

Parodontologie

En 2005, la SSO a publié la deuxième édition revue des directives de qualité en médecine dentaire. Depuis lors, un certain nombre de changements sont déjà intervenus en raison de l'accroissement exponentiel des connaissances en médecine dentaire. En conséquence, les techniques, les matériaux et parfois même les concepts thérapeutiques sont sujets à modifications. Pour que le praticien privé puisse garder une vue d'ensemble sur cette évolution, les associations professionnelles concernées nous présentent les normes de qualité actuellement en vigueur.

1. Principes de base et critères d'évaluation

La parodontologie traite de la structure et de la fonction des tissus de soutien de la dent, y compris les tissus de soutien des implants oraux. Elle comprend les mesures diagnostiques et thérapeutiques visant à prévenir et à traiter les maladies du parodonte et des tissus péri-implantaires. Elle inclut également les soins à long terme du patient dans le but de prévenir les réinfections.

Provoquée par des bactéries, la parodontite est une maladie inflammatoire chronique locale qui détruit progressivement les tissus de soutien de la dent (le système des fibres parodontales et l'os alvéolaire). La parodontite est très répandue, puisque les formes légères à modérées de cette maladie affectent environ 50% de la population. Quant aux formes sévères, elles concernent entre 5 et 15% de la population générale. Chez l'adulte, la parodontite est une cause majeure de la perte de dents. La parodontite peut affecter la santé générale et peut être liée à des maladies systémiques telles que le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

La forme de loin la plus répandue de cette affection est la parodontite chronique (CP, *Chronic Periodontitis*). Sur le plan clinique, elle se manifeste principalement dans la seconde période de la vie; elle était donc appelée autrefois parodontite de l'adulte. Il existe des formes plus rares: la parodontite agressive (AgP, *Aggressive Periodontitis*), la parodontite en tant que manifestation d'une maladie systémique, et les parodontites nécrosantes (gingivite ulcéro-nécrotique, GUN; parodontite ulcéro-nécrotique, PUN). La parodontite agressive localisée (AgP localisée), appelée aussi parodontite juvénile, affecte principalement les premières molaires et les incisives. En Suisse, la parodontite juvénile est diagnostiquée approximativement chez un adolescent sur mille à l'âge de 18 ans.

Les tissus entourant les implants oraux peuvent aussi présenter des atteintes analogues à la parodontite. L'inflammation superficielle de la muqueuse est appelée mucosite péri-implantaire, alors que l'atteinte des couches plus profondes accompagnée de perte osseuse est appelée péri-implantite.

Bien que différents facteurs acquis ou héréditaires aient été associés à l'apparition et à la progression des maladies parodontales et des infections péri-implantaires, l'accumulation de grandes quantités de bactéries sur les surfaces dentaires et implantaires est considérée comme la cause principale de ces affections. Du point de vue microbiologique, ces dépôts sont des biofilms de structure complexe, appelés «plaque». L'inflammation locale de la gencive ou de la muqueuse induite par la plaque est considérée comme la base du développement de la parodontite ou de la péri-implantite. Pour prévenir ces maladies, il est donc d'une importance cruciale de s'opposer à la formation de ces dépôts bactériens structurés. Le tabagisme augmente le risque de parodontite et de péri-implantite, et influence le degré de gravité de ces deux maladies. Le sevrage tabagique est donc également un élément important pour prévenir les maladies parodontales et péri-implantaires.

Le traitement de ces affections est indiqué lorsque les tissus présentent des signes d'inflammation. L'objectif principal est de supprimer l'infection bactérienne par l'élimination complète de tous les dépôts bactériens et de leurs sites de rétention. Ce traitement causal, destiné à rétablir de bonnes conditions d'hygiène buccale, aisées à entretenir, est basé non seulement sur les prestations du thérapeute, mais dépend aussi dans une très large mesure de la participation active du patient. L'apprentissage d'une méthode de nettoyage efficace, permettant au patient de prévenir à long terme la formation de nouveaux dépôts de plaque

sur toutes les surfaces dures de la cavité orale, est une partie intégrante du traitement des affections parodontales et des péri-implantites. Le nettoyage mécanique professionnel de toutes les surfaces dentaires affectées, avec détartrage et surfaçage radiculaire, peut être suffisant pour initier la guérison des tissus parodontaux. Mais bien souvent, d'autres mesures sont indiquées, notamment l'administration d'antibiotiques par voie systémique et/ou des interventions chirurgicales. La stabilité à long terme des résultats thérapeutiques obtenus dépend des trois facteurs-clés suivants: le patient a une bonne hygiène bucco-dentaire, il bénéficie d'un suivi professionnel régulier et il ne fume pas. Le soutien professionnel du patient par le médecin-dentiste, l'hygiéniste dentaire et le personnel de prévention est essentiel.

Diagnostic

L'examen parodontal a deux objectifs:

- Dans la population: l'identification des personnes nécessitant un traitement (maladie déclarée ou risque accru de maladie).
- Chez les personnes nécessitant un traitement: acquérir les informations nécessaires pour planifier un traitement individuel optimal, le mettre en œuvre et vérifier les progrès obtenus.

Les signes cliniques primaires définissant la parodontite et la péri-implantite sont les suivants: formation de poches parodontales, inflammation locale (saignement et/ou exsudat purulent, principalement au sondage) et perte des tissus de soutien de la dent ou de l'implant (système de fibres parodontales, os alvéolaire ou os maxillaire). Des récessions gingivales peuvent être présentes, ainsi qu'une mobilité accrue ou des modifications de position des dents. Le diagnostic diffé-

rentiel nécessite de plus amples informations. Il s'agit notamment des informations issues des antécédents médicaux (maladies, traitements, médicaments), de l'anamnèse médico-dentaire (traitements antérieurs, évolution subjective), des antécédents familiaux (présence de la maladie chez d'autres membres de la famille) et des données relatives à la vitalité des dents.

Examen parodontal de base (EPB)

L'EPB est destiné à mettre en évidence la nécessité d'un traitement parodontal et permettra, le cas échéant, de définir les mesures diagnostiques supplémentaires à utiliser. L'EPB est réalisé avec une sonde parodontale graduée dont le diamètre de pointe est de 0,4 à 0,5 mm. Chaque dent et chaque implant dentaire est sondé en deux endroits, et l'on répertorie exclusivement les dents ou les implants avec des profondeurs de poches parodontales supérieures à 4 mm, ou en présence d'un exsudat purulent au sondage. Les atteintes de furcation importantes sont également enregistrées, de même que toute anomalie clinique mise en évidence lors de cet examen, par exemple une augmentation nette de la mobilité de la dent ou des problèmes muco-gingivaux. L'EPB fait partie de l'examen médico-dentaire général de routine. Les radiographies en *bite-wing* et les autres radiographies devraient toujours être inspectées à la recherche de signes de perte de l'os marginal.

Status parodontal

Lorsque l'EPB indique la nécessité d'un traitement, un status parodontal complet est réalisé afin d'obtenir tous les renseignements nécessaires pour planifier et mener à bien un traitement individuel optimal. Ces données représentent aussi la condition sine qua non pour l'évaluation ultérieure de la réussite du traitement.

L'enregistrement du statut parodontal est effectué sur la base des mesures réalisées à l'aide d'une sonde graduée. La profondeur de sondage est mesurée et enregistrée au moins en quatre points pour les dents monoradiculaires et les implants, et en six points pour les molaires. Puis l'on enregistre les saignements au sondage (*Bleeding on Probing*, BOP), les exsudations purulentes éventuelles et la mobilité de la dent. Pour les dents pluriradiculées, l'entrée des furcations est sondée, et l'atteinte de furcation est documentée. Le statut

clinique est complété par un examen radiologique sélectif. Il est souhaitable de disposer d'une radiographie de chaque dent ou implant présentant des signes cliniques d'un état pathologique ou dont le statut n'est pas clair (par exemple test de vitalité négatif). Cependant, l'évaluation radiologique du niveau de l'os n'a qu'une valeur indicative, permettant de vérifier les mesures obtenues au sondage.

Dans certains cas, les tests microbiologiques ou les investigations pour déterminer la réponse de l'hôte fournissent des informations supplémentaires bienvenues. L'utilité de ces tests dépend des investigations déjà réalisées et des options thérapeutiques. Il faut renoncer aux investigations qui n'apportent pas un bénéfice potentiel pour le patient.

Traitement de la parodontite

Traitement non chirurgical

Comme les bactéries représentent la cause principale de la parodontite, l'élément le plus important du traitement causal est l'élimination de ces bactéries. L'élimination mécanique des dépôts bactériens réduit l'inflammation dans toutes les formes de parodontite. Suite au raffermissement du tissu parodontal, la sonde parodontale peut pénétrer moins profondément, pour une pression donnée, entre la dent et les tissus mous. Ce signe est interprété cliniquement comme une réduction de la poche et un gain d'attache.

Sur la base d'études bien documentées, il est recommandé de procéder selon les étapes suivantes dans les situations habituelles: après explication du statut clinique et motivation du patient pour une hygiène bucco-dentaire adaptée à sa situation personnelle, on procède tout d'abord à un nettoyage dentaire supra-gingival. Les dépôts de tartre, les éléments de rétention de plaque (niches) et les obstacles en matière d'hygiène bucco-dentaire sont éliminés. Le cas échéant, les dents qui ne peuvent être préservées sont extraites, et d'autres traitements dentaires urgents ou préparatoires sont effectués. Puis c'est l'enseignement et la pratique d'une méthode d'hygiène bucco-dentaire adéquate (brosse à dents, méthode de nettoyage interdentaire, autres moyens auxiliaires utiles), avec pour objectif que le patient puisse maintenir plus de 80% de toutes les surfaces dentaires exemptes de

plaque. L'explication des conséquences de la consommation de tabac et du rôle d'autres facteurs de risque modifiables fait partie intégrante de cette phase du traitement. Une fois ce travail effectué et lorsque l'objectif d'une hygiène bucco-dentaire adéquate est atteint, on procède à un surfaçage radiculaire en profondeur, jusqu'au fond de poche, avec les instruments appropriés. Le nettoyage mécanique parfait de toutes les surfaces dentaires contaminées par des bactéries et une bonne hygiène bucco-dentaire sont les facteurs déterminants pour le succès de tout traitement parodontal. Dans la plupart des cas, les parodontites légères à modérées peuvent être traitées sans recourir à la chirurgie. Lorsque les parodontites sévères avec de multiples poches profondes sont traitées tout d'abord par un surfaçage radiculaire minutieux et des antibiotiques systémiques (amoxicilline et métronidazole), la nécessité de traitements chirurgicaux supplémentaires peut être réduite. Dans de nombreux cas, le traitement non chirurgical est suffisant. Il ne doit pas être compris seulement comme une préparation à la chirurgie.

Le plan de traitement initial devrait être adapté trois à six mois après la fin du traitement subgingival en fonction de la réévaluation clinique du statut parodontal. Les principales indications à la poursuite du traitement sont les suivantes: présence de poches résiduelles avec des valeurs de sondage >4 mm, saignant au sondage ou présentant des exsudats purulents, et conditions anatomiques défavorables des racines compliquant l'hygiène bucco-dentaire.

Interventions chirurgicales

Des interventions chirurgicales peuvent être nécessaires pour réduire encore les poches, éliminer le tartre résiduel, traiter les furcations, pour la régénération tissulaire guidée et autres mesures de régénération, et dans certains cas pour la correction des tissus mous et/ou de la morphologie osseuse, par exemple pour faciliter une hygiène buccale adéquate ou certaines réalisations prothétiques. Une bonne hygiène bucco-dentaire du patient est requise, ainsi que la prise en compte d'un éventuel tabagisme. On renoncera à une couverture antibiotique en l'absence d'une indication contraignant.

Traitement des infections péri-implantaires

Lors du traitement des infections péri-implantaires, il s'agit d'éliminer les bio-films bactériens et autres dépôts éventuels (par exemple résidus de ciment) des surfaces d'implants fortement structurées, tant au niveau macroscopique que microscopique. Dans de nombreux cas, le traitement non chirurgical est insuffisant; une intervention chirurgicale subséquente est alors conseillée afin d'obtenir un accès direct aux surfaces contaminées. Diverses méthodes ont été proposées; elles diffèrent par la procédure chirurgicale utilisée, la méthode de nettoyage des surfaces, l'utilisation d'agents antimicrobiens et les mesures supplémentaires. Les avantages relatifs des éléments thérapeutiques spécifiques et leur succès à long terme sont malheureusement documentés de manière encore incomplète.

Résultats du traitement

Au terme du traitement, les objectifs suivants devraient être atteints:

- réduction substantielle de la plaque;
- pas d'exsudat purulent au niveau du sillon gingivo-dentaire;
- gencive saine, réduction importante des saignements au sondage (BOP);
- en principe, réduction de la profondeur de sondage à moins de 5 mm. Persistance minimale de rares sites isolés avec une profondeur de sondage supérieure à 4 mm;
- pas de concrétions dures sur la surface radiculaire;
- absence d'obstacles à l'élimination de la plaque (débordements d'obturations ou bords de couronnes non adaptés);
- pas de progression de la mobilité dentaire;
- participation et collaboration du patient assurées lors des recalls.

Soins post-thérapeutiques

Le succès à long terme du traitement parodontal dépend moins de la méthode de traitement initiale que de la prise en charge post-thérapeutique. Le but du suivi à long terme est le maintien de la santé bucco-dentaire, c'est-à-dire la préservation de l'intégrité des tissus parodontaux et des dents par la prévention

des nouvelles infections et en combattant précocement les réinfections au niveau des poches résiduelles.

De même, après le traitement de problèmes péri-implantaires, des contrôles réguliers devraient être réalisés afin de détecter dès que possible toute nouvelle infection ou réinfection.

Le système de recalls nécessite une organisation spécifique du cabinet dentaire, permettant de convoquer à intervalles réguliers les patients traités. La mise en œuvre efficace de ce programme nécessite généralement le concours de collaborateurs qualifiés. Selon le risque individuel, les séances de recall ont lieu tous les trois à douze mois et comprennent les points suivants:

- réévaluation des paramètres nécessaires;
- information ciblée et motivation du patient;
- élimination de la plaque et du tartre;
- traitement ciblé lors de réinfection ou de nouvelle infection;
- application locale de médicaments;
- détermination de la prochaine visite de recall en fonction du risque du patient.

Lignes directrices concernant la qualité

La gestion de la qualité des soins parodontaux comprend quatre étapes thérapeutiques; après leur réalisation, le praticien sera en mesure d'évaluer les prestations accomplies et le résultat atteint. Cette réévaluation servira notamment à choisir, le cas échéant, des étapes thérapeutiques supplémentaires. Les quatre étapes thérapeutiques à évaluer sont le diagnostic, les traitements non chirurgicaux, les traitements chirurgicaux et les soins post-thérapeutiques. En outre, l'évaluation de la collaboration du patient (compliance) en tant que cinquième aspect lié à la qualité du traitement revêt une importance décisive. On comprend bien qu'il ne sera guère possible d'atteindre des résultats de niveau «A», voire «A+» pour l'ensemble des étapes thérapeutiques chez un patient dont la compliance est de niveau «C». Le succès du traitement parodontal dépend de la collaboration du patient.

Plus les poches sont profondes avant le traitement et plus la destruction des tissus de soutien est avancée, plus il sera difficile d'atteindre un objectif de traitement idéal. Dans les cas avancés, l'élimi-

nation de toutes les poches de plus de 4 mm n'est pas toujours facile à réaliser complètement. Bien que les poches résiduelles entraînent un risque de réinfection, la persistance d'une profondeur de sondage de plus de 4 mm n'est cependant pas en soi une raison suffisante pour procéder à une extraction ou pour réaliser une autre intervention radicale. Etant donné que les dents présentant des poches résiduelles peuvent rester stables lorsqu'elles sont bien soignées, les bénéfices potentiels de toute résection ou excrèse chirurgicale doivent l'emporter nettement, pour justifier leur utilisation, sur les dommages provoqués par le sacrifice de tissus parodontal ou dentaire dur.

Le sixième aspect des lignes directrices relatives à la qualité est constitué par les normes de santé parodontale. Cela correspond en somme à la description d'un objectif thérapeutique qui pourra être atteint en cas de réussite du traitement. C'est pourquoi la description des tissus est mise en relation avec l'évaluation des prestations fournies, en prenant en compte la collaboration (observance, ou compliance) du patient. Les soins parodontaux ne sont donc pas évalués sur la base d'un seul ensemble de critères, mais pour les différentes phases de traitement séparément. Lorsque le traitement parodontal se déroule en parallèle à d'autres interventions médico-dentaires, il convient en outre d'appliquer les critères de qualité aux autres mesures thérapeutiques.

2. Critères d'évaluation des niveaux de qualité A à C

	DIAGNOSTIC	TRAITEMENT NON CHIRURGICAL	TRAITEMENT CHIRURGICAL DU PARODONTE
A+	Sur la base de l'EPB, les paramètres cliniques nécessaires sont sélectionnés individuellement et relevés de façon ciblée. Les résultats sont clairement documentés visuellement et permettent d'informer le patient.	Tous les dépôts bactériens sont éliminés de manière ciblée par un traitement professionnel adéquat des surfaces radiculaires, avec une ablation minime de tissu dentaire dur et sans provoquer de dommages macroscopiques à la surface des dents. Un traitement chirurgical supplémentaire est nécessaire seulement en quelques endroits présentant une atteinte sévère ou complexe. Les facteurs de risque modifiables ont été éliminés.	Les objectifs ont été atteints avec un minimum d'effets secondaires indésirables. Le patient est satisfait à tous égards du résultat obtenu.
A	L'EPB fait partie de l'examen médico-dentaire général de routine. Chez les personnes ayant besoin d'un traitement, toutes les informations anamnestiques, cliniques et radiologiques nécessaires sont obtenues afin de planifier un traitement individualisé optimal, de le mettre en œuvre et d'en suivre les progrès.	Élimination complète mais largement indifférenciée de la plaque bactérienne molle ou calcifiée. Le traitement entraîne une réduction progressive de la profondeur de sondage et une réduction significative du nombre de poches >4 mm qui saignent au sondage. Les surfaces dentaires ne sont endommagées que de façon minime. L'ablation de tissu dentaire dur est faible. L'état de la dentition permet une hygiène buccale parfaite. Les facteurs de risque modifiables (p. ex. tabagisme) ont été réduits.	Les objectifs du traitement chirurgical parodontal ont été atteints. Des conditions favorables pour l'élimination rationnelle régulière des dépôts durs et mous ont été créées. De rares sites isolés restent difficiles à nettoyer. Des atteintes esthétiques et des collets hypersensibles sont présents mais supportables. Le patient est globalement satisfait du résultat.
B	L'EPB n'est pas réalisé de routine. Les personnes ayant besoin d'un traitement sont investiguées de manière non systématique ou incomplète. La documentation est incomplète. Les investigations réalisées ne présentent pas toujours un bénéfice potentiel pour le patient.	Élimination incomplète des dépôts bactériens. Le traitement entraîne une perte modérée de tissu dur et n'endommage que légèrement les surfaces dentaires. Quelques obstacles isolés s'opposent à une hygiène buccale parfaite. Le tabagisme et autres facteurs de risque n'ont pas été réduits de manière significative.	Les objectifs du traitement chirurgical parodontal en vue de créer des conditions favorables à l'élimination de la plaque et de permettant réduire les profondeurs de sondage n'ont pas été pleinement atteints. Les résultats obtenus ne sont pas en adéquation avec les investissements réalisés. Globalement, le patient n'est pas satisfait du résultat.
C	L'état parodontal n'est pas pris en considération. Le statut n'est pas documenté, bien que des mesures thérapeutiques aient déjà été prises. Exception: les situations d'urgence.	Certains dépôts bactériens mous ou calcifiés nettement visibles n'ont pas été éliminés. L'utilisation d'instruments inappropriés entraîne des pertes marquées de tissu dentaire dur et endommage la surface des dents. Des saignements gingivaux et des poches parodontales profondes ont été ignorés. Des obstacles importants, iatrogènes ou consécutifs à la situation individuelle du patient s'opposent à une bonne hygiène bucco-dentaire. Le tabagisme et d'autres facteurs de risque ont été ignorés.	Avant l'intervention chirurgicale, aucune tentative n'a été faite pour parvenir à un degré élevé d'élimination de la plaque et à une diminution significative de l'inflammation gingivale. Les mesures chirurgicales parodontales exécutées de façon incorrecte conduisent à des lésions du parodonte, de la morphologie gingivale et/ou de la substance dentaire dure. Les interventions de chirurgie parodontale sont réalisées alors que le cabinet n'est pas en mesure de proposer un programme de recall.

	SUIVI POST-THÉRAPEUTIQUE	COLLABORATION DU PATIENT (COMPLIANCE, OBSERVANCE)	OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES
A+	Le cabinet dispose pour chaque patient d'un système de recall actif, personnalisé et efficient sur le plan des coûts. Des collaborateurs spécialement formés soutiennent les efforts du patient en matière d'hygiène bucco-dentaire. L'accent est mis sur le diagnostic, et les mesures thérapeutiques récurrentes sont réalisées sur les sites spécifiques en ménageant les tissus. Ces mesures doivent éviter tout surtraitement.	Le patient désire faire contrôler l'état de son parodonte à intervalles réguliers. Il veut comprendre ses problèmes en détail. Son hygiène bucco-dentaire est parfaite, réalisée régulièrement et avec la dextérité nécessaire, afin de prévenir les atteintes de la gencive et des tissus dentaires durs. Il s'assure que les séances de recall sont régulièrement observées. Il est nonfumeur ou désaccoutumé du tabac.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de poches >4 mm saignant fréquemment au sondage. ■ Saignements minimes et sporadiques au sondage. ■ Pas de furcations ouvertes montrant des signes d'inflammation et inaccessibles à l'hygiène bucco-dentaire. ■ Pas de dépôts mous visibles, pas de tartre. ■ L'aspect du parodonte est satisfaisant sur le plan esthétique. ■ Occlusion individuelle optimale. ■ Le patient est nonfumeur ou désaccoutumé du tabac.
A	Les investigations diagnostiques pertinentes sont réalisées régulièrement. Les atteintes des gencives, du parodonte et des tissus durs sont traitées de manière ciblée et adéquate.	Le patient est disposé à faire contrôler l'état de son parodonte; il tente de comprendre les problèmes et accepte le programme d'hygiène buccale proposé, ainsi que les séances de recall planifiées selon un rythme régulier. Toutefois, le programme d'hygiène du patient ne peut pas toujours être respecté en raison d'événements extérieurs – aussi bien privés que professionnels. Le patient fume peu (≤ 10 cigarettes/jour).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de poches résiduelles >4 mm saignant régulièrement au sondage. ■ Pas de poches résiduelles >5 mm. ■ Pas d'exsudat purulent. ■ Seules quelques poches isolées saignent au sondage. ■ Furcations fermées ou ouvertes, mais nettoyables. ■ Rares sites présentant des dépôts mous ou calcifiés visibles. ■ Absence de douleurs. ■ Occlusion stable. ■ Le patient a réduit sa consommation de tabac.
B	Le recall est proposé à la demande du patient. Les investigations diagnostiques sont réalisées à intervalles irréguliers. Les lésions manifestes sont traitées de manière adéquate.	Le patient est peu intéressé à comprendre les problèmes parodontaux. Il aimerait que l'hygiéniste dentaire ou le médecin-dentiste résolve les problèmes sans sa collaboration active. Le patient est fumeur (11-19 cigarettes par jour).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quelques poches >4 mm saignent régulièrement au sondage. ■ Le niveau d'attache et la profondeur des poches n'est pas stable partout. ■ Exsudat purulent en quelques sites. ■ Plusieurs sites de saignement au sondage. ■ Certaines furcations ne sont pas accessibles/nettoyables ■ Plusieurs sites présentent des dépôts visibles, durs ou mous. ■ Douleurs occasionnelles. ■ Perturbations occlusales peu importantes, corrigibles.
C	On ne propose pas de recall au patient. Les lésions ne sont pas traitées, ou seulement en cas de problème aigu.	Le patient a une attitude de déni face aux problèmes parodontaux, même s'ils sont évidents. Il n'est pas disposé à se faire traiter, sauf en cas d'urgence. Le patient fume beaucoup (≥ 20 cigarettes par jour).	<ul style="list-style-type: none"> ■ De multiples sites présentent des exsudats purulents. ■ Abcès récidivants. ■ Négligence grossière de l'hygiène buccale. ■ Saignements généralisés au sondage. ■ Pertes nettes d'attache avec progression en plusieurs sites. ■ Persistance de troubles occlusaux avec limitation fonctionnelle.

3. Explications

Protocole standard pour le traitement de la parodontite chronique ou agressive

1. Diagnostic

ANAMNÈSE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demandes et plaintes subjectives, évolution, traitements antérieurs. ■ Etat de santé général, traitements médicaux. ■ Facteurs de risque parodontaux (tabagisme, stress, anamnèse familiale, etc.).
EXAMEN CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Full mouth plaque score (FMPS, accumulation de plaque oui/non sur 4 surfaces par dent). ■ Profondeur de sondage (PS), récession, saignement au sondage (4 ou 6 sites par dent). ■ Atteinte de furcation, exsudats purulents, mobilité dentaire, test de vitalité. ■ Éléments de rétention de plaque (restaurations défectueuses, lésions carieuses, etc.).
IMAGERIE	Radiographie de chaque dent présentant des signes cliniques pathologiques ou un statut incertain (par exemple test de viabilité négatif).
PRÉSENTATION DU CAS ET MOTIVATION	Explication du status clinique et du traitement proposé. Motivation du patient pour améliorer l'hygiène buccale et réduire les risques modifiables (tabagisme).

2. Traitement non chirurgical

PRÉPARATION	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nettoyage dentaire supragingival (par ultrasons et/ou instruments à main). ■ Suppression des éléments de rétention de plaque et des obstacles à l'hygiène bucco-dentaire. ■ Extraction des dents ne pouvant être maintenues. ■ Traitements dentaires urgents ou préparatoires.
INSTRUCTIONS D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE	Instruction et mise en pratique d'une méthode d'hygiène bucco-dentaire adéquate (brosse à dents, méthode de nettoyage interdentaire, moyens auxiliaires)
CONTRÔLE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Détermination du FMPS quelques jours après l'instruction. ■ Lorsque le FMPS est insatisfaisant, nouvelle motivation et instructions, exercices pratiques. ■ Répétition de cette étape jusqu'à l'obtention d'un bon niveau d'hygiène bucco-dentaire.
DÉTARTRAGE ET SURFAÇAGE RADICULAIRE	Surfaçage radiculaire approfondi jusqu'au fond des poches, aux ultrasons et à la curette à main (par exemple curette de Gracey), réalisé en une ou plusieurs sessions consécutives.
CONTRÔLE CHIMIQUE DE LA PLAQUE	Rinçage antimicrobien de la bouche pendant environ deux semaines (par exemple chlorhexidine à 0,2%).
ANTIBIOTIQUES	Pour les cas présentant de multiples poches profondes, des antibiotiques systémiques (surtout l'amoxicilline et le métronidazole p.o.) peuvent être indiqués, notamment si cela peut permettre d'éviter un traitement chirurgical supplémentaire.

3. Suivi et réévaluation (à 1, 3 et 6 mois)

CONTRÔLE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle du FMPS. ■ Si le FMPS est insuffisant, remotivation et reprise de l'instruction théorique et pratique de l'hygiène bucco-dentaire.
DÉBRIDEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le cas échéant, nettoyage dentaire sus-gingival. ■ Réévaluation
RÉÉVALUATION À 3 ET 6 MOIS	PS, récession, saignements au sondage, exsudats purulents, atteinte de furcation.

4. Traitement chirurgical parodontal (en fonction des résultats de la réévaluation)

MESURES LIÉES À UNE CAUSE SPÉCIFIQUE	Création d'un accès chirurgical pour le surfaçage radiculaire dans les endroits d'accès difficile par voie non chirurgicale (par exemple les poches profondes, les furcations ouvertes), ou pour la réduction des poches.
TRAITEMENT RÉGÉNÉRATIF	<p>La morphologie de la lésion parodontale est déterminante pour le succès des mesures régénératives supplémentaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Protéines de la matrice de l'émail. ■ Régénération tissulaire guidée. ■ Augmentation osseuse.
AUTRES MESURES	<p>Après l'achèvement du traitement parodontal, dans des conditions exemptes d'inflammation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ mesures préprothétiques (par exemple allongement de couronnes cliniques); ■ traitements supplémentaires indiqués pour des raisons esthétiques; ■ pose d'implants; ■ autres.

5. Suivi post-thérapeutique

EXAMEN CLINIQUE	PS, récession, saignements au sondage, exsudats purulents, atteinte de furcation.
IMAGERIE	Evaluation de la réussite du traitement: en général pas avant une année (éventuellement plus tôt lors de statuts peu clair).
HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE	Le cas échéant remotivation, instructions supplémentaires et exercices d'hygiène buccale.
TRAITEMENT D'ENTRETIEN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si nécessaire, nettoyage dentaire supragingival. ■ Contrôle ciblé des réinfections par des mesures locales appropriées (par exemple instrumentation des sites présentant une augmentation des profondeurs de sondage, une nouvelle perte d'attache clinique, un saignement au sondage, une exsudation purulente).

4. Bibliographie

Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J: The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 31: 749-757, 2004

Pihlstrom B L, Michalowicz B S, Johnson N W: Periodontal diseases. *Lancet* 2005; 366: 1809-1820.

Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein M M, Casals Peidró E, Preshaw P M, Walter C, Wennström J L, Bergström J: Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int Dent J* 60: 7-30, 2010

Mombelli A, Décaillet F, Almaglouth A, Wick P, Cionca N: Effiziente, minimal-invasive Parodontitistherapie. Ein evidenzbasiertes Behandlungskonzept. *Rev. Mens. Suisse Odontostomatol.* 121: 145-157, 2011.

Herrera D, Alonso B, León R, Roldán S, Sanz M: Antimicrobial therapy in periodontitis: the use of systemic antimicrobials against the subgingival biofilm. *J Clin Periodontol.* 35 (Suppl): 45-66, 2008.

Walter C, Weiger R, Zitzmann N U: Periodontal surgery in furcation-involved maxillary molars revisited. An introduction of guidelines for comprehensive treatment. *Clin Oral Investig.* 15: 9-20, 2011.

5. Auteurs des directives parodontologie

Auteurs de la présente édition:
 Andrea Mombelli, Genève
 Jürg Schmid, Ilanz
 Clemens Walter, Bâle
 Anton Wetzel, Saint-Gall

Auteurs de la première édition (1999):
 Markus Grassi, Niklaus P. Lang,
 Barbara Lehmann, Andrea Mombelli,
 Jürg Schmid

Traduction française:
 Jacques Rossier et Thomas Vauthier