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement.
- **Fertilité :** La chlorhexidine n'a pas d'effet sur la fertilité

Effets indésirables :
Les effets indésirables ne peuvent pas être classés par fréquence étant donné qu'ils ne peuvent pas être estimés à partir des données disponibles.

	Effets indésirables (fréquences indéterminées)
Affections du système immunitaire	- **Choc anaphylactique, réaction anaphylactique** - **Hypersensibilité** à la chlorhexidine ou à l'un des constituants de la solution
Affections du système nerveux	- **Dysgueusie** - **Sensation de brûlure de la langue**. Ces effets peuvent apparaître en début de traitement et diminuent généralement avec la poursuite du traitement.
Affections gastro-intestinales	- **Coloration brune de la langue**, réversible à l'arrêt du traitement - **Coloration brune des dents, prothèses dentaires ou matériaux d'obturation**, réversible à l'arrêt du traitement - **Gonflement des glandes parotides**, réversible à l'arrêt du traitement - **Desquamation orale :** si cela apparaît, une dilution de la solution pour bain de bouche avec plus de 50 % d'eau permettra de continuer l'utilisation du bain de bouche.

Déclarez immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament à votre Centre régional de pharmacovigilance (CRPV) ou sur www.signalement-sante.gouv.fr.

PIERRE FABRE MÉDICAMENT – 45 PLACE ABEL GANCE – 92100 BOULOGNE.
Pharmacovigilance : 01.49.10.96.18 (ligne directe).
Information médicale : 0 800 326 326 Service & appel gratuits

[Ref. 190605]

Pour une information complète, consultez le Résumé des Caractéristiques du Produit sur la base de données publiques des médicaments en flashant ce QR Code ou directement sur le site internet : http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr

Condition et prescription de délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale

Présentation Flacon 200 ml : Remboursé à 15% par la sécurité sociale - Agréé collectivités.

Présentation Flacon 1L : Non remboursé par la sécurité sociale – Agréé collectivités

Pierre Fabre
ORAL CARE

Notre science au service de la santé bucco-dentaire

Traitement local d'appoint des affections parodontales liées au développement de la plaque bactérienne (gingivite et/ou parodontite), ainsi que lors de soins pré et post-opératoires en odontostomatologie. La prescription des bains de bouche à base de chlorhexidine doit être réservée aux patients ne pouvant assurer une hygiène correcte par le brossage des dents[1]. Pour une information complète sur ce médicament, se référer aux mentions légales disponibles au dos de cette page. (1) HAS. Synthèse d'avis de la commission de la transparence : bains de bouche à base de chlorhexidine et autres principes actifs. 13/01/2010. * Sans alcool éthylique. *Les mentions légales complètes sont disponibles au dos en page 11.*

"OPINION"

A travers ces articles, fruits d'un travail collaboratif entre la Société Française de Parodontologie Orale (SFPIO) et le Collège National des Enseignants en Parodontologie (CNEP), nos experts vous ont présenté les évolutions majeures de la nouvelle classification des Maladies Parodontales et Péri-implantaires, dite Classification de Chicago.

Cette classification apporte des évolutions majeures en comparaison de celle définie par Armitage, qui a fait référence depuis 1999 : la notion de santé gingivale est clairement définie et représente l'objectif du traitement d'une maladie parodontale ; la distinction parodontite agressive et chronique disparaît ; l'analyse de la réponse de l'hôte et la recherche de facteurs de risque (tabac, diabète équilibré ou non) et l'histoire de la maladie parodontale influent directement sur le diagnostic ou encore le diagnostic traduit la sévérité de la destruction des tissus, la complexité à traiter la parodontite mais aussi son risque d'évolution dans le temps. Cette classification est de plus évolutive et offre dans le futur la place à l'analyse de biomarqueurs salivaires ou sanguins par des tests ciblés pour individualiser le traitement. Enfin, elle formalise dans un consensus international la notion de santé et de maladies péri-implantaires.

Nous espérons à travers ce numéro d'Elumed vous avoir apporté les connaissances nécessaires pour vous approprier et maîtriser cette nouvelle classification.

À vous de jouer !

Pr Marjolaine Gosset
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Présidente Scientifique de la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale)

EluMed

EN PARTENARIAT AVEC LA SFPIO

EluMed est une publication de **Pierre Fabre Oral Care**
45 place Abel Gance 92100 Boulogne France
Direction de la publication : Dr Pierre-Marie VOISIN • pierre.marie.voisin@pierre-fabre.com
Conception graphique : Agence PROMÉTHÉE • **Impression :** SIA
233 539 - 19/07/67960413/PM/002 - Août 2019

Pierre Fabre
ORAL CARE