

A close-up photograph of a person's lips, showing the texture of the skin and the application of pink lipstick. The lips are slightly parted, and the lipstick is applied in a soft, even layer. The background is a plain, light color.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC DES MALADIES PARODONTALES

PLAN

Introduction:

Définition, pathogénie , historique de la maladie parodontale
Définition et étapes du diagnostic.

I. Interrogatoire:

- 1.Motif de consultation
- 2.Age
- 3.Etat général
- 4.Tabac , Stress
- 5.Antécédents familiaux
6. Anamnèse (historique de la maladie) : relation patient /praticien

PLAN

II.Examen clinique

1.Examens exobuccal et fonctionnel.

2.Examen endobuccal.

- a. Hygiène du patient :présence de plaque, tartre , halitose
- b.Examen des dents: facteurs locaux de rétention de plaque (naturels, iatrogènes, autres...)
- c.Examen des tissus mous: aspect, degré d'inflammation, classifications (, Maynard et Wilson, Korbendau et Guyomard, classification de 2017,Miller, Cairo)
- d. Sondage et Charting :
Examen spécifique des pluriradiculées.
- e. Evaluation de la mobilité

PLAN

III. Les examens complémentaires

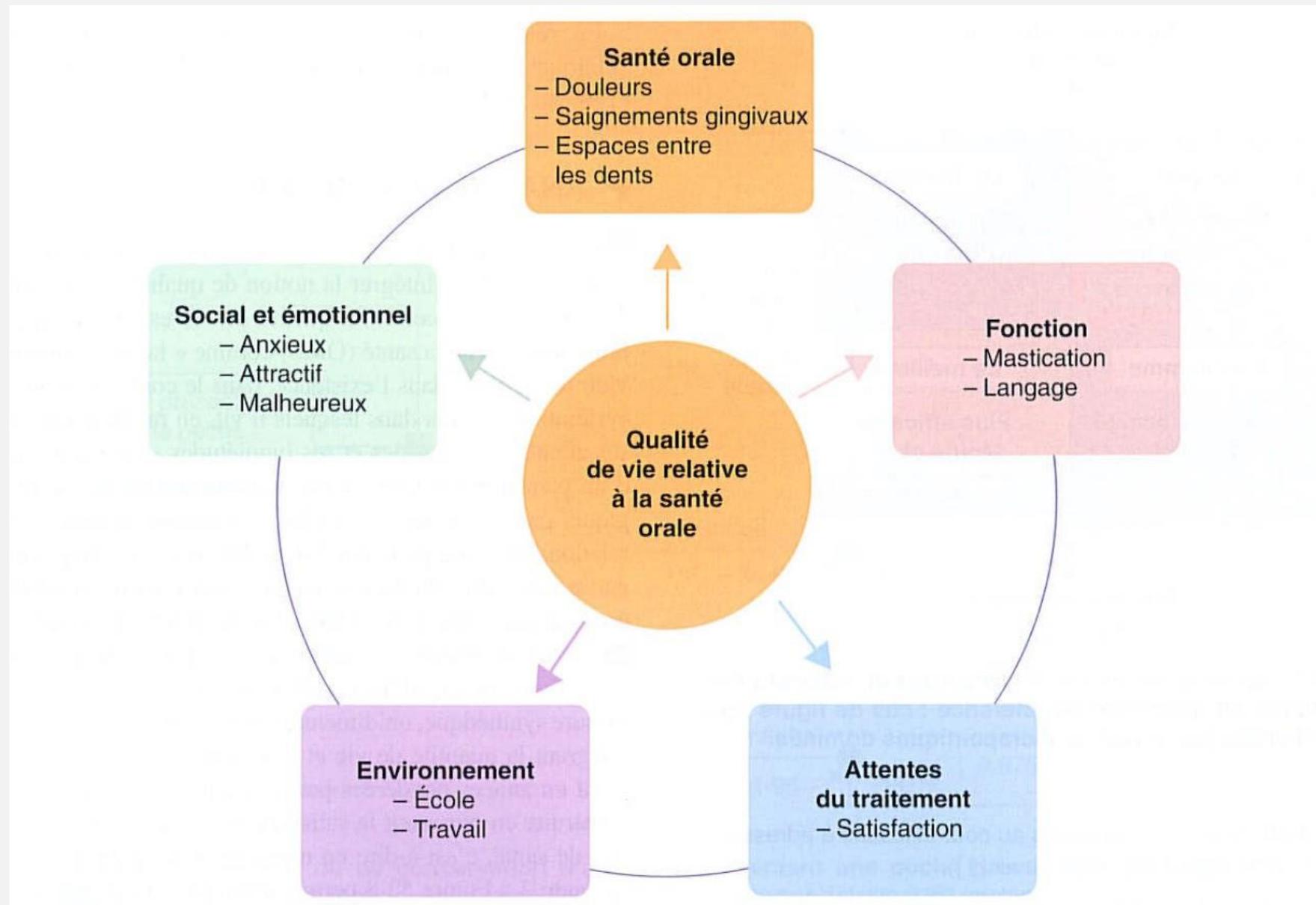
Les examens radiologiques

- a. Radiographie panoramique
- b. Le status rétro alvéolaire

2 .Les tests bactériens

- a. Microscope : motivation hygiène
- b. Les cultures bactériennes
- c. Les sondes ADN

PRONOSTIC DE LA MALADIE PARODONTALE



DÉFINITION ET PATHOGÉNIE

La parodontite est une maladie inflammatoire multifactorielle liée à un déséquilibre de la flore buccale conduisant à la destruction du système d'attache parodontale. Elle associe dysbiose microbienne et inflammation chronique destructrice non résolue.

Ce sont des **maladies inflammatoires** et le biofilm est le vecteur de cette infection (origine infectieuse).

Elle se traduit par une perte d'attache clinique et une lyse osseuse visible radiographiquement ainsi que par la présence de poches parodontales et de saignement gingival.

Ce sont des **maladies** du système d'attache de la gencive à la dent. Ce ne sont pas des maladies osseuses.

Meuric, V., le Gall-David, S., Boyer, E., Acuña-Amador, L., Martin, B., Fong, S. B., Barloy-Hubler, F., & Bonnaure-Mallet, M. (2017). Signature of Microbial Dysbiosis in Periodontitis. *Applied and Environmental Microbiology*, 83(14). <https://doi.org/10.1128/aem.00462-17>

HISTORIQUE

Les années 50 60: **LOE** quantité de plaque et temps de contact

Les années 80: **SULLIVAN et ATKINS** notion de spécificité bactérienne
Notion de périodicité avec phases d'activité et phase de latence

Aujourd'hui: **SOCRANSKY** étiologie plurifactorielle

- ✓ présence de bactéries virulentes
- ✓ absence ou insuffisance de bactéries protectrices
- ✓ facteur environnemental défavorable
- ✓ défaillance innée ou acquise de l'hôte

HISTORIQUE

Ainsi sur les 700 espèces qui peuvent coloniser la cavité buccale, 20 espèces virulentes sont à peu près connues aujourd'hui (Mouton et Robert 1994) dont les principales sont :

Aggregatibacter actinomycetemcomitans (ancien *actinobacillus*)

Porphyromonas gingivalis

Prevotella intermedia

Tannerella forsythia

Fusobacterium nucleatum

Eikenella corrodens

Campylobacter rectus

Treponema denticola

Leur proportion est variable en fonction du type de parodontite et de sa gravité.

Deo, P. N., and Deshmukh, R. (2019). Oral Microbiome: Unveiling the Fundamentals. J. Oral. Maxillofac. Pathol.: JOMFP. 23, 122. doi: 10.4103/ jomfp.JOMFP_304_18

Mouton C. et Robert J.C.; *Bactériologie bucco-dentaire. Ed Masson.1994:184.*

IMPLICATIONS CLINIQUES

La connaissance des facteurs et indicateurs de risque généraux permet d'identifier les sujets à risque.

La connaissance des facteurs et indicateurs de risque généraux peut aider à réaliser un diagnostic différentiel.

Le contrôle ou la suppression des facteurs et indicateurs de risque généraux permet d'améliorer le pronostic chez les sujets atteints.

FACTEURS DE RISQUES

Les facteurs de risque généraux à noter sont :

L'hérédité, l'état parodontal des ascendants et/ou des descendants du patient étant un facteur important du diagnostic dans le sens où le rôle joué par l'hérédité est maintenant prouvé (Marazita et coll., 1994)

Le tabac [Benjamin W Chaffee](#), [Elizabeth Couch](#), [Manali Vora](#), [Richard S Holliday](#). **Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products.** *Periodontol 2000* 2021 Oct;87(1):241-253. doi: 10.1111/prd.12395
[Mir Faeg Ali Quadri et al.](#) **Smokeless tobacco and periodontitis: A systematic review with meta-analysis.** *J Periodntal Res* 2024 May 17. doi: 10.1111/jre.13274.

Le diabète [Melissa Barral Maia et al.](#) **Knowledge of bidirectional relationship between diabetes and periodontal disease among diabetes patients: A systematic review.** *Int J dent Hyg* 2022. Jan 26. doi: 10.1111/idh.12586
[Mohammed Adam Ahmed Elnour et al.](#) **Periodontitis treatment (surgical and nonsurgical) effects on glycemic control: A review and meta-analysis.** *Ann Afr Med* 2023 Apr-Jun;22(2):131-135. doi: 10.4103/aam.aam_53_22
[Loe H.](#) **Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus.** *Diabetes Care*, 1993, 16 : 329-334.

Les maladies immunodépressives (Chédiak-Higashi, Papillon-Lefèvre, etc)

L'infection par le V.I.H. (*Winkler et Murray*, 1987)

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX NON MODIFIABLES

- Les facteurs innés sont des facteurs non modifiables, tels que l'âge, le sexe, l'origine ethnique, les facteurs génétiques.
 - ✓ Age :
 - incidence plus élevée de la maladie parodontale avec l'âge : diminution du potentiel de cicatrisation et des mécanismes d'immunodéficience. Plus lié à l'effet cumulatif des expositions aux facteurs/indicateurs de risque qu' à l'effet réel de l' âge sur l' apparition de la maladie.
 - Néanmoins, il semblerait que la présence d'une plus grande destruction parodontale chez les personnes âgées soit la conséquence de plusieurs années de destruction parodontale et n'indique pas nécessairement que la parodontite soit une condition spécifique à un groupe d'âge.

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX NON MODIFIABLES

- ✓ **Sexe :**
 - Prédominance de la maladie parodontale notamment sévère chez l'homme.
 - Le risque de perte d'attache est majoré chez l'homme.
 - Cette meilleure santé parodontale chez la femme serait due à une meilleure hygiène orale.
- ✓ **Origine ethnique :**
 - Les blancs non hispaniques présentent une meilleure santé parodontale que les blancs hispaniques et les noirs. Néanmoins il n'a pas été prouvé scientifiquement qu'il s'agit de différences génétiques ou de différences culturelles ou socio-économiques.

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX NON MODIFIABLES

- ✓ **Les facteurs génétiques :**
 - La réponse immuno-inflammatoire de l'hôte peut induire une destruction parodontale plus ou moins importante. Effectivement, si les mécanismes immuno-inflammatoires permettent de lutter contre l'agression bactérienne, ils peuvent parfois amplifier la destruction tissulaire. Le risque de perte d'attache est majoré chez l'homme.
 - Ainsi, une déficience immunitaire, une hérédité ou un syndrome peuvent constituer un véritable facteur de risque.
- ✓ **L'ostéoporose :**
 - Des études ont prouvé une association entre prévalence de la maladie parodontale et l'ostéoporose chez le sujet âgé. Quant au jeune adulte, une récente étude a permis de prouver que le risque de maladie parodontale est augmenté chez un patient ayant une faible masse osseuse.

Stabholz, A., Soskolne, W. A., & Shapira, L. (2010). Genetic and environmental risk factors for chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*, 53(1), 138-153. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2010.00340>.

) Chou, H. H., Lu, S.L., Wang, S.T., Huang, T.H., Chen, S.L.S. (2021). The Association between Bone Mineral Density and Periodontal Disease in Middle-Aged Adults. *J. Environ. Res. Public Health*, 18, 21-33. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063321>.

Bo Yu, Cun-Yu Wang. Osteoporosis and periodontal diseases - An update on their association and mechanistic links. *Periodontol 2000*. 2022 Jun;89(1):99-113. doi: 10.1111/prd.12422.

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC

Essentiel en parodontologie/implantologie

Pronostic va différer

Prise de conscience du patient

Retard de cicatrisation

Effets sur le traitement

Etiopathogénie

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC- EPIDÉMIOLOGIE

- Etude NAHNES III
- 12329 adultes aux USA
- 4x plus de parodontites chez les fumeurs
- Prévalence Dose-Dépendance
 - 9 cig/jours : OR 2,8
 - 31 cig/jours : OR 5,6
- Durée : effet cumulatif



[Scott L Tomar](#), [Samira Asma](#). Smoking-Attributable Periodontitis in the United States: Findings From NHANES III | *Periodontol* 2000. May;71(5):743-751. doi: 10.1902/jop.2000.71.5.743

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC- PARAMÈTRES CLINIQUES

- Aggravation sur l'ensemble des paramètres
 - Profondeur de poches
 - Attache clinique
 - Mobilité dentaire
 - Alvéolyse
 - Perte dentaire



Paolo Pesce et al. Evaluation of periodontal indices among non-smokers, tobacco, and e-cigarette smokers: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Oral Investigations* (2022) 26:4701–4714 <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04531-9>.

Mir Faeq Ali Quadri et al. Smokeless tobacco and periodontitis: A systematic review with meta-analysis. *J Periodntal Res* 2024 May 17. [doi: 10.1111/jre.13274](https://doi.org/10.1111/jre.13274).

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC- PARAMÈTRES CLINIQUES

- Moins de signes d'inflammation => Retard du diagnostic



Paolo Pesce et al. Evaluation of periodontal indices among non-smokers, tobacco, and e-cigarette smokers: a systematic review and network meta-analysis. *Clinical Oral Investigations* (2022) 26:4701–4714 <https://doi.org/10.1007/s00784-022-04531-9>.

Mišković I, Kuiš D, Špalj S, Pupovac A, Prpić J. Periodontal Health Status in Adults Exposed to Tobacco Heating System Aerosol and Cigarette Smoke vs. Non-Smokers: A Cross-Sectional Study. *Dent J (Basel)*. 2024 Jan 29;12(2):26. [doi: 10.3390/dj12020026](https://doi.org/10.3390/dj12020026).

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC- PARAMÈTRES CLINIQUES

- L'effet du tabac agit donc sur
 - La composition microbienne
 - La réponse inflammatoire et immunitaire
 - Le processus de cicatrisation

Benjamin W. Chaffee et al. Oral and periodontal implications of tobacco and nicotine products. *Periodontology* 2000. 2021;87:241–253.

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC- CONCLUSION

- Vrai facteur de risque des parodontites
- Il existe un effet dose
- Masque les signes cliniques de l'inflammation (nicotine)
- Altération de la réponse de l'hôte, du chimiotactisme et de la phagocytose des polynucléaires : augmentation du risque d'infection par les bactéries parodontopathogènes.
- Moindre réponse au traitement parodontal

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE TABAC- CONCLUSION

- Evaluation de la consommation de tabac dès l'anamnèse
- Informer le patient sur la notion de facteur de risque
- Mise en œuvre d'un sevrage tabagique
- Facteur modifiant des grades des parodontites.

Shabil M. et al. The impact of electronic cigarette use on periodontitis and periodontal outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMC Oral Health. 2024 Oct 9;24(1):1197. doi: 10.1186/s12903-024-05018-7.

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE STRESS

- Un patient soumis à un stress chronique crée un état d'activation continu de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surrénalien.
- Cette activation a une répercussion sur sa réponse immunitaire et crée une susceptibilité aux infections.
- Les évènements de vie majeurs ont une résonance différente selon les individus en fonction de leurs caractéristiques propres et de leur vécu : choc émotionnel
- Existence d'une lien entre maladie parodontale et stress et facteurs psychologiques
- Changement de comportement
 - ✓ Mauvaise hygiène orale : facteur prédisposant par accumulation de plaque
 - ✓ Changement dans les habitudes alimentaires
 - ✓ Augmentation de la consommation de tabac, d'alcool
 - ✓ Manque de suivi médical

LES FACTEURS DE RISQUES GÉNÉRAUX MODIFIABLES : LE DIABETE

- De nombreuses études ont prouvé que les diabètes de type 1 et 2 sont des réels facteurs de risque pour les maladies parodontales mais également qu'il existe un lien interactif entre diabète et maladie parodontale.
- C'est-à-dire que le diabète favorise et aggrave les lésions parodontales mais inversement la présence d'une maladie parodontale influence le contrôle de la glycémie d'un diabétique et augmente son insulino-résistance.
- Ce paramètre est néanmoins modifiable puisque si le diabète est équilibré il ne constitue plus un facteur de risque.

Khader, Y. S., Dauod, A. S., & el Qaderi, S. S. & al. (2006). Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 20, 59-68.

Mohammed Adam Ahmed Elnour et al. Periodontitis treatment (surgical and nonsurgical) effects on glycemic control: A review and meta-analysis. *Ann Afr Med* 2023 Apr-Jun;22(2):131-135. doi: 10.4103/aam.aam_53_22.

LES FACTEURS DE RISQUES LOCAUX

- Le biofilm
- Les restaurations en sur-contours ou inadaptées
- Absence de contacts inter-proximaux
- Traumatisme occlusal
- Autres facteurs : malpositions dentaires, non respect du système d'attache supra-crestal, piercings,...

LE DIAGNOSTIC

Selon **MEYER** :

« il consiste à déterminer la nature de l'infection, à évaluer le devenir des sites parodontaux, à mesurer l'étendue des destructions passées et à déterminer les défenses de l'hôte »

Trois étapes principales :

L'interrogatoire

L'examen clinique

Les examens complémentaires

INTERROGATOIRE - ANAMNESE



INTERROGATOIRE

Le questionnaire médical et l'entretien du patient permettent de tracer un portrait précis du patient et de déterminer les facteurs de risques généraux susceptibles d'influer sur sa maladie et sur sa thérapeutique.

Motif de consultation

Age

Etat général

Tabac

Antécédents familiaux

Dernière visite chez un
praticien

Technique de brossage

Historique dentaire

...

MOTIF DE CONSULTATION

Personne adressée ?

Doléances ?

Il faut noter les propres mots du patient



« gencives qui saignent au brossage, à la mastication et/ou spontanément »

« douleur quand je me brosse les dents »

« j'ai les dents qui bougent »

« j'ai les dents qui s'écartent »

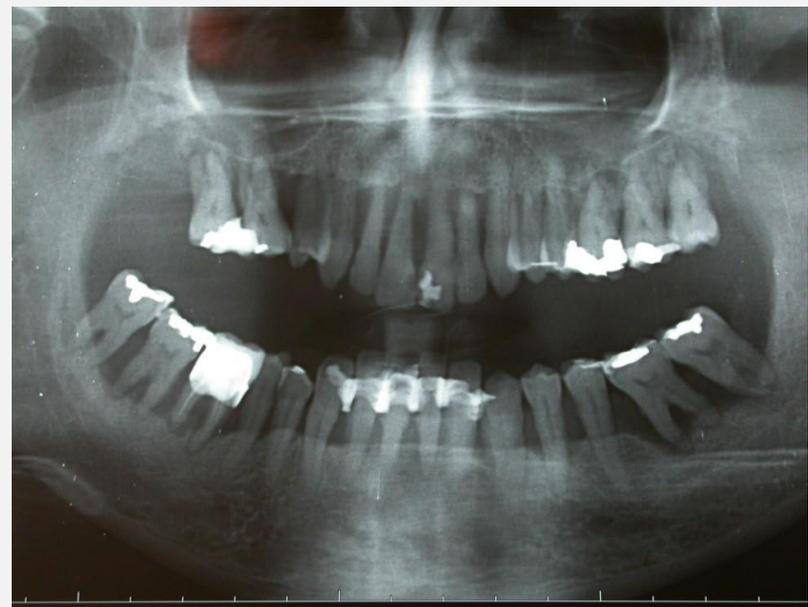
« j'ai mauvaise haleine »

HISTORIQUE DENTAIRE

Etiologies des édentements

Maladie carieuse et/ou parodontale

Si traitement paro avant, de quelle manière ?(chirurgie, ATB,...)



RELATION PATIENT PRATICIEN

Dernière visite

Technique de brossage

Soins parodontaux précédemment pratiqués

Relation de CONFIANCE



Nom et prénom :

Age :

Sexe :

1. Motif de la consultation

2. Anamnèse médicale

- Motivation du patient
- Hérité parodontale
- Historique de la maladie
- Tabagisme (*nombre de cigarettes*)
- Perturbations immunologiques, maladies hématologiques (*diabète, SIDA, syndrome de Down, leucémie, anémie, hémophilie, mono-nucléose infectieuse*)
- Perturbations et déficiences nutritionnelles
- Facteurs psychologiques (*stress, tension, fatigue, anxiété*)
- Facteurs endocrines (*puberté, grossesse, ménopause*)
- Médicaments (*traitement en cours*)

Facteurs de risque

3. Observation clinique

- Examen exobuccal (*type de respiration, adénopathie, asymétrie faciale*)
- Examen endobuccal
 - **Occlusal** (*supraocclusion, béance antérieure, rapports inversés, bruxisme, pulsion linguale, interférence et prématurités dans les trajets fonctionnels*)
 - **Gingival** (*récessions, freins et brides, degré d'inflammation, sondage, lésions abcédées*)
 - **Dentaire** (*mobilité, examen des furcations, traitements dentaires défectueux, dents absentes non remplacées*)

Selon les habitudes du praticien, l'ensemble de ces informations peut être synthétisé sous la forme d'un tableau récapitulatif.

4. Bilan radiologique

Un orthopantomogramme numérisé est indiqué dans un premier temps, associé à des radios rétroalvéolaires localisées suivant les lésions. Un bilan long-cône n'est à prescrire que si les lésions sont importantes et généralisées.

5. Bilan microbiologique

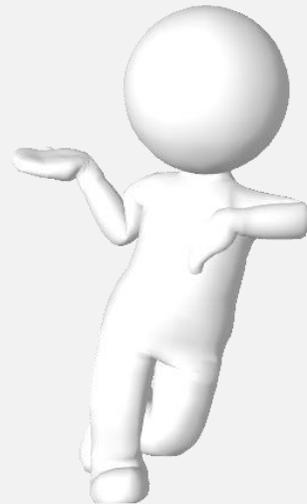
S'il n'est pas possible de mettre en évidence une corrélation logique entre facteurs de risque d'ordre général, entre l'examen clinique et radiologique, une recherche microbiologique est alors demandée pour affiner le diagnostic.

6. Diagnostic

7. Pronostic

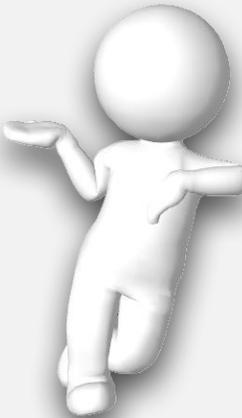
8. Objectifs et plan de traitement

- **Motif(s) de consultation/attente(s) thérapeutique(s)**
 - Quelle est la raison pour laquelle vous venez consulter ?
 - De quoi vous plaignez-vous ?*
 - Qu'attendez-vous de moi ?
- **État de santé générale actuel**
 - Êtes-vous en bonne santé ?
 - Prenez-vous des médicaments ?
 - Avez-vous déjà eu des réactions allergiques ? Pas d'asthme, de rhume des foins, etc. ?
- **Histoire médicale et parodontale familiale**
 - Votre père ou votre mère ont-ils, ou avaient-ils, une maladie cardiovasculaire ? Un diabète ?**
 - Votre père et votre mère ont-ils toutes leurs dents ?
 - Avez-vous des frères et sœurs ? Ont-ils les mêmes problèmes que vous ?
- **Habitudes de vie**
 - Fumez-vous ? Avez-vous déjà fumé ? Quand avez-vous arrêté ? Combien de cigarettes par jour fumiez-vous ?
 - Faites-vous du sport ? Avez-vous une vie équilibrée ? Une alimentation équilibrée ? Pas trop de thé, d'alcool, de café ?
 - Que faites-vous dans la vie ?***
- **Histoire dentaire**
 - Est-ce qu'il vous manque des dents ? Pourquoi ?
 - Avez-vous eu un traitement orthodontique quand vous étiez enfant ou adulte (appareils pour redresser les dents) ? Fixe ou amovible ?
 - De quand date votre dernier détartrage ? En faites-vous régulièrement ? Une fois, deux fois par an ?
- **État de santé orale**
 - Est-ce que votre bouche saigne lorsque vous vous brossez les dents**** ?



OBJECTIFS DU TRAITEMENT PARODONTAL

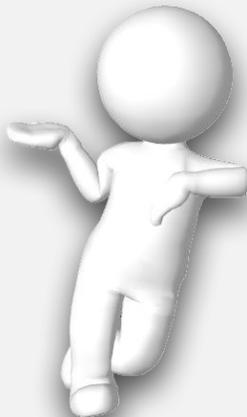
- MOTIVER le patient
- ENSEIGNER & ASSURER un bon contrôle de plaque
- CORRIGER LES FACTEURS LOCAUX
- EFFECTUER LA THERAPEUTIQUE MECANIQUE



LA MOTIVATION DU PATIENT

EXPLICATIONS sur :

- Qu'est ce que la maladie parodontale?
- Comment la traiter?
- Quelle doit être la coopération du patient?



QU'EST CE QUE LA MALADIE PARODONTALE?

- Parodonte doit appartenir désormais au vocabulaire du patient
- Déchaussement = parodontite = principale cause de la perte des dents
- Ce n'est pas une fatalité accompagnant le vieillissement mais c'est
une AGRESSION BACTERIENNE = INFECTION

QU'EST CE QUE LA MALADIE PARODONTALE?

- DECULPABILISER le patient (peut se vexer) : dire que si l'origine est bactérienne, l'hygiène n'en est pas la cause absolue
- FACTEURS DE RISQUES GENERAUX & LOCAUX = profondes inégalités face à la maladie
- Insister sur les facteurs qui concernent de près le patient : TABAC...

FAIRE SAVOIR...

UNE BOUCHE SAINE POUR UN CORPS SAIN



LES MALADIES PARODONTALES CHEZ LE FUMEUR
Ce qu'il faut **SAVOIR**
Ce qu'il faut **FAIRE**



PIERRE FABRE
ORAL CARE

UNE BOUCHE SAINE POUR UN CORPS SAIN



LES MALADIES PARODONTALES ET LE DIABÈTE
Ce qu'il faut **SAVOIR**
Ce qu'il faut **FAIRE**



PIERRE FABRE
ORAL CARE

UNE BOUCHE SAINE POUR UN CORPS SAIN



LES GINGIVITES CHEZ LA FEMME ENCEINTE
Ce qu'il faut **SAVOIR**
Ce qu'il faut **FAIRE**



PIERRE FABRE
ORAL CARE

UNE BOUCHE SAINE POUR UN CORPS SAIN



GINGIVITES et PARODONTITES chez LA FEMME ENCEINTE
Ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire



PIERRE FABRE
ORAL CARE

COMMENT LA TRAITER ?

4 notions :

- Maladie paro = une seule infection = un seul réservoir peut contaminer une bouche entière
- Perte osseuse = IRREVERSIBLE : on ne guérit pas , on STABILISE
- Si maladie chronique : patient à risque = TOUTE SA VIE : maintenance primordiale (clé du succès thérapeutique)
- Origine bactérienne : éliminer les bactéries pour obtenir un environnement favorable pour la santé parodontale = DEBRIDEMENT PARODONTAL

COMMENT LA TRAITER?

- **NOTER** initialement les indices de plaque et les indices gingivaux
- **EXPLIQUER** le matériel d'hygiène
- **ENSEIGNER** la technique de brossage

LE CONTRÔLE DE PLAQUE

Powered versus manual toothbrushing for oral health (Review)

Yaacob M, Worthington HV, Deacon SA, Deery C, Walmsley AD, Robinson PG, Glenny AM



THE COCHRANE
COLLABORATION®

J Periodontol • January 2011

Review

Safety of Oscillating-Rotating Powered Brushes Compared to Manual Toothbrushes: A Systematic Review

Fridus A. Van der Weijden,* Shelly L. Campbell,† Christof E. Dörfer,‡ Carlos González-Cabezas,§ and Dagmar E. Slot*

Comparaison clinique des temps de brossage avec 2 brosses pendant 30 jours

PA Walters, MA Cugini, RD Bartizek, AR Biesbrock. Étude interne 2006

Résultats cliniques principaux

Sur la base du temps de brossage à domicile enregistré pendant 30 jours :

- Les sujets utilisant Triumph™ avec SmartGuide™ d'Oral-B® ont atteint 137,4 secondes en moyenne par brossage, versus 98,9 secondes pour le groupe du brossage manuel. Cela représente un temps de brossage moyen plus long de 38,9% pour le brossage électrique ($p=0,003$).
- Les sujets utilisant Triumph™ d'Oral-B® ont été 5,1 fois plus respectueux de la fréquence de 2 brossages de 2 minutes par jour que les sujets utilisant une brosse manuelle.
- Les 2 brosses ont été bien tolérées.

COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE

Compliance et influence

- Compliance des patients = faculté à bien suivre un traitement prescrit
- Importance du contact patient/praticien, du discours employé (choix des mots)
- Capacité de stimulation du praticien : encouragement et accompagnement par l'équipe soignante

COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE

Compliance et influence

Susciter l'intérêt et la motivation par notre communication :

en l'invitant à penser en termes de résultat idéal

L'enthousiasme est contagieux : en faire preuve au cabinet permettra d'impliquer le patient

Intégrer les compétences du patient à celles de l'équipe soignante

COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE

Compliance et influence

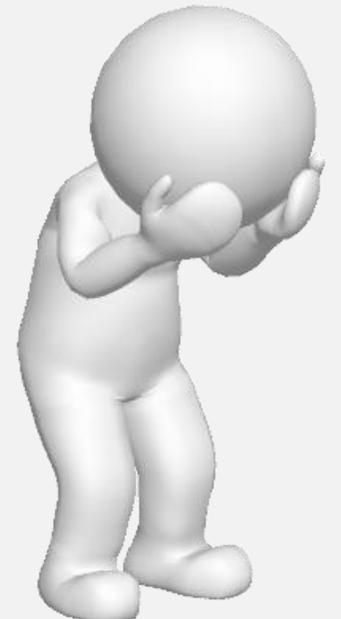
Expliquer le traitement au patient est aussi important que de lui faire comprendre que sans son aide rien n'est possible

L'amélioration de l'efficacité thérapeutique ne passe pas uniquement par la sophistication des moyens techniques.

COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE

Bien des praticiens sont tentés d'imputer la responsabilité de ces pathologies au patient lui même et de pointer du doigt sa négligence.

C'est une grave erreur!



COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE

Erreur Relationnelle

Ne pas culpabiliser les patients

Inégalités face à la maladie

Certains patients ne se brossent jamais les dents, fument et n'ont aucun problème parodontal alors que d'autres ont une hygiène tout à fait satisfaisante, sont non-fumeurs et développent malgré tout une parodontite sévère.

COMPOSANTE PSYCHOLOGIQUE

Erreur Relationnelle

Rôle du soignant

Ne pas juger - Expliquer - Soigner.

Discours positif = dialogue constructif = patients réceptifs

Les conseils et les traitements prodigués seront d'autant plus respectés et suivis que vous faites preuve de bienveillance à leur égard.



COMMUNICATION

Communiquer avec le patient sous l'angle de la santé globale :

Toujours justifier une action par l'amélioration de la santé et de la longévité.

Créer et maintenir des liens avec d'autres professionnels de santé

COMMUNICATION

Confiance

« La confiance se gagne par gouttes, et elle se perd par litres » JP Sartre

- Sentiment de sécurité
- Renforcée ou affaiblie par les actions du praticien
- Le praticien doit inspirer confiance

COMMUNICATION

Confiance

Mais aussi avoir confiance :

- EN SOI : « si vous avez confiance en vous même, vous inspirez confiance aux autres »
- EN SES TRAITEMENTS : formation continue, autocritique lucide
- EN SON EQUIPE : collaboration, dialogue, adaptation de l' équipe soignante
- EN SES PATIENTS : attitude positive, et **emphatique** afin de lisser certains comportements

COMMUNICATION

Communication non verbale

REGLE N°1 : REGARDER LES GENS DANS LES YEUX

REGLE N°2 : RESPECTER LES DISTANCES INTER-PERSONELLES

REGLE N°3 : SOYEZ PRESENT ET A L'ECOUTE

COMMUNICATION

Communication non verbale

Le regard

Le sourire

La voix

La posture

Les gestes

COMMUNICATION

Communication verbale

Le choix des mots

Une étude récente en sciences cognitives a montré qu'il est plus probable qu'une personne oublie si vous lui demandez de « ne pas oublier » plutôt que de lui demander de se « bien se rappeler... »

Parce que mettre l'accent sur le verbe « se rappeler » induit un **mécanisme positif de pensée**, en raison des relations mentales que nous entretenons avec les mots. Les mots ne sont pas simplement des symboles ; les mots véhiculent des souvenirs, des émotions et peuvent donc conditionner les comportements.

COMMUNICATION

Quelques exemples

« Détartrage » => Assainissement, prophylaxie, maintenance parodontale

« Bonne ou mauvaise hygiène » => Contrôle de plaque adapté ou non adapté

« vous n'aurez pas mal » => je vais tout mettre en œuvre pour que les soins soient confortables

« vous n'êtes pas responsable de votre maladie, mais nous sommes conjointement responsables du succès ou de l'échec de son traitement »

COMMUNICATION

Questions ouvertes lors de la première consultation :

- *Permettent de tisser ce lien de confiance et l'interaction entre patient/praticien*
- *Favorisent l'implication du patient dans un plan de traitement global*
- *Permettent de découvrir les attentes spécifiques des patients*

COMMUNICATION

« qu'est ce qui est important pour vous ? »

«qu'est ce qui, dans votre bouche, vous préoccupe aujourd'hui ? »

"que pensez vous du plan de traitement que nous avons élaboré pour vous? "

COMMUNICATION

Primordial d'écouter attentivement les réponses car permet :

- de ressentir comment le patient perçoit sa santé

- ses craintes et réticences

- ce qui le motive et l'intéresse

CONCLUSION

- Patient = Principal acteur du traitement
- clé de succès du traitement = coopération ACTIVE et DURABLE du patient
- Aucun élément ne permet de préjuger de cette coopération sur long terme (Mendoza et al. 2011)
- Même ligne de conduite pour les praticiens : MOTIVER les patients par un discours positif
- DIFFICILE car :
 - Annoncer au patient que sa maladie est INVISIBLE, INDOLORE (+ ou -), ttt DESAGREABLE, NON REMBOURSE et pour l'achever, visite de contrôle A VIE
 - Pour réussir : VALORISER le patient

EXAMEN CLINIQUE



EXAMEN CLINIQUE

Examen exo buccal et fonctionnel :

Il vise à examiner :

La dimension verticale

Egalité des étages de la face

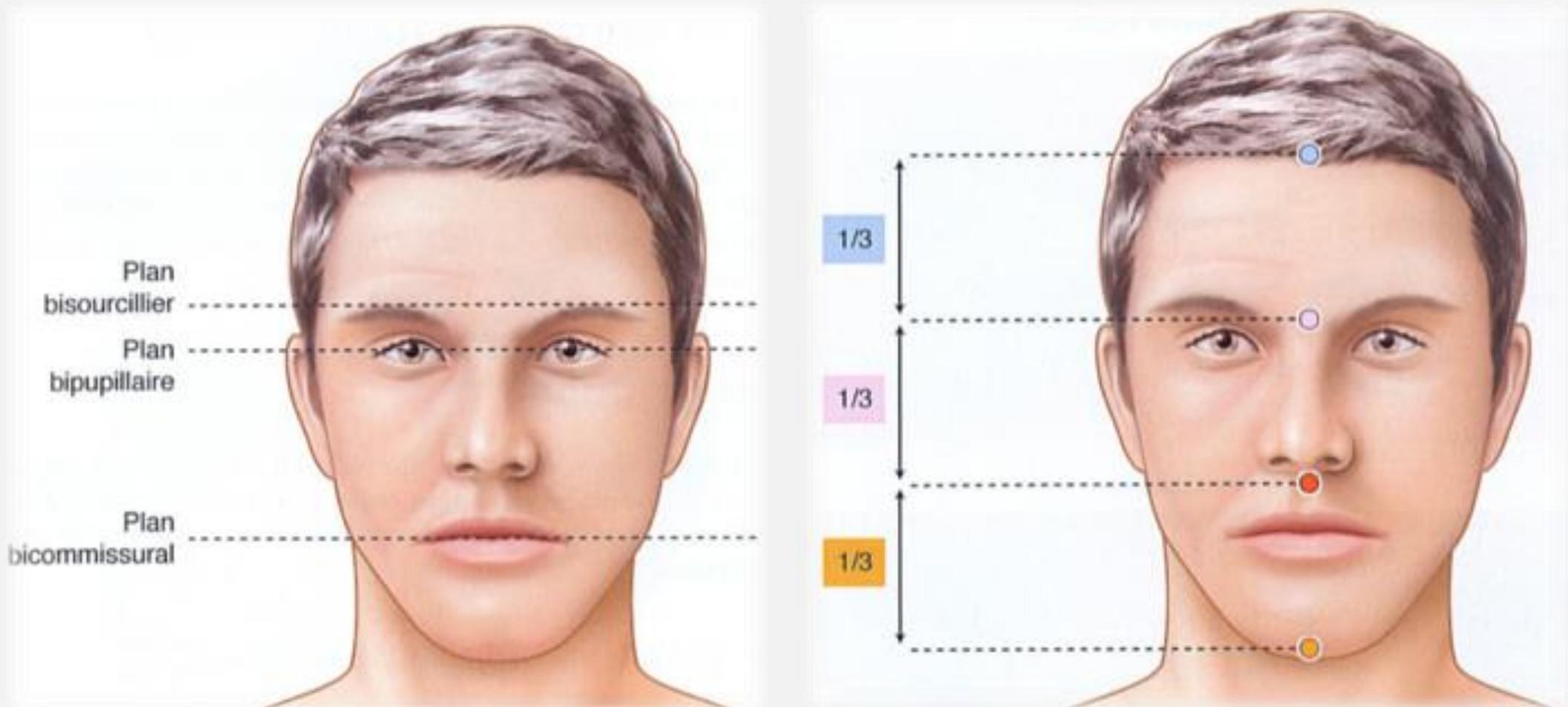
Les téguments

La ligne du sourire

Une éventuelle adénopathie (à la palpation)

EXAMEN CLINIQUE

Examen exo buccal et fonctionnel :



EXAMEN CLINIQUE

Examen exo buccal et fonctionnel :



Ligne du sourire basse



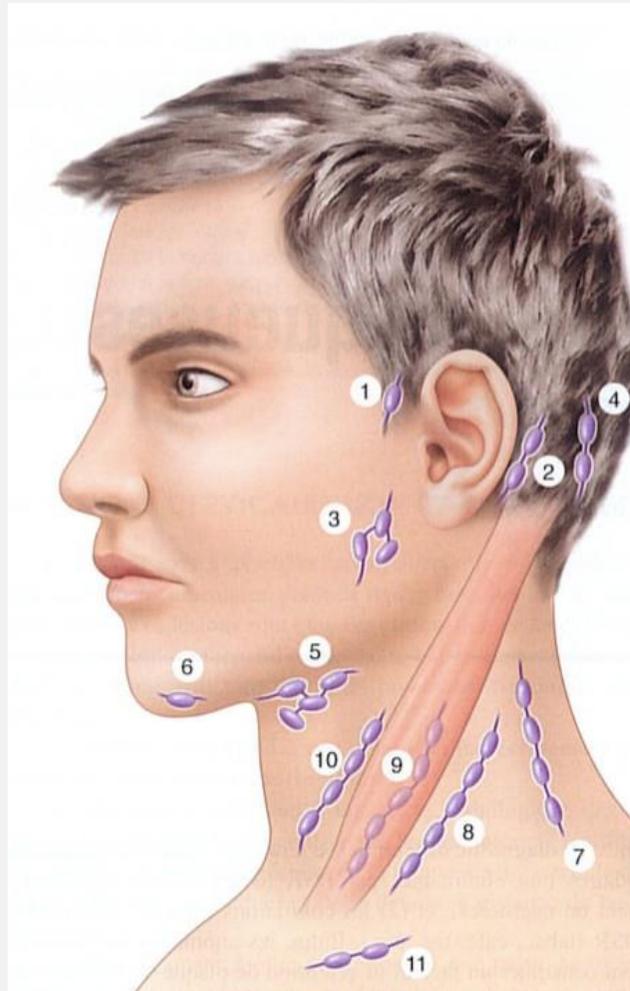
Ligne du sourire Moyenne



Ligne du sourire Haute

EXAMEN CLINIQUE

Examen exo buccal et fonctionnel :



EXAMEN CLINIQUE

Examen endobuccal

Hygiène du patient : la présence de plaque, de tartre ...

Facteurs locaux de rétention de plaque: examen des dents

Examen des tissus mous : couleur, aspect, contour

Sondage et charting

Examen spécifique des pluriradiculées (furcation)

Evaluation de la mobilité

EVALUATION DE L'HYGIÈNE

De nombreux indices sont à notre disposition mais le plus facile à utiliser en pratique quotidienne semble être celui de **Silness J.& Loë H.(1967)** :

0= pas de plaque

1= mince film de plaque au contact de la gencive marginale visible seulement après exploration à la sonde

2= accumulation modérée de plaque au contact de la gencive marginale, pas de plaque dans les espaces interdentaires, dépôts visibles à l'œil nu

3= grande accumulation de plaque au contact de la gencive marginale, présence de plaque dans les espaces interdentaires.

HALITOSE

Selon SANZ et Coll:

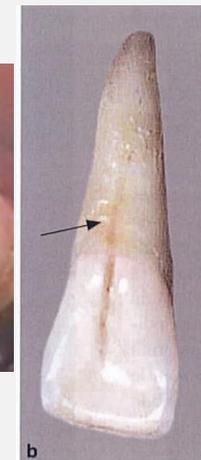
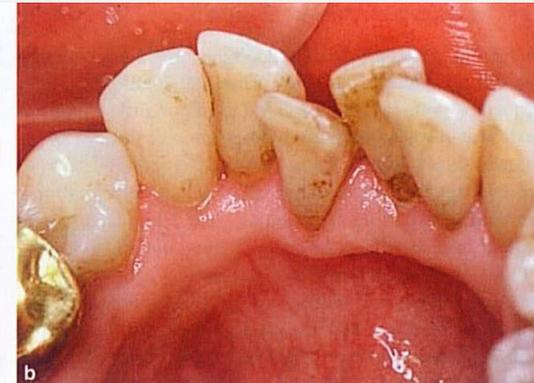
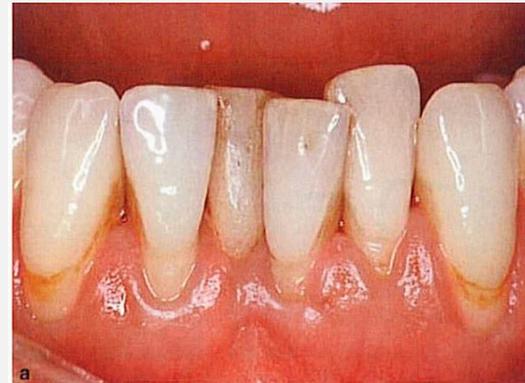
58% des patients consultent pour l'halitose de leur propre chef (18%) ou sous la pression d'un proche donc il est important de déterminer son origine et de la traiter car les composés sulfurés volatiles produits par les bactéries (GRAM -, anaérobies) ont des effets toxiques sur les tissus parodontaux.

EXAMEN DES DENTS

FACTEURS LOCAUX

Facteurs naturels de rétention de plaque:

- Tartre sus et sous gingival
- Encombrement dentaire
- Respiration buccale, béance labiale
- Freins et brides
- Proximité radiculaire
- Défauts anatomiques

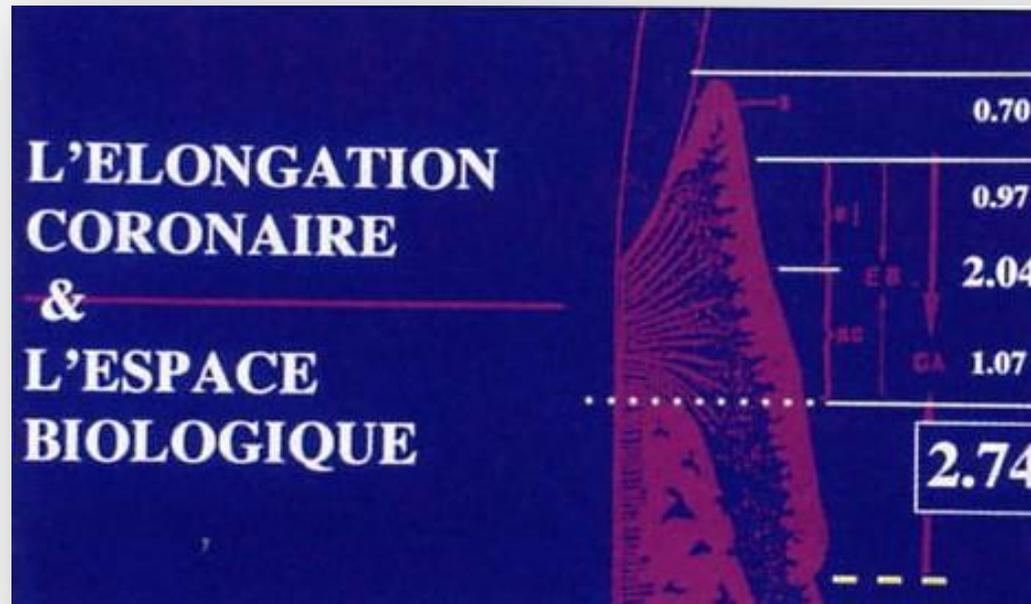


NOTION DE SYSTÈME D'ATTACHE SUPRA-CRESTAL

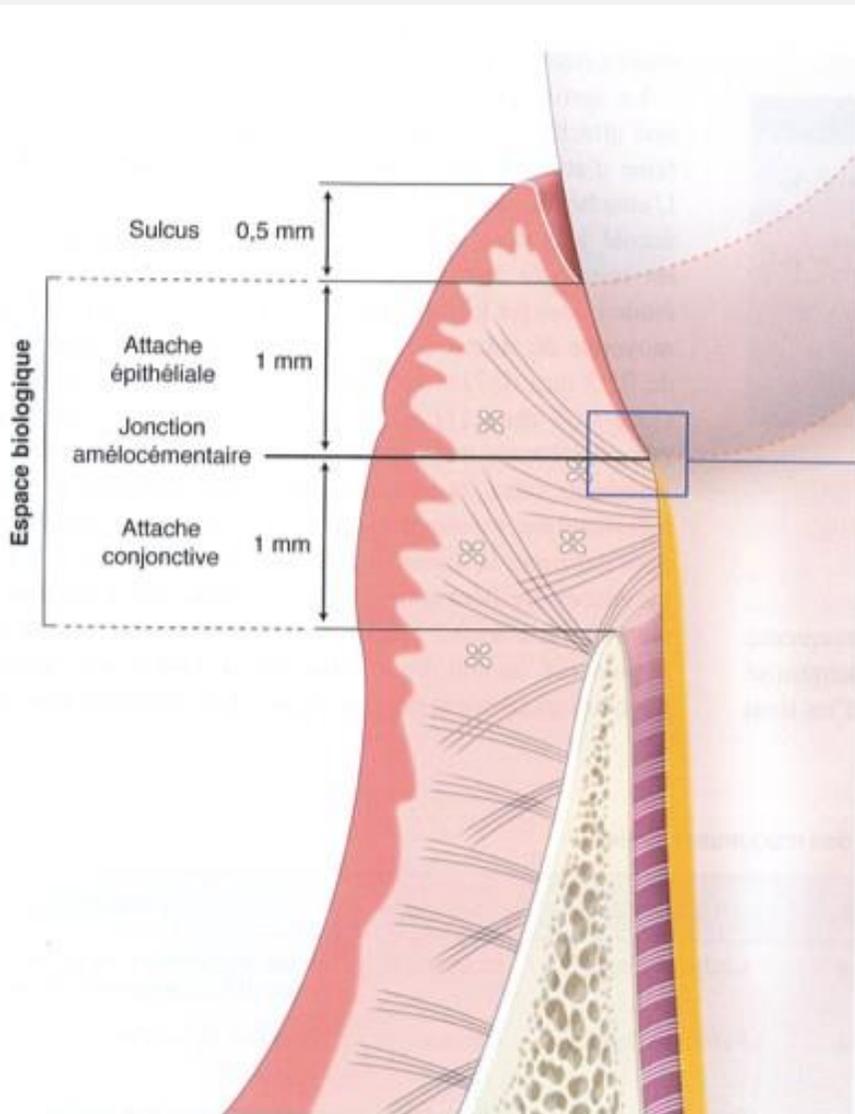
Il est constitué par l'épithélium de jonction et l'attache conjonctive.

= distance minimale entre le fond du sulcus et le sommet de la crête osseuse.

Gargiulo et al.(1961) le quantifie à 2,04 mm avec des valeurs extrêmes de 1,77 à 2,43 mm.



NOTION DE SYSTÈME D'ATTACHE SUPRA-CRESTAL



Le respect de l'intégrité du système d'attache supra-crestal est impératif (**Ingber et al., 1977**)

Non respect du système d'attache supra-crestal: réaction inflammatoire du parodonte avec une augmentation du fluide gingival, une migration apicale de l'épithélium de jonction puis à terme une résorption osseuse (**Flores de Jacoby et al., 1989**)

Réaménagement : différentes thérapeutiques

EXAMEN DES DENTS

Facteurs locaux

Facteurs iatrogènes de rétention de plaque:

Restaurations dentaires débordantes



EXAMEN DES DENTS

Facteurs locaux

Diminution du débit salivaire

Troubles fonctionnels:

Trauma occlusal (**Lindhe et Ericsson**)

Para Fonctions, bruxisme

Recherche facettes d'usure ,fracture coronaires ou radiculaires, migration, douleur ou inconfort à la mastication

Point de contact absent ou déficient entraînant tassement alimentaire et proximité radiculaire gênant l'hygiène et donc incompatible avec santé parodontale.



EXAMEN DES TISSUS MOUS

C'est l'évaluation des différents symptômes de l'inflammation au niveau du parodonte superficiel.

Modifications :

- de couleur (érythème),
- de volume (œdème ou hyperplasie),
- augmentation de la tendance au saignement (même gingivorragies).

Si les indices parodontaux ne manquent pas pour mesurer l'inflammation, peu sont objectifs et reproductibles en pratique quotidienne.

EXAMEN DES TISSUS MOUS

Les indices parodontaux

Déf: « ce sont des expressions numériques de critères diagnostic définis »

Ils doivent être :

Fiables

Reproductibles

Rapides

Pratiques d'utilisation

Faire appel le moins possible à la subjectivité de l'examineur

EXAMEN DES TISSUS MOUS

L'INDICE DE **LOË H. ET SILNESS J. (1963)** RESTE UN DES PLUS FACILES À UTILISER, SURTOUT SOUS SA FORME MODIFIÉE EN 1967 :

0= aucun signe d'inflammation

1= modification de couleur, pas de saignement

2= inflammation visible à l'œil nu et tendance au saignement au passage de la sonde

3= inflammation importante et tendance au saignement spontané

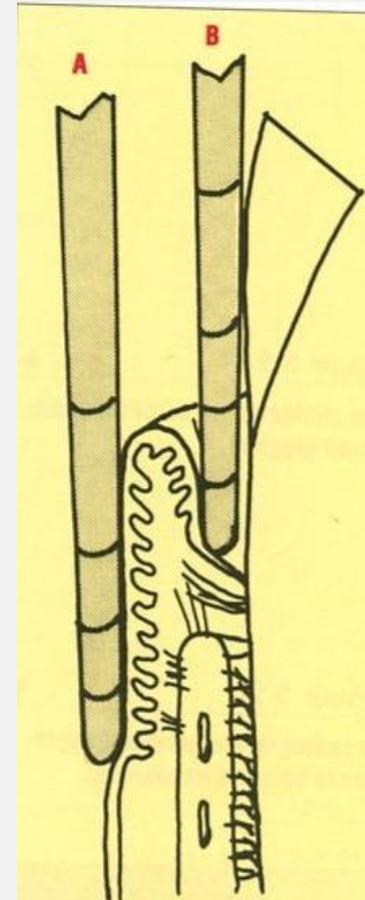
Cette inflammation peut s'accompagner de gingivorragies provoquées ou spontanées décrites par le patient. Il est important de noter si elle ne touche que les tissus papillaires, la gencive marginale ou toute ou une partie de la gencive kératinisée.

EXAMEN DES TISSUS MOUS

La dimension de la gencive kératinisée (hauteur de GA), importante pour le pronostic, est évaluée à l'aide d'une sonde parodontale graduée :

elle est posée verticalement pour mesurer la distance du bord marginal libre jusqu'à la ligne muco-gingivale, puis la sonde est insérée dans le sillon gingivo-dentaire et la valeur est retranchée à la précédente : cela permet d'obtenir la quantité de gencive attachée.

Hauteur GA=
Mesure externe (A)
-
Profondeur du sondage(B)



EXAMEN DES TISSUS MOUS



EXAMEN DES TISSUS MOUS

Il faut ensuite classer le type de parodonte marginal de nos patients ; la plus simple est celle de **Maynard et Wilson (1980)**

Type I : dimension normale de tissu kératinisé (>2mm) : parodonte épais et épaisseur vestibulo-linguale normale du procès alvéolaire

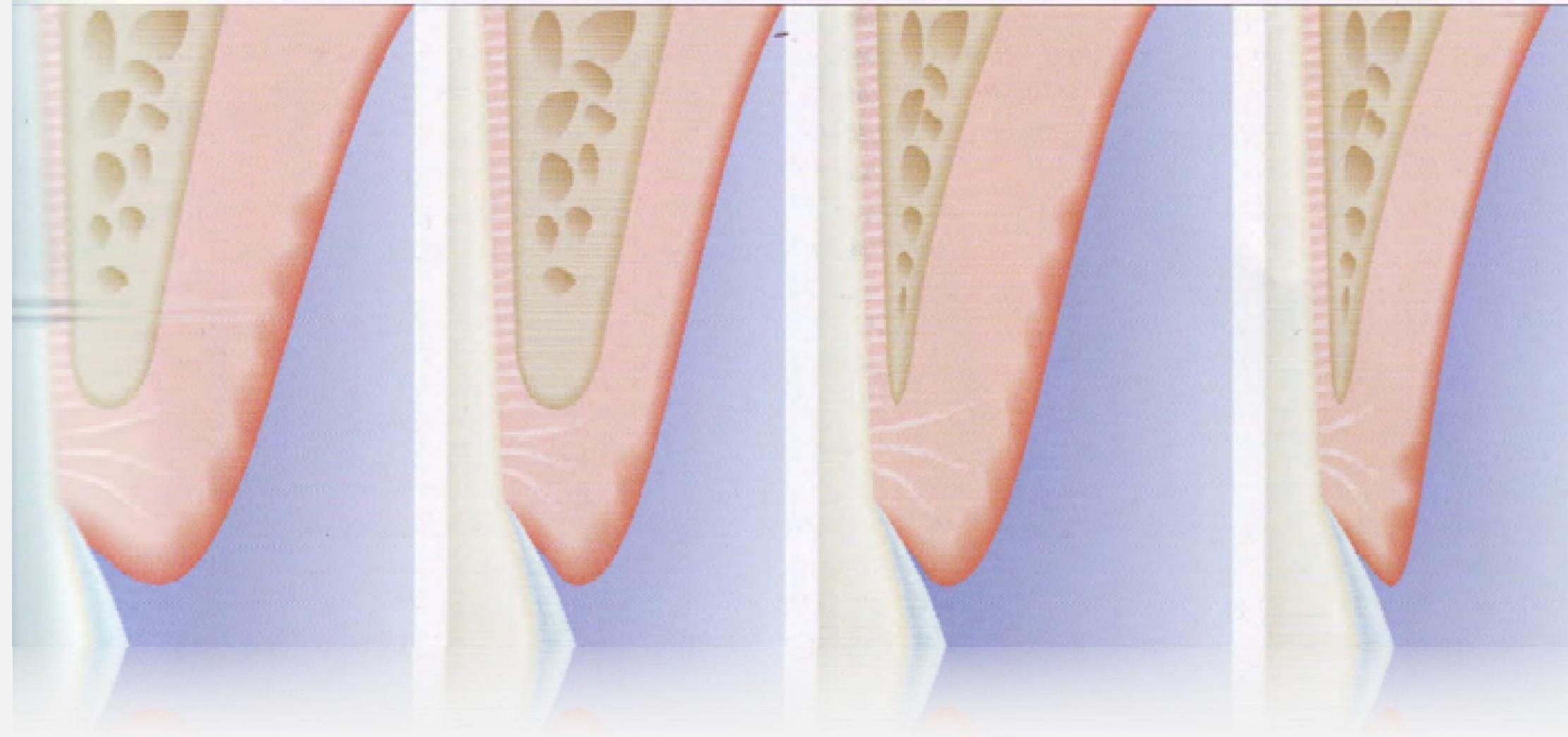
Type II : dimension de tissu kératinisé réduite (moins de 2 mm) et épaisseur vestibulo-linguale normale du procès alvéolaire

Type III : dimension normale de tissu kératinisé (3 à 4mm : parodonte épais) et épaisseur vestibulo-linguale du procès alvéolaire amoindrie

Type IV: dimension de tissu kératinisé réduite et épaisseur vestibulo-linguale du procès alvéolaire amoindrie : il existe un fort potentiel de récessions

Maynard JG, Wilson RD. Diagnosis and management of mucogingival problems in children. Cent Clin North Am 1980; 24:683-703.

EXAMEN DES TISSUS MOUS



❖ **Type A :**

- procès alvéolaire épais , bord marginal proche JAC
- tissu gingival épais et hauteur sup à 2mm.

❖ **Type B:**

- procès alvéolaire mince , bord marginal proche JAC.
- Tissus ging assez mince et de hauteur sup à 2mm.

❖ **Type C:**

- procès alvéolaire mince à bord marginal à distance de la JAC (présence déhiscence sup 2mm)
- tissu ging mince et tendu, de hauteur sup à 2mm

❖ **Type D :**

- procès alvéolaire mince à distance de la JAC (présence déhiscence sup 2mm),

- tissu ging mince et réduit de hauteur inf à 1mm

Le type D est un parodonte à surveiller car il peut évoluer en quelques semaines vers une récession gingivale.

LA CLASSIFICATION DE KORBENDAU ET GUYOMARD (1992)

- Ils observent que la classification de Maynard et Wilson ne tient pas compte de l'épaisseur du tissu gingival ainsi que de la situation verticale du bord marginal de la corticale.
- En effet une gencive mince est moins résistante aux agressions mécaniques et bactérienne qu'une gencive épaisse.
- Ils proposent donc une nouvelle classification comprenant 4 types de parodonte.

- J.M. Korbendau *et al.* **Chirurgie muco-gingivale chez l'enfant et l'adolescent**
- (1992)

TROIS CATÉGORIES DE BIOTYPE PARODONTAL (CLASSIFICATION DE 2017)

- Une revue systématique récente utilisant les paramètres rapportés précédemment, a classé les «biotypes» en trois catégories:
 - Biotype fin festonné dans lequel il existe une plus grande association avec une couronne triangulaire élancée, une convexité cervicale subtile, des contacts interproximaux proches du bord incisif et une zone étroite de TK, une gencive fine et un os alvéolaire relativement mince.
 - Biotype plat épais montrant des couronnes dentaires plus carrées, convexité cervicale prononcée, grand contact interproximal situé plus apicalement, une large zone de TK, épaisse , gencive fibreuse et os alvéolaire relativement épais
 - Biotype festonné épais montrant une gencive fibreuse épaisse, des dents minces, une zone étroite de TK et une dentelure gingivale prononcée.

[Pierpaolo Cortellini](#) , [Nabil F Bissada](#). Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. J periodontal 2018 Jun;89 Suppl 1 : S 204-213. doi : 10.1002/ JPER.16-0671.

EXAMEN DES TISSUS MOUS

- Les Récessions Tissulaires Marginales (RTM)

Classification de Miller

- En fonction de la ligne mucogingivale des malpositions dentaires, de la perte des tissus parodontaux interproximaux (4 classes)



Classification des récessions gingivales selon CAIRO 2011

Cette classification utilise le niveau d'attache inter-proximal comme un critère d'identification



RT1 : récession gingivale sans perte d'attache interproximale
Pronostic de recouvrement : 74 %



RT2 : récession gingivale associée à une perte d'attache interproximale. La mesure de la récession vestibulaire (du fond du sulcus jusqu'à la jonction amélo-cémentaire vestibulaire) est supérieure à la mesure de la récession interproximale (du fond du sulcus jusqu'à la jonction amélo-cémentaire proximale)

Pronostic de recouvrement : 24%

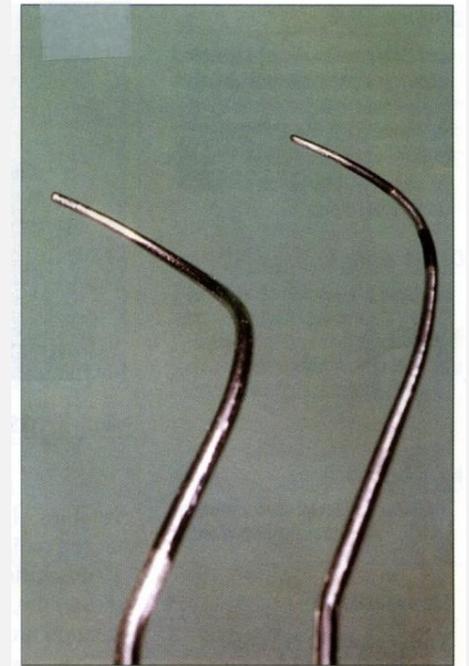
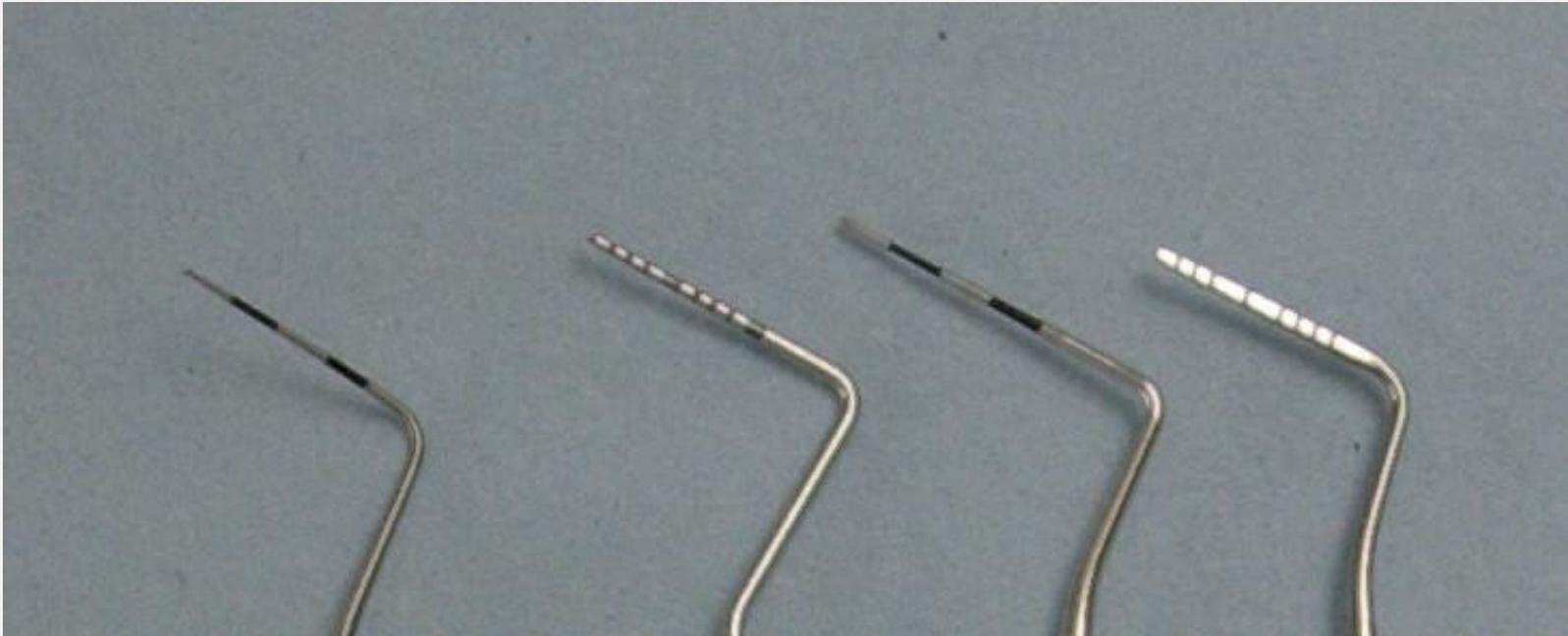


RT3 : la récession gingivale associée à une perte interproximale. La mesure de la récession interproximale (du fond du sulcus jusqu'à la jonction amélocémentaire proximale) est supérieure à la mesure de la récession vestibulaire

Pronostic de recouvrement = 0%

Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes : an explorative and reliability study. J Clin Periodontol 2011; 38: 661-666.

LE SONDAGE PARODONTAL



Effectué à l'aide d'une sonde graduée insérée dans le sulcus de la gencive
Se fait sur des tissus exempts de tartre (après détartrage) et d'infection.
La force exercée lors du sondage doit être constante et en moyenne de 20g.
La seule mesure permettant de connaître l'atteinte parodontale.

LE SONDAGE PARODONTAL

Quand sonder?

Sonder en présence de quantité importante de tartre ou d'une hyperplasie gingivale inflammatoire ne peut donner que des résultats approximatifs voir erronés

Le sondage déclenche en plus une bactériémie pouvant être dangereuse pour un patient à haut risque (interrogatoire)

Donc après détartrage lorsque l'inflammation superficielle est éliminée et lorsque les obstacles n'entravent pas le passage de la sonde (Listgarden, 1980).

LE SONDAGE PARODONTAL

Où sonder?

Six sites (mésial, vestibulaire, distal en vestibulaire et lingual/palatin) par dent sont mesurés et répertoriés sur un schéma de sondage (Charting) qui peut être électronique ou papier.

Nous pouvons considérer qu'un site est sain lorsque la profondeur de poche n'excède pas 3mm.

LE SONDAGE PARODONTAL

Que Sonder ?

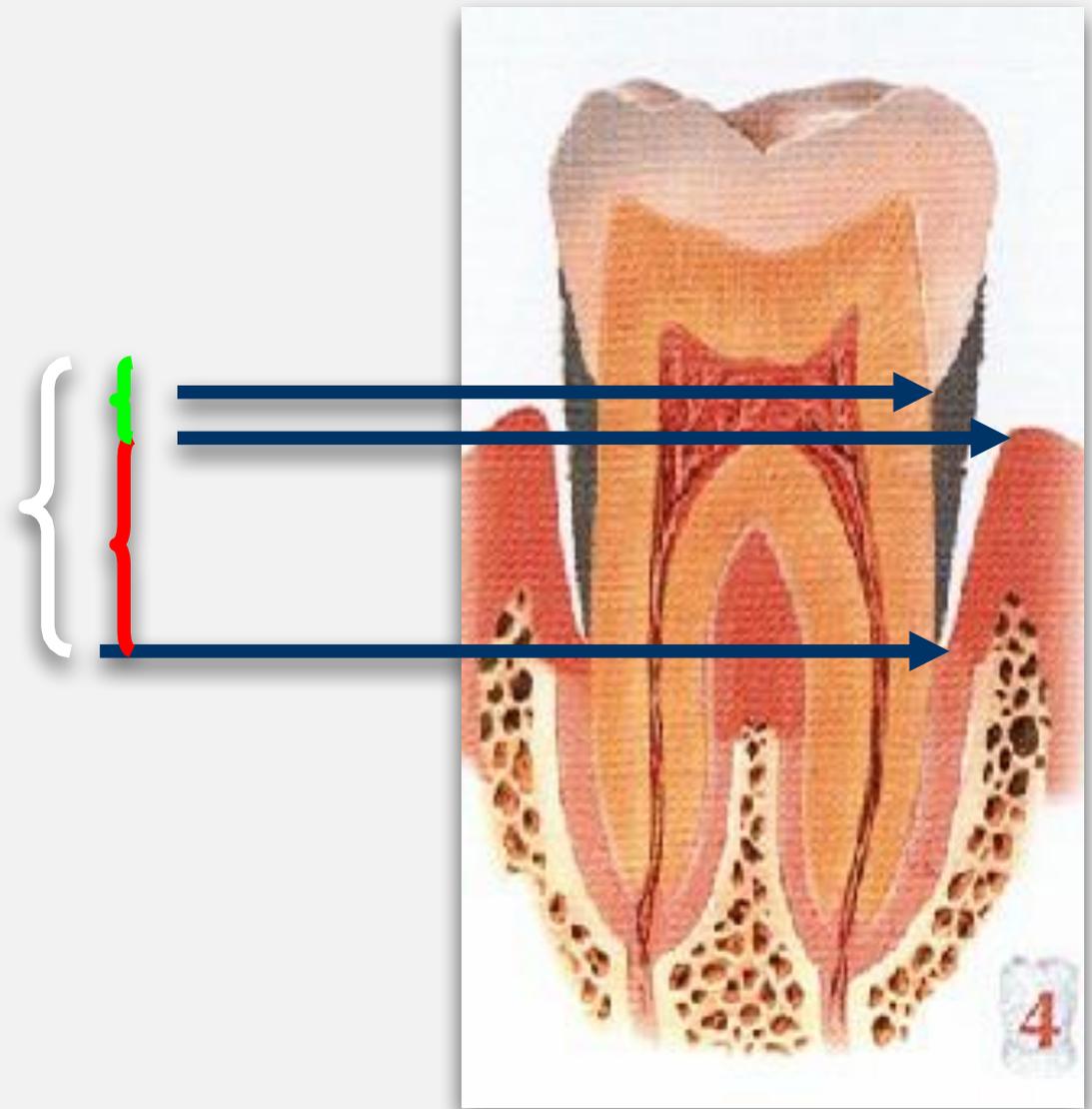
Le sondage permet d'évaluer trois paramètres importants :

- **la profondeur de la poche** : distance du rebord gingival au fond de la poche
 - **la perte d'attache** : distance de la JAC au fond de la poche
- **la récession gingivale** : distance JAC au bord gingival

Profondeur de poche

Récession

Perte d'attache



LE SONDAGE PARODONTAL

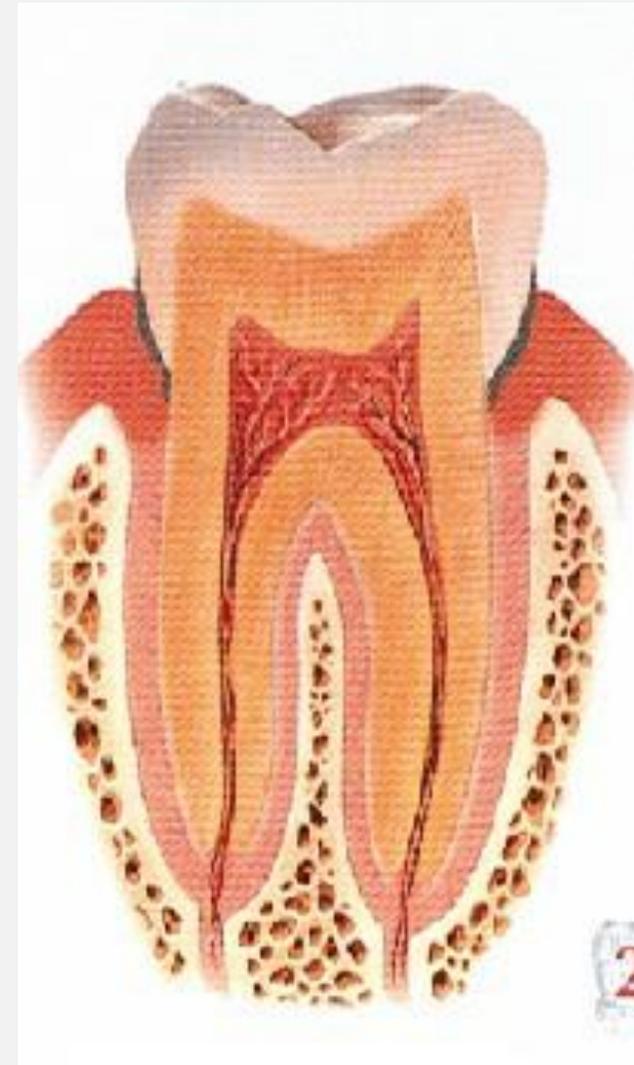
La perte d'attache

- La perte d'attache est une perte de tissu parodontal (gencive, os, ligament) qui diminue l'ancrage de la dent dans les tissus parodontaux.
- Elle peut être due:
 - à une migration apicale de l'attache. **(poche parodontale)**
 - à une migration vestibulaire ou linguale, de la gencive, de l'os, et du desmodonte
(récession gingivale).
 - à l'association des deux pathologies.

LES POCHE PARODONTALES

- **Fausse Poche**

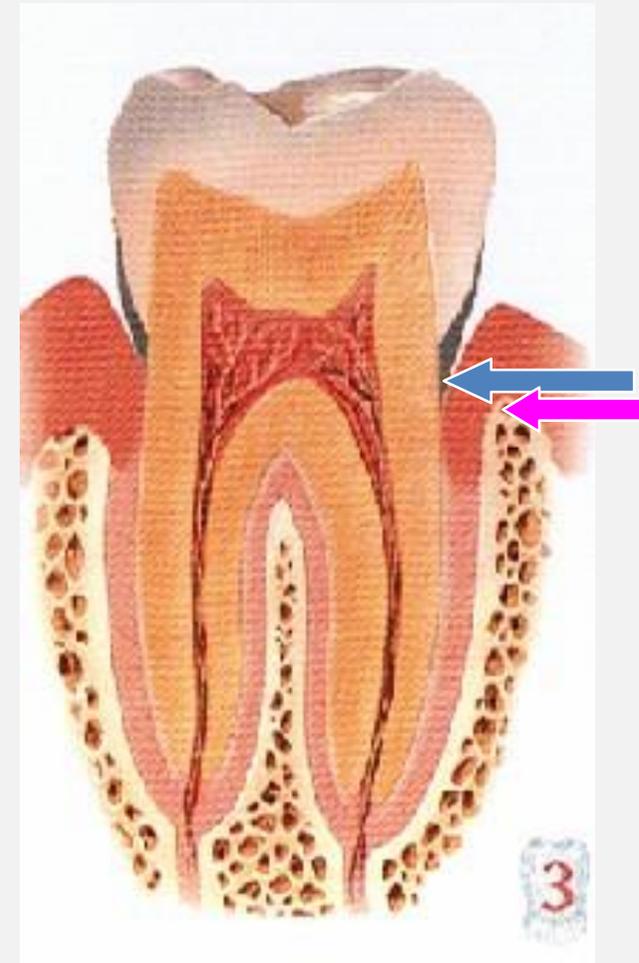
- Due à la gingivite
- Pas d'atteinte des tissus de soutien de la dent
- Augmentation du volume de la gencive



LES POCHES PARODONTALES

- Poche supra osseuse

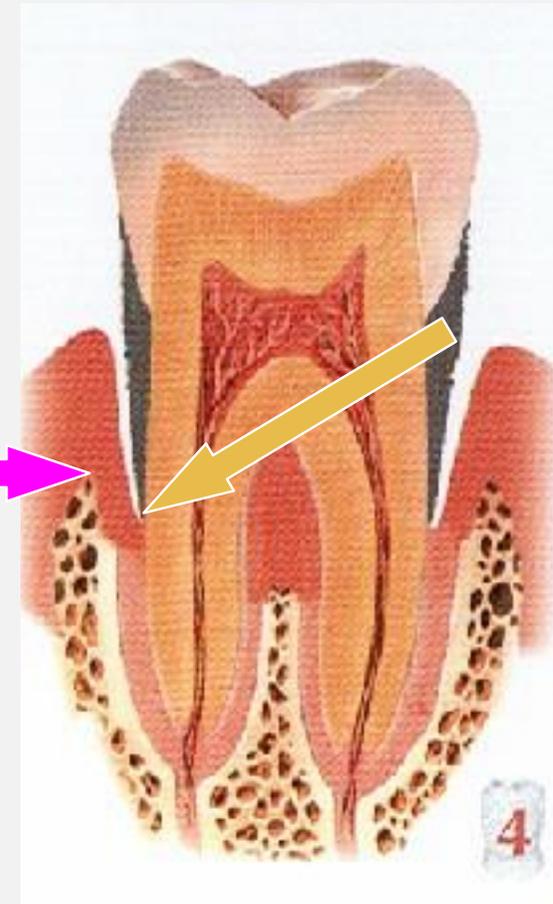
Niveau de l'attache épithéliale est coronaire par rapport à l'os



LES POCHES PARODONTALES

- Poche infra osseuse

Niveau de l'attache épithéliale est apicale par rapport à l'os



LE SONDAGE PARODONTAL

- **Erreurs liées au sondage**

Pression exercée varie d'un opérateur à un autre avec une sonde manuelle

Le diamètre de la sonde peut faire varier les mesures

L'anatomie des dents , leur position, leur point de contact peuvent induire des erreurs

Sur et sous estimation liées à l'inflammation et au tartre

LE SONDAGE PARODONTAL

Le sondage permet aussi d'évaluer l'inflammation du parodonte profond par l'apparition ou non d'un saignement après introduction douce puis retrait de la sonde dans la poche parodontale.

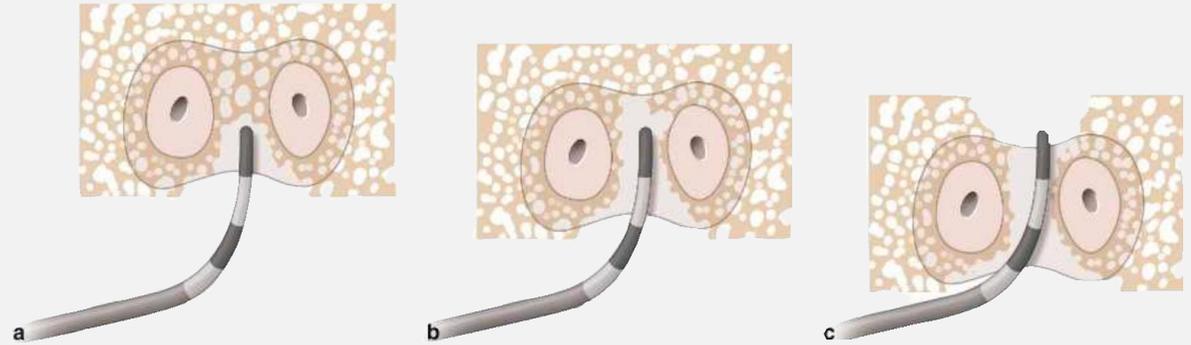
Il va permettre également de mettre en évidence d'éventuelles suppurations, signe tardif d'une infection parodontale.



LE SONDAGE PARODONTAL

Examen spécifique des pluriradiculées

Classification de HAMP

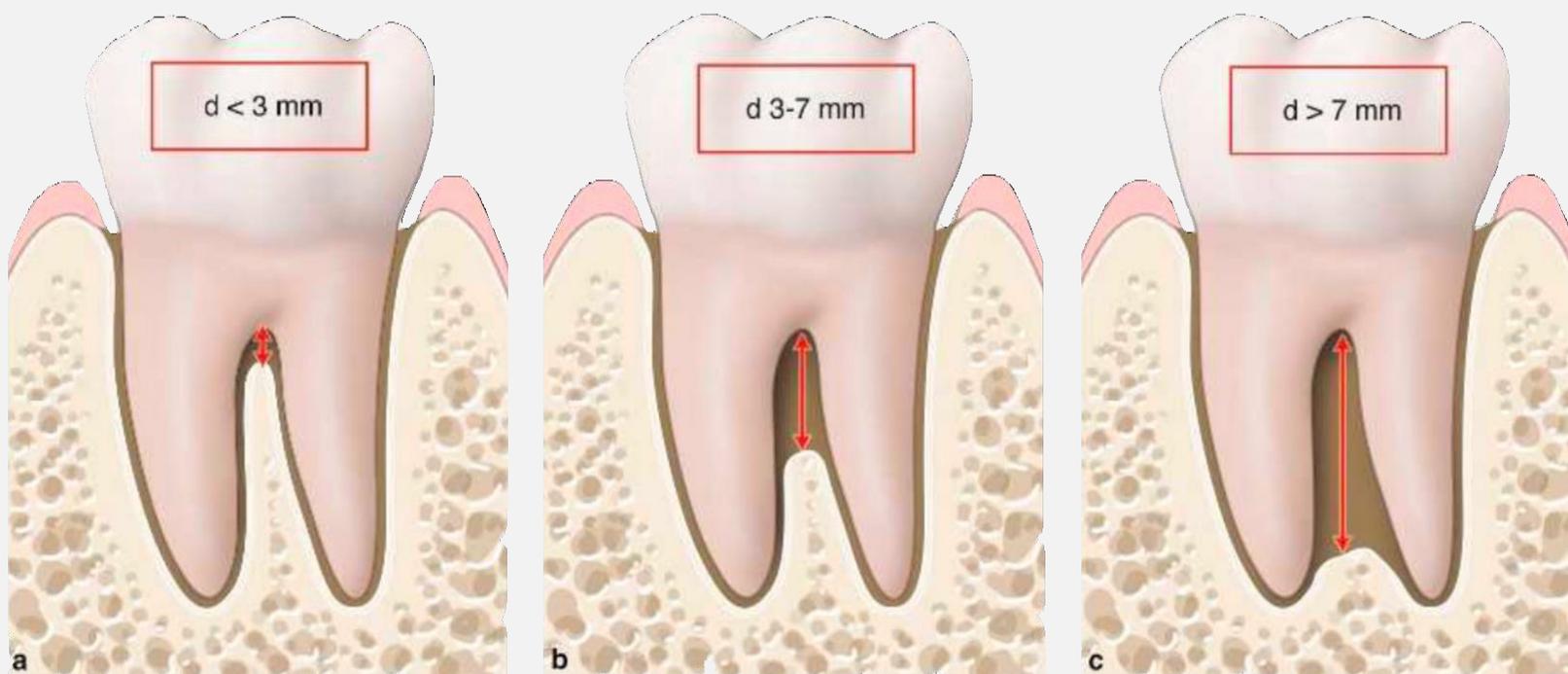


- classe 1 moins de 3 mm de perte d'attache horizontale
- classe 2 lésions non transfixiantes de plus de 3 mm
- classe 3 lésions transfixiantes

LE SONDAGE PARODONTAL

Examen spécifique des pluriradiculées

Classification de TARNOW et FLETCHER : défaut vertical

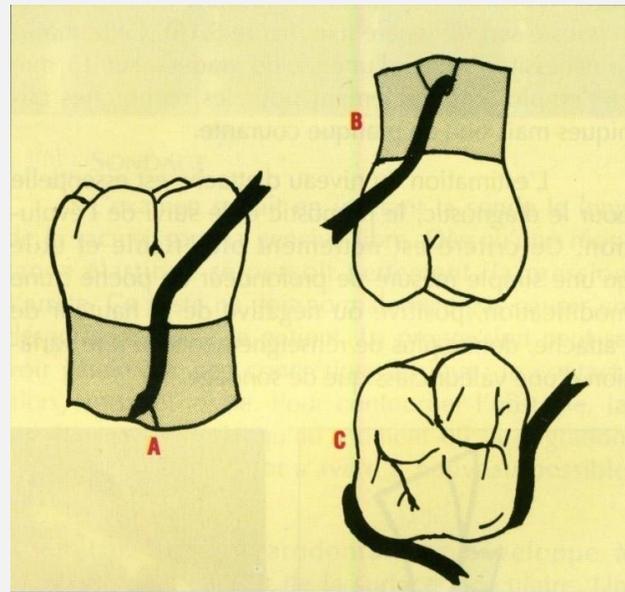


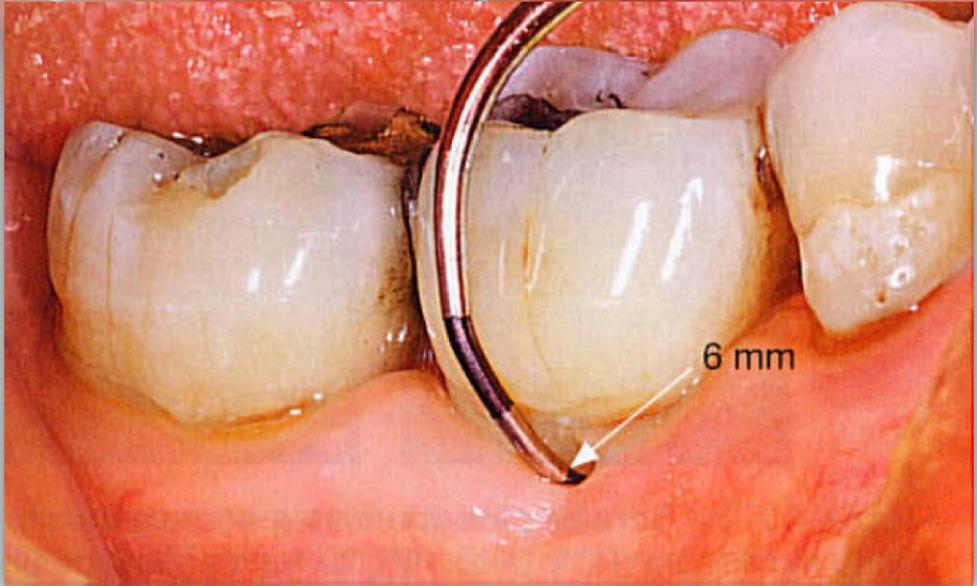
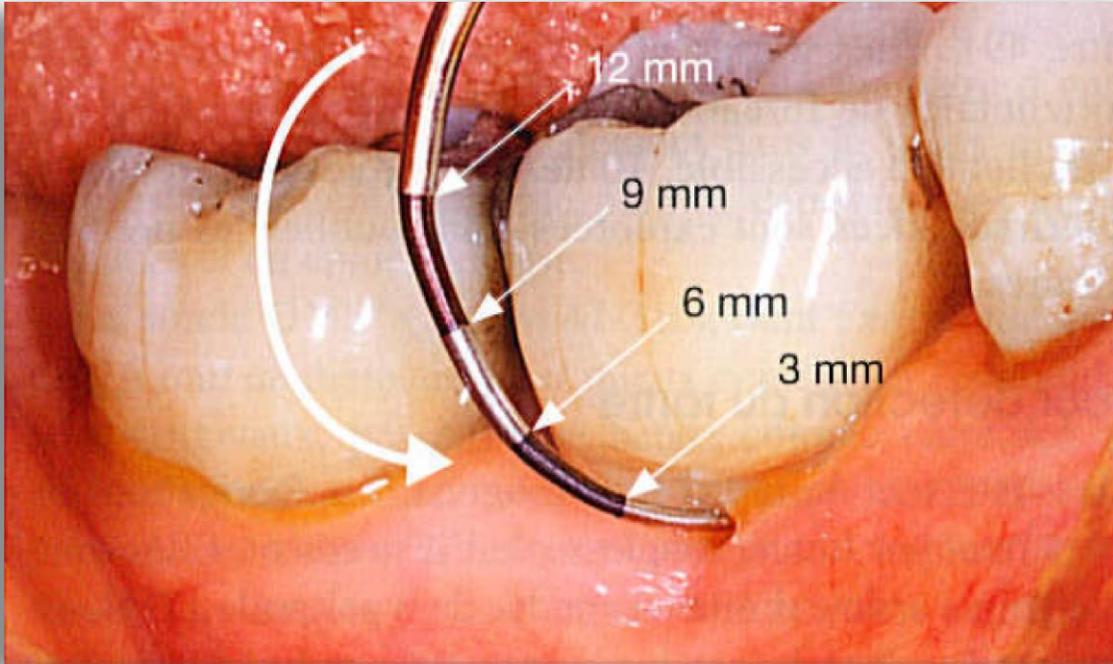
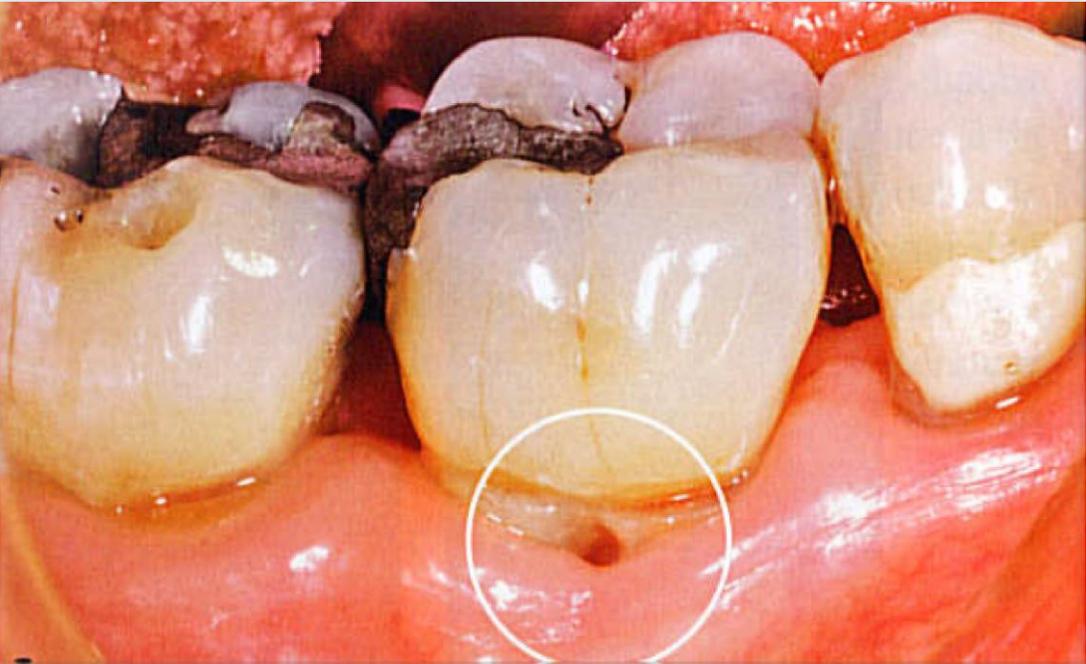
LE SONDAGE PARODONTAL

Examen spécifique des pluriradiculées

Pénétration vestibulaire et linguale pour les molaires mandibulaires

Pénétration vestibulaire, médiale et distale pour les molaires maxillaires





MOBILITES

= AMPLITUDE DE MOUVEMENT D'UNE DENT QUAND ELLE EST SOUMISE
À UNE FORCE EXERCÉ ENTRE 2 INSTRUMENTS

A l'inspection on va noter :
Incisives vestibulées
Migrations, versions
Facettes d'usure



MOBILITES

Indice de Mülheman

- 0 Ankylose
- 1 Mobilité physiologique perceptible entre 2 manches d'instruments
- 2 Mobilité transversale visible à l'oeil nu de moins de 1mm
- 3 Mobilité transversale supérieure à 1 mm
- 4 Mobilité axiale (signe du piston)

MOBILITES

La mobilité ne peut être diagnostiquée en tant que telle, elle doit être associée à son étiologie, permettant de poser un diagnostic différentiel mais aussi un pronostic.

Dans la majorité des cas, la mobilité décelable cliniquement est associée à une image radiographique d'espace ligamentaire augmenté.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

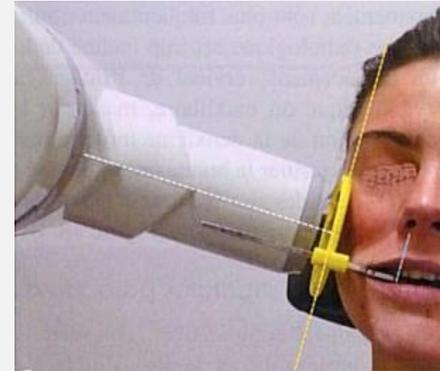


EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

RÉALISÉ AVEC UNE TECHNIQUE PRÉCISE ET REPRODUCTIBLE : UN BILAN LONG CÔNE AVEC UN ANGULATEUR DE RINN PERMET DE CONNAÎTRE L'ANATOMIE ET LA QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT PARODONTAL PROFOND.

Le praticien peut à la fois évaluer:

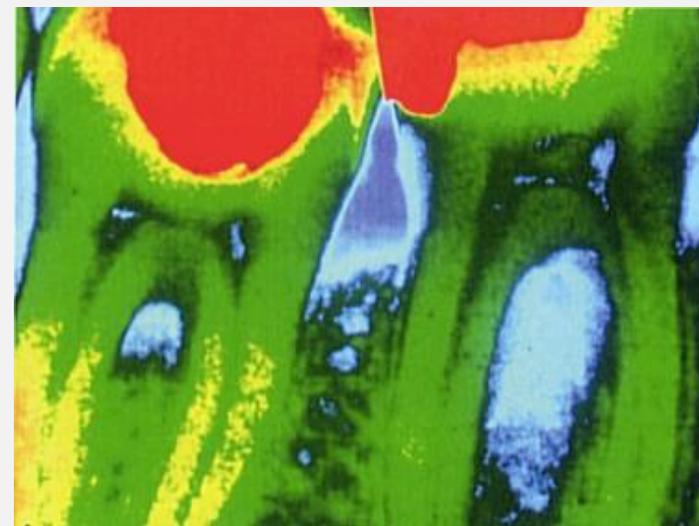
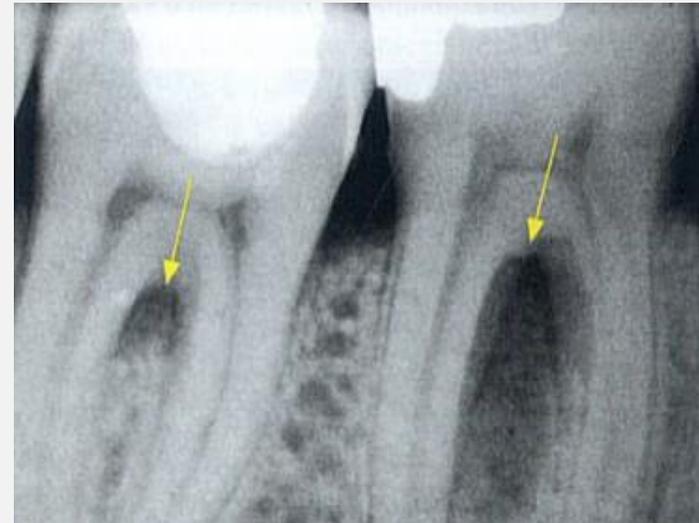
- le niveau du support osseux par rapport à la hauteur radiculaire
- l'état du cément, du ligament alvéolo-dentaire et de l'os alvéolaire
- la présence d'une corticale
- la densité de la trabéculatation
- la forme de la lésion osseuse



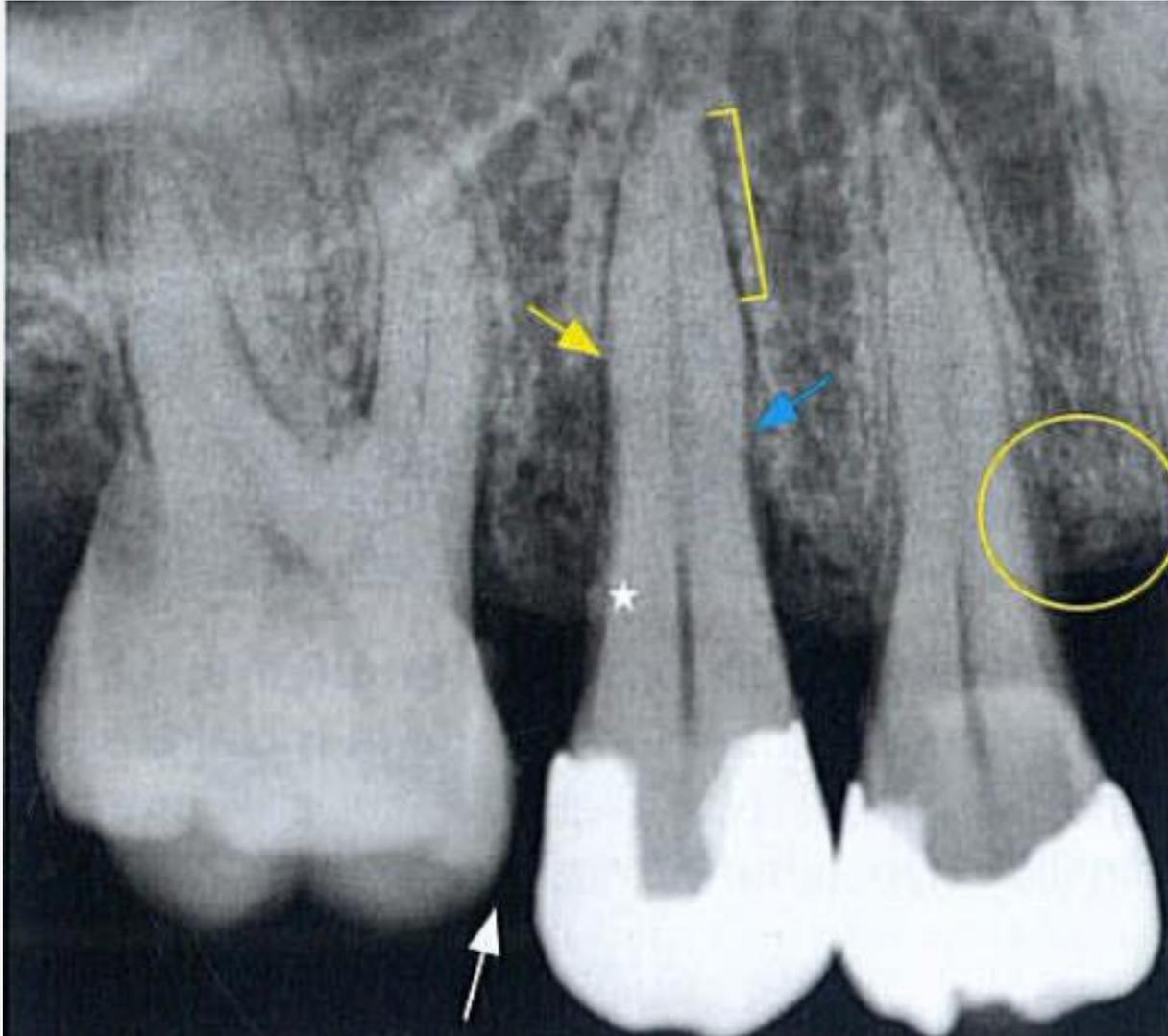
EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

- Status rétro alvéolaire
- Radio Panoramique
- Examen 3D en implanto OBLIGATOIRE

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

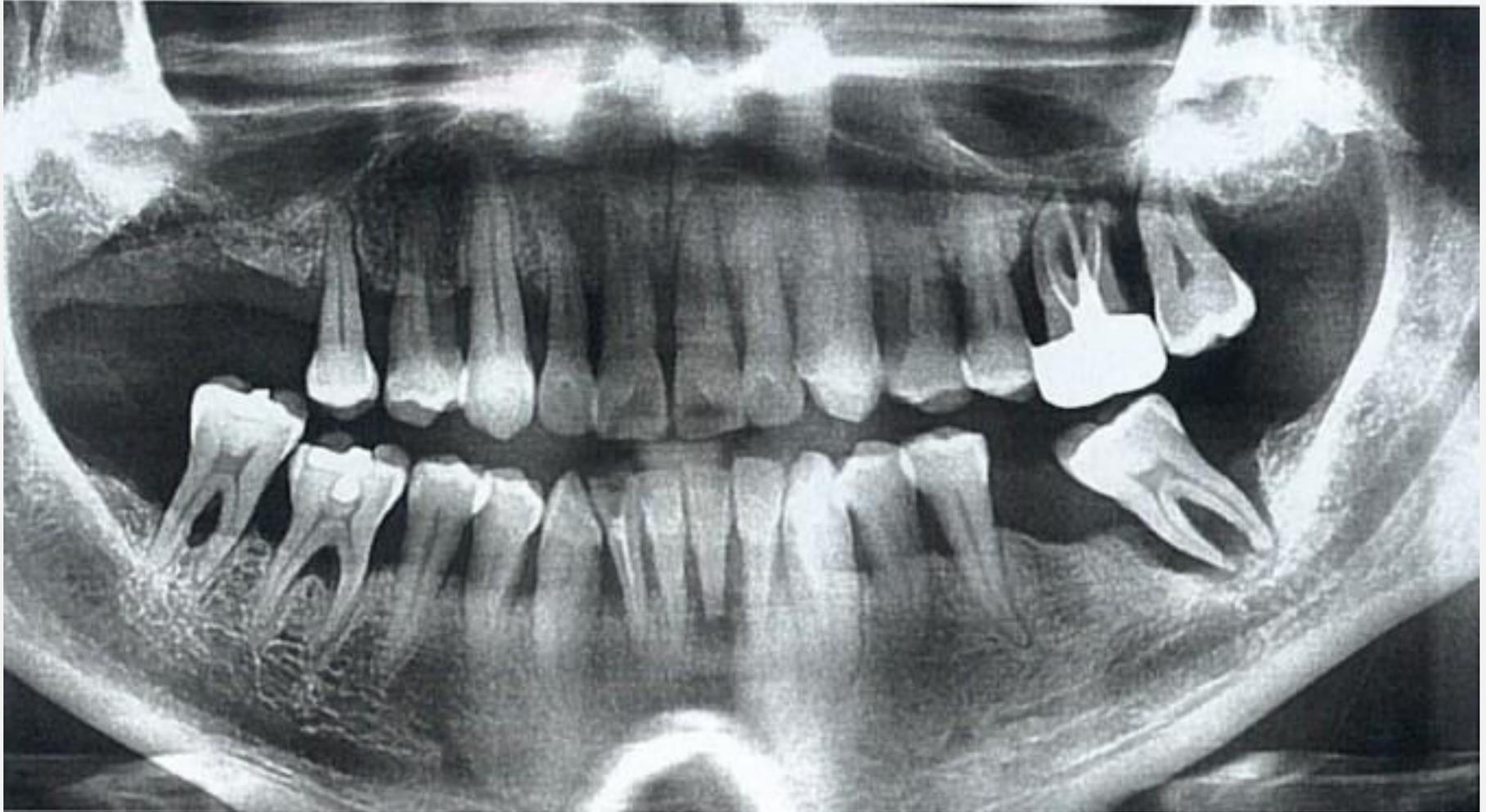


EXAMEN RADIOGRAPHHIQUE



- ➔ Défaut infra osseux mésial
- ➔ Défaut infra osseux distal
- Disparition lamina dura
(aspect sucre mouillé)
- ➔ Absence point de contact
- ⌈ Epaississement ligamentaire

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE



EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

EXAMEN TRIDIMENSIONNEL

Scanner ou Tomodensitométrie

CBCT ou Cone Beam

Reconstruction de coupes dans tous les plans de l'espace

- Rarement en Paro, TOUJOURS en Implantologie

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

EXAMEN TRIDIMENSIONNEL



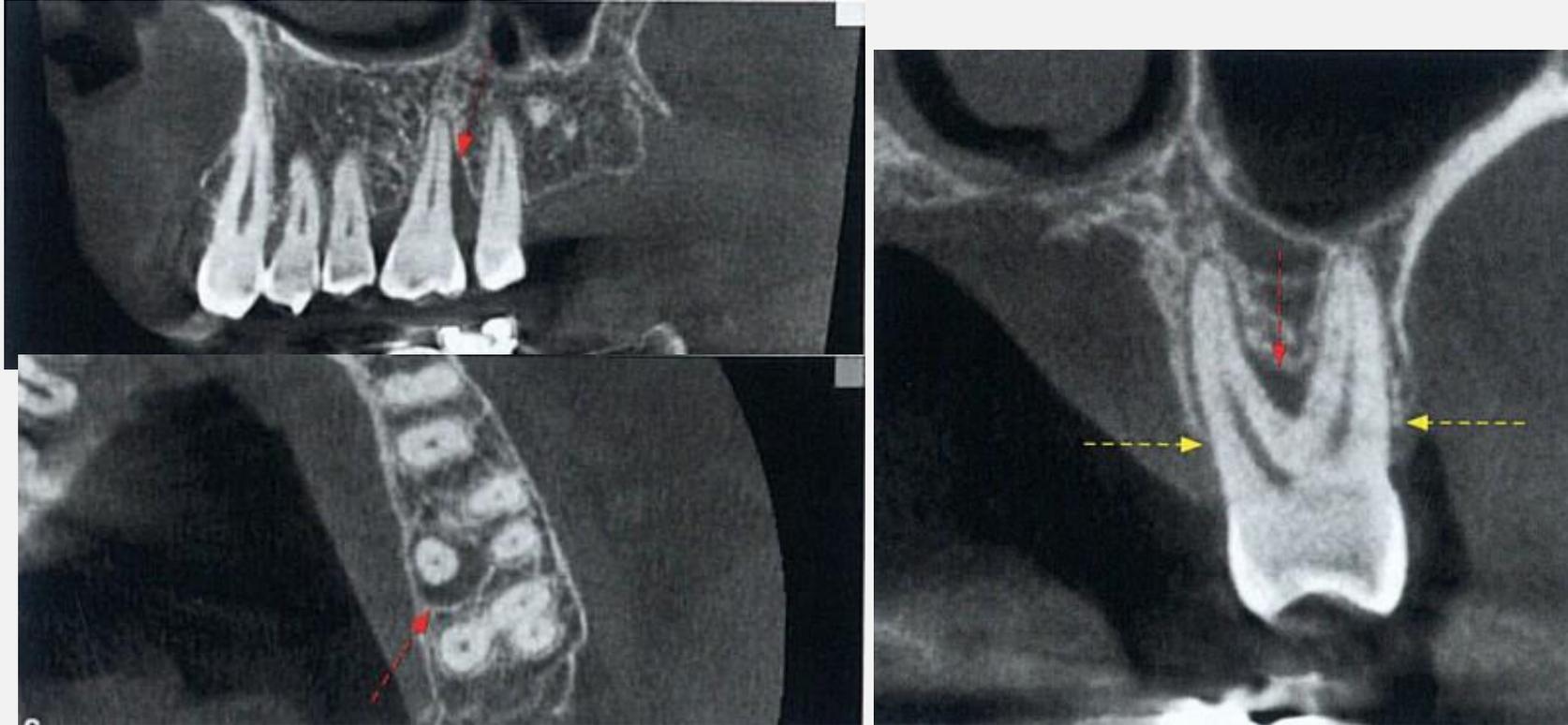
Poche 10mm en disto palatin sur une 26

Peu d'alvéolyse sur la radio rétro alvéolaire

- Cône de Gutta inséré = lésion entre Racine Mésial et palatine

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

EXAMEN TRIDIMENSIONNEL

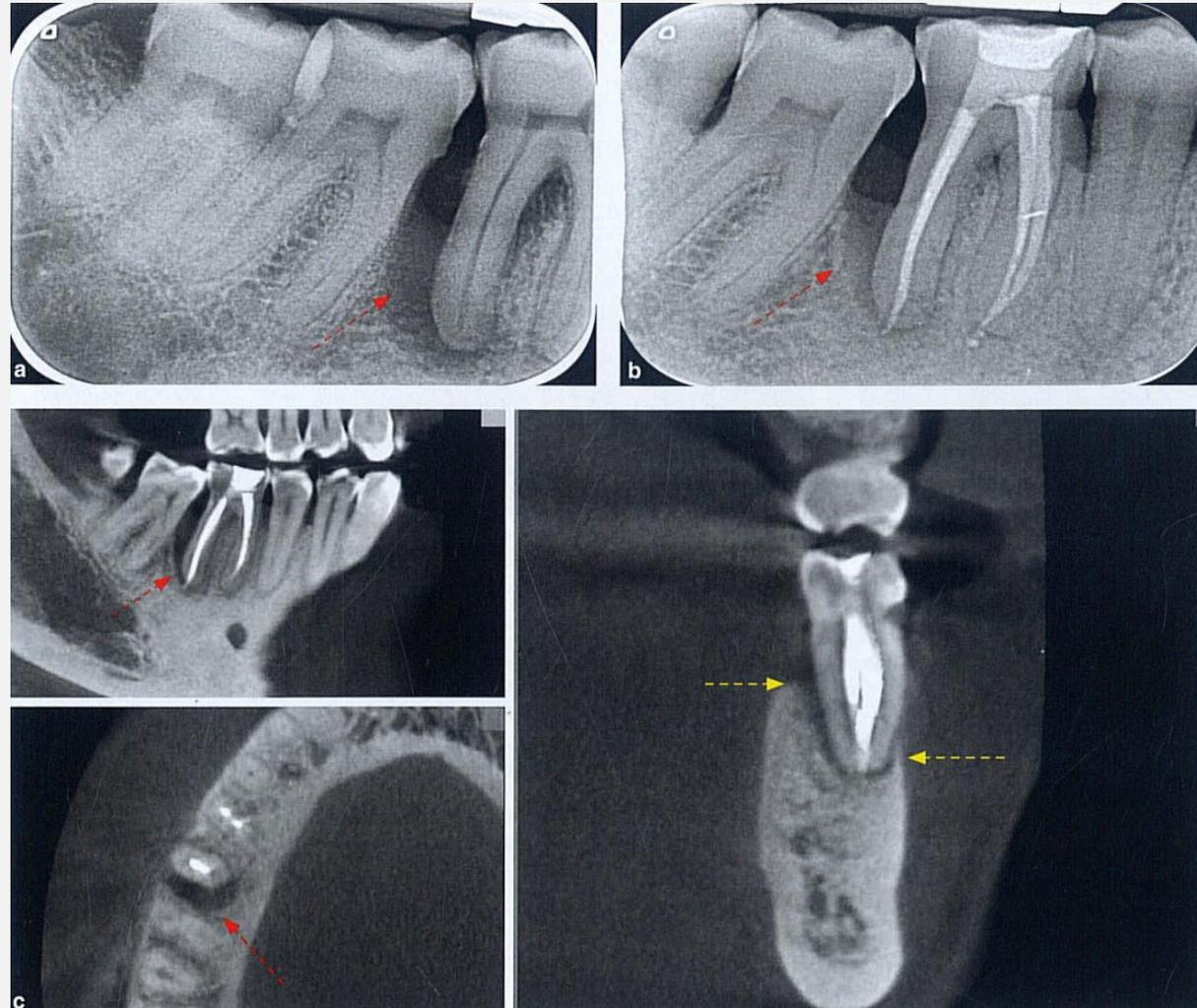


Lesion Distale visible sur le CBCT (flèche rouge)

- Niveau des corticales Vestibulaire et Palatine (flèche Jaune)

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

EXAMEN TRIDIMENSIONNEL



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les Tests Bactériens

Portent essentiellement sur la recherche de bactéries dites parodontopathogènes

Microscope à contraste de phase (LISTGARTEN 1978)

Consiste à prélever un échantillon de plaque et à l'examiner après étalement et dispersion sur une lame. On voit les bactéries mobiles incompatibles avec la santé parodontale

Technique simple et permet de voir la morphologie des bactéries, mais ne nous permet pas de les identifier.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les Tests Bactériens

Portent essentiellement sur la recherche de bactéries dites parodontopathogènes

Cultures Bactériennes

Technique de référence

Identifie et quantifie chaque espèce par rapport à la flore microbienne totale
(*SLOTS 1986*)

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

CULTURES BACTÉRIENNES

Pas d'antibiothérapie avant le prélèvement (6 à 8 semaines)

Le choix des sites prélevés est généralement basé sur la gravité clinique des lésions

- profondeur de poche
- perte d'attache
- saignement à éviter pour le prélèvement

Pointes de papier absorbantes stériles

Isolement de la salive par des rouleaux de coton.

Les pointes sont insérées dans le sillon gingival jusqu'à la sensation de résistance et laissées en place 10 secondes

Les pointes sont ensuite placées dans un milieu de transport spécifique (milieu semi-gélosé) qui préserve la vitalité des micro-organismes anaérobies. (*SLOTS 1986*)



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Cultures Bactériennes

Permet de déterminer la composition de la flore prélevée et de préciser la susceptibilité aux antibiotiques (antibiogramme).

Inconvénients:

Les bactéries parodontopathogènes sont essentiellement des bactéries anaérobies. Le risque majeur est donc la destruction presque systématique de ces bactéries lors de leur extraction du sillon gingival.

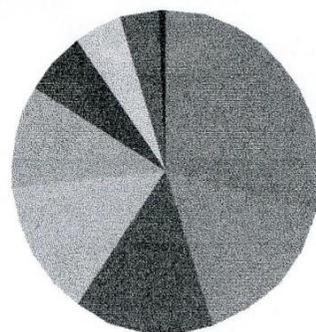
Cela implique des méthodes de prélèvement et de culture trop spécifiques car les cellules transmises au laboratoires doivent être **vivantes**.

Lenteur des résultats (3 semaines)

« Transport » (48 heures)

Nom des bactéries	Présence / Absence de la bactérie	Nombre de bactéries dans l'échantillon	% bactéries / flore totale
Flore totale		3,8E+10	100,00%
<i>Actinobacillus actinomycetemcomitans</i>	+++	1,4E+08	0,36%
<i>Tannerella forsythensis</i>	++	8,6E+07	0,23%
<i>Campylobacter rectus</i>	+++	3,9E+08	1,02%
<i>Treponema denticola</i>	++	6,9E+07	0,18%
<i>Eikenella corrodens</i>	++	8,5E+06	0,02%
<i>Prevotella intermedia</i>	+++	1,8E+08	0,48%
<i>Peptostreptococcus micros</i>	++	5,5E+07	0,14%
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	+++	2,1E+08	0,55%
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	+++	2,0E+08	0,51%

Proportion de chaque paro-pathogène quantifié par rapport à l'ensemble des paro-pathogènes présents dans l'échantillon :



- C. rectus
- P. gingivalis
- F. nucleatum
- P. intermedia
- A. actinomycetemcomitans
- T. forsythensis
- T. denticola
- P. micros
- E. corrodens

CENTRE DE BIOLOGIE DU LANGUEDOC

E. BEGUIER - T. CALIEZ - C. FONTES - A. GUILHEM - E. JEAN - H. KERDRANVAT - B. LE BORGNE - M. RUDELLE - J-M. ZEGLANY

CBL NARBONNE
12 av. Pierre et Marie Curie - BP 20311
11103 NARBONNE CEDEX
Tél. 04 68 90 79 89 - Fax 04 68 65 51 59
DU LUNDI AU VENDREDI DE 6H30 A 19H. SAMEDI DE 6H30 A 16H.



CBL AVICENNE
2 av. Maréchal Juin - BP 2012 - 11020 CARCASSONNE
Tél. 04 68 72 79 70 - Fax 04 68 72 79 75
LUNDI-VENDREDI : 7H-12H30 - 13H30-19H. SAMEDI : 7H-12H30 - 14H-17H30.

CBL SÉRIGNAN
1 rue Joseph Lazare - 34410 SÉRIGNAN
Tél. 04 67 32 40 55 - Fax 04 67 32 58 21
DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H A 19H. SAMEDI DE 7H30 A 12H30.

Informations et résultats sur:
www.cbl.bio
contact@cbl.bio

CBL BLANC
54 bd. Jean Jaurès - BP 2012 - 11020 CARCASSONNE
Tél. 04 68 71 74 79 - Fax 04 68 71 74 88
LUNDI-VENDREDI : 7H-12H - 13H30-18H. SAMEDI : 7H-12H.

RAPPORT D'ANALYSE

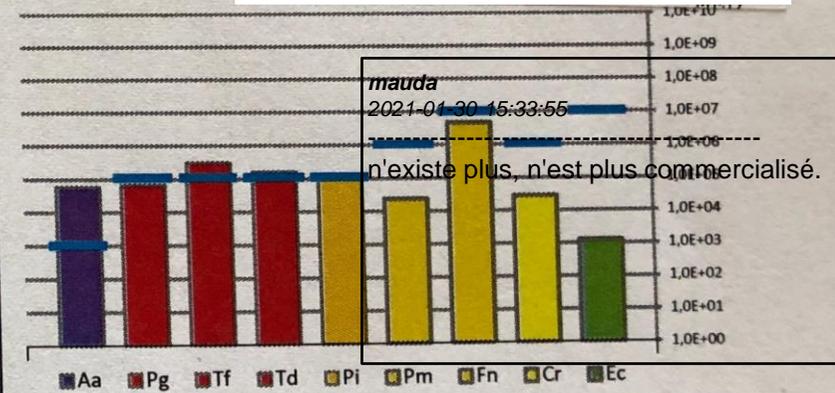
Méthode d'analyse par PCR en temps réel avec SUNSTAR GUIDOR® Perio-Implant Diagnostic Test par l'Institut Clinident

Identification du patient :

4582993198

Résultats microbiologiques

Bactérie	* Charge bactérienne	** Seuil de pathogénicité	*** Statut	**** % / Flore totale
<i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i>	5,8E+04	1,0E+03	+++	0,58
<i>Porphyromonas gingivalis</i>	6,7E+04	1,0E+05	+	0,67
<i>Tannerella forsythia</i>	3,1E+05	1,0E+05	++	3,09
<i>Treponema denticola</i>	1,6E+05	1,0E+05	++	1,59
<i>Prevotella intermedia</i>	1,2E+05	1,0E+05	++	1,19
<i>Parvimonas micra</i>	2,4E+04	1,0E+06	+	0,23
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	4,8E+06	1,0E+07	+	47,30
<i>Campylobacter rectus</i>	2,8E+04	1,0E+06	+	0,27
<i>Eikenella corrodens</i>	1,3E+03	1,0E+07	+	0,01
Flore Bactérienne Totale	1,0E+07			



Charge bactérienne : Nombre de bactéries quantifiées dans l'échantillon
Seuil de pathogénicité : Représente un seuil spécifique pour chacune des bactéries au-dessus duquel une antibiothérapie est recommandée afin de réduire les risques de perte de la dent ou de l'attache de l'implant (maladie parodontale ou péri-implantite).

Statuts: Niveaux de la charge bactérienne

- Absence de bactéries
- + Charge bactérienne modérée et inférieure au seuil de pathogénicité
- ++ Charge bactérienne élevée, supérieure au seuil de pathogénicité, associée à une forme agressive de parodontite
- +++ Charge bactérienne très élevée, 10 fois supérieure au seuil de pathogénicité. Forte probabilité de parodontite agressive associée à une perte

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

QUELS PATIENTS TESTER ?

Les patients à parodontite sévère

Les patients à parodontite réfractaire

Les patients immuno-déficients

Les patients avec péri-implantites

Si doute du diagnostic

A.J. VAN WINKELHOFF 2003

EXAMEN COMPLÉMENTAIRES

QUAND TESTER ?

Dans les formes sévères :

Avant le traitement actif

Après le traitement actif

Pendant la phase de maintenance

Dans les formes réfractaires : A n'importe quel moment.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Les Tests Bactériens

Conclusion:

L'utilisation de ces tests ne doit pas être systématique, mais leur nécessité est indiscutable en cas de récurrence de la maladie ou en cas de parodontites sévères.

Dans ces cas là, leurs intérêts sont multiples :

- confirmer un diagnostic
- vérifier les résultats de notre thérapeutique (disparition des bactéries parodontopathogènes initialement présentes)
- mettre en place un plan de traitement prothétique et/ou implantaire.

CONCLUSION DÉMARCHE DIAGNOSTIC

Le patient est-il atteint par une maladie parodontale ?

De quel type de maladie parodontale souffre-t-il ?

Quel est l'état d'activité de la pathologie ?

Quel est le stade d'avancement de la pathologie ?

Quel est l'intensité du risque de récurrence après traitement ?

Quels sont les éléments qui vont compliquer le traitement parodontal ?

QUEL PRONOSTIC ???? : **MAINTENANCE PRIMORDIALE**

LE PRONOSTIC

- La maladie, les dents et les sites parodontaux ont leur propre pronostic.
- Le pronostic doit être établi avec et sans traitement.
- Plus la maladie parodontale est sévère et étendue, moins le pronostic sera bon.
- Le pronostic doit être réévalué régulièrement.

LE PRONOSTIC

- Pronostic au niveau de la maladie parodontale :
 - ✓ Bon : santé parodontale
 - ✓ Réservé : risque d'évolution
 - ✓ Très réservé : évolution modérée à importante
 - ✓ Mauvais : évolution importante

LE PRONOSTIC

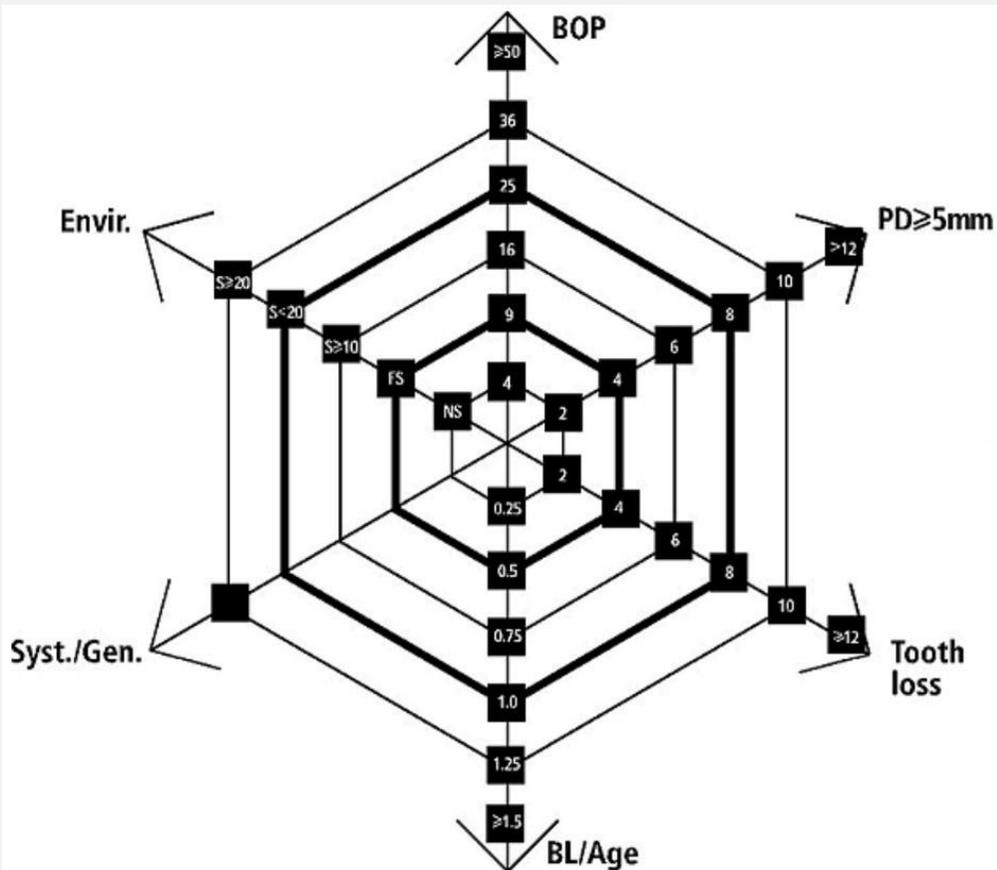
- Pronostic au niveau de la dent :
 - ✓ Bon : la dent est conservable à long terme
 - ✓ Réservé : la dent est conservable à moyen terme
 - ✓ Très réservé : la dent est conservable à court terme
 - ✓ Mauvais : la dent n'est pas conservable

LE PRONOSTIC

- Pronostic au niveau du site parodontal:
 - ✓ Bon : absence durable de perte d'attache sans risque de récurrence
 - ✓ Réservé : absence de perte d'attache mais risque de récurrence
 - ✓ Très réservé : risque élevé de perte d'attache
 - ✓ Mauvais : perte d'attache continue

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti



1. Percentage of bleeding on probing,
2. Prevalence of residual pockets greater than 4 mm (³ 5 mm),
3. Loss of teeth from a total of 28 teeth,
4. Loss of periodontal support in relation to the patient's age,
5. Systemic and genetic conditions, and
6. Environmental factors, such as cigarette smoking.

Fig 1 Functional diagram to evaluate the patient's risk for recurrence of periodontitis. Each vector represents one risk factor or indicator with an area of relatively low risk, an area of moderate risk and an area of high risk for disease progression. All factors have to be evaluated together and hence, the area of relatively low risk is found within the center circle of the polygon, while the area of high risk is found outside the periphery of the second ring in bold. Between the two rings in bold, there is the area of moderate risk.

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

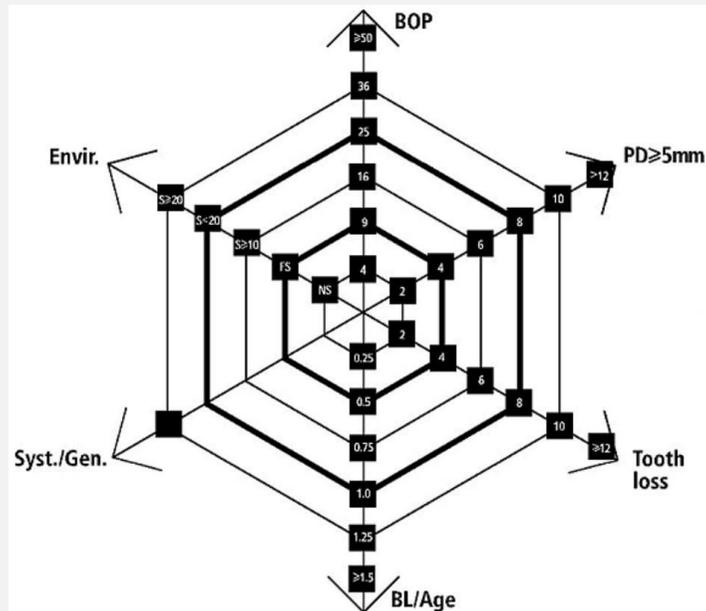


Fig 1 Functional diagram to evaluate the patient's risk for recurrence of periodontitis. Each vector represents one risk factor or indicator with an area of relatively low risk, an area of moderate risk and an area of high risk for disease progression. All factors have to be evaluated together and hence, the area of relatively low risk is found within the center circle of the polygon, while the area of high risk is found outside the periphery of the second ring in bold. Between the two rings in bold, there is the area of moderate risk.

1. Percentage of bleeding on probing,
2. Prevalence of residual pockets greater than 4 mm (\approx 5 mm),
3. Loss of teeth from a total of 28 teeth,
4. Loss of periodontal support in relation to the patient's age,
5. Systemic and genetic conditions, and
6. Environmental factors, such as cigarette smoking.

Chaque indicateur donne un risque faible, modéré ou élevé

Evaluation du risque personnalisé pour le patient

Permet d'évaluer la fréquence de maintenance par

Oral Health & Preventive Dentistry 1/2003, S. 7-16

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

1. Percentage of sites with bleeding on probing (BOP)

Lors de l'évaluation du risque de progression de la maladie du patient, les pourcentages de BOP reflètent un résumé de la capacité du patient à effectuer un contrôle de plaque approprié, la réponse de l'hôte du patient au défi bactérien et l'observance du patient, en particulier lorsqu'il ne reste que quelques poches résiduelles après un traitement parodontal actif

Les individus avec des pourcentages moyens de BOP faibles (< 10 % des surfaces) peuvent être considérés comme des patients à faible risque de maladie récurrente (Lang et al, 1990), tandis que les patients avec des pourcentages moyens de BOP > 25 % doivent être considérés comme étant à haut risque

Oral Health & Preventive Dentistry 1/2003, S. 7-16

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

2. Prevalence of residual pockets ≥ 5 mm (residual pocket greater than 4 mm)

La présence de fréquences élevées de poches résiduelles profondes et d'approfondissement des poches pendant les soins parodontaux de soutien a, en fait, été associée à un risque élevé de progression de la maladie (Badersten et al, 1990 ; Claffey et al, 1990).

Les individus avec jusqu'à 4 poches résiduelles peuvent être considérés comme des patients à risque relativement faible, tandis que les patients avec plus de 8 poches résiduelles comme des individus à haut risque de récurrence.

Oral Health & Preventive Dentistry 1/2003, S. 7-16

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

3. Loss of teeth from a total of 28 teeth

Les personnes ayant jusqu'à 4 dents perdues peuvent être considérées comme des patients dans une catégorie à faible risque, tandis que les patients ayant perdu plus de 8 dents peuvent être considérés comme faisant partie d'une catégorie à haut risque. La justification de cela découle de l'importance d'une nouvelle perte de dents en termes de préservation de la fonction de la dentition.

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

4. Loss of periodontal support in relation to the patient's age

- L'estimation de la perte d'os alvéolaire est effectuée dans la région postérieure soit sur des radiographies rétro-alvéolaires, dans lesquelles le site le plus affecté est grossièrement estimé en pourcentage de la longueur de la racine, soit sur des radiographies bitewing dans lesquelles le site le plus affecté est estimé en millimètres.
- Sur les radiographies bitewing, un millimètre est considéré comme égal à 10 % de perte osseuse. Le pourcentage est ensuite divisé par l'âge du patient. Cela se traduit par un facteur.

A titre d'exemple, un patient de 40 ans avec 20% de perte osseuse au niveau du site postérieur le plus affecté obtiendrait un score $BL/Age = 0,5$. Un autre patient de 40 ans avec une perte osseuse de 50 % au niveau du site postérieur le plus affecté obtiendrait un score $BL/\hat{A}ge = 1,25$.

0.5 = risque entre faible et modéré

1.0 = risque entre modéré et élevé

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

5. Systemic and genetic aspects

- Ces dernières années, des marqueurs génétiques sont devenus disponibles pour déterminer divers génotypes de patients concernant leur susceptibilité aux maladies parodontales.
- La recherche sur les polymorphismes de l'interleukine-1 (IL-1) a indiqué que les patients positifs pour le génotype IL-1 présentent des lésions de parodontite plus avancées que les patients négatifs pour le génotype IL-1 du même groupe d'âge (Kornman et al, 1997). En outre, il existe une tendance à une perte de dents plus élevée chez les sujets positifs au génotype IL-1 (McGuire et Nunn, 1999).
- Dans l'étude de Chatzopoulos soixante-sept patients diagnostiqués avec une parodontite chronique ont été regroupés selon le statut génotypique et le risque de progression de la maladie et de perte de dents. Tous les individus ont été cliniquement évalués pour la profondeur de poche au sondage, la perte d'attache clinique et les saignements au sondage au départ et 45 jours après le traitement. Des échantillons de sang ont été prélevés au départ et le génotypage des polymorphismes des gènes IL-6 (rs1800796) et IL-10 (rs1800872) a été effectué par PCR. Après séparation de l'ADN et génotypage, 65,7 % des patients étaient porteurs homozygotes de l'IL-6 -572G et 49,3 % étaient porteurs de l'allèle IL-10 -592A. Les personnes à risque de progression de la maladie variaient de 7,5 % à 62,7 % selon les critères utilisés. Les porteurs de l'allèle IL-10 -592A étaient associés de manière significative à une BOP \geq 30 % et présentaient donc un risque plus élevé de dégradation parodontale supplémentaire ($p = 0,018$). Le polymorphisme de l'IL-10 était associé à un risque accru de progression de la maladie et au besoin potentiel d'un traitement supplémentaire après un traitement parodontal non chirurgical. Les génotypes sensibles à l'IL-6 n'étaient pas associés au risque d'activité persistante ou récurrente de la maladie.
- Association et/ou influence modificatrice sur la susceptibilité et la progression de la parodontite du stress physique ou psychologique

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

6. Cigarette smoking

- L'association du tabagisme et de la parodontite s'est avérée dose-dépendante
 - Non-fumeurs (NS) et anciens fumeurs (FS ; plus de 5 ans depuis l'arrêt) = faible risque de récurrence de la parodontite
 - Gros fumeurs (HS : plus d'un paquet par jour) = risque élevé
 - Fumeurs occasionnels (OS ; < 10 cigarettes par jour) et fumeurs modérés (SEP ; 10-19 cigarettes par jour) = risque modéré de progression de la maladie.

Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT)

Niklaus P.Langa /MaurizioS.Tonetti

A *moderate PRA* patient has at least two parameters in the moderate category, but at most one para in the high-risk category (Fig. 3).

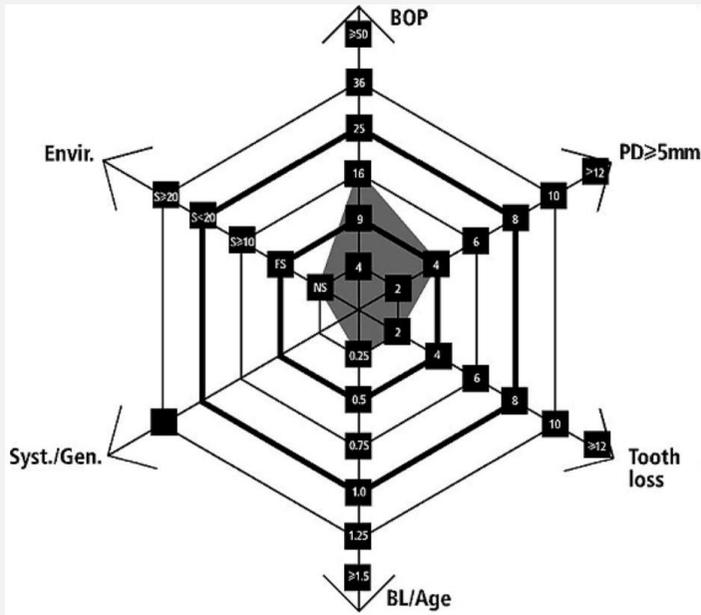


Fig 2 Functional diagram of a low-risk maintenance patient. BOP is 15%, 4 residual pockets ≥ 5 mm are diagnosed, 2 teeth had been lost, the bone factor in relation to the age is 0.25, no systemic factor is known and the patient is a non-smoker.

Risque faible

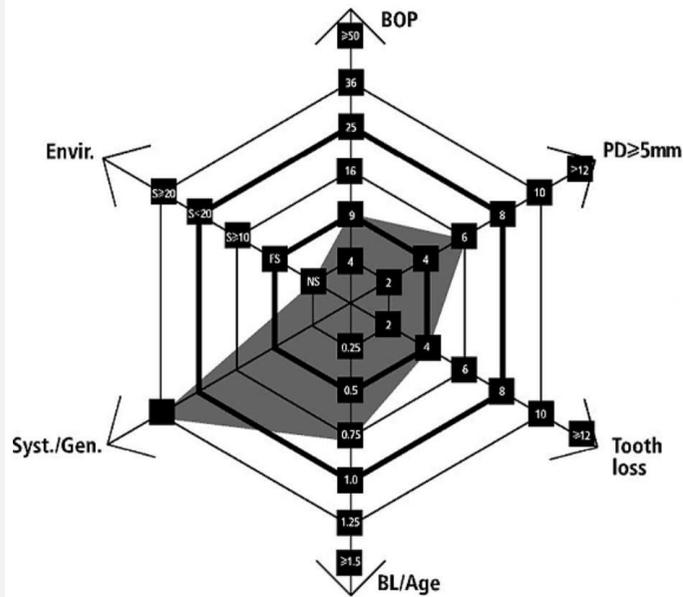


Fig 3 Functional diagram of a medium-risk maintenance patient. BOP is 9%, 6 residual pockets ≥ 5 mm are diagnosed, 4 teeth had been lost, the bone factor in relation to the age is 0.75, the patient is a Type I diabetic, but a non-smoker.

Risque modéré

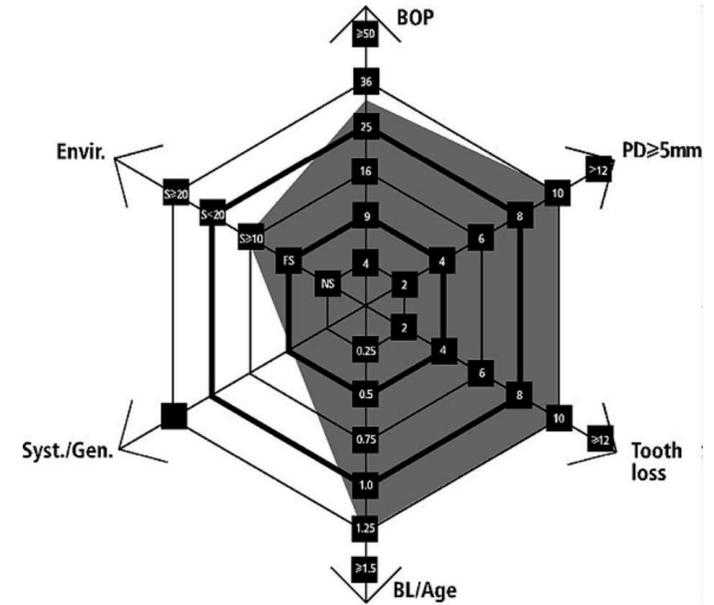


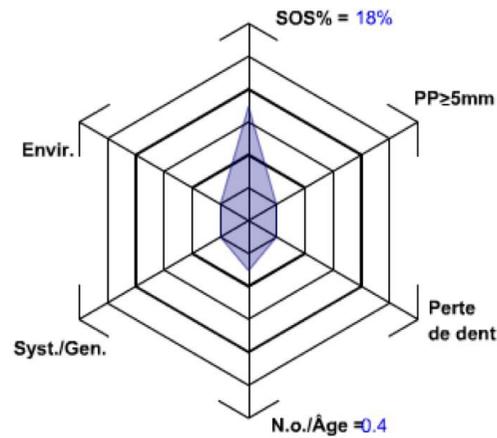
Fig 4 Functional diagram of a high-risk maintenance patient. BOP is 32%, 10 residual pockets ≥ 5 mm are diagnosed, 10 teeth had been lost, the bone factor in relation to the age is 1.25, no systemic factor is known and the patient is an occasional smoker.

Risque élevé

Clinique de Parodontologie

Evaluation du risque parodontal

Nom de famille Prénom Date



Âge

Nombre de dents et d'implants (1 - 32)

Nombre de sites par dent / implant 2 4 6

Nombre de sites pos. au SOS of 56

Nombre de sites avec PP≥5mm

Nombre de dents manquante

% de perte osseuse alvéolaire (estimation en % ou 10% par 1mm) %

Syst./Gen. Oui Non

Envir. Non fumeur (NF)
 Ancien fumeur (AF)
 Fumeur occasionel (FO)
 Fumeur (F)
 Gros fumeur (GF)

Surface du polygone: 7.79422

Risque parodontal: **faible**

Interval de controle conseille: **12** Mois

Site Internet Perio-tools, inspiré des polaires de risque de LANG et TONETTI



Imprimer

Effacer

LE PRONOSTIC DE LA MALADIE

Facteurs liés au patient

Etat de santé = facteurs de risques (exemple : diabète équilibré ou non)

Facteurs comportementaux = adhésion au traitement, arrêt du tabac , contrôle de plaque

Antécédent parodontaux = traitement antérieurs ? Bon diagnostic ? Récidive ?

Facteurs Familiaux = évolution plus rapide de la maladie et des lésions

LE PRONOSTIC DE LA MALADIE

Sévérité et étendue de la maladie

Augmentation du risque d'évolution de la maladie avec la sévérité et l'étendue des lésions

Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE, et al. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss : Results after 11 years of maintenance. J Clin Periodontol, 2008, 35 : 685-695.

Risque de perte d'attache évolutif plus important si persistance de poches de plus de 6mm et/ou si le nombre de sites présentant des poches >5mm est supérieur à 8

Si diagnostic initial de parodontite sévère, alors le risque de perte d'attache pendant la maintenance est plus important

LE PRONOSTIC DES SITES PARODONTAUX

Facteurs parodontaux

Profondeurs de poche = si poches initiales >6mm, risque d'évolution +++ => chirurgie en 2 ème intention , après traitement initial

Alvéolyse = % d'alvéolyse pas un signe véritable de pronostic (car techniques de régénération permettent d'améliorer le pronostic qui était mauvais au départ), pronostic différent selon si dent mono ou pluri radiculée

LIR = pronostic dépend de la sévérité de l'atteinte initiale, et des possibilités de ttt (tronc radriculaire, largeur de la furcation, anatomie osseuse, pb end associé?)

Mobilités = pas un facteur de pronostic mais plutôt de diagnostic, sauf mobilité axiale

Abcès récurrents = impact négatif sur le pronostic

LE PRONOSTIC DES SITES PARODONTAUX

Facteurs locaux non parodontaux

Anatomie radiculaire = Sillons, projection/perle d'émail, furcation = moins bon pronostic

Encombremments / malpositions/ proximité radiculaire = rétention de plaque

Besoins en soins conservateurs

Critères endodontiques = Lésions endo-paro aura pronostic plus réservé, dépend de l'endo

Critères fonctionnels et prothétiques = Projet proth, calage occlusal, contention incisives...

Caries et restaurations = niveau de la limite, qualité du joint / polissage / profil émergence

Reprise des soins défectueux AVANT ttt !!!

LE PRONOSTIC

- Le pronostic est bon, réservé, très réservé ou mauvais à court (< 5 ans), moyen (5-10 ans) ou long terme (> 10 ans).
- Une profondeur de poche initiale importante n'implique pas un mauvais pronostic après traitement.
- A alvéolyse égale, les monoradiculées ont un meilleur pronostic que les pluriradiculées présentant des lésions inter-radiculaires.
- Le tabagisme et le diabète non équilibré impliquent un pronostic réservé même après traitement.

Pihlstrom BL. Periodontal risk assessment, diagnosis and treatment planning. *Periodontol* 2000, 2001, 25 : 37-58.

MERCI DE VOTRE
ATTENTION

