



INTRODUCTION EN PARODONTOLOGIE

Caroline Gignoux

Cheffe de Clinique des Universités
Assistante hospitalo-universitaire

Département de Parodontologie
caroline.gignoux@umontpellier.fr



Votre semestre

COURS



MOODLE

- Introduction en Parodontologie
- Le biofilm en Parodontologie
- Les gingivites
- La radiologie en Parodontologie

Histophysiologie
du parodonte



EXAMEN

Objectifs



MALADIES PARODONTALES

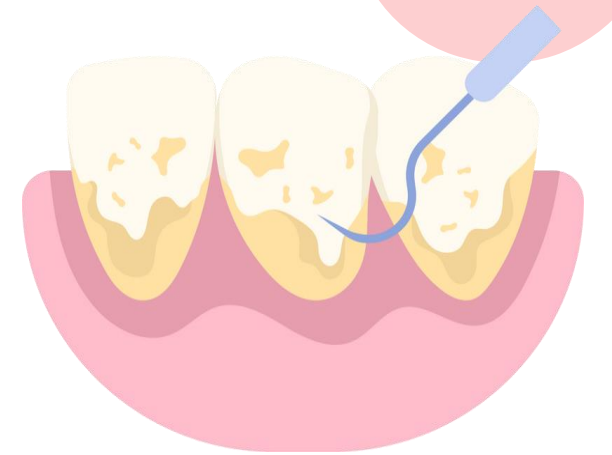
Connaitre les principales
affections du parodonte

Appréhender
l'importance de la santé
parodontale dans la santé
systémique



EXAMEN PARODONTAL

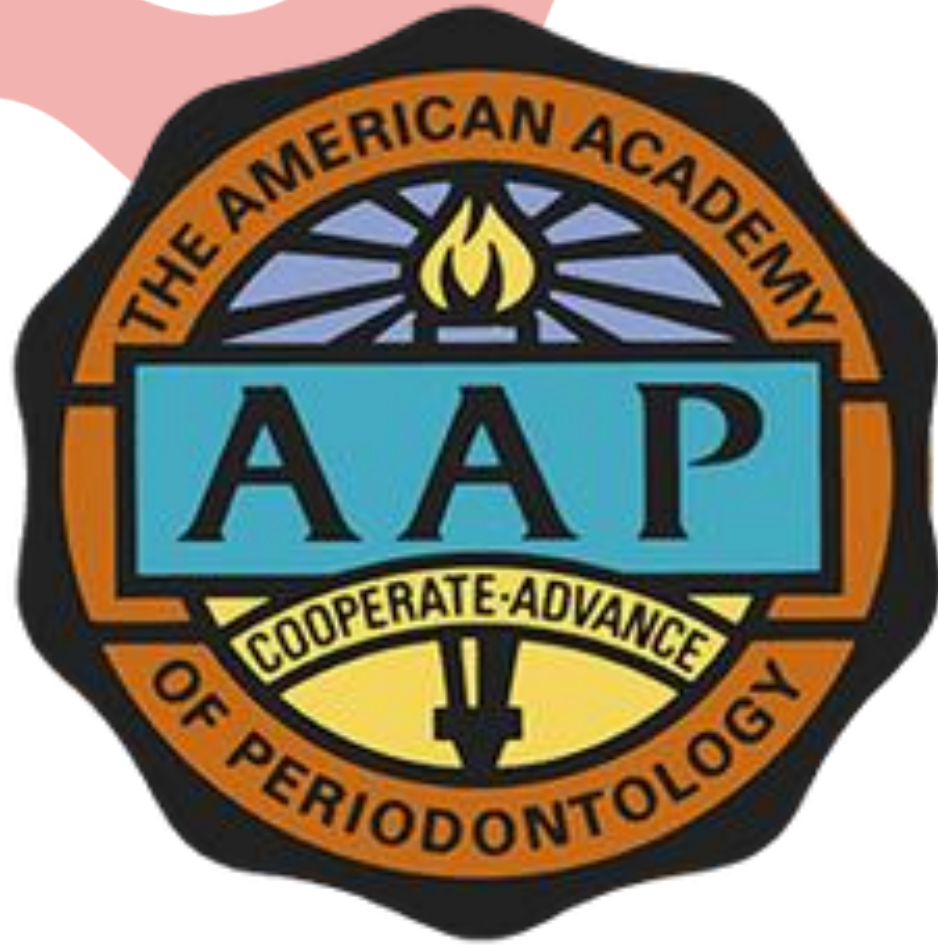
Etre capable d'examiner le
parodonte d'un patient



TRAITEMENT PARODONTAL

Savoir citer les différentes
étapes d'une thérapeutique
parodontale

Connaitre l'intérêt de la
Parodontologie dans la prise
en charge odontologique
globale d'un patient



01

ANATOMIE

02

EXAMEN
PARODONTAL

03

PARODONTE SAIN

04

AFFECTIONS
PARODONTALES

05

THERAPEUTIQUES

06

PARODONTOLOGIE
EN ODONTOLOGIE

Introduction

Définitions générales

Parodonte =

Tissus de soutien de la dent

Parodonte superficiel =

Gencive

Parodonte profond =

Ligament alvéole-dentaire / Cément / Os alvéolaire

Parodontologie =

spécialité dentaire traitant les pathologies touchant les tissus de soutien de la dent

Gingivite =

inflammation réversible du parodonte superficiel

Parodontite =

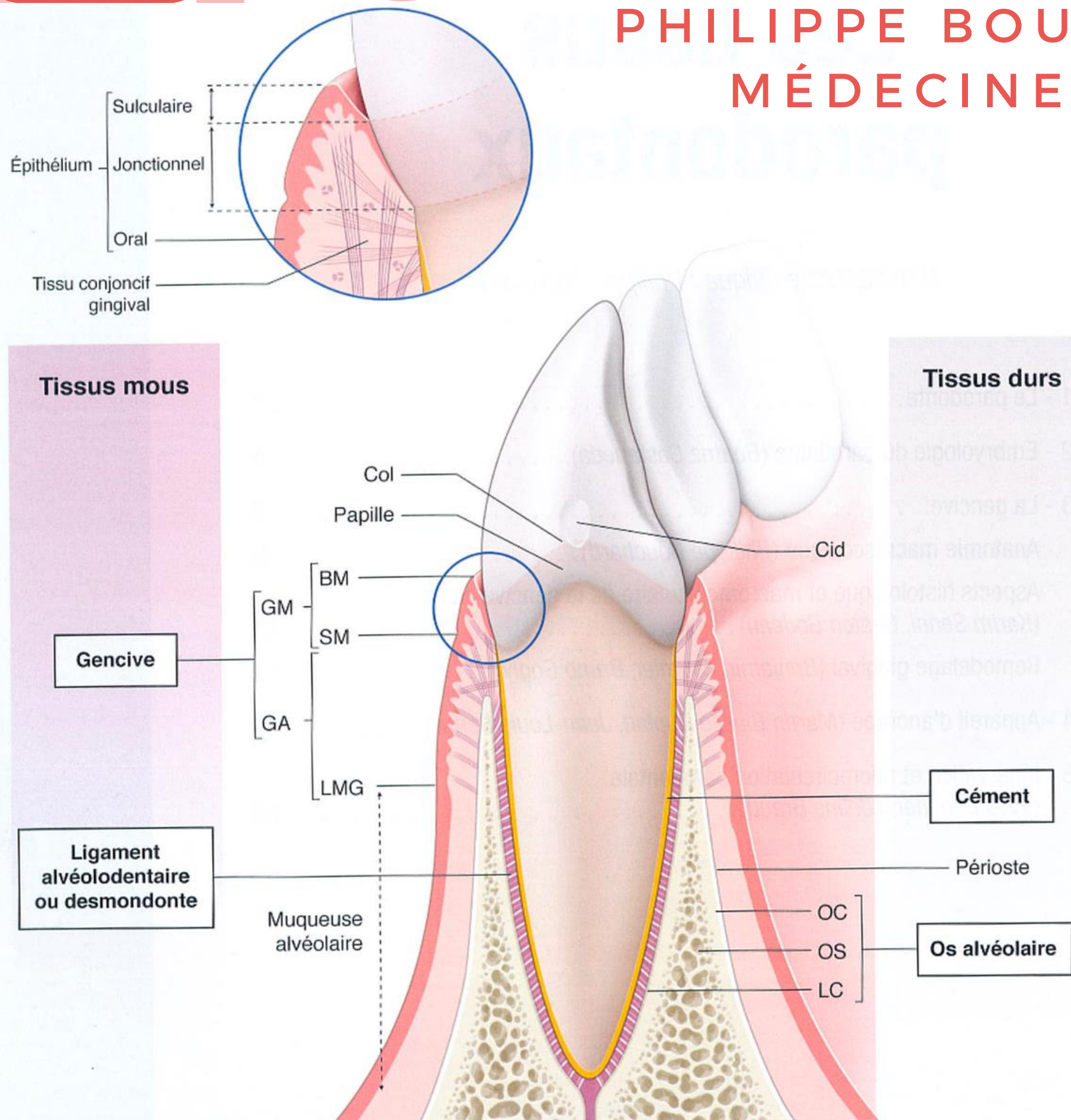
inflammation irréversible du parodonte superficiel et profond

01

ANATOMIE



PHILIPPE BOUCHARD, VOLUME 1,
MÉDECINE PARODONTALE

**GM**

Gencive marginale = gencive libre

GA

Gencive attachée

BM

Bord marginal

SM

Sillon marginal

LMG

Ligne mucogingivale

Cid

Contact interdentaire

OC

Os cortical

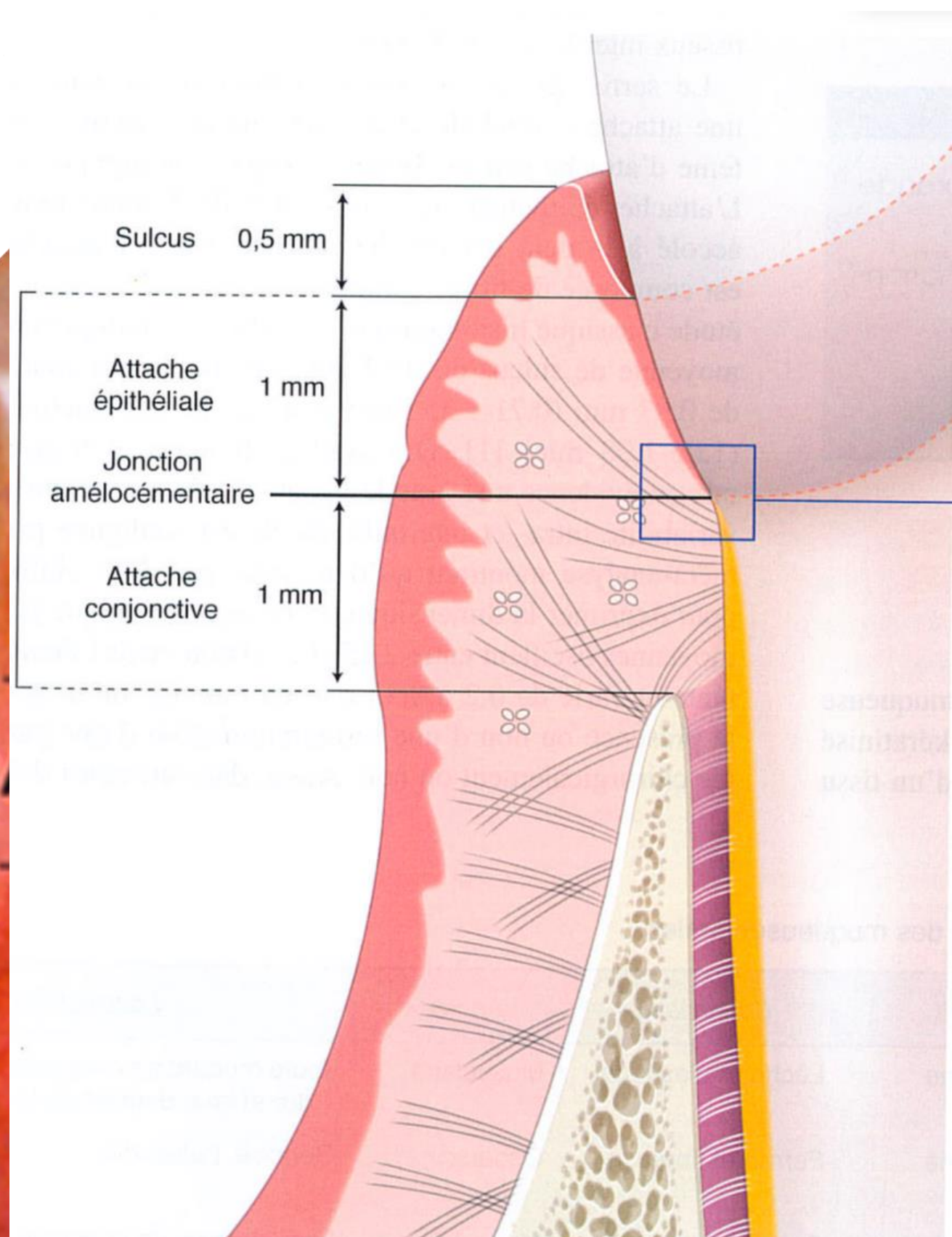
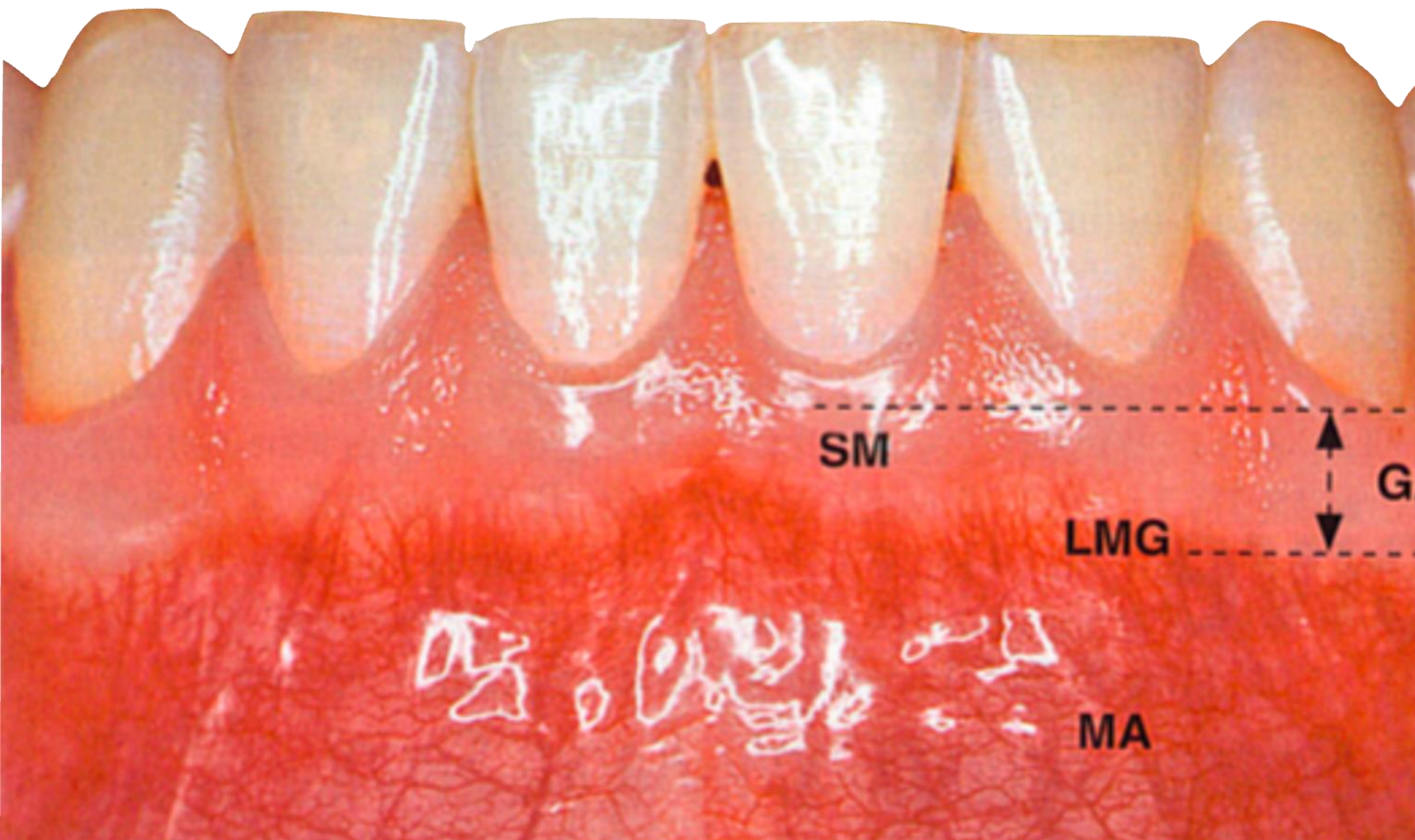
OS

Os alvéolaire

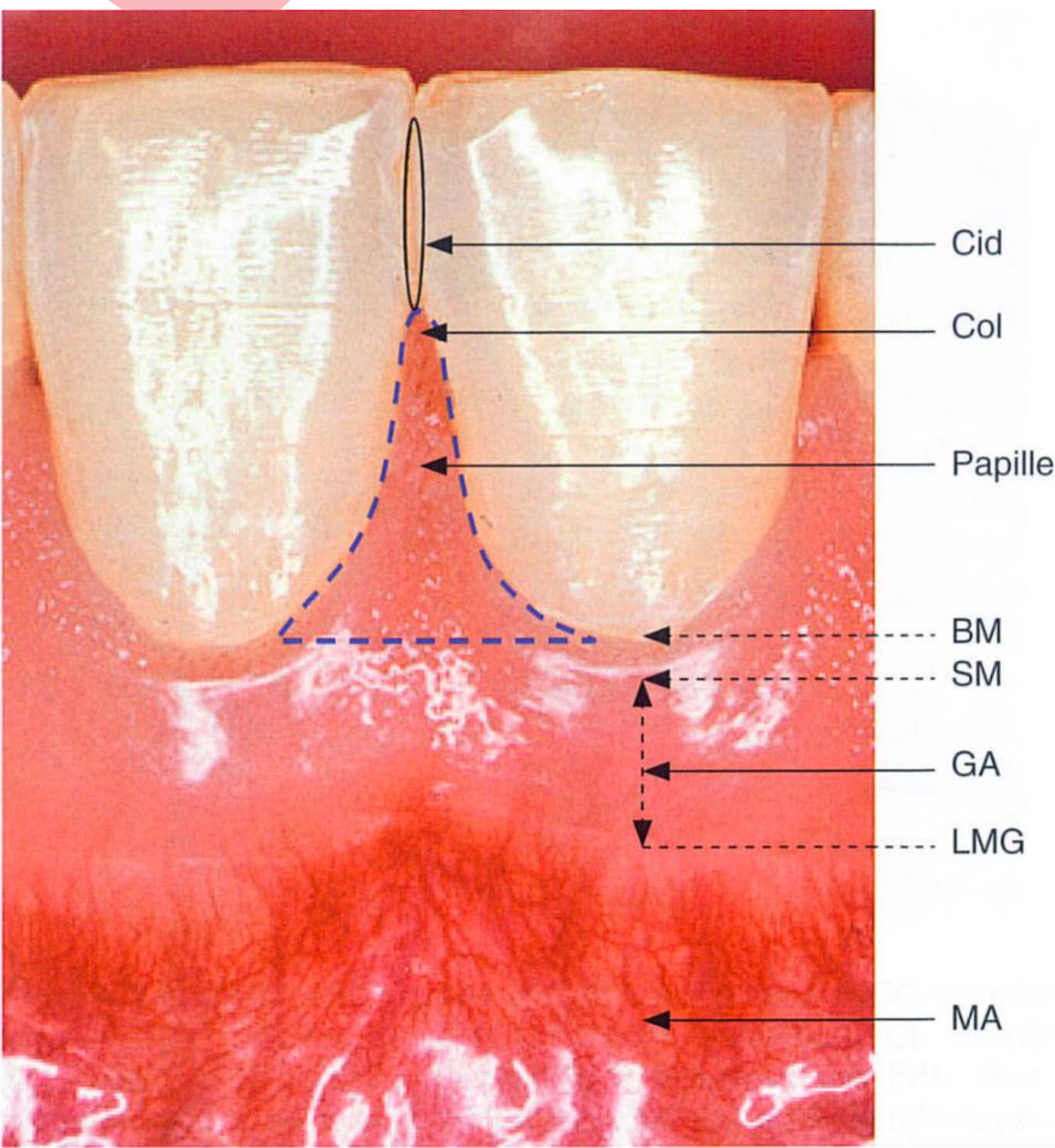
LC

Lame cribreuse = corticale interne

PHILIPPE BOUCHARD, VOLUME 1,
MÉDECINE PARODONTALE

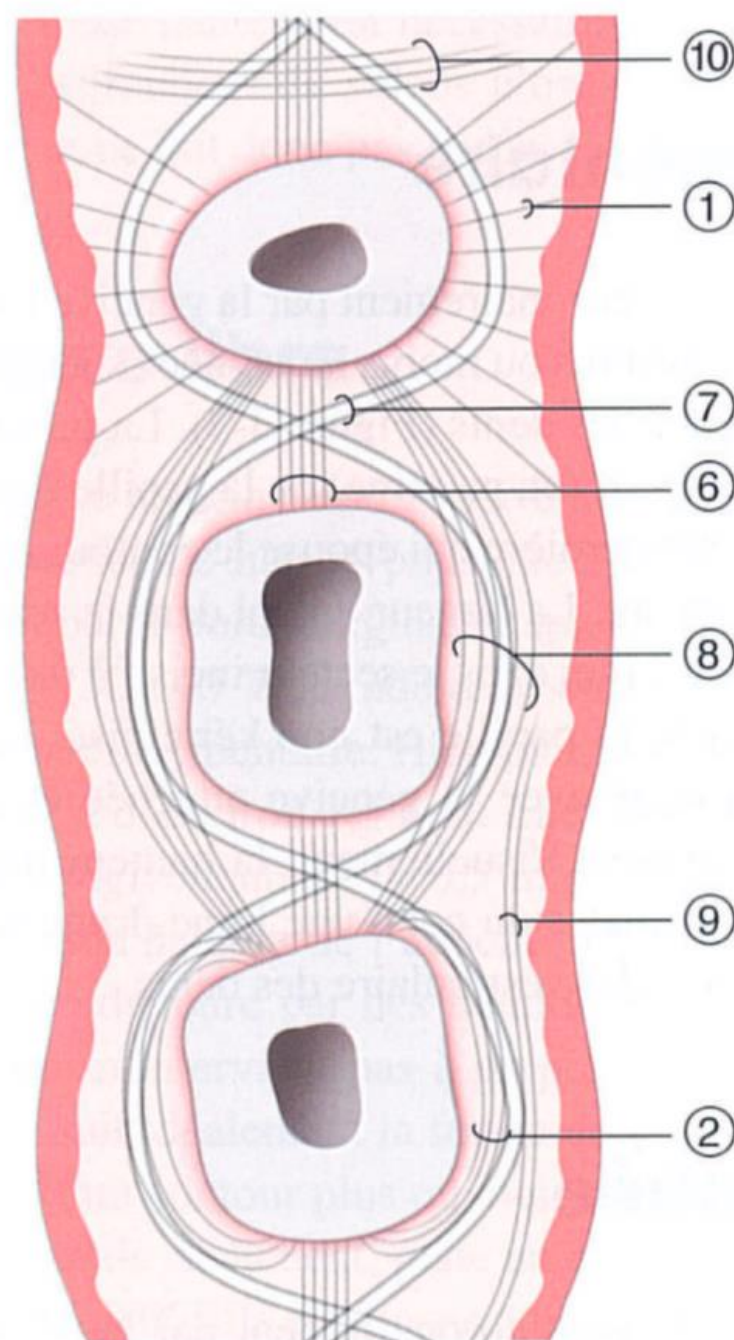
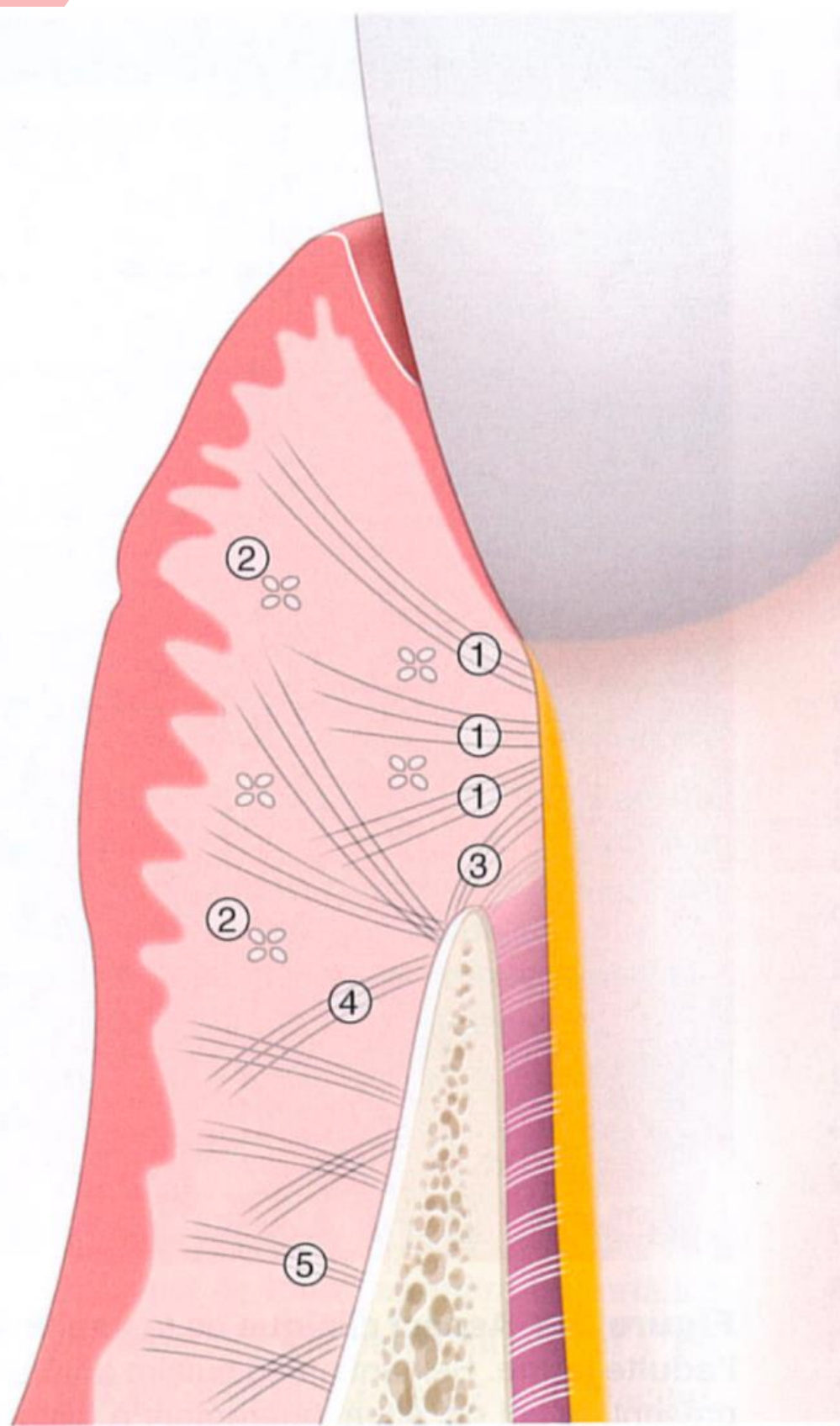


PHILIPPE BOUCHARD, VOLUME 1,
MÉDECINE PARODONTALE



GA	Gencive attachée
BM	Bord marginal
SM	Sillon marginal
LMG	Ligne mucogingivale
Cid	Contact interdentaire
MA	Muqueuse alvéolaire

PHILIPPE BOUCHARD, VOLUME 1,
MÉDECINE PARODONTALE



- 1 Dentogingivales
- 2 Circulaires
- 3 Dentopériostées
- 4 Alvéologingivales
- 5 Gingivopériostées
- 6 Transseptales
- 7 Transgingivales
- 8 Intercirculaires
- 9 Intergingivales
- 10 Interpapillaires



A = frein labial latéral (maxillaire ou mandibulaire)

B = frein labial central (maxillaire ou mandibulaire)

Santé parodontale sur parodonte intact

Santé parodontale sur parodonte réduit

**Santé parodontale sur parodonte réduit avec
ATCD parodontite**

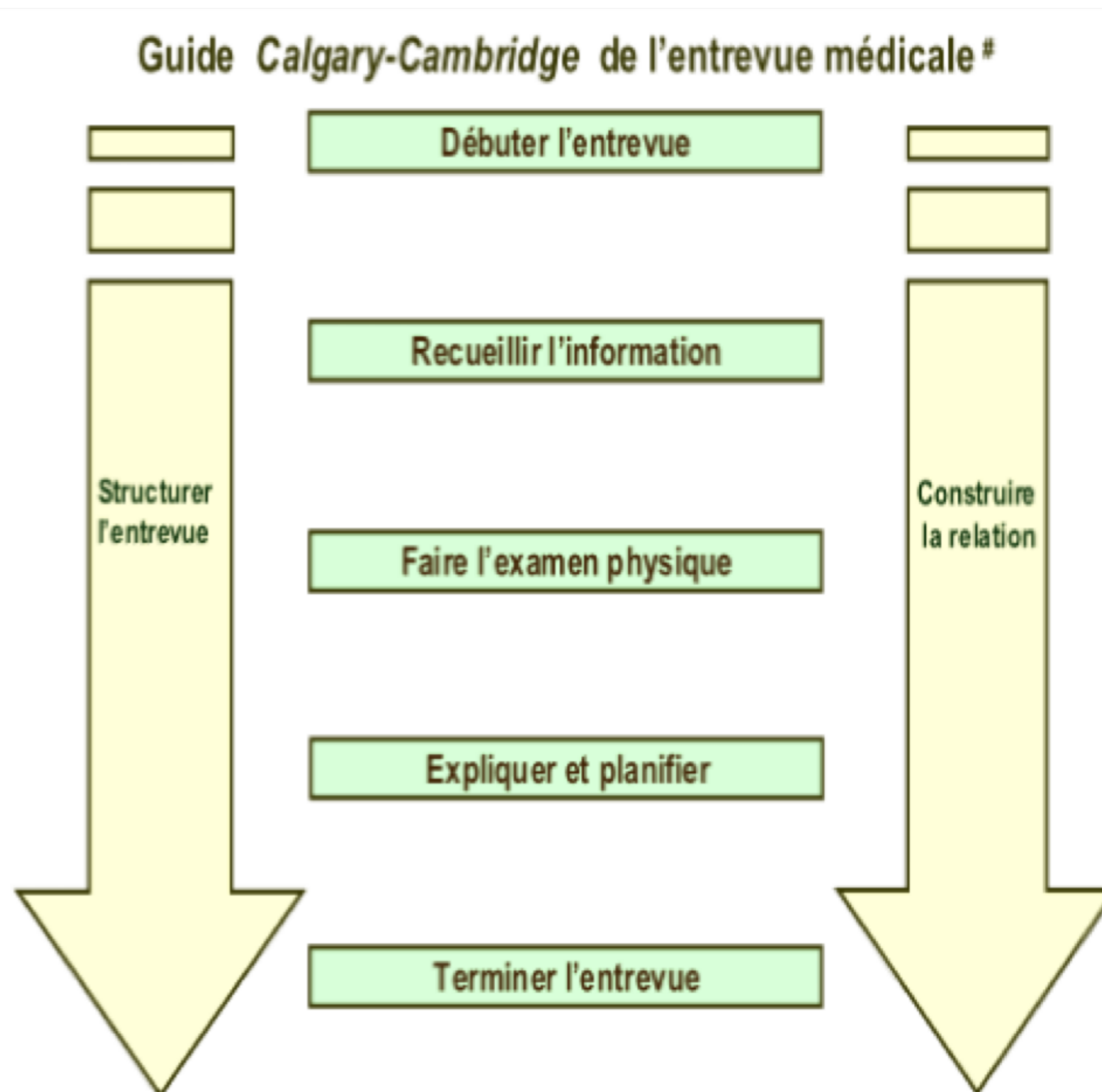








02 EXAMEN CLINIQUE



Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J., *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Locaux

- Hygiène bucco-dentaire
- Facteurs naturels de rétention
- Respirateur buccal
- Facteurs iatrogènes de rétention
- Trauma occlusal (facteur aggravant)
- Tassement alimentaire
- Brossage iatrogène
- Bruxisme
- Brackets ODF

Généraux

- Maladies systémiques
- Traitements médicamenteux
- Tabac, stress
- Polymorphismes génétiques



MOTIF DE CONSULTATION

Avis?

Douleur?

Gènes? esthétique, fonctionnelle

Projet prothétique, implantaire, orthodontique?

Adressé

Conscient du problème parodontal
Caractère HN de l'acte connu

Autres

Découverte
Explication et devis

- M** : (Maladie) Affections aiguës ou chroniques /
Antécédents
- H** : Hospitalisation, récente, consultation
- T** : Traitements médicaux (ordonnances)
- A** : Allergie connue (médicamenteuses, croisées)

ANAMNESE MEDICALE

FACTEURS DE RISQUE

Beck, 1994

Prédisposants

Déclenchants

Aggravants



= caractéristique qui est associée avec une augmentation du taux de survenue d'une maladie

- Maillon d'une chaîne
- Capable d'exposer le patient à une maladie
- Associée à la pathologie mais pas la cause
- Modifiable / non modifiable (inné/acquis)

ANAMNESE MEDICALE

FACTEURS DE RISQUE

**Modifiable**

= Environnementaux ou comportementaux (acquis)

Tabac

Diabète

Micro-organismes

Facteurs psychologiques

HBD

Stress

LOCAUX

Plaque, tartre

Soins iatrogènes

Anatomie

Occlusion

Non modifiable

= Intrinsèque au patient

Facteurs génétiques

Réponse de l'hôte

Ostéoporose

Facteurs hormonaux (puberté/ménopause)

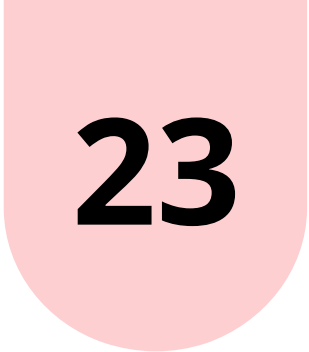
Maladies systémiques

Age



Interrogatoire

ANAMNESE MEDICALE



Genco, Periodontol 2000, 2013

Table 7. US prevalence of risk factors for periodontal disease.

Factor/indicator	Prevalence in the US
Cigarette smoking	19.3% of adults in 2010
Diabetes mellitus	8.3% all ages (2.37% undiagnosed) 12.9% of adults (25.6 million), including 5.0% (10 million) undiagnosed
Pre-diabetes	35% of adults
Osteoporosis	7.9% of women
Dietary calcium deficiency	1/3 below 50% of the recommended dietary allowance
Stress – work related	30–40%
Obesity	36% of US adults 18% of US children 35.7% (78 million) of adults (men : 35.5%; women : 35.8%) http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html

Table 6. Modifiable risk factors for periodontal disease.

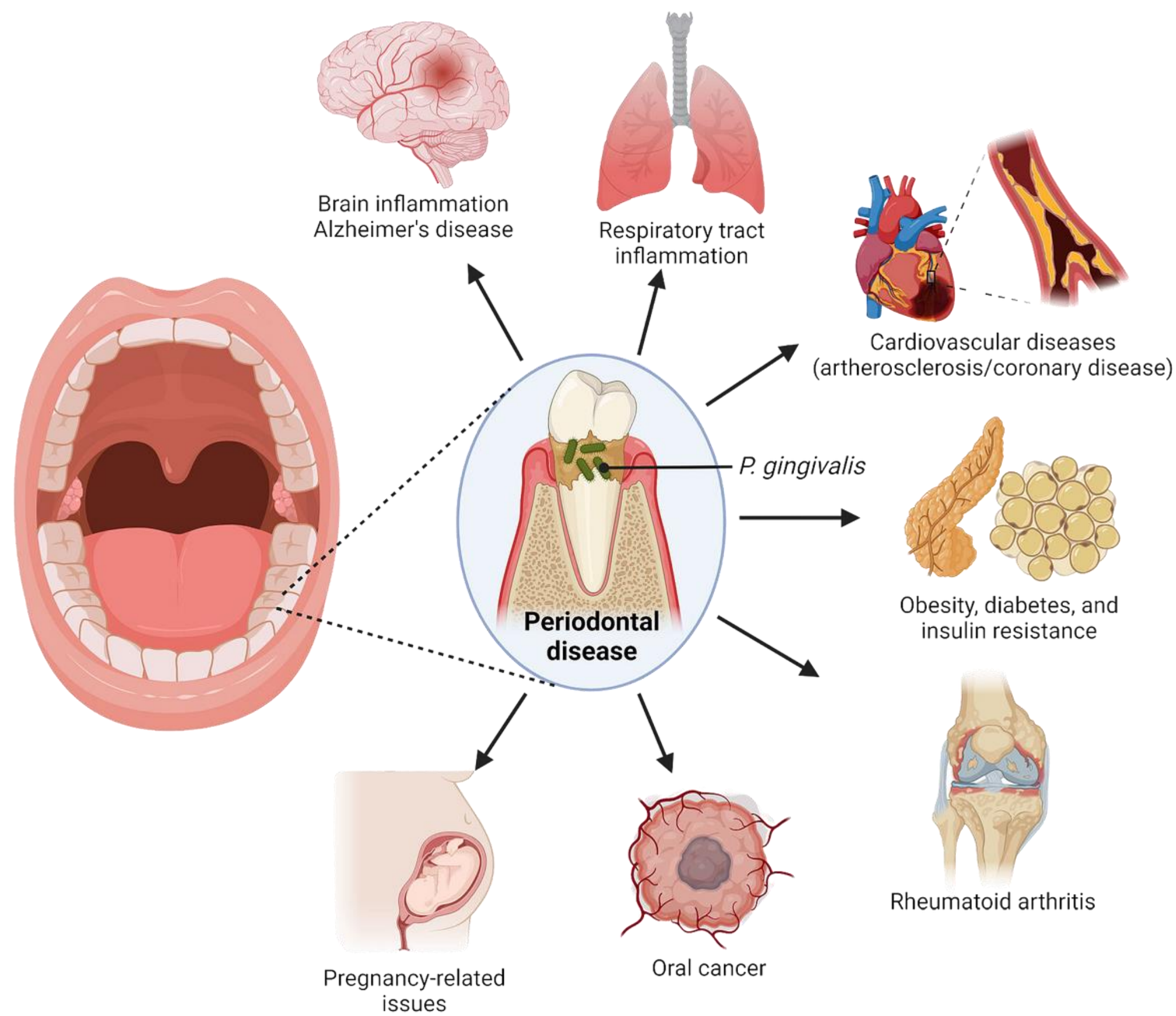
Risk factor	Modification
Smoking	Smoking cessation
Poorly controlled diabetes	Improved glycemic control
Obesity	Diet and exercise
Osteoporosis	Bone-sparing agents, calcium and vitamin D supplementation
Low dietary calcium and vitamin D	Calcium and vitamin D supplementation
Stress and inadequate coping	Stress-reduction measures

Pathologies systémiques =
facteurs de risque de la maladie
parodontale

Pathologies systémiques =
précautions de prise en charge

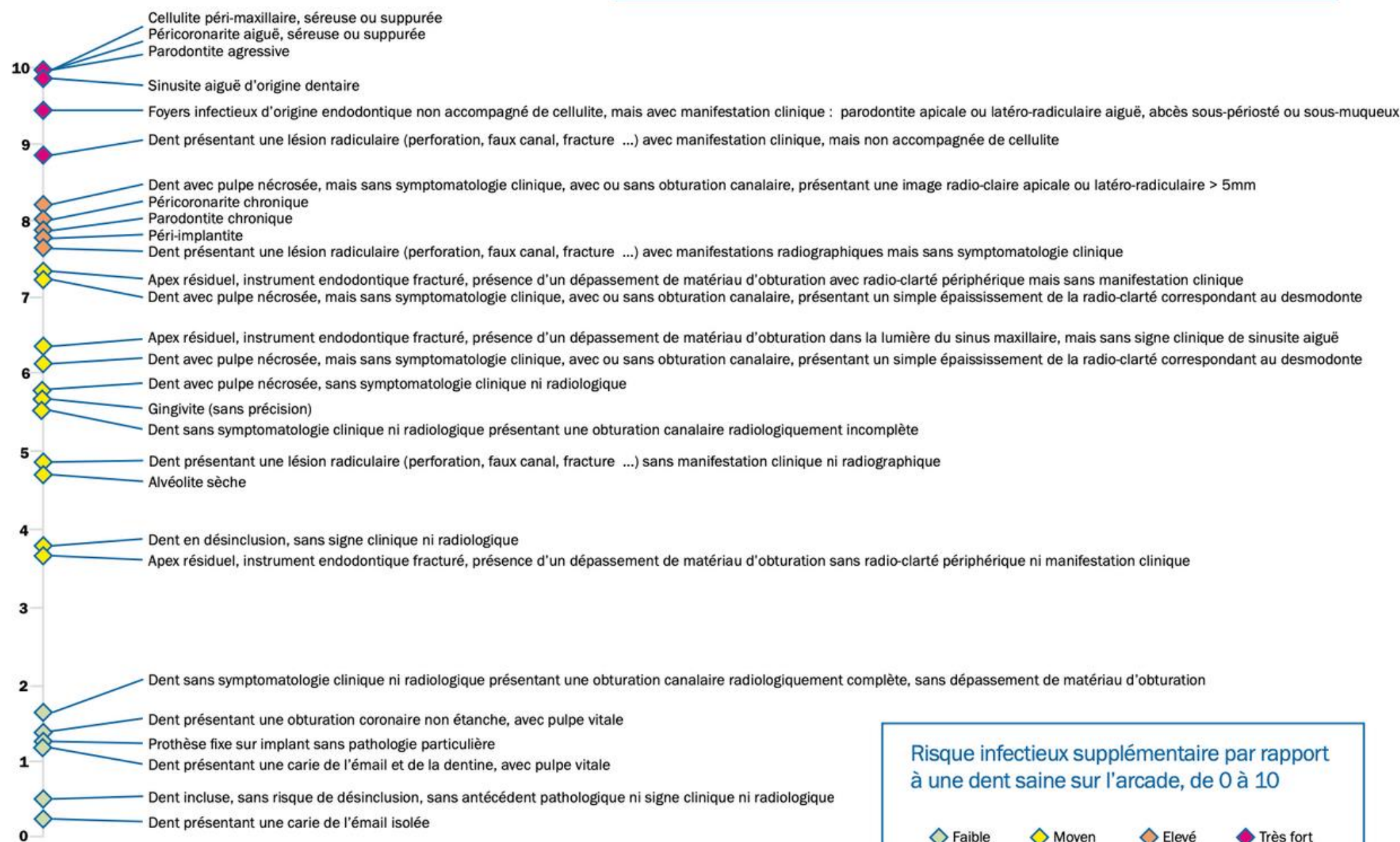
Parodontite = FIBD

CHOW ET AL. FRONT CELL
INFECT MICROBIOL 2022

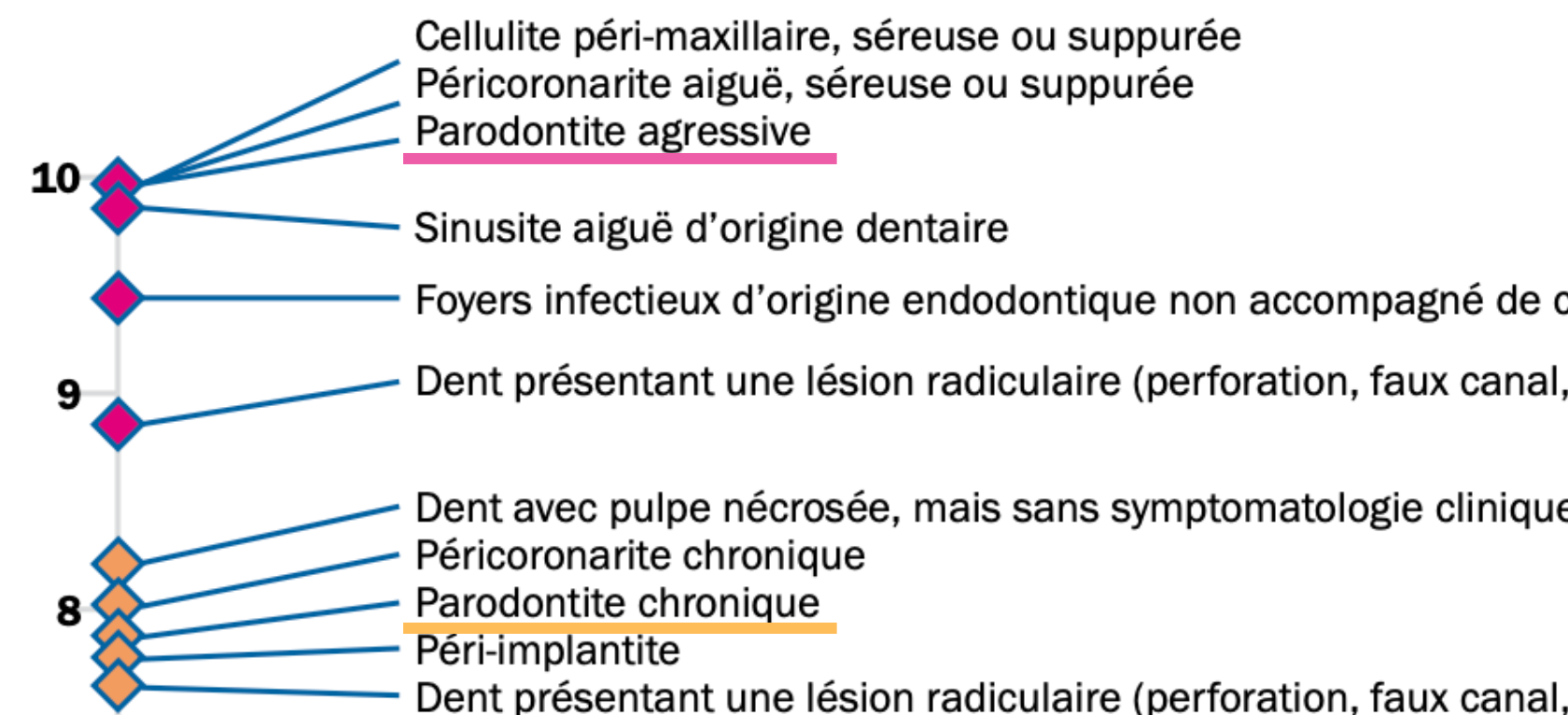


ANAMNESE MEDICALE

Parodontite = FIBD



Stades III et IV



Stades I et II

ANAMNESE MEDICALE

Pathologies systémiques =
facteurs de risque de la maladie parodontale

Journal of Clinical
Periodontology

 **EFP** European
Federation of
Periodontology
Official scientific Journal of the European Federation
of Periodontology and its member National Societies

Supplement Article |  **Free Access**

Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases

Gerry J. Linden , Mark C. Herzberg, working group 4 of the joint EFP/AAP workshop

First published: 30 April 2013 | <https://doi.org/10.1111/jcpe.12091> | Citations: 60

ANAMNESE MEDICALE

Pathologies systémiques =
facteurs de risque de la maladie parodontale

- Mauvais contrôle de la glycémie associé à un mauvais état parodontal
- Parodontite associée à dysglycémie, augmentation de l'insulinorésistance chez les diabétiques, complications et mortalité liée au diabète
- TTT parodontal => améliore niveau sérique d'HbA1c

INFORMATION ET PLURIDISCIPLINARITE (contact équipe médicale)

RESEARCH ARTICLE | VOLUME 137, P231-241, MARCH 2018

Download Full Issue

Purchase Subscribe Save Share Reprints Request

Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology

Mariano Sanz • Antonio Ceriello • Martin Buysschaert • ... Lior Shapira • Maurizio Tonetti •

Daniel Vegh • [Show all authors](#)

Published: December 02, 2017 • DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.12.001> •

Check for updates



Take care of **your gums**,
control **diabetes**.



visit your doctor
regularly



visit your dentist
regularly



control your
diabetes



clean your teeth
twice a day



watch your
weight



eat healthy foods,
do not smoke

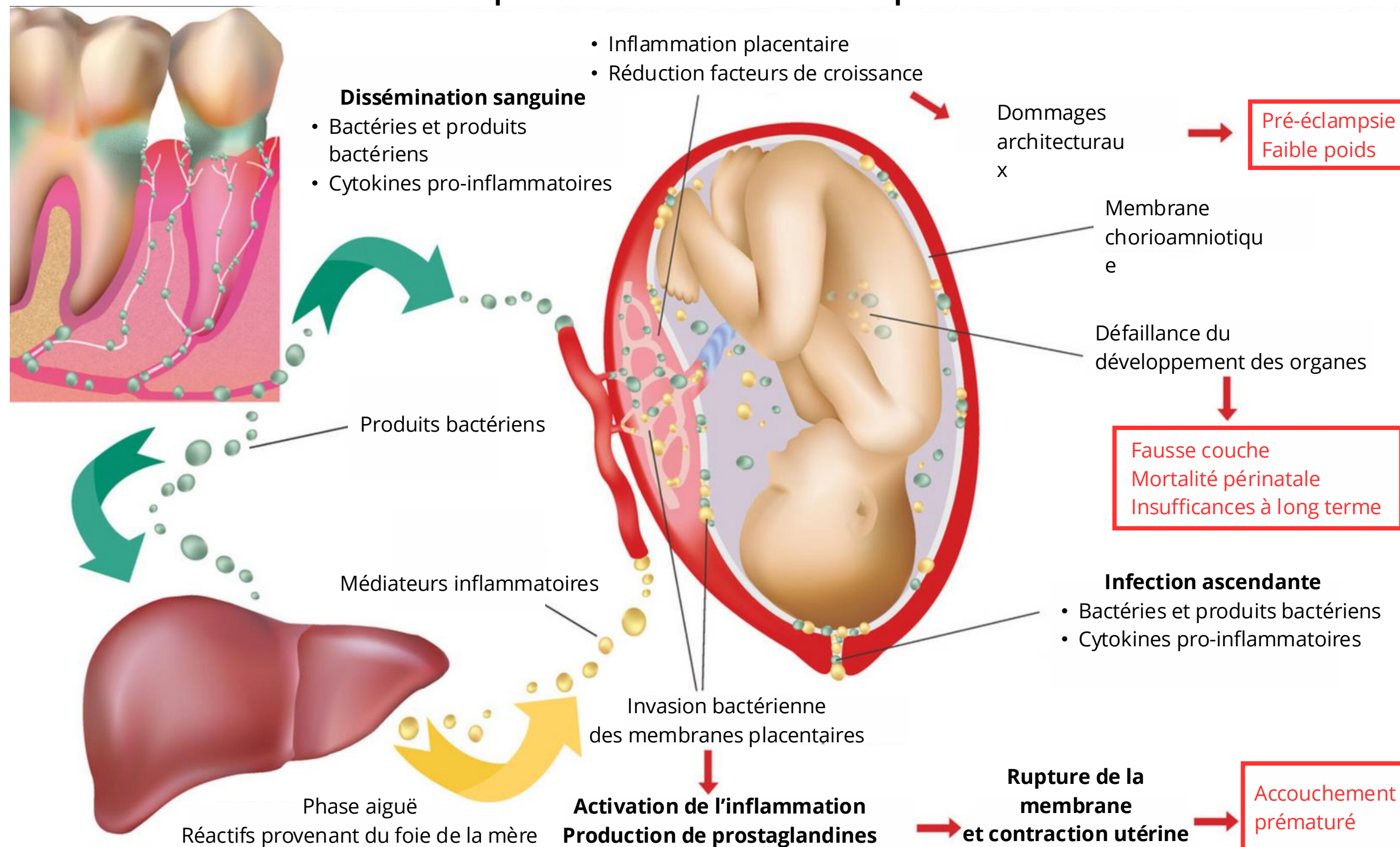
ANAMNESE MEDICALE

Pathologies systémiques =
facteurs de risque de la maladie parodontale

G
R
O
S
S
E
S
S
EJournal of Clinical
PeriodontologyEFP
European
Federation of
Periodontology
Official scientific Journal of the European Federation
of Periodontology and its member National SocietiesSupplement Article |  Free Access**Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease:
pathogenic mechanisms**Phoebus N. Madianos , Yiorgos A. Bobetsis, Steven OffenbacherFirst published: 30 April 2013 | <https://doi.org/10.1111/jcpe.12082> | Citations: 74Journal of Clinical
PeriodontologyEFP
European
Federation of
Periodontology
Official scientific Journal of the European Federation
of Periodontology and its member National SocietiesSupplement Article |  Free Access**Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus
report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and
Systemic Diseases**Mariano Sanz , Kenneth Kornman, working group 3 of the joint EFP/AAP workshop*First published: 30 April 2013 | <https://doi.org/10.1111/jcpe.12083> | Citations: 56

Pathologies systémiques = facteurs de risque de la maladie parodontale

G
R
O
S
S
E
S
S
E



ANAMNESE MEDICALE

Pathologies systémiques =
facteurs de risque de la maladie parodontale



ANAMNESE MEDICALE

Pathologies systémiques = précautions de prise en charge

A
T
B

Prophylaxie

Tableau 2 : Recommandations de prescription d'une antibiothérapie prophylactique en parodontologie

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Actes et soins parodontaux :			
Détartrage avec et sans surfaçage radiculaire	-	R	R _B
Sondage parodontal	-	R	R _B
Chirurgie parodontale :			
Allongement de couronne clinique	-	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie de la poche :			
Lambeau d'accès	- _C	R*	acte contre-indiqué
Comblement et greffes osseuses	-	R*	acte contre-indiqué
Membrane de régénération parodontale	- _B	R*	acte contre-indiqué
Protéines dérivées de la matrice amélaire	- _B	R*	acte contre-indiqué
Chirurgie plastique parodontale :			
Lambeau déplacé	-	R*	acte contre-indiqué
Greffe gingivale	-	R*	acte contre-indiqué

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée.

En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* Chez le patient immunodéprimé, le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux devra être pris en compte.



Situation	Antibiotique	Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention	
		Adulte Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Enfant Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2 g – v.o. ou i.v.	50 mg/kg – v.o. ou i.v.
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg – v.o. ou i.v.	20 mg/kg – v.o. [†] ou i.v.

ANAMNESE DENTAIRE

Quoi

Pourquoi

Qui

Quand

Comment

Où

Combien

Dernier détartrage?
Prise en charge
parodontale?
Extractions dentaires?

ATCDS FAMILIAUX



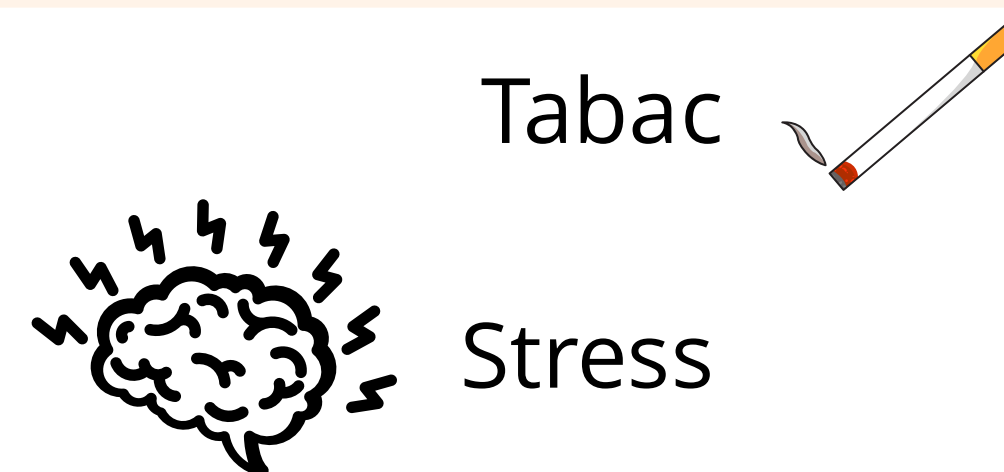
SIGNES FONCTIONNELS

Perte dentaire
Mobilité
Migration
Préjudice esthétique
Saignement
Douleur
Gonflement / Suppuration
Tassement alimentaire



Matériel/Méthode/Fréquence

HABITUDES NOCIVES



Tabac

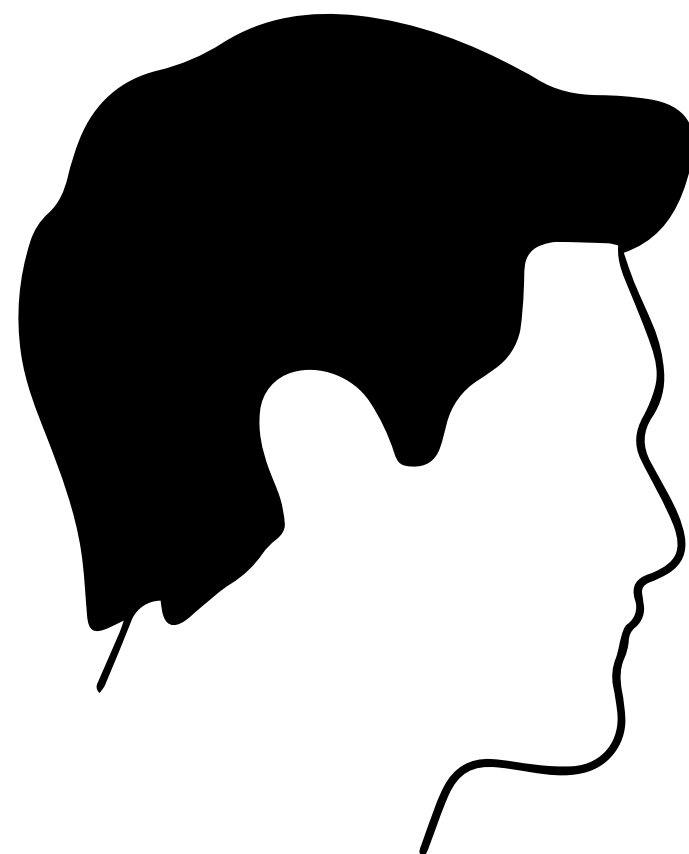


Stress

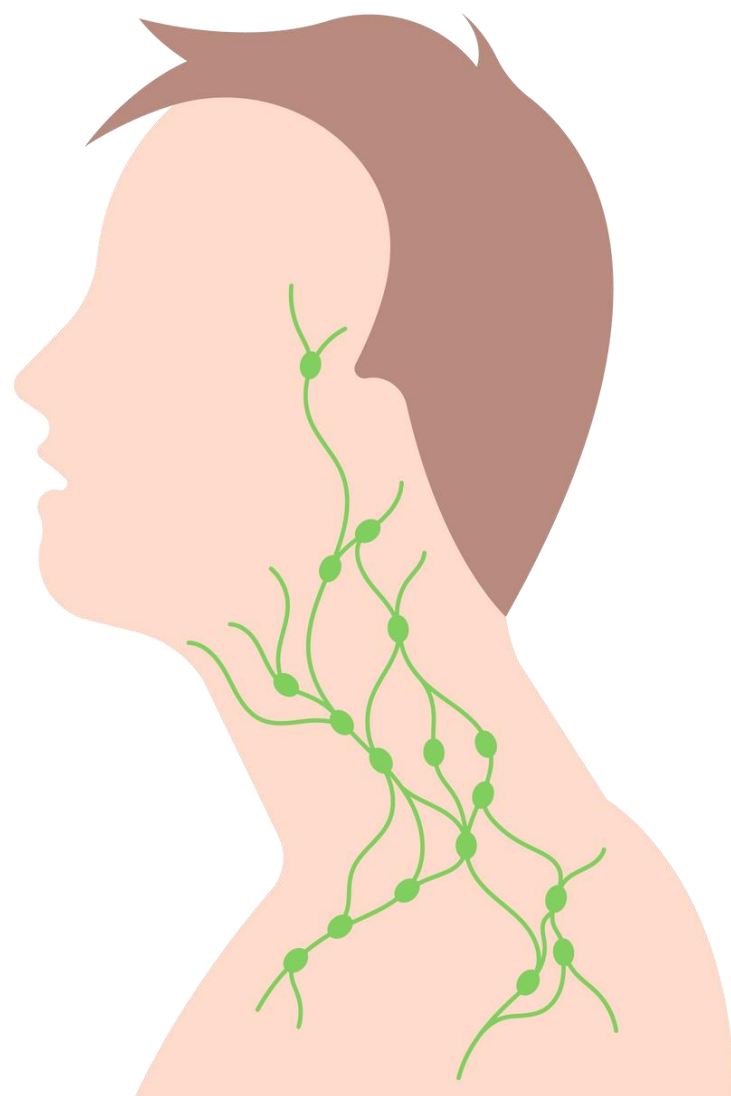
Mode de vie



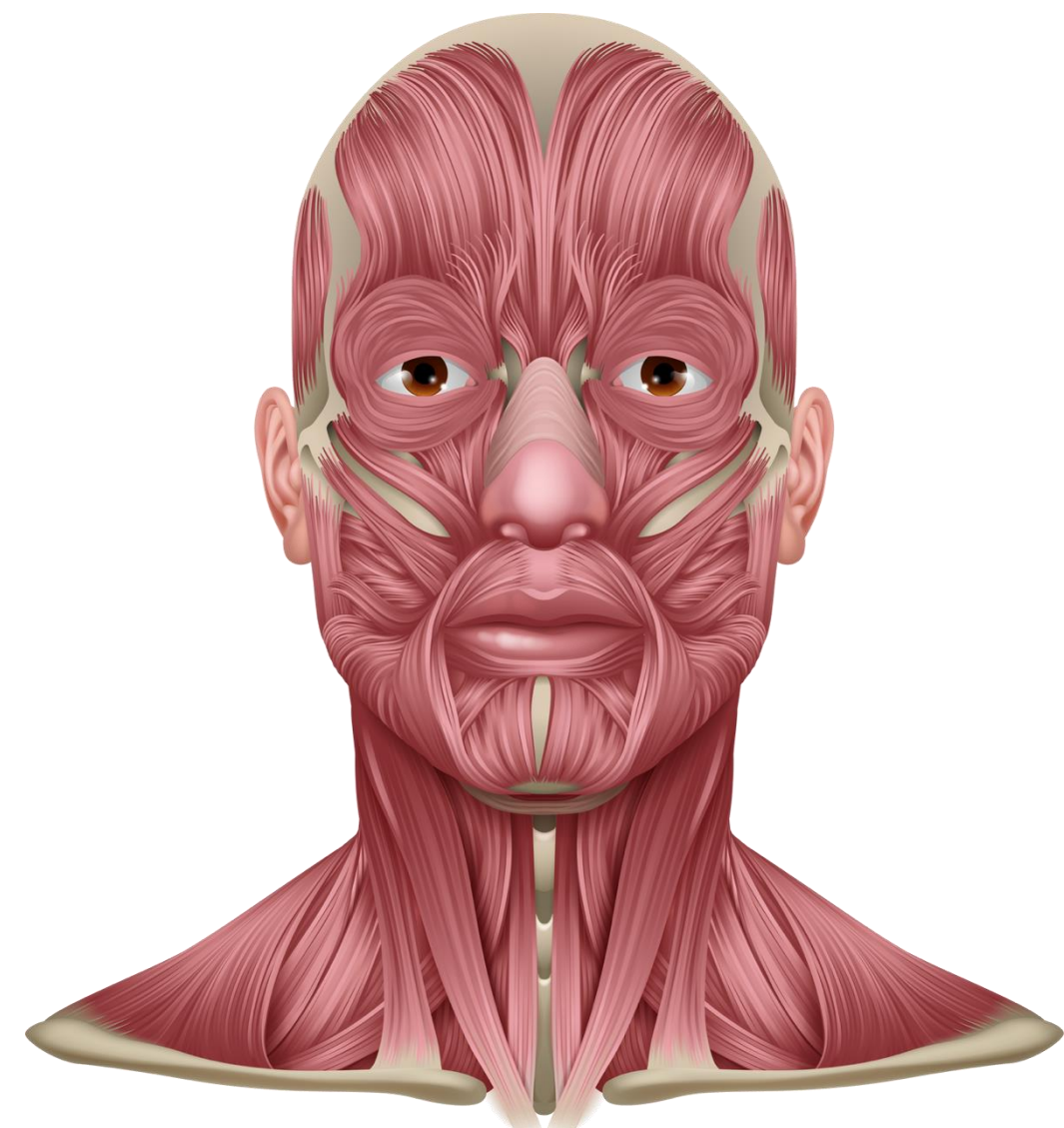
REFORMULER POUR LE PATIENT AVEC MOTS SIMPLES

**FACE***DV**Symétrie**Egalité des étages***PROFIL***Sous nasal**Distance cervico-
mentonnière***LIGNE DU SOURIRE***Classification de Liebart**Liebart, Periodontal**Tract. 2004*

Palpation des aires
ganglionnaires



ATM
Muscles masticateurs
Trajets O/F



Inspection palpation
muqueuse

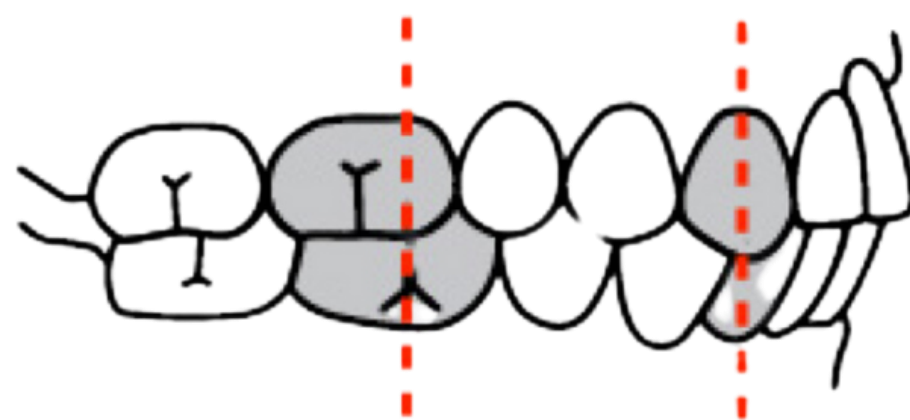


Inspection langue

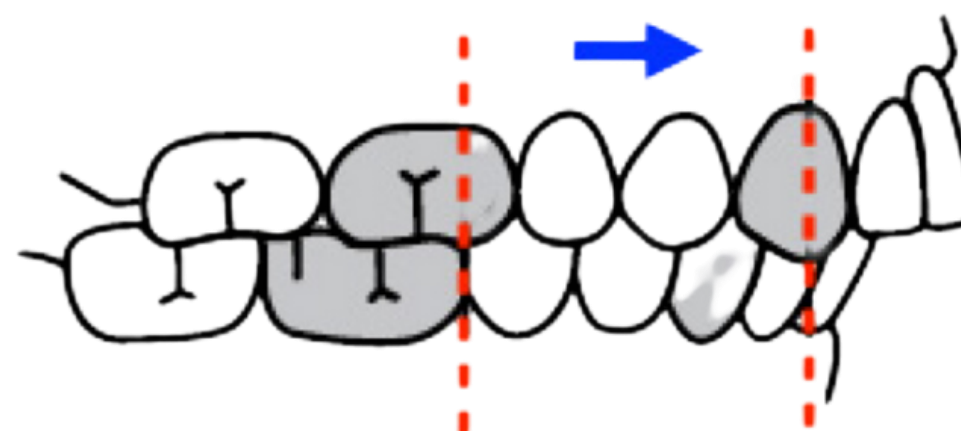


Examen occlusal

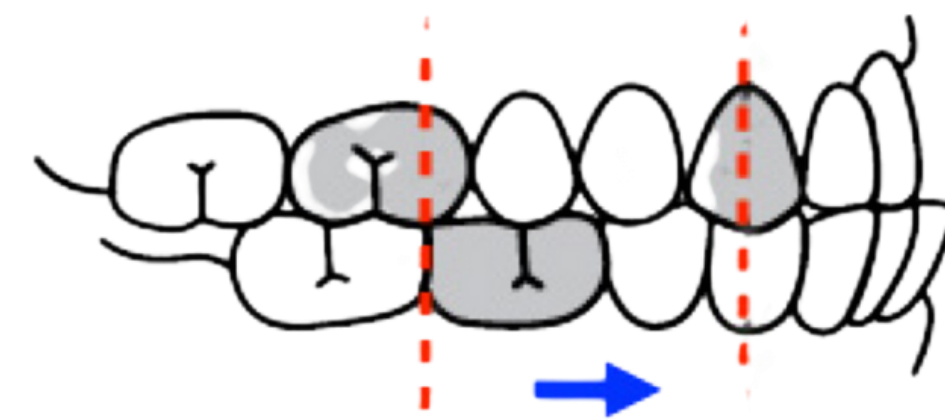
STATIQUE

Classification d'Angle

Classe I



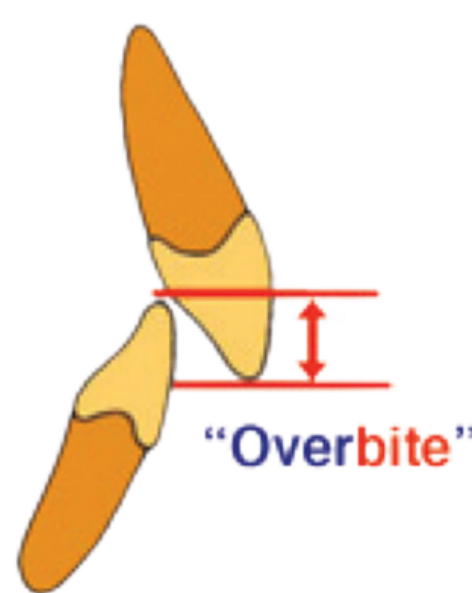
Classe 2



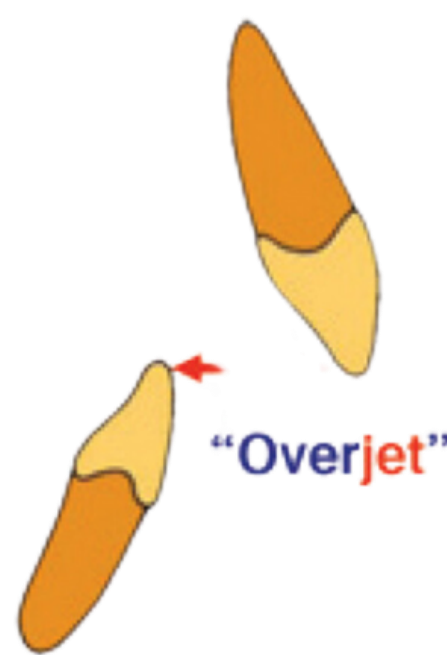
Classe 3

© CCDMD - orthoLemay.com

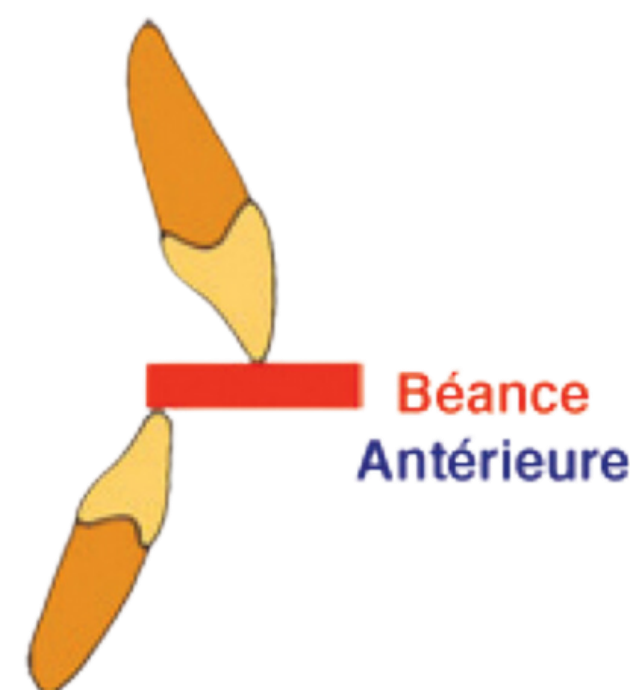
DYNAMIQUE

Relation
Normale

"Overbite"



"Overjet"

Béance
AntérieureOcclusion Croisée
Antérieure
"Crossbite"

Surplomb antérieur vertical et horizontal

© orthoLemay.com

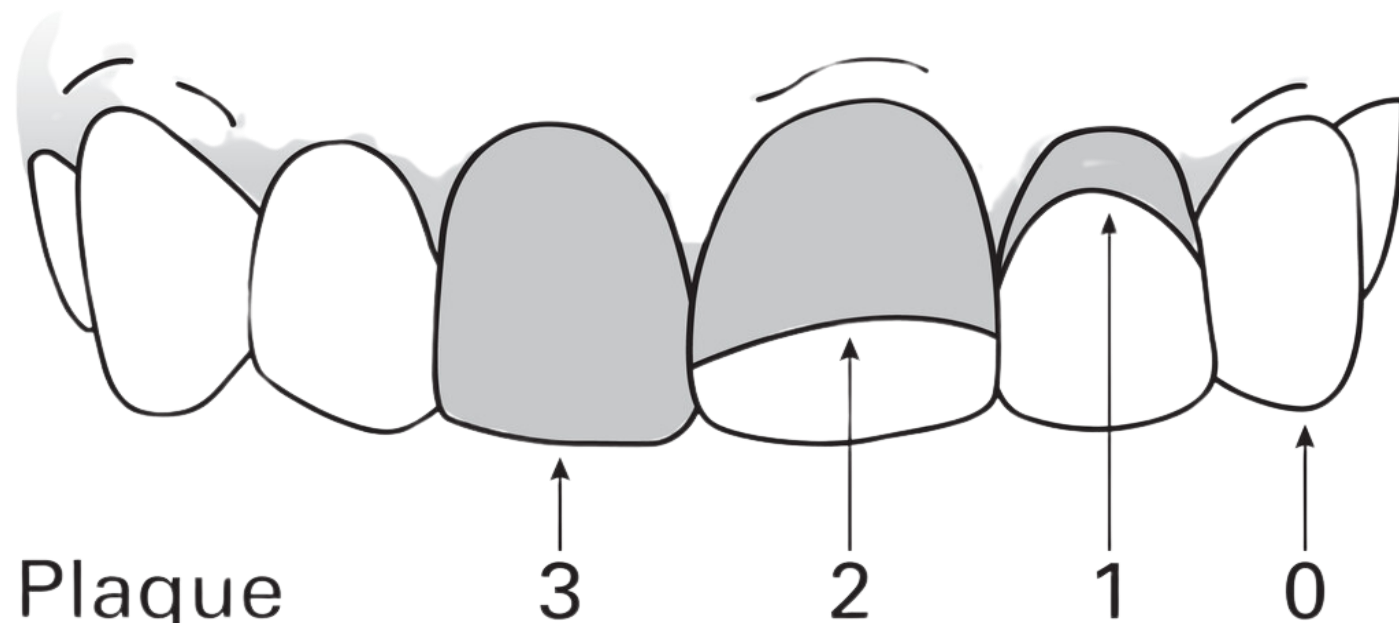
Indice de plaque de Silness et Loe

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'**oeil nu**

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



LOE J PERIODONTOL 1967



Indice de plaque de Silness et Loe



0 = absence de plaque dentaire



1 = plaque non visible à l'œil nu, détectée à la sonde ou après coloration



2 = plaque visible à l'œil nu recouvrant moins des 2/3 des surfaces dentaires

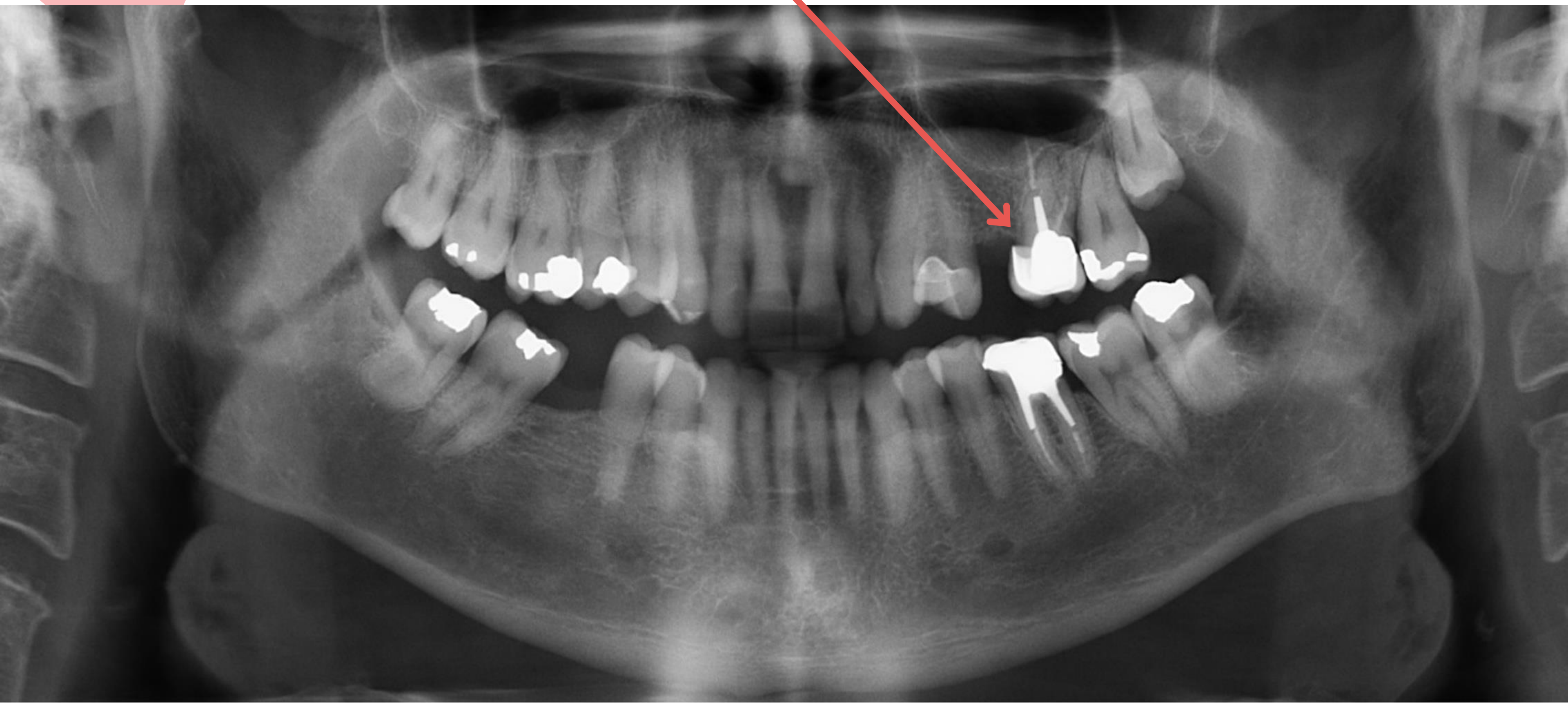


3 = plaque abondante recouvrant plus des 2/3 des surfaces dentaires

Indice de plaque de Silness et Loe type 3



Examen dentaire : recherche de facteurs de rétention de plaque



Examen gingival

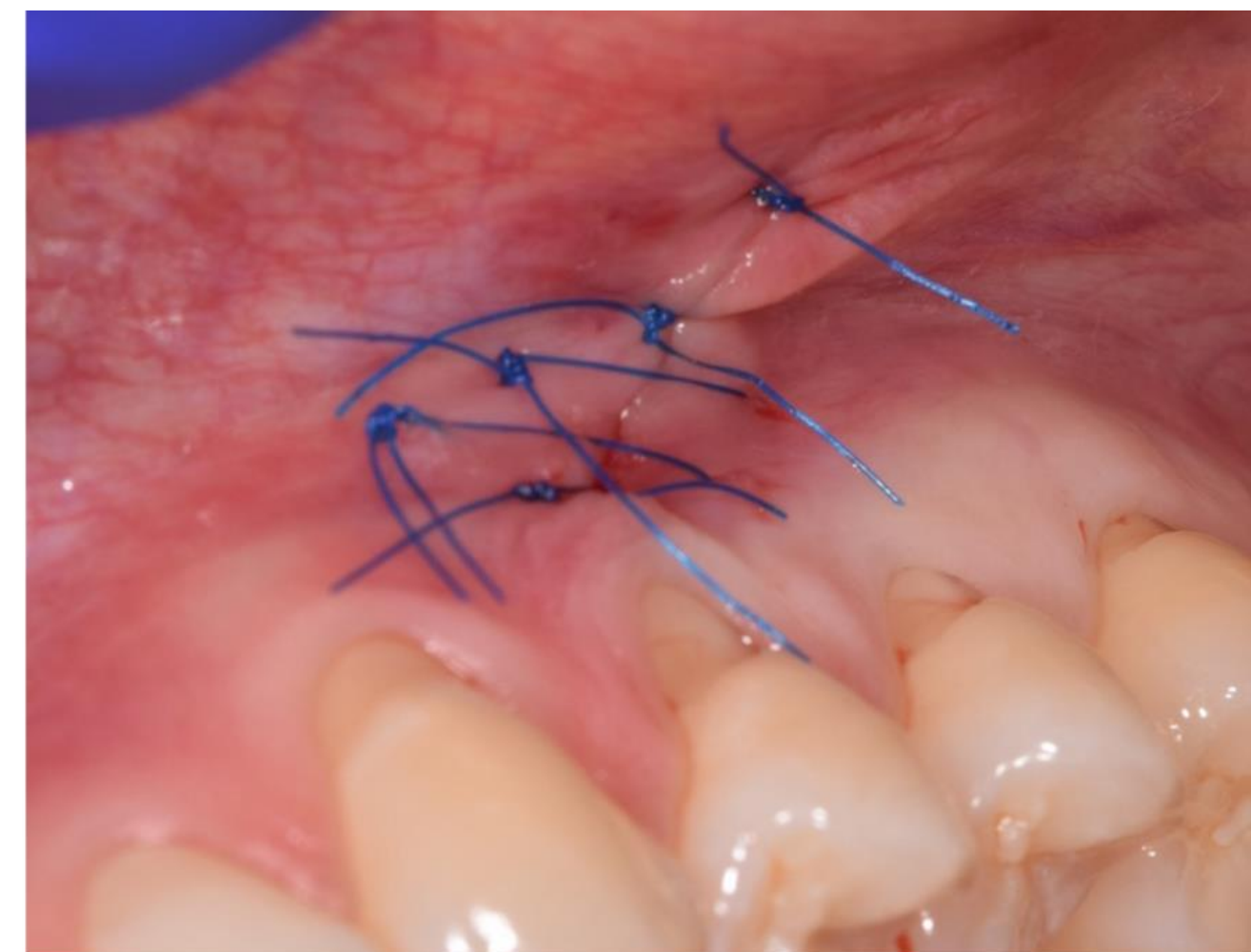
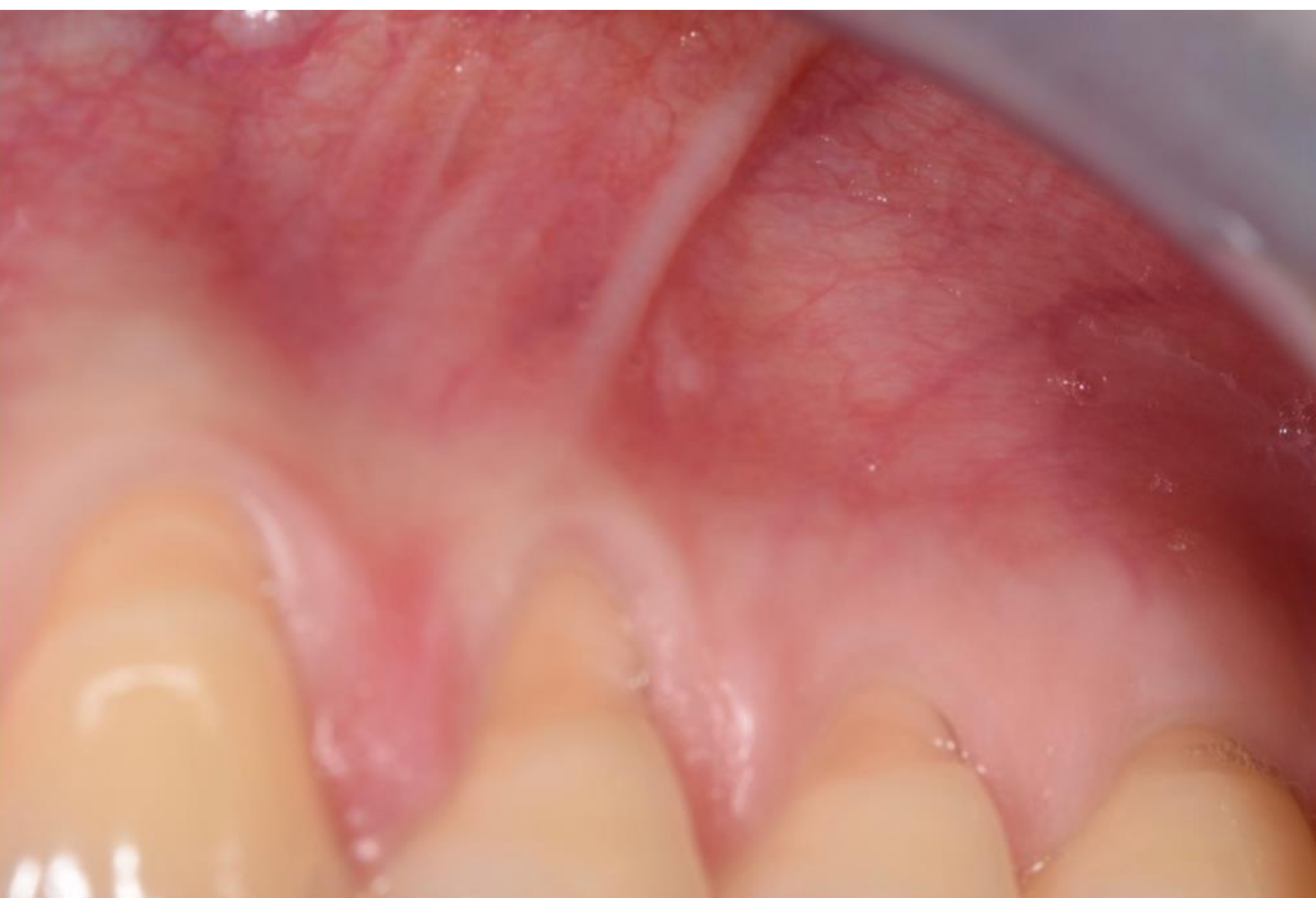
CARACTÉRISTIQUES	SAINE	PATHOLOGIQUE
COULEUR	ROSE CORAIL	ROUGE, LIE DE VIN, VIOLACÉE
CONSISTANCE	FERME	LÂCHE, GODET
TEXTURE	GRANITÉE	BRILLANTE, VERNISÉ
FORME DU BORD LIBRE	LAME DE COUTEAU	ARRONDI
PROFONDEUR DU SILLON GINGIVO DENTAIRE	0,5 à 3mm	> 3mm
FLUIDE GINGIVAL	ABSENT	AUGMENTE EN FONCTION DE L'INFLAMMATION
SAIGNEMENT	NUL	PROVOQUÉ, SPONTANÉ

I
N
F
L
A
M
M
A
T
I
O
N



Examen muqueux

Freins iatrogènes



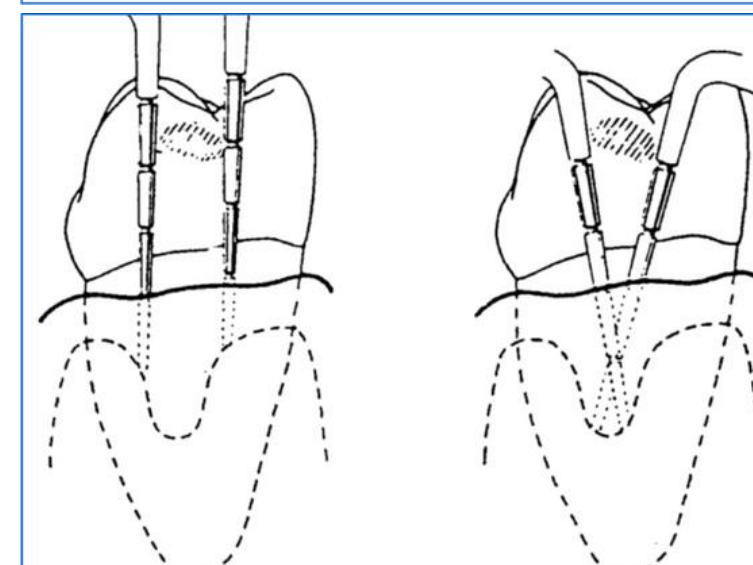
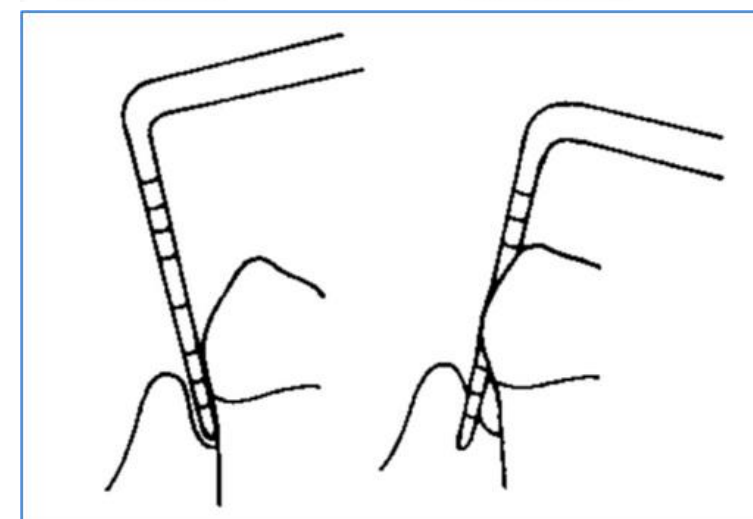
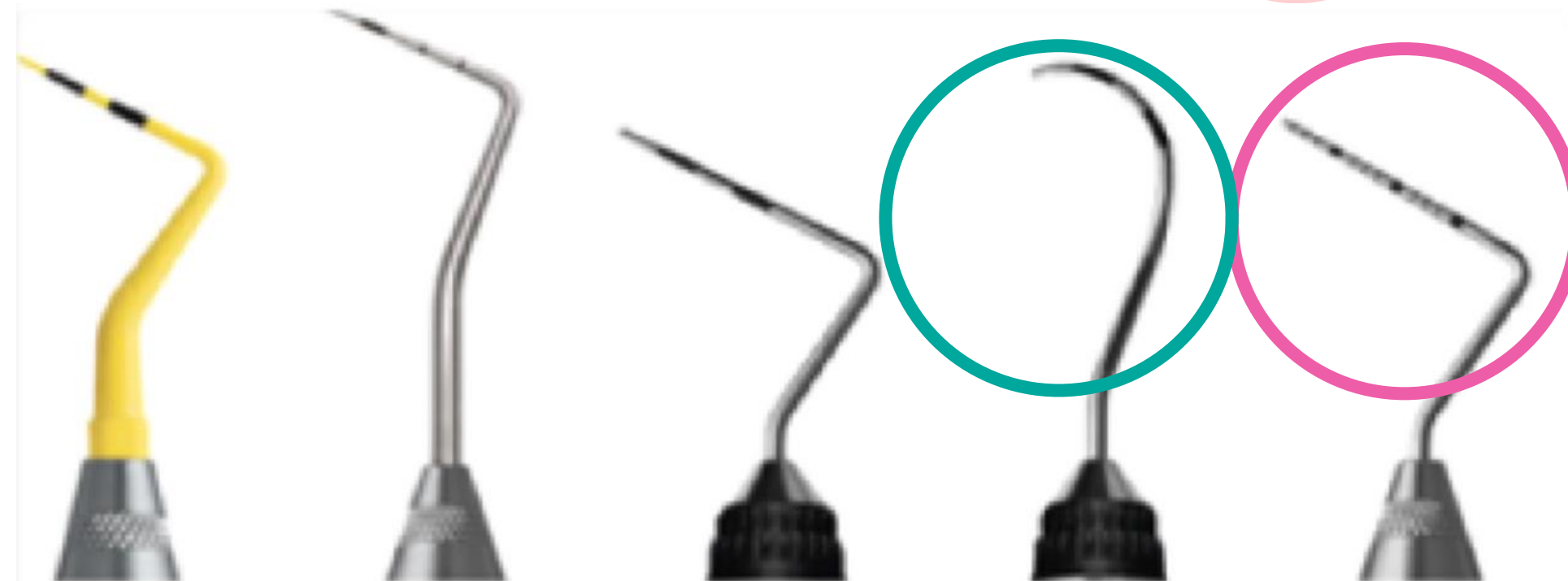
Charting parodontal

Sonde parodontale

Sonde Nabers

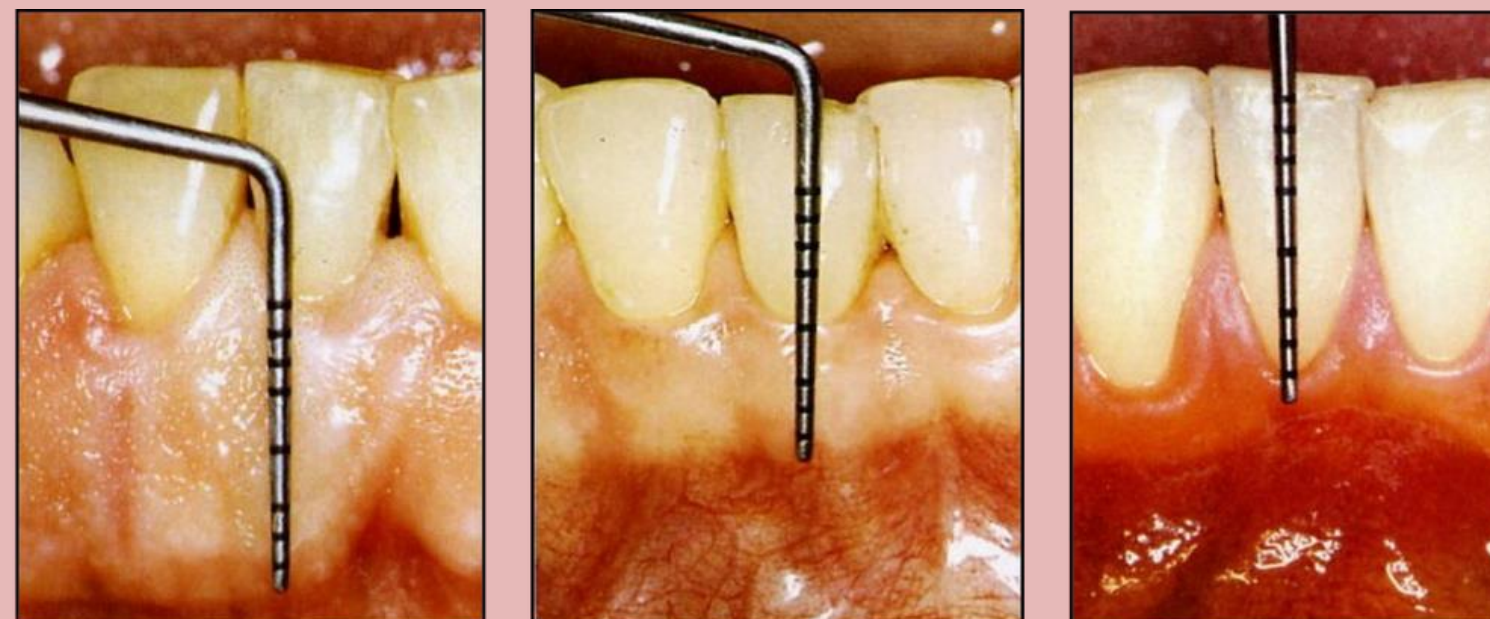
Examen quantitatif :

- Profondeur du sillon gingival
- Gencive attachée (épaisseur et hauteur)
- Gencive kératinisée
- Gencive marginale
- Récessions



Axe
Visibilité
Puissance

Charting parodontal



Charting parodontal :

Millimétrées

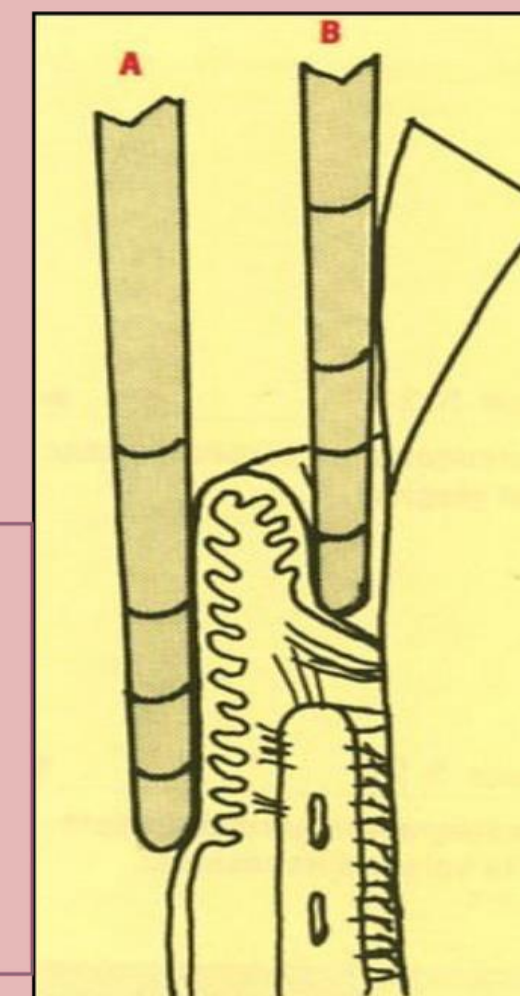
Sonde parodontale

Sonde Nabers

Hauteur GA=

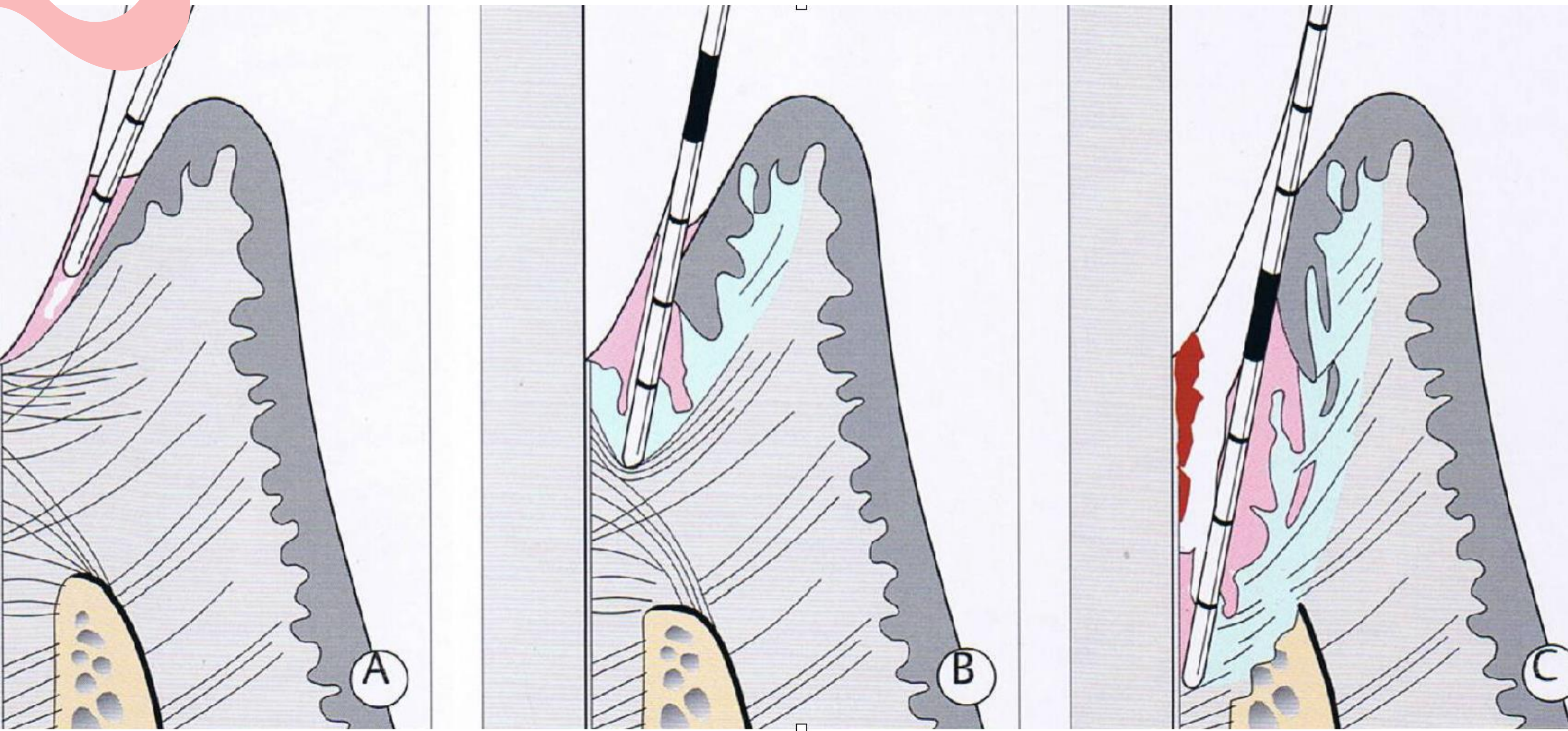
Mesure externe (A)

-

Profondeur du
sondage(B)

Examen quantitatif : profondeur du sillon gingival / Gencive attachée (épaisseur et hauteur) / Gencive kératinisée / Gencive marginale / Récessions

Charting parodontal



Charting parodontal

PERIODONTAL CHART

Date

Patient Last Name

First Name

Date Of Birth

☐ Initial Exam☐ Reevaluation

Clinician

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Mobility	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Implant																
Furcation																
Bleeding on Probing																
Plaque																
Gingival Margin	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Probing Depth	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Buccal

Palatal

Gingival Margin	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Probing Depth	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Plaque																
Bleeding on Probing																
Furcation																
Note																

Mean Probing Depth = 0 mm

Mean Attachment Level = 0 mm

0 % Plaque

0 % Bleeding on Probing

Note
Furcation
Bleeding on Probing
Plaque
Gingival Margin
Probing Depth

0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Lingual

Buccal

Gingival Margin
Probing Depth
Plaque
Bleeding on Probing
Furcation
Implant
Mobility

0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	

Charting parodontal

Mobilité
 Implant
 Furcation
 Saignement
 Plaque
 Dénudation radiculaire
 Profondeur de sondage

Vestibulaire

Dénudation radiculaire
 Profondeur de sondage
 Plaque
 Saignement
 Furcation
 Note

	18	17	16	15
Mobilité		0	0	2
Implant		■		
Furcation			○	
Saignement		■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		
Plaque		■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■		
Dénudation radiculaire		0 -1 0	-2 -3 -2	-1 -2
Profondeur de sondage		3 3 2	4 6 5	4 6 7

Dénudation radiculaire
 Profondeur de sondage
 Plaque
 Saignement
 Furcation
 Note

	0	-1	0	-2	-3	-2	-2	-2	-2
Dénudation radiculaire									
Profondeur de sondage	3	4	3	4	5	3	6	8	6
Plaque			■	■	■	■	■	■	■
Saignement		■	■	■	■	■	■	■	■
Furcation				○	○				
Note									PUS

Cliquer sur le numéro de la dent permettra de barrer la dent et de supprimer les valeurs. Cliquer sur le SHIFT+ numéro de la dent pour réinitialiser les valeurs

Cliquer sur la case implant pour faire apparaître un symbole implant

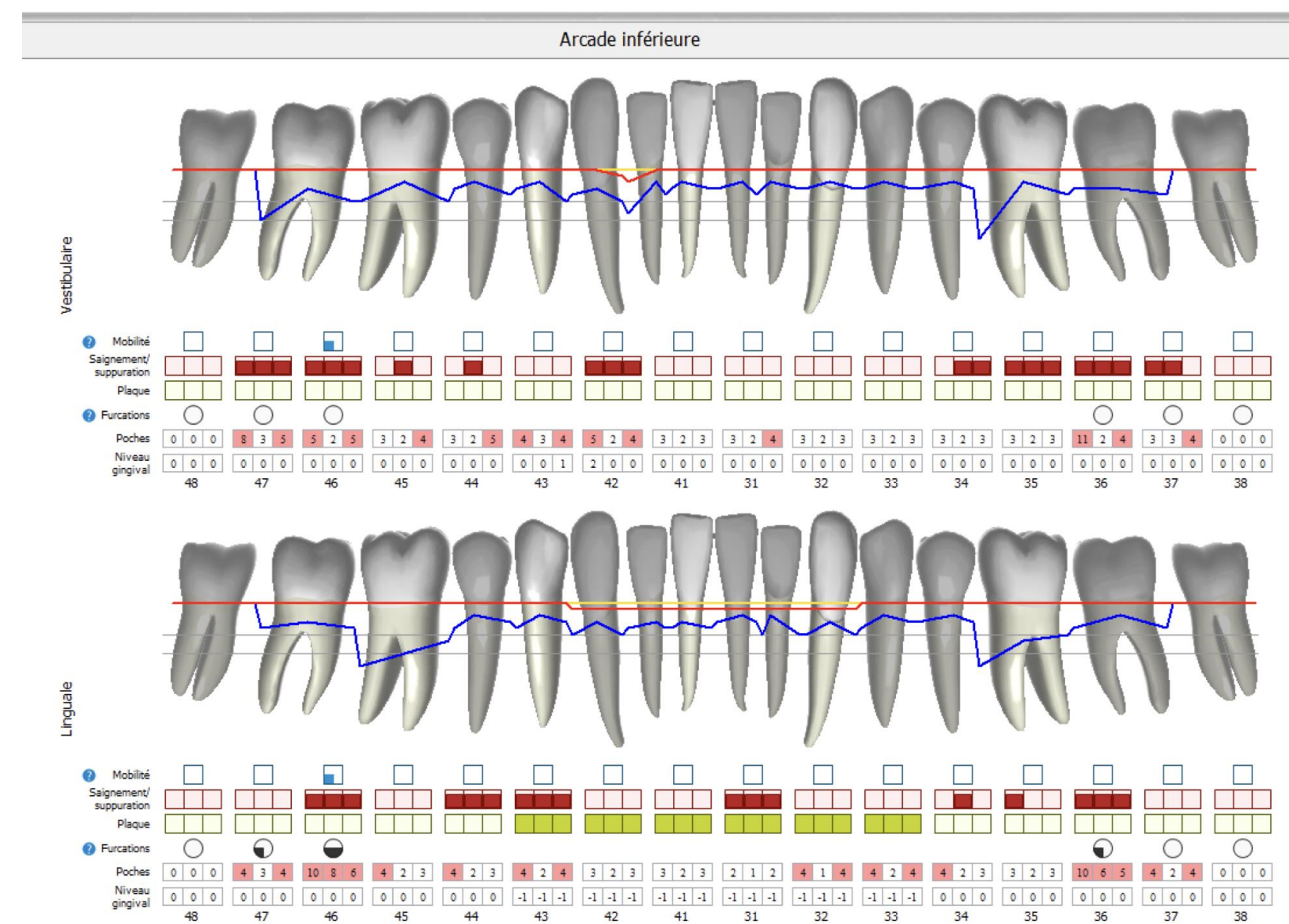
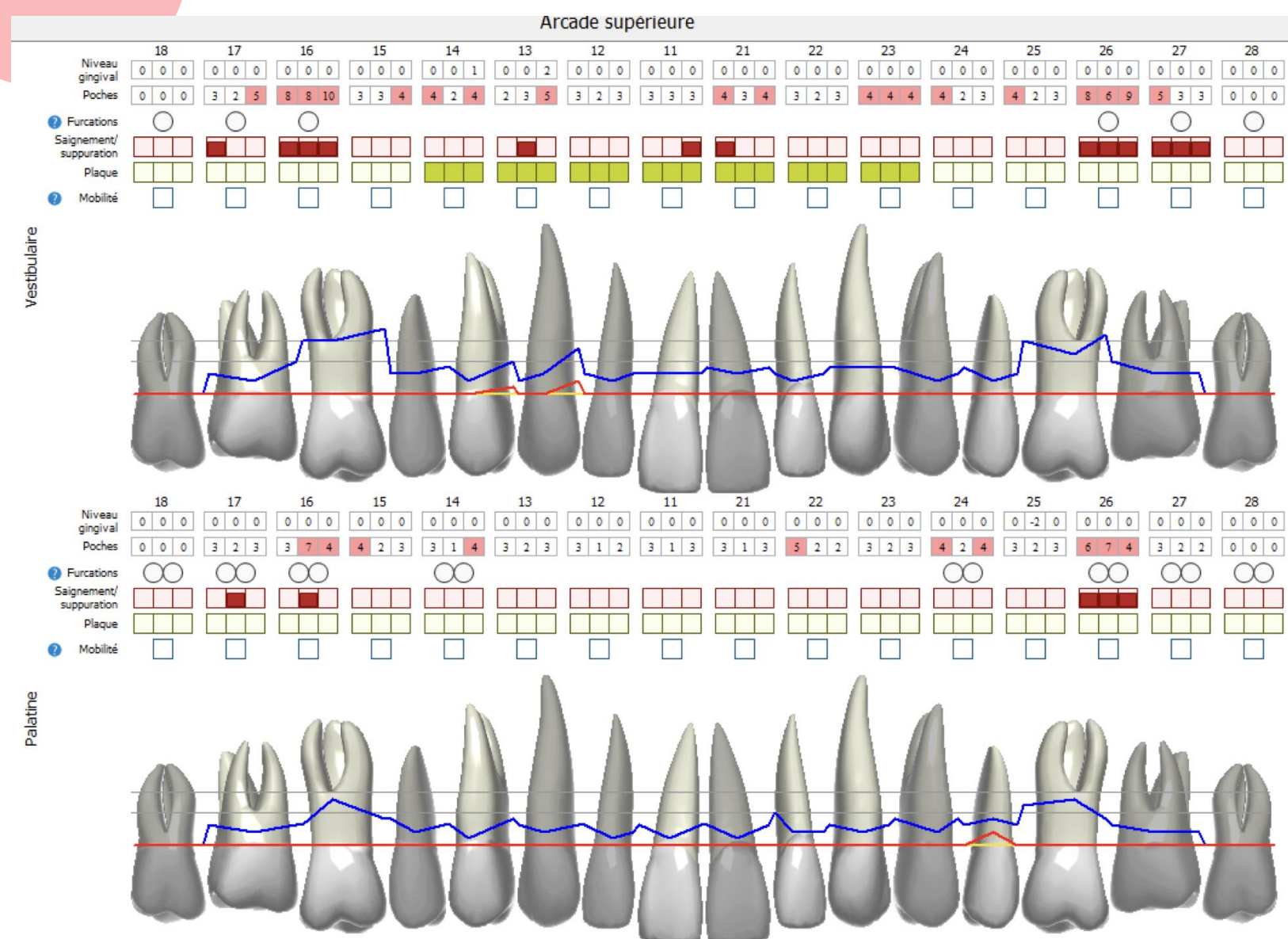
Le Bleeding On Probing (BOP) et l'indice de plaque sera enregistré sur 6 sites par dent (3 en vestibulaire et 3 en lingual)

Une fois la valeur remplie, taper sur TAB pour passer à la valeur suivante automatiquement

Cliquer à répétition pour inscrire le degré de l'atteinte de furcation
 1 clic : classe I
 2 clic : classe II
 3 clic : classe III
 4 clic : réinitialiser

Si vous souhaitez ajouter une note pour chaque dent, cliquez sur note et ajouter le commentaire

Charting parodontal



Perte attache moyenne (CAL) : 3,1 mm
 Poche moyenne : 3,0 mm
 Niveau gingival moyen : 0,0 mm
 Plaque : 20 %
 Saignement : 29 %
 Perte osseuse/âge : 0
 Indice de Bonner : 136
 Coef mastic. : environ 100

Charting parodontal

Poche parodontale - Fausse Poche => perte d'attache

$$9 - 3 = 6$$

**CALCULATING CAL WHEN THE GINGIVAL MARGIN
COVERS THE CEJ**

When the gingival margin is coronal to the CEJ, the CAL is calculated by **subtracting** the gingival margin level from the probing depth.

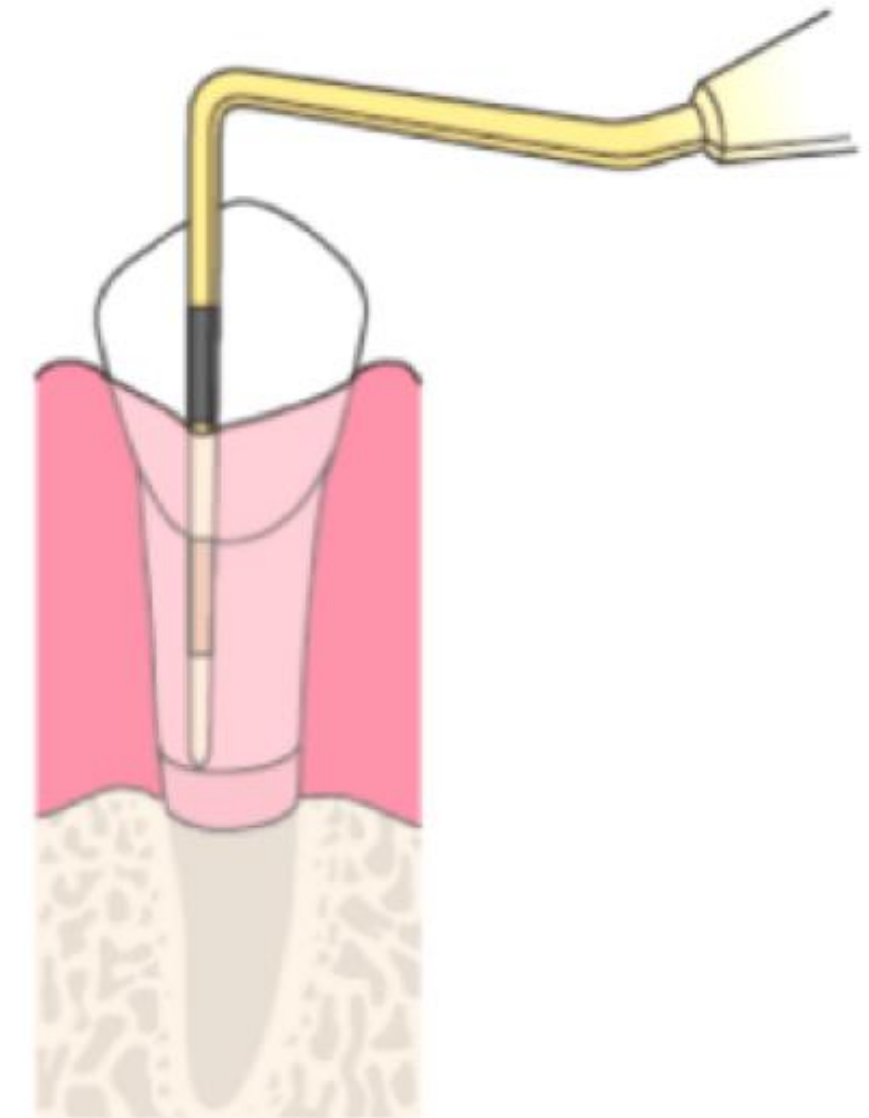
Example:

Probing depth measurement: 9 mm

Gingival margin level: -3 mm*

Clinical attachment loss: 6 mm

* = 3 mm of tissue needs **to be taken away** for the gingival margin to be at its normal level.



Charting parodontal

Poche parodontale - Fausse Poche => perte d'attache

$$6 - 0 = 6$$

**CALCULATING CAL WHEN THE GINGIVAL MARGIN
IS AT THE NORMAL LEVEL**

When the gingival margin is slightly coronal to the CEJ, no calculations are needed since the probing depth and the clinical attachment level are equal.

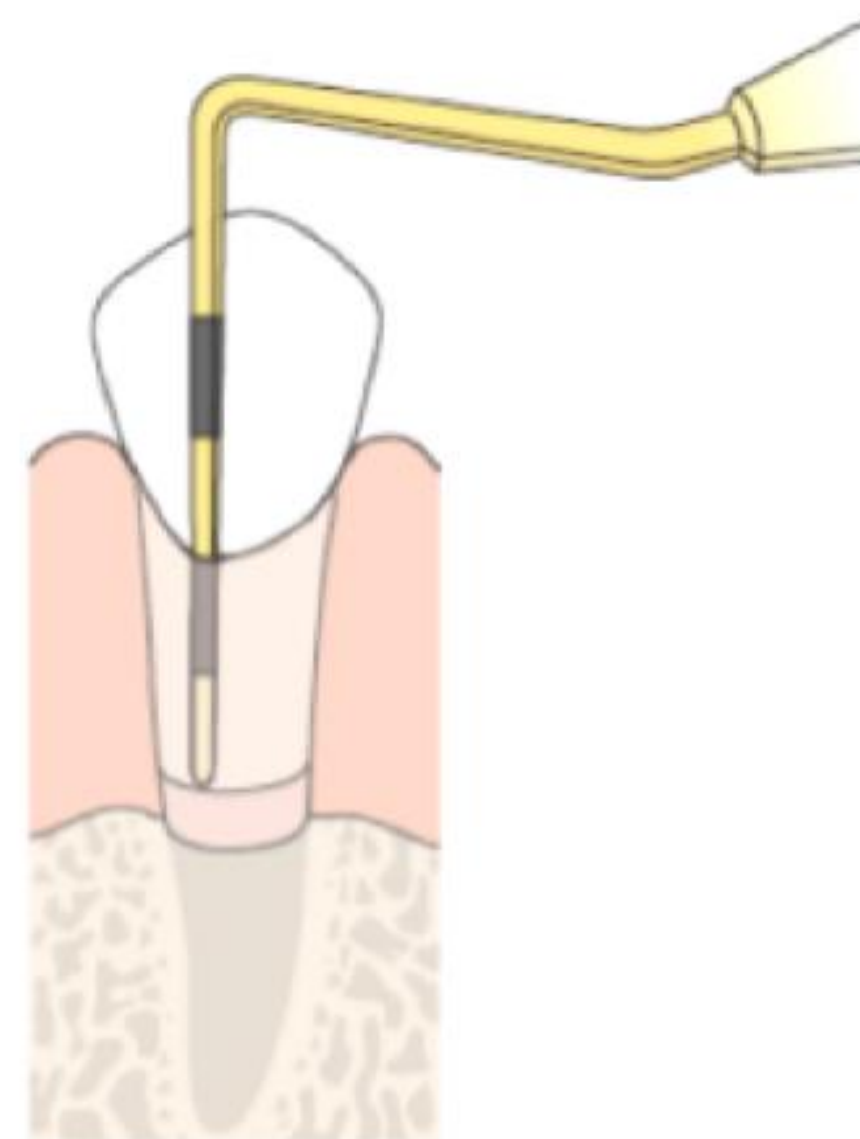
Example:

Probing depth measurement: 6 mm

Gingival margin level: 0 mm*

Clinical attachment loss: 6 mm

* = gingival margin is at the normal level; therefore no gingival tissue needs to be added or taken away (0).



(Images used with permission: <http://lww.com>)

Charting parodontal

Poche parodontale + Récession => perte d'attache

$$4 + 2 = 6$$

CLINICAL ATTACHMENT LOSS, CALCULATION

CALCULATING CAL IN THE PRESENCE OF RECESSION OF THE GINGIVAL MARGIN

When recession of the gingival margin is present, the CAL is calculated by **adding** the probing depth to the gingival margin level.

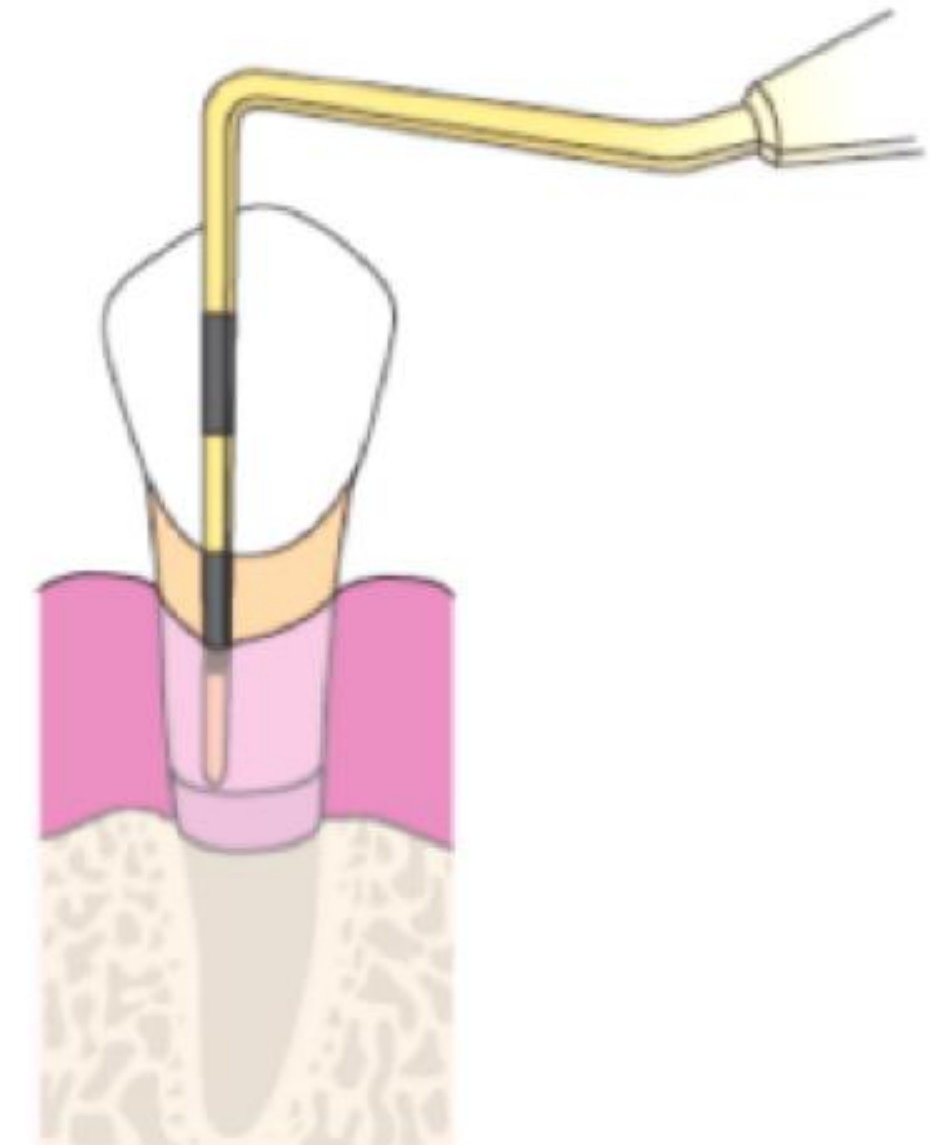
Example:

Probing depth measurement: 4 mm

Gingival margin level: +2 mm*

Clinical attachment loss: 6 mm

* = 2 mm of tissue needs **to be added** for the gingival margin to be at its normal level.



Examen endobuccal

Charting parodontal

Atteinte interradiculaire

Nyman et Lindhe(1983):

I : lyse osseuse horizontale inférieure à 3mm

II : lyse osseuse horizontale supérieure à 3mm non traversante

III : lyse osseuse traversante.



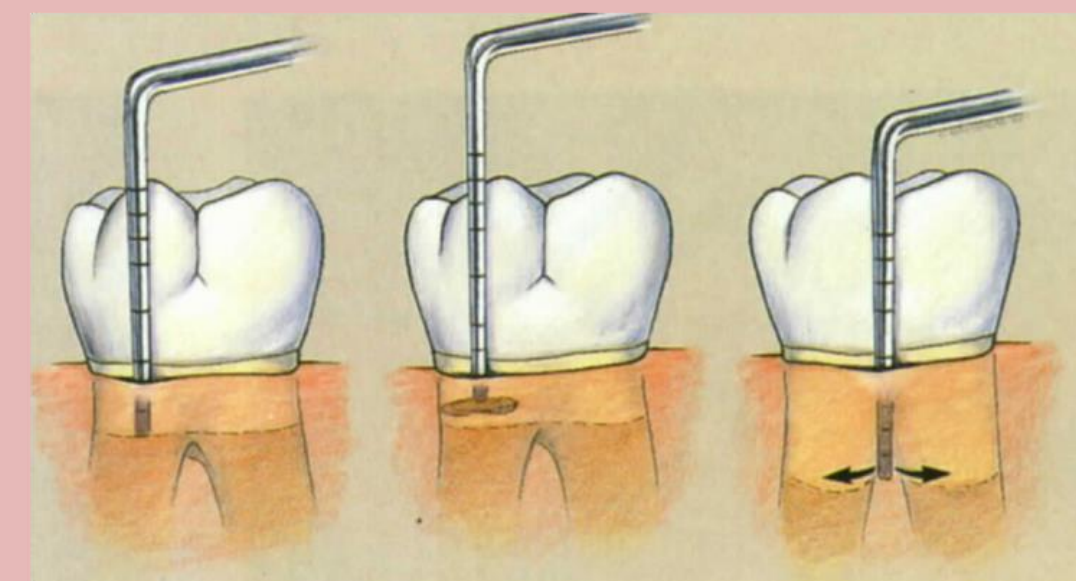
difficulté d'insertion

- anatomie
- position
- points de contact
- tartre
- couronnes...

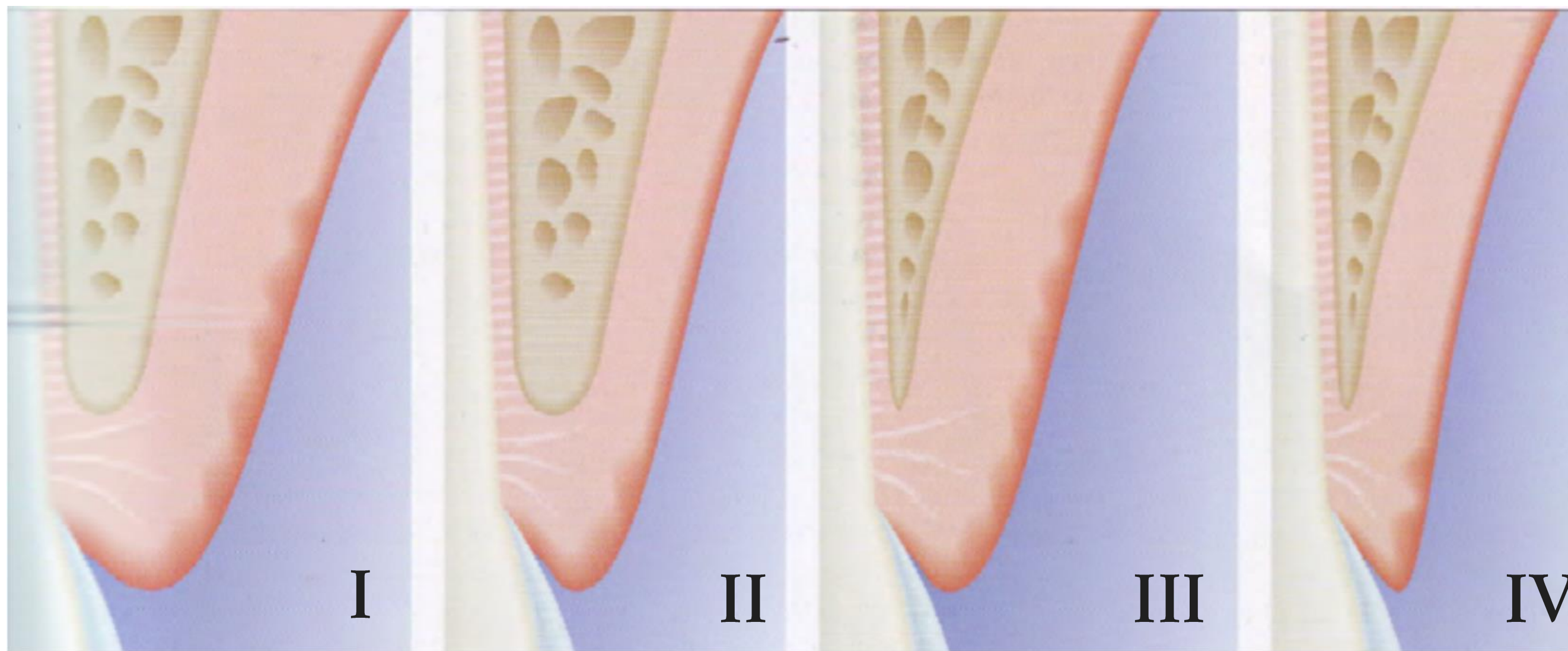
Classe 1

Classe 2

Classe 3



Examen biotype parodontal

Classification de Maynard & Wilson

- I** = Gencive kératinisée épaisse (>2mm) et épaisseur alvéolaire importante dans le sens vestibulo-lingual
- II** = Gencive kératinisée fine (<2mm) et épaisseur alvéolaire importante dans le sens vestibulo-lingual
- III** = Gencive kératinisée épaisse (>2mm) mais épaisseur alvéolaire réduite
- IV** = Gencive kératinisée et épaisseur alvéolaire amoindrie => fort risque de récession

Indices parodontaux

- Inspection visuelle et palpation corticale
- Maxillaire dissociée de la mandibule



Examen biotype parodontal



Charting parodontal Examen biotype parodontal





Récession gingivale

■ Dénudation radiculaire

Migration apicale du
parodonte par rapport à la
JAC

■ Gêne esthétique et/ou fonctionnelle

Hypersensibilité dentinaire
Couronne clinique
rallongée
Inflammation

Charting parodontal

De la JAC au rebord de la gencive marginale



Examen endobuccal

Classification de Cairo



RT1

= Récession gingivale sans perte d'attache proximale

=> RECOUVREMENT 100%



RT2

= Récession gingivale avec perte d'attache proximale < récession

=> RECOUVREMENT PARTIEL



RT3

= Récession gingivale avec perte d'attache proximale > ou =
récession

=> ABSENCE DE RECOUVREMENT

CLASSIFICATION DE MILLER



Classe I = Le support interdentaire est intact et la récession n'atteint pas la LMG

100% de recouvrement

Classe II = Le support interdentaire est intact et la récession atteint la LMG

100% de recouvrement

Classe III = Perte partielle inter dentaire et la récession atteint la LMG

recouvrement partiel

Classe IV : Perte inter dentaire sévère atteignant la portion apicale de la récession

Pas de recouvrement

Pas de perte d'attache



Perte d'attache partielle



Perte d'attache totale



Mobilité

Classification de Mühleman

- 0** = ankylose
- 1** = mobilité physiologique perceptible
- 2** = mobilité transversale < 1 mm
- 3** = mobilité transversale > 1 mm
- 4** = mobilité axiale (piston)





Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Population générale

Ce groupe comprend tous les patients qui ne présentent aucun des facteurs de risque décrits dans les deux catégories suivantes, en tenant compte du fait qu'aucun patient n'est totalement exempt du risque de développer une infection.

Dorénavant, chez les patients présentant une cardiopathie à risque modérée (autres valvulopathies, autres cardiopathies congénitales, prolapsus de la valve mitrale...), l'antibiothérapie prophylactique n'est plus indiquée lorsqu'un geste bucco-dentaire est réalisé.

Les données issues de la littérature scientifique ne permettent plus de retenir les patients porteurs d'une prothèse articulaire dans un groupe susceptible de développer une infection au niveau de la prothèse lorsqu'un geste bucco-dentaire est réalisé. En conséquence, pour les patients porteurs d'une prothèse orthopédique, aucune indication à l'antibiothérapie prophylactique des actes bucco-dentaires n'a été retenue (Grade C). Pour autant, cela ne remet pas en question la nécessité de réaliser un examen bucco-dentaire complet chez les patients candidats à la pose d'une prothèse articulaire, afin d'éliminer les foyers infectieux locaux.

ATB prophylaxie

Recommandations • juillet 2011



Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Patients immunodéprimés

Dans ce groupe, le risque infectieux est considéré comme lié à tout facteur responsable d'une immunodépression, qu'elle soit congénitale ou acquise. En l'absence de critères objectifs, biologiques ou cliniques, permettant de l'évaluer, la décision d'inclure un patient dans cette catégorie de risque doit être prise en bonne intelligence entre, d'une part, le chirurgien-dentiste ou le stomatologue et, d'autre part, les médecins concernés.

Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Patients à haut risque d'endocardite infectieuse

Ce groupe réunit uniquement les patients présentant une cardiopathie définie comme étant à haut risque d'endocardite infectieuse. En conséquence, ce risque d'infection exclu les patients présentant une cardiopathie définie comme étant à risque faible ou modéré d'endocardite infectieuse (par exemple l'insuffisance mitrale).

Cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse

- Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice (anneau prothétique...).
- Antécédent d'endocardite infectieuse.
- Cardiopathie congénitale cyanogène :
 - non opérée ou dérivation chirurgicale pulmonaire-systémique,
 - opérée, mais présentant un shunt résiduel,
 - opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée, sans fuite résiduelle, seulement dans les 6 mois suivant la mise en place,
 - opérée avec mise en place d'un matériel prothétique par voie chirurgicale ou transcutanée avec shunt résiduel.

ATB prophylaxie

Recommandations • juillet 2011



Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

B. Actes invasifs

Est considéré comme invasif un acte susceptible d'induire une infection locale, à distance ou générale.

Pour la population générale, la plupart des actes invasifs ne nécessite pas d'antibiothérapie prophylactique (Accord professionnel).

Chez le patient immunodéprimé, l'antibiothérapie prophylactique dépendra des situations cliniques (Accord professionnel).

Chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, l'antibiothérapie prophylactique est **recommandée** (Grade B):

- pour tout acte dentaire impliquant une manipulation de la gencive (par exemple, le détartrage) ou de la région périapicale de la dent;
- en cas d'effraction de la muqueuse orale (exceptée l'anesthésie locale ou locorégionale).

ATB prophylaxie

Tableau 2 : Recommandations de prescription d'une antibiothérapie prophylactique en parodontologie

Actes bucco-dentaires invasifs	Patient		
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse
Actes et soins parodontaux :			
Détartrage avec et sans surfaçage radiculaire	-	R	R _B
Sondage parodontal	-	R	R _B
Chirurgie parodontale :			
Allongement de couronne clinique	-	R*	acte contre-indiqué
<i>Chirurgie de la poche :</i>			
Lambeau d'accès	- _C	R*	acte contre-indiqué
Comblement et greffes osseuses	-	R*	acte contre-indiqué
Membrane de régénération parodontale	- _B	R*	acte contre-indiqué
Protéines dérivées de la matrice amélaire	- _B	R*	acte contre-indiqué
<i>Chirurgie plastique parodontale :</i>			
Lambeau déplacé	-	R*	acte contre-indiqué
Grefe gingivale	-	R*	acte contre-indiqué

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée.

En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* Chez le patient immunodéprimé, le rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux devra être pris en compte.



Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire

Tableau 7 : Schémas d'administration préconisés pour l'antibiothérapie prophylactique

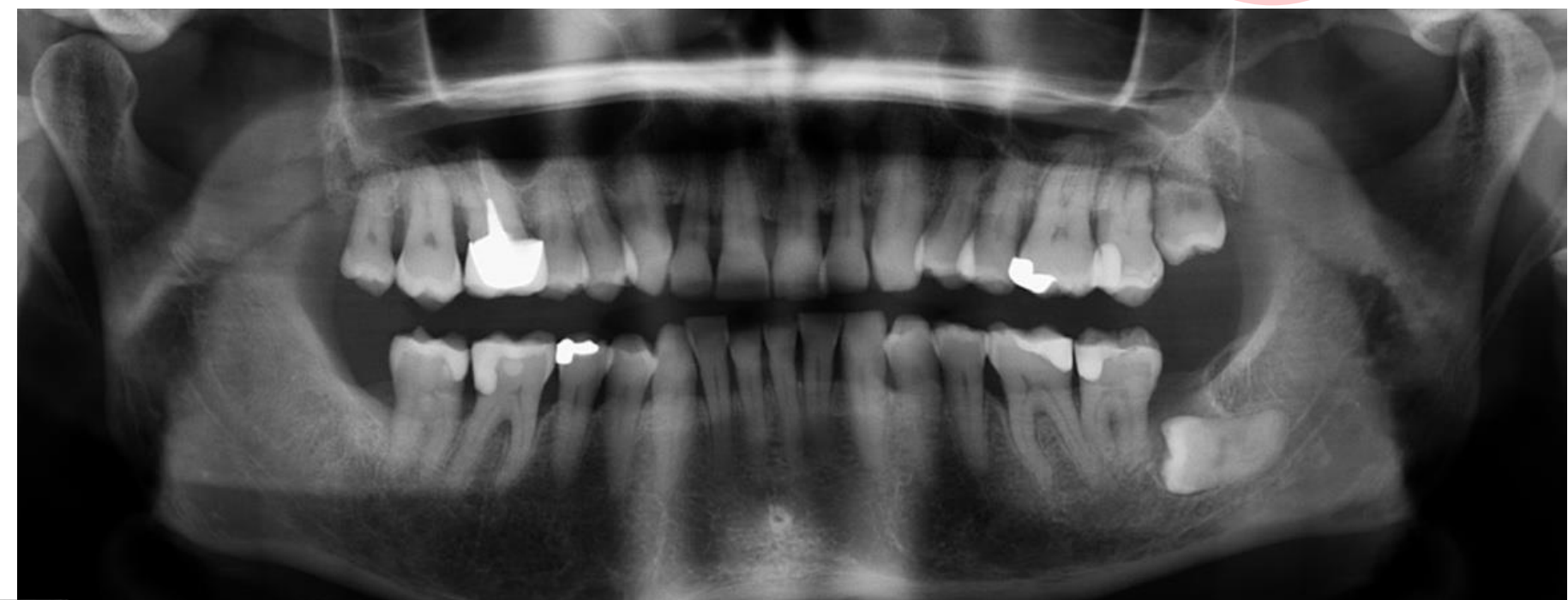
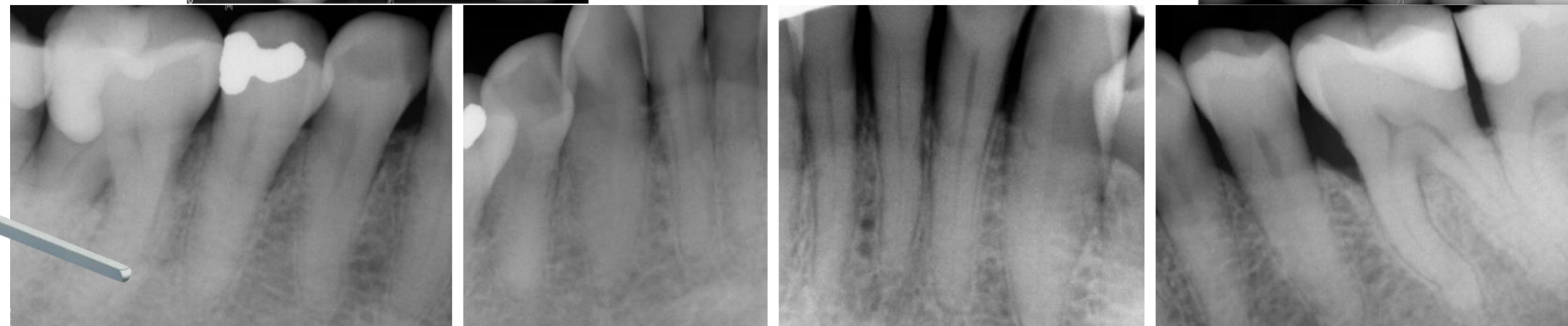
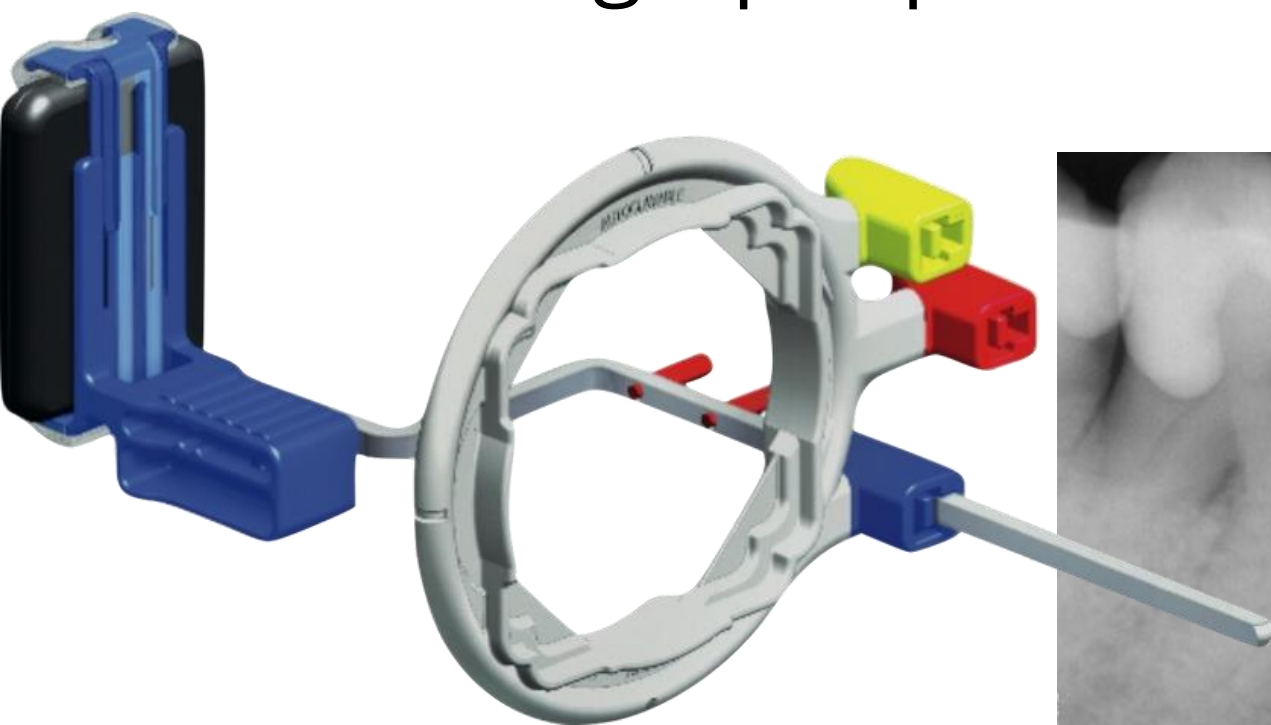
Situation	Antibiotique	Prise unique dans l'heure qui précède l'intervention	
		Adulte Posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale	Enfant Posologies quotidiennes établies pour un enfant à la fonction rénale normale, sans dépasser la dose adulte
Sans allergie aux pénicillines	Amoxicilline	2 g – v.o. ou i.v.	50 mg/kg – v.o. ou i.v.
En cas d'allergie aux pénicillines	Clindamycine	600 mg – v.o. ou i.v.	20 mg/kg – v.o. [†] ou i.v.

v.o. : voie orale.

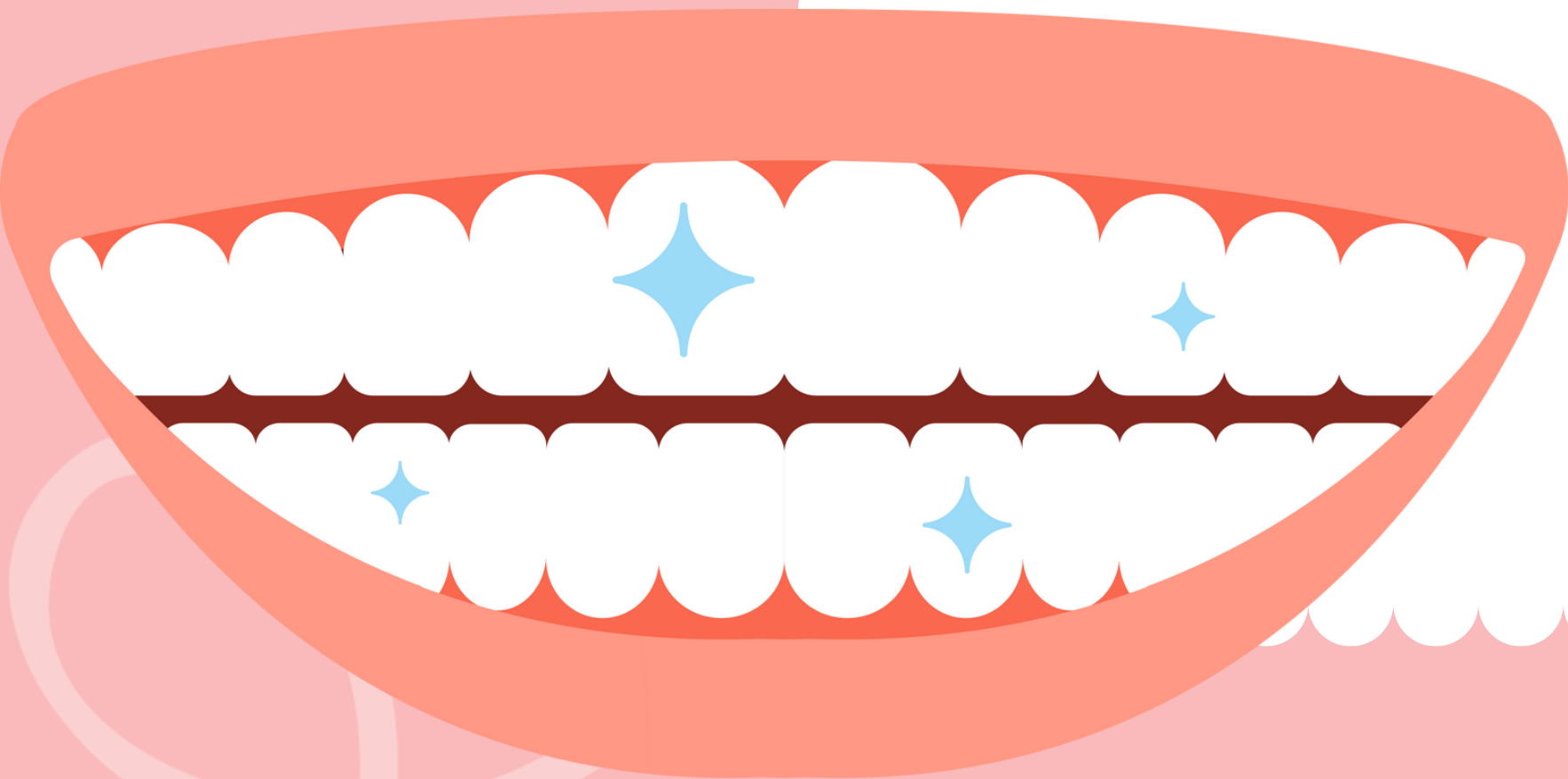
i.v. : voie intraveineuse, lorsque la voie orale n'est pas possible.

† : du fait de sa présentation pharmaceutique disponible pour la voie orale, la clindamycine est recommandée chez l'enfant à partir de 6 ans (prise de gélule ou comprimé contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans par risque de fausse route). La clindamycine peut être utilisée par voie intraveineuse chez l'enfant à partir de 3 ans.

Radiographie panoramique

Status
radiographique

03 PARODONTE SAIN



Patient avec
parodonte sain

- = état d'équilibre maintenu par le système de défense
- en présence d'un changement quantitatif et/ou qualitatif des bactéries
 - et de la présence facteurs de risques

Santé parodontale

*Sur parodonte
intact*

*Sur parodonte
réduit*

04

AFFECTIONS PARODONTALES



Patient avec
parodonte sain

Patient atteint de
gingivite

*Hajishengallis, Nat Rev Immunol,
2015*

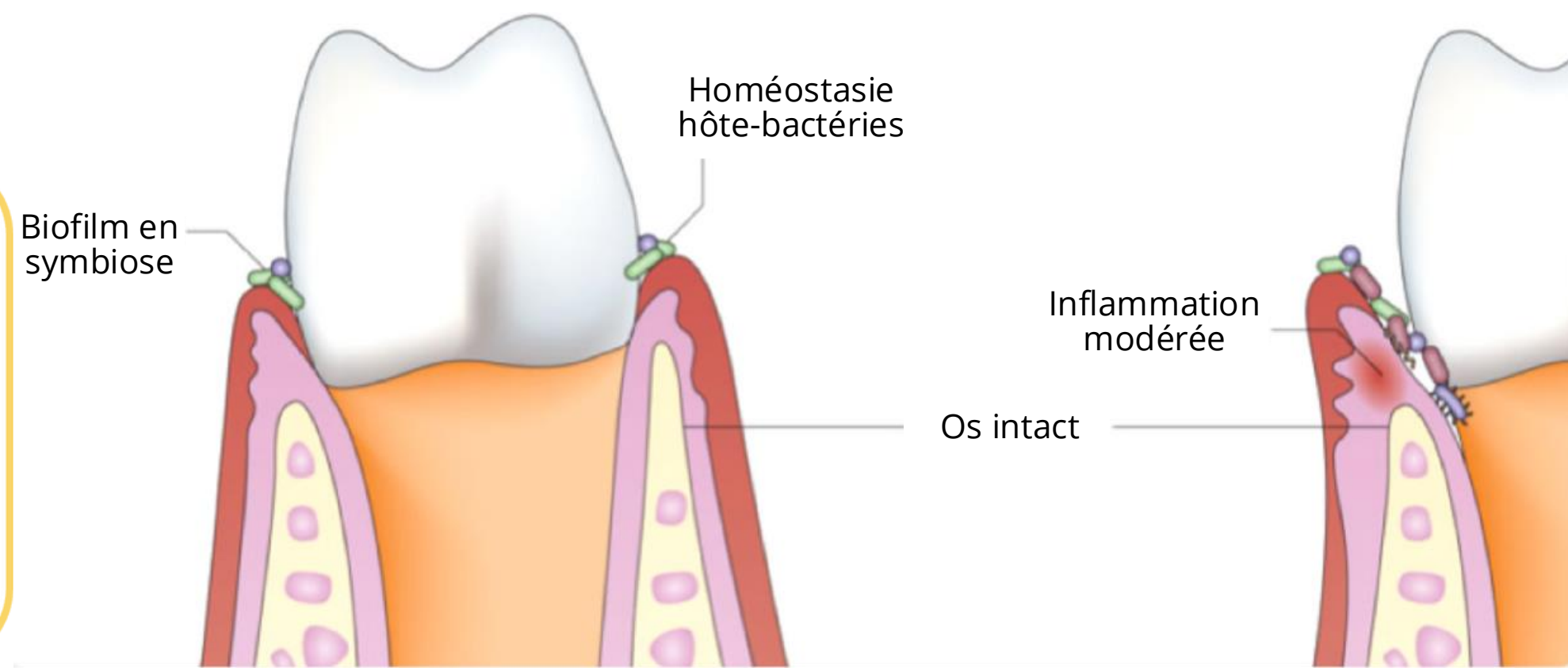
DIAGNOSTIC
Santé parodontale

DIAGNOSTIC
Gingivite

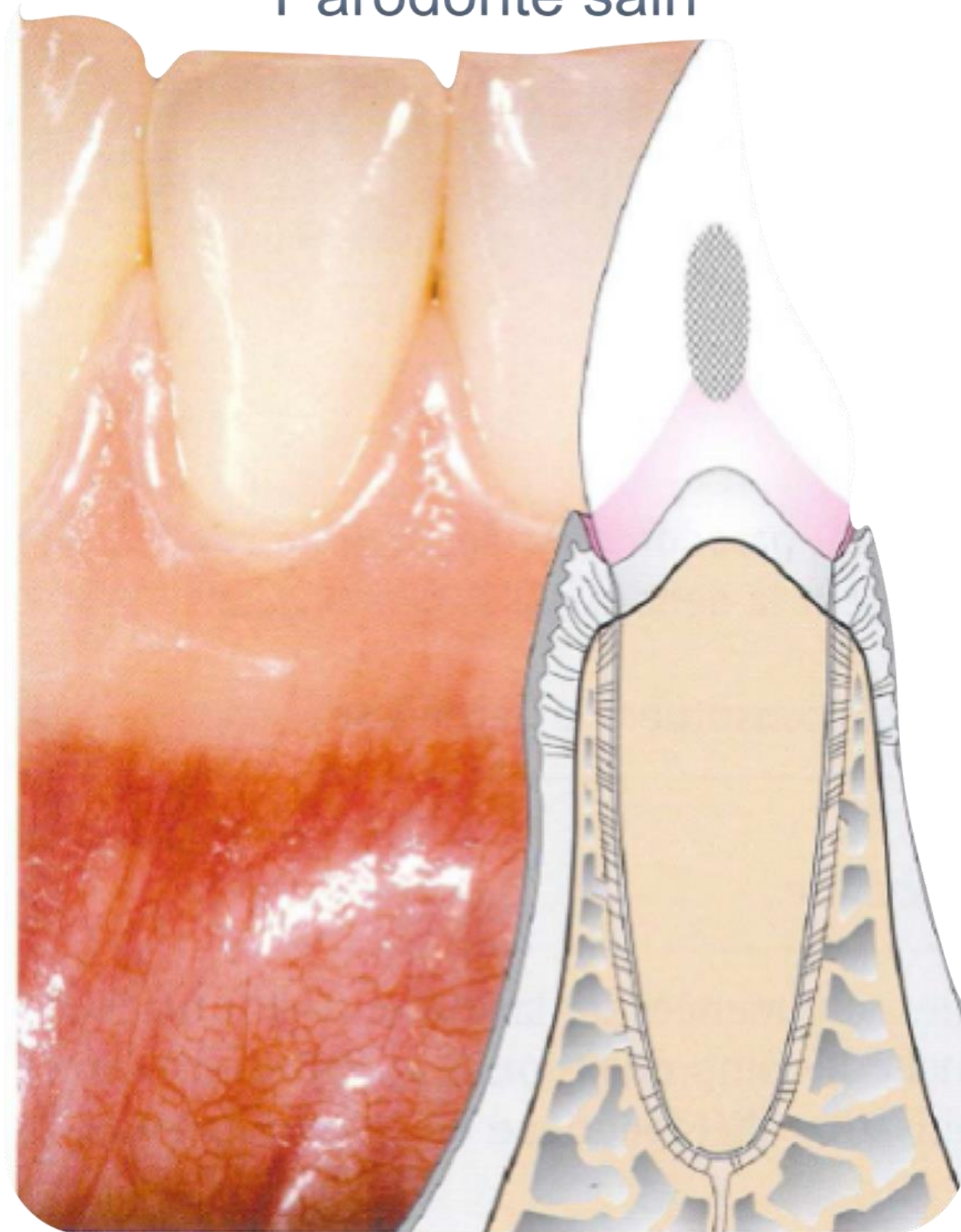
a

Parodonte sain

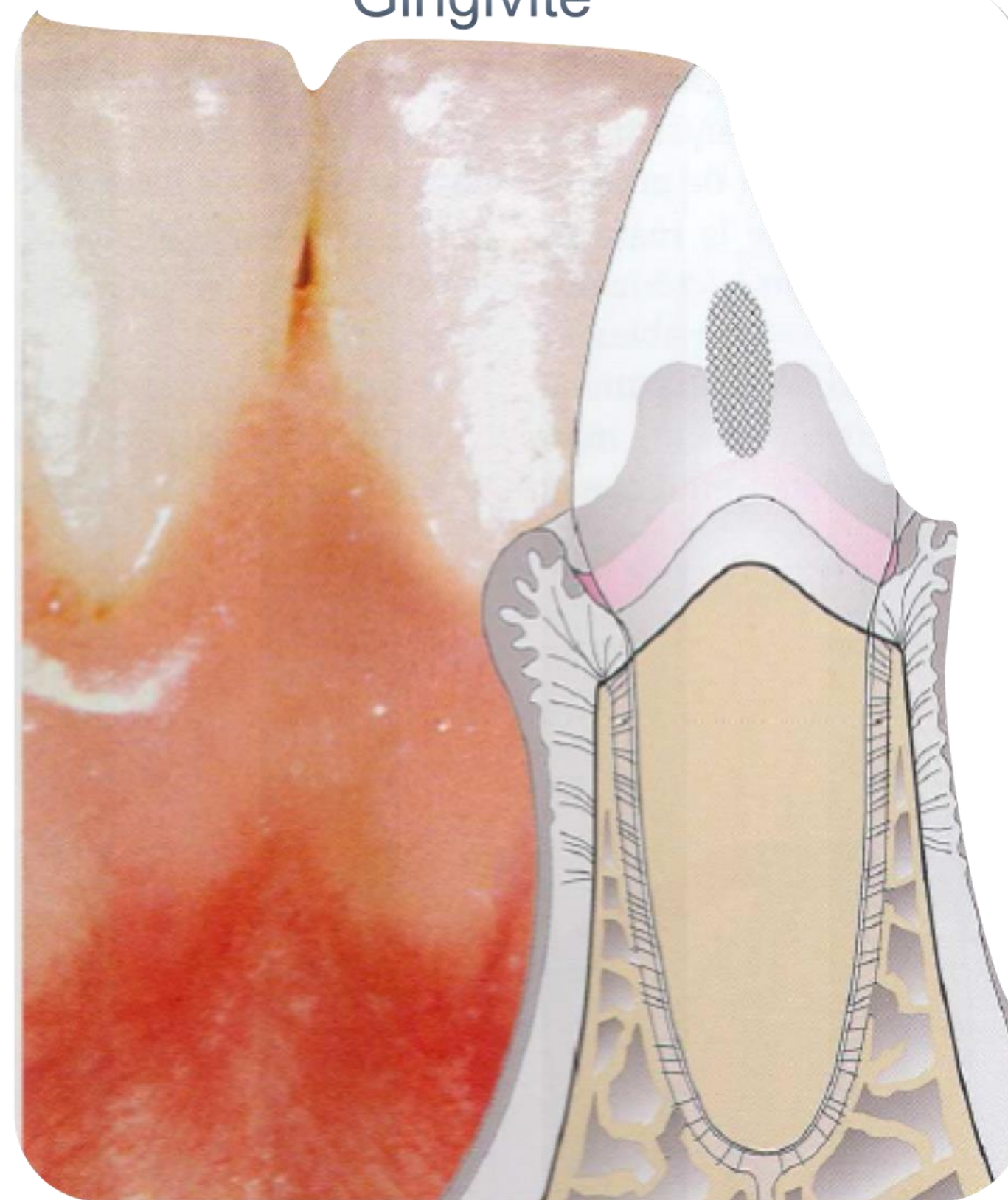
Gingivite

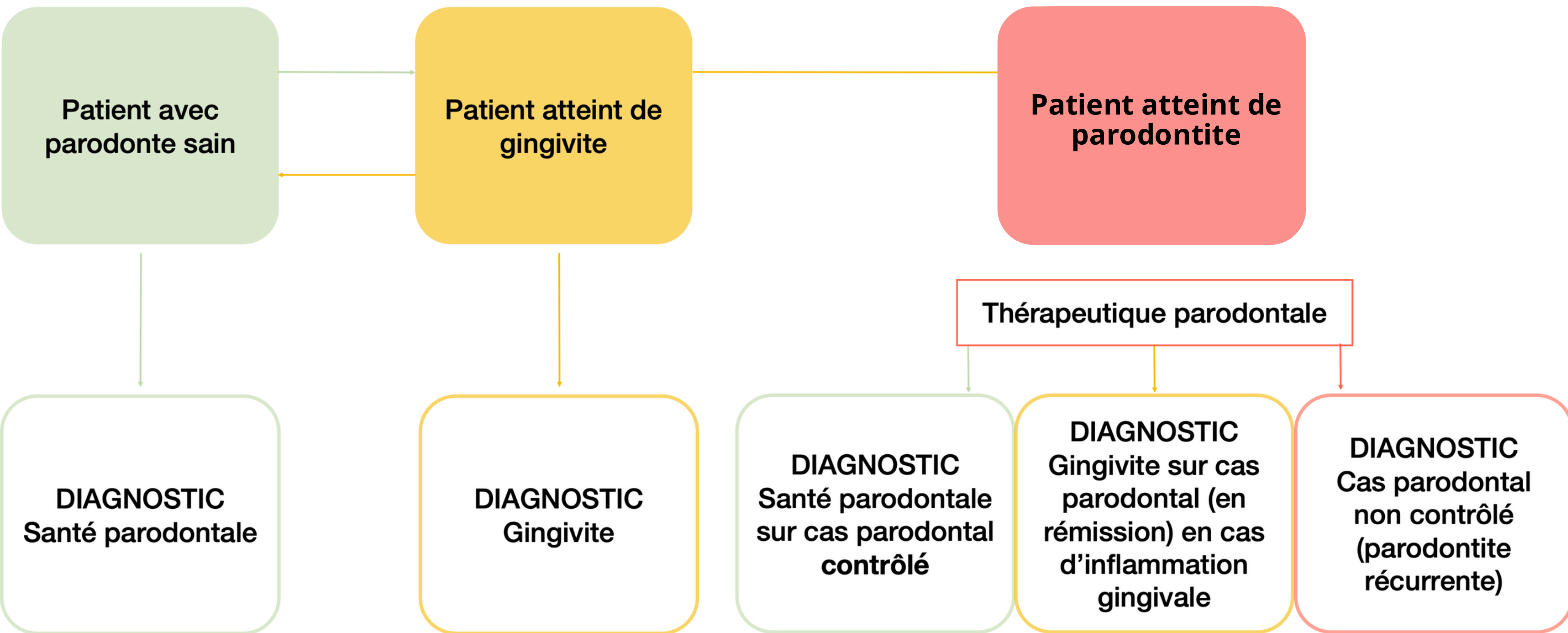


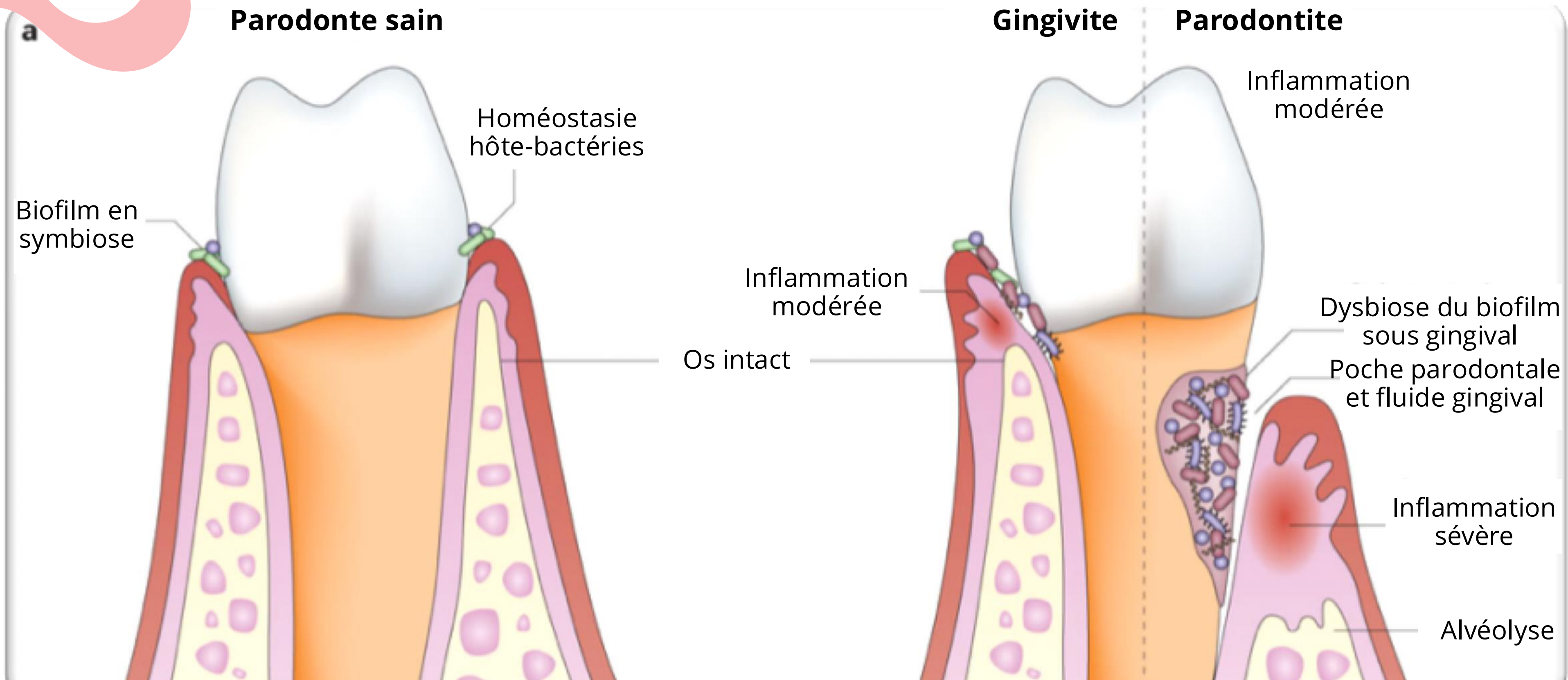
Parodonte sain



Gingivite

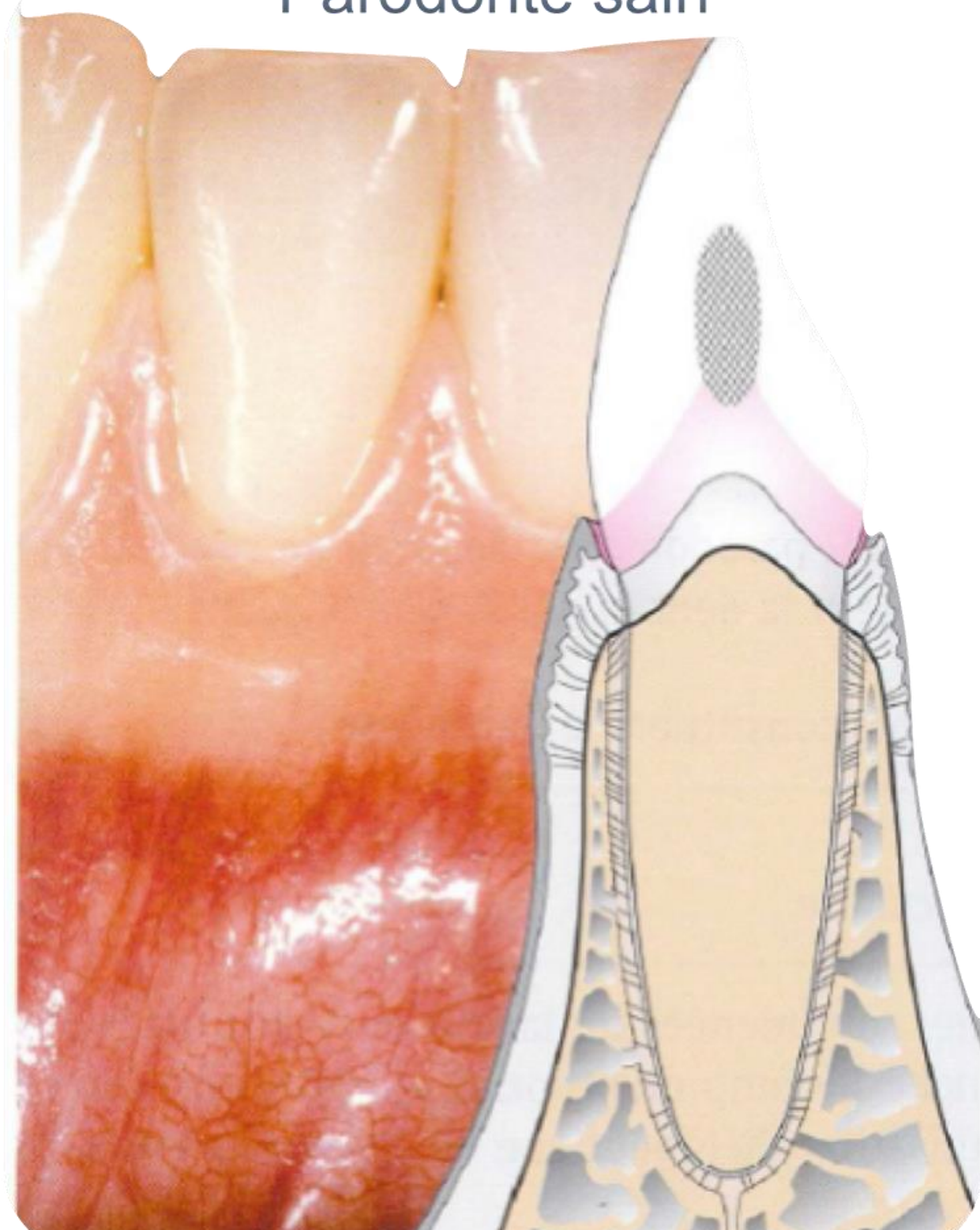




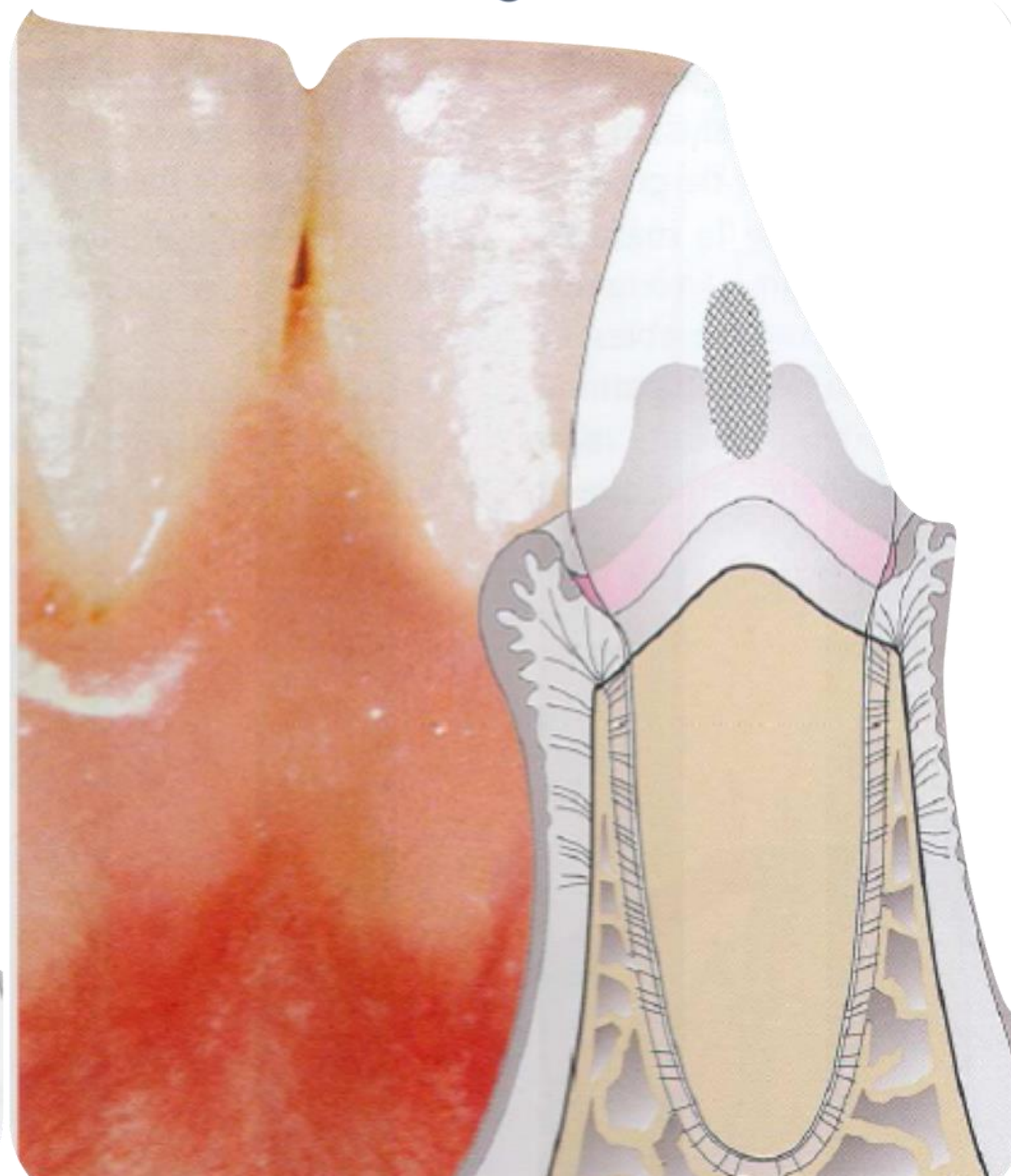


Rateitschak , Masson 2005

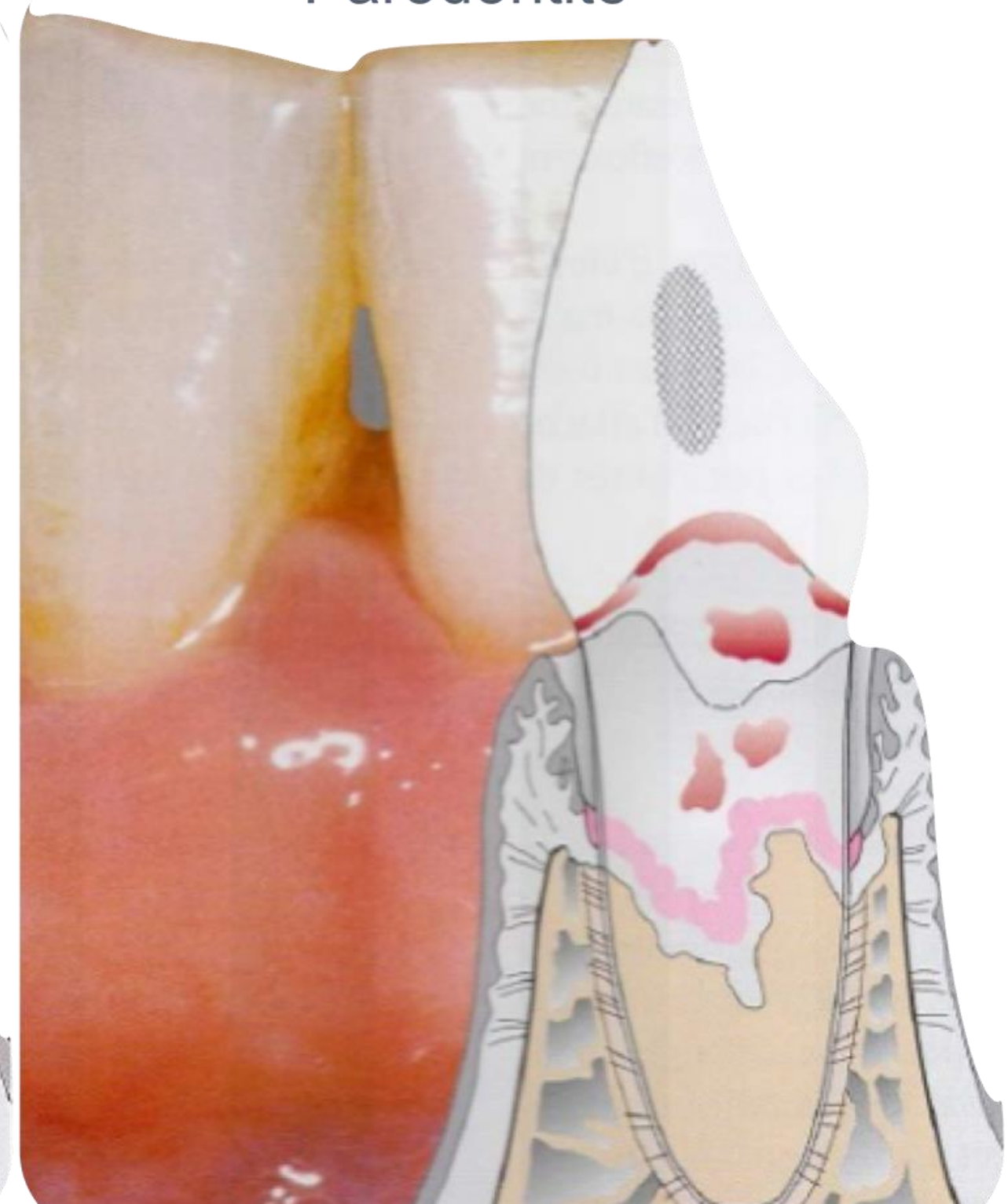
Parodonte sain



Gingivite



Parodontite





Maladie inflammatoire d'origine infectieuse, multifactorielle

- Inflammation associée à microbiote et médiée par l'hôte
- Entraîne une perte d'attache clinique objectivable par sondage (avec une sonde parodontale : point de référence JAC)



- Des maladies autre que la parodontite peuvent provoquer de la perte d'attache
- Ne pas prendre en compte la seule alvéolyse radiographique

05

THERAPEUTIQUE



05

Traitement

80

Thérapeutique
étiologique initiale

Thérapeutique
symptomatique

6 à 8 semaines

Réévaluation

**MAINTENANCE
PARODONTALE**

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques

Thérapeutique
étiologique initiale



- 1. Enseignement au controle de plaque individuel**
- 2. Elimination des facteurs de retention de plaque**
- 3. Controle professionnel de la plaque :**
Détartrage et polissage + Débridement radiculaire

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques

Enseignement au contrôle individuel

Explication de la maladie

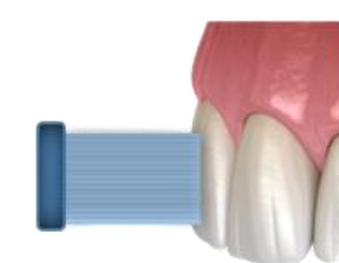
Brosse à dent souple 20/100ème

Calibrage des brossettes interdentaires

Dentifrice adaptée (action sur l'inflammation et antibactérien)

Détartrage (avant ou après le bilan parodontal)

Thérapeutique
étiologique initiale



Technique
mixte



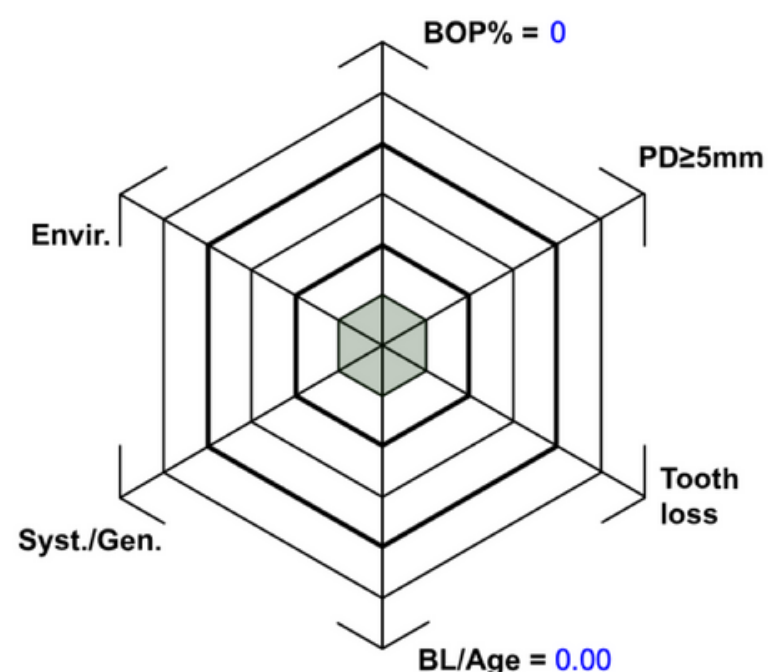
Techniques
du rouleau, de
Bass et de Bass #2



OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques

Periodontal Risk Assessment (PRA)

Patient Last Name First Date



Polygon surface: 2.59807

Periodontal Risk: **low**

Recommendation: **maintain current measures**

Personalized SPT-Interval (new tool): www.perio-tools.com/spt

Age

Number of teeth and implants (1 - 32)

Number of sites per tooth / implant ☐ 2 ☐ 4 ☒ 6

Number of BOP-pos. sites of **192**

Number of sites with PPD ≥ 5mm

Number of missing teeth

% alveolar bone loss (estimated in % or 10% per 1mm) %

Syst./Gen. ☐ Yes ☒ No

Envir. ☒ Non-smoker (NS)
☐ Former smoker (FS)
☐ Occasional smoker (OS)
☐ Smoker (S)
☐ Heavy smoker (HS)

Recommandations EFP 2015 : sevrage tabagique
Ask Advice Refer (AAR Approach)

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques

Elimination des facteurs de rétention de plaque

Thérapeutique
étiologique initiale



OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques
Contrôle professionnel du niveau de plaque dentaire

Thérapeutique
étiologique initiale

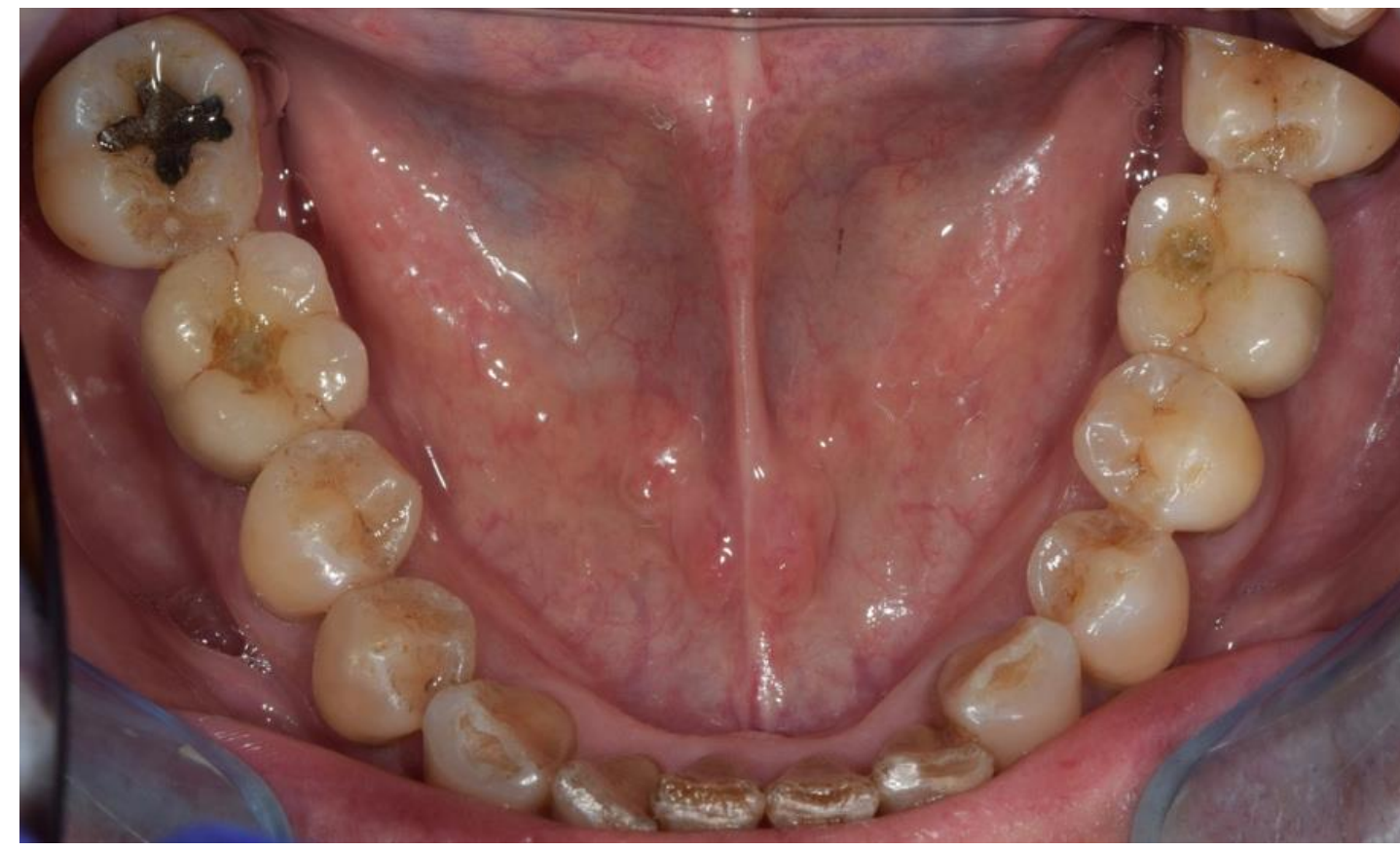
Supragingival

= Eviction du tartre, de la plaque et des colorations présentes sur les surfaces dentaires situées en supra-gingival

- Polissage + élimination des colorations
- Détartrage

Ultrasons

Mécaniques



OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques
Contrôle professionnel du niveau de plaque dentaire

Thérapeutique
étiologique initiale

Infragingival

Débridement radiculaire

= Désorganisation du biofilm et l'élimination des dépôts
au sein de la poche parodontale

- et/ou de la surface radiculaire,
- sans éviction du ciment et/ou de la dentine infiltrés
- afin de diminuer la charge bactérienne, de réduire l'inflammation et de diminuer la profondeur des poches

Thérapeutique
étiologique initiale

Infragingival *Curetage*

= Eviction des tissus infectés et inflammés de la paroi molle de la poche (épithélium et tissu conjonctif infiltrés)
=> Eliminer un réservoir bactérien susceptible de recoloniser la muqueuse

Thérapeutique
étiologique initiale

Infragingival

Surfaçage radiculaire

= Lissage de la surface radiculaire en éliminant la couche de ciment et/ou de dentine infiltrés par les toxines bactériennes afin de créer une surface saine compatible à la création d'un long épithélium de jonction.

Il est effectué après détartrage et curetage gingival

Thérapeutique
étiologique initiale

Infragingival

Débridement radiculaire

Après le détartrage supra-gingival

= Désorganisation du biofilm et l'élimination des dépôts
au sein de la poche parodontale

- et/ou de la surface radiculaire,
- sans éviction du ciment et/ou de la dentine infiltrés
- afin de diminuer la charge bactérienne, de réduire l'inflammation et de diminuer la profondeur des poches

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques
Contrôle professionnel du niveau de plaque dentaire

Infragingival

Thérapeutique
étiologique initiale

24h

Recommandation étayée par des données probantes (2.1)

Nous **recommandons** l'utilisation de l'instrumentation sous-gingivale pour traiter la parodontite afin de réduire la profondeur des poches, l'inflammation gingivale et le nombre de sites pathologiques.

Recommandation étayée par des données probantes (2.2)

Nous **recommandons** que l'instrumentation sous-gingivale parodontale soit réalisée avec des instruments manuels ou motorisés (soniques/ultra-soniques), seuls ou combinés.

Recommandation étayée par des données probantes (2.3)

Nous **suggérons** que l'instrumentation parodontale sous-gingivale soit effectuée de manière conventionnelle, par quadrant, ou en bouche complète sur une période de 24 heures.

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques
Contrôle professionnel du niveau de plaque dentaire

Thérapeutique
étiologique initiale

Infragingival

Recommandation étayée par des données probantes (2.16)

A. En raison des préoccupations liées à la santé des patients et de l'impact de l'utilisation systémique d'antibiotiques sur la santé publique, leur utilisation en routine comme adjuvant du débridement sous-gingival chez les patients atteints de parodontite n'est pas recommandée.

B. L'utilisation adjuvante d'antibiotiques spécifiques systémiques peut être envisagée pour certaines catégories spécifiques de patients (p. ex. les jeunes adultes présentant une parodontite de stade III généralisée).



05

Traitement

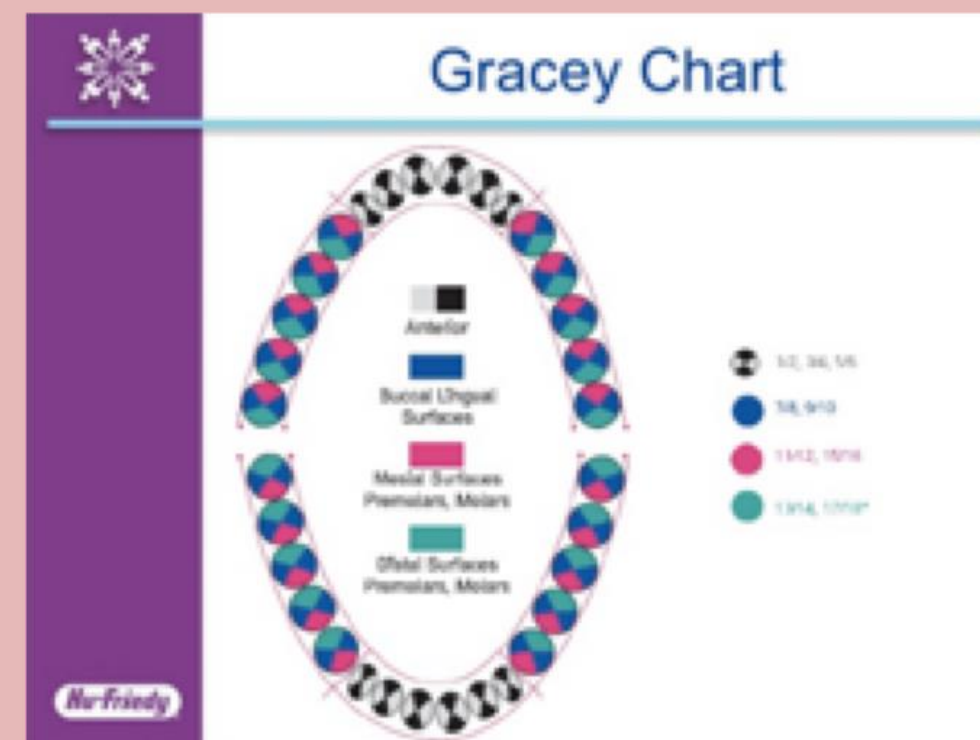
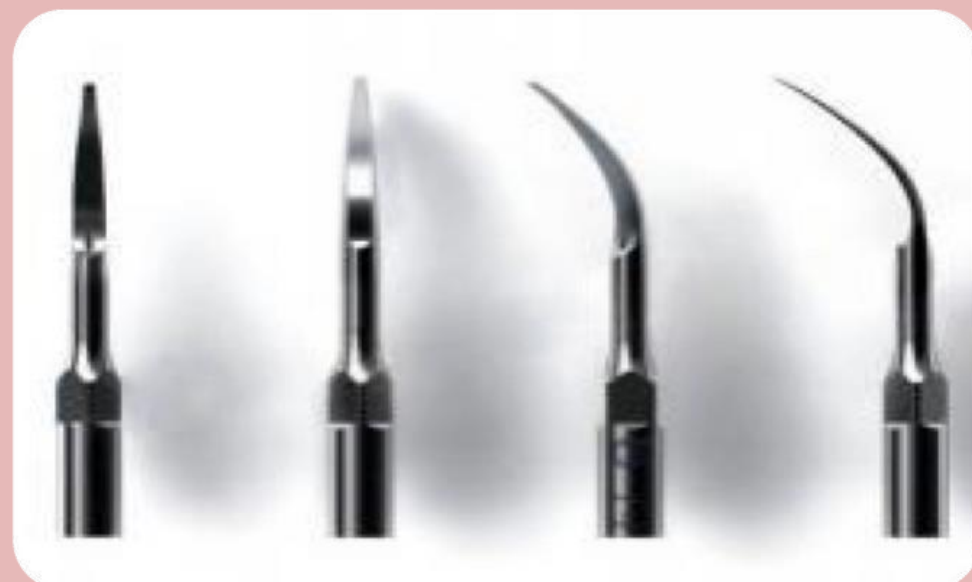
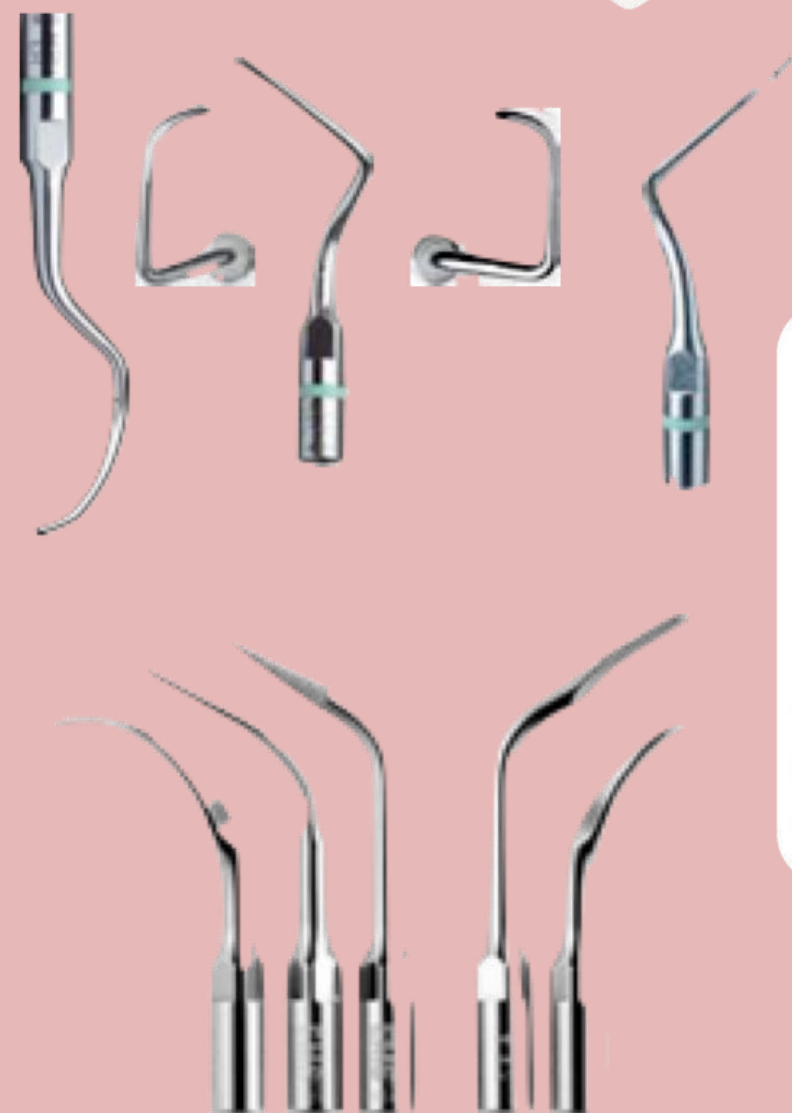
91

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques

Thérapeutique étiologique parodontale = Thérapeutique initiale



Contrôle professionnel du niveau de plaque dentaire



OBJECTIF = adjoindre action mécanique + chimique

Chlorhexidine SANS ALCOOL



0,12%



0,20%

OBJECTIF = action sur bactéries pénétrantes dans les tissus

Amoxicilline + Métronidazole

En complément du DSR
Probabiliste OU après analyse microbienne
Locale ou **Générale**



Tableau 9 : Antibiothérapie curative dans le traitement des maladies parodontales

Pathologies d'origine infectieuse	Patient			Modalités de prescription voir tableaux 12 et 13
	population générale	immunodéprimé	à haut risque d'endocardite infectieuse	
Gingivite induite par la plaque dentaire				
Parodontites (débridement mécanique) :				
Chronique	-	-	-	
Agressive localisée	R	R	R	III ou IV
Agressive généralisée	R _A	R	R	IV
« Réfractaire au traitement »	R	R	R	*
Maladies parodontales nécrosantes	R	R	R	II
Parodontites (traitement chirurgical)	-	-	SO	
Abcès parodontal	-	R	R	I
Lésion combinée endo-parodontale	-	-	SO [†]	
Infection locale relative aux protocoles de régénération parodontale	- ‡	R**	SO	I

- : prescription non recommandée.

R : prescription recommandée.

En indice : grade de la recommandation. Si celui-ci n'est pas indiqué, comprendre « Accord professionnel ».

* : parodontite réfractaire au traitement parodontal correctement conduit (débridement mécanique avec ou sans antibiothérapie curative par voie systémique, puis traitement chirurgical si les résultats du débridement mécanique sont jugés insuffisants lors de la séance de réévaluation). Choix de la molécule antibiotique sur argument bactériologique.

SO : sans objet, car l'acte local adapté est contre-indiqué.

† : chez le patient à haut risque d'endocardite infectieuse, en présence d'une lésion endo-parodontale responsable d'une nécrose pulpaire, le traitement consistera en l'avulsion de la dent.

‡ : en l'absence d'argument scientifique, l'utilité de l'antibiothérapie curative n'est pas établie.

** : tenir compte du rapport entre bénéfice de l'intervention et risque infectieux.



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

Tableau 12 : Schémas d'administration préconisés chez l'adulte (posologies quotidiennes établies pour un adulte à la fonction rénale normale)

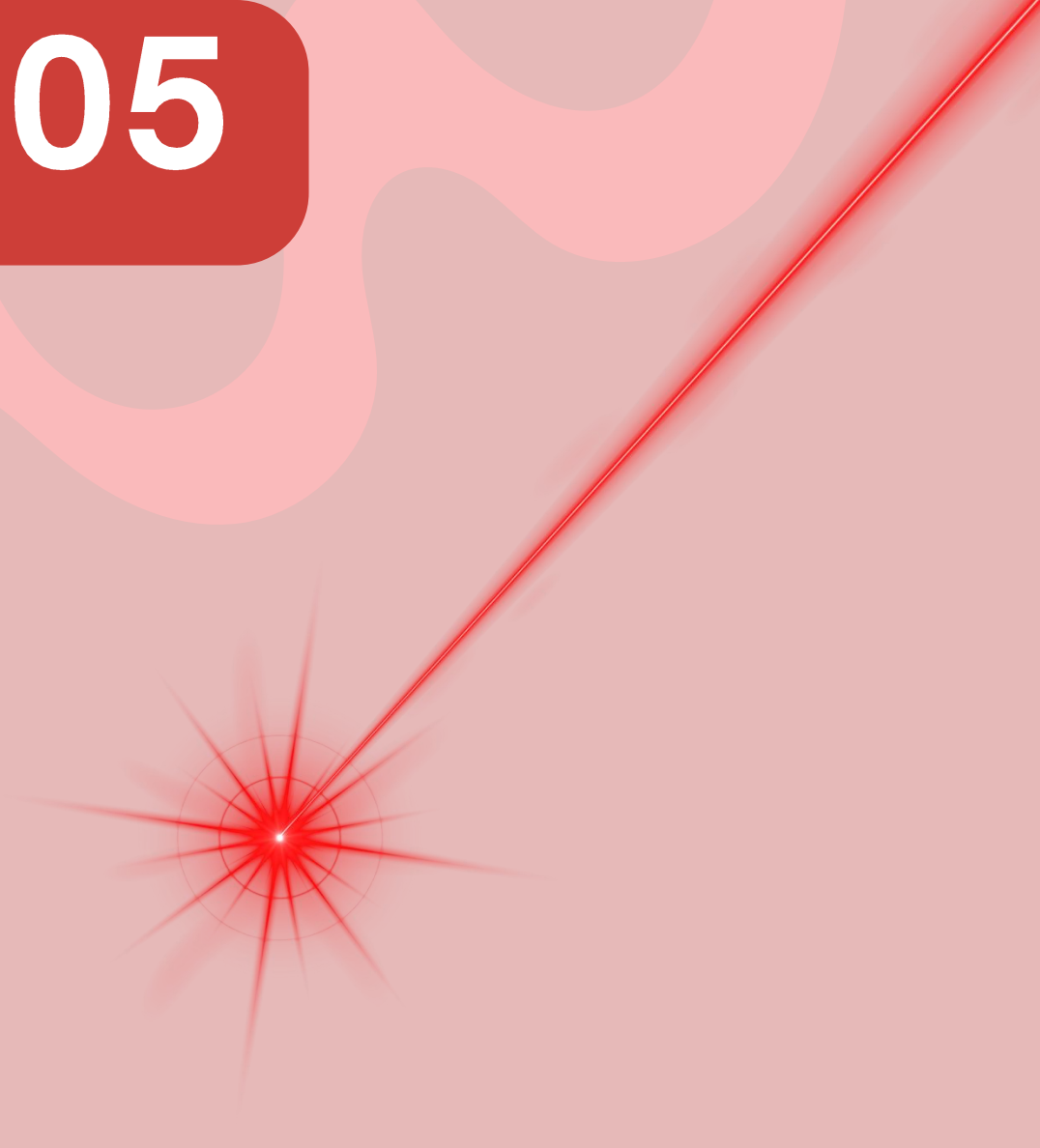
Renvoi vers tableaux 8 à 11	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
I cas général	- amoxicilline: 2 g/j en 2 prises - azithromycine: 500 mg/j en 1 prise* - clarithromycine: 1 000 mg/j en 2 prises - spiramycine: 9 MUI/j en 3 prises - clindamycine: 1 200 mg/j en 2 prises	- amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1): 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) - amoxicilline: 2 g/jour en deux prises et métronidazole: 1 500 mg/jour en deux ou trois prises - métronidazole: 1 500 mg/jour en deux ou trois prises et azithromycine: 500 mg/jour en une prise* ou clarithromycine: 1 000 mg/jour en deux prises ou spiramycine: 9 MUI/jour en trois prises
II maladies parodontales nécrosantes	métronidazole: 1 500 mg/jour en deux ou trois prises	
III parodontite agressive localisée	doxycycline: 200 mg/jour en une prise†	
IV parodontite agressive localisée ou généralisée	- amoxicilline: 1,5 g/jour en trois prises ou 2 g/jour en deux prises et métronidazole: 1 500 mg/jour en deux ou trois prises <i>en cas d'allergie aux pénicillines:</i> - métronidazole: 1 500 mg/jour en deux ou trois prises	
V sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1): 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline)	pristinamycine: 2 g/jour en deux prises

Durée des traitements: 7 jours, sauf *, † et ‡.

*: durée du traitement 3 jours.

†: en une prise, le midi ou le soir, pendant le repas, au plus tard une heure avant le coucher; en dessous de 60 kg, 200 g le premier jour puis 100 mg les jours suivants. Durée du traitement: 14 jours.

‡: jusqu'à amendement des signes infectieux locaux.



LASER Er YAG

- Absence de données permettant de confirmer un éventuel bénéfice supplémentaire par rapport au DSR
- Un avantage potentiel dans certaines situations cliniques délicates (patients âgés, sous anticoagulants), notamment afin de maîtriser le risque hémorragique

OBJECTIF INITIAL = suppression facteurs étiologiques

Thérapeutique
étiologique initiale



- 1. Enseignement au controle de plaque individuel**
- 2. Elimination des facteurs de retention de plaque**
- 3. Controle professionnel de la plaque :**
Détartrage et polissage + Débridement radiculaire

Thérapeutique
étiologique initiale

Thérapeutique
symptomatique

6 à 8 semaines

Réévaluation

**MAINTENANCE
PARODONTALE**

Ré-examen parodontal complet

2 mois

Réévaluation



=> comparaison

=> référence pour suivi

Si saignements persistants et poches entre 4 et 5 mm avec saignement : RE-DSR
Si poches supérieures ou égales à 6 mm : Chirurgies (thérapeutique symptomatique)

Thérapeutique
étiologique initiale

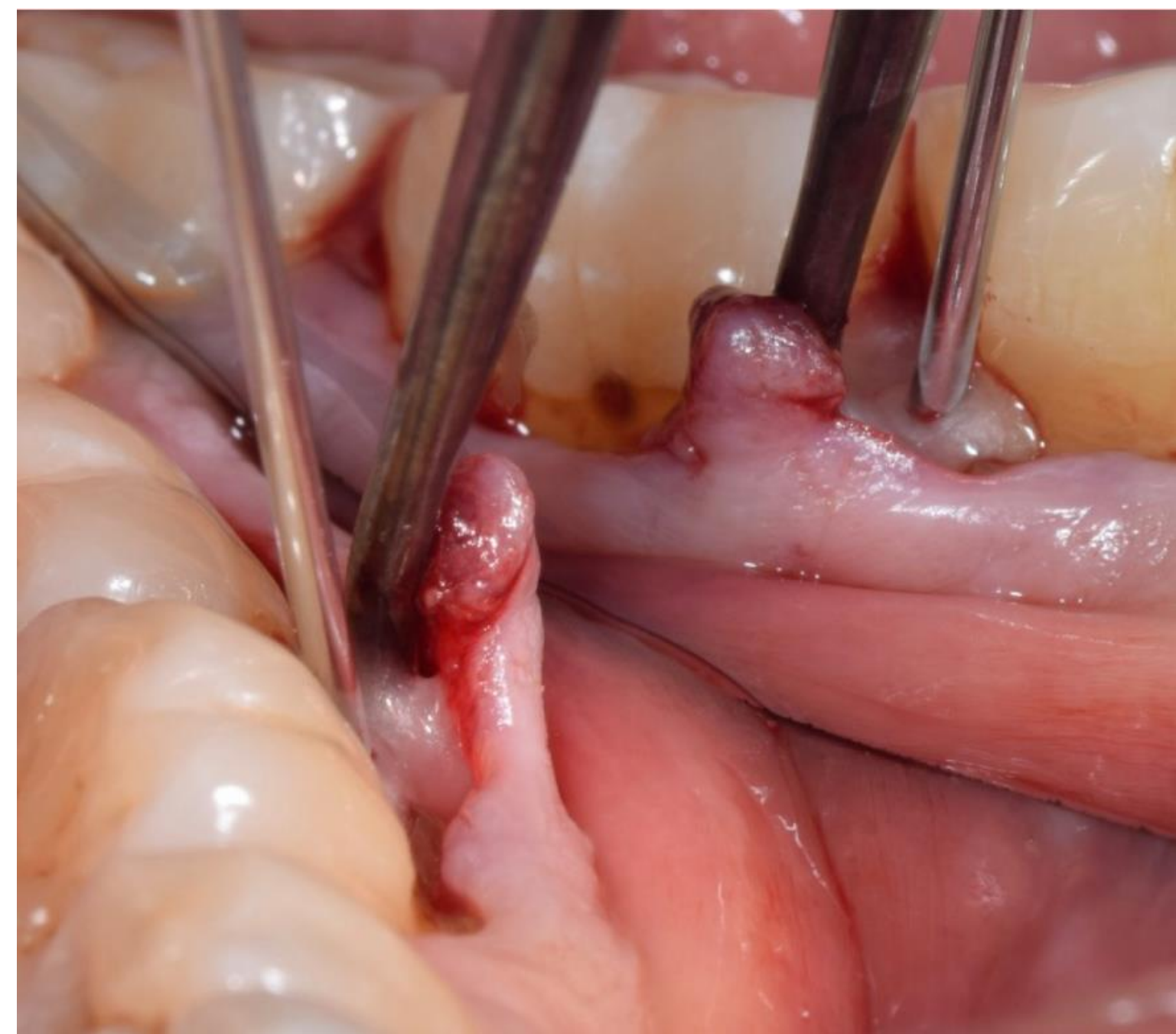
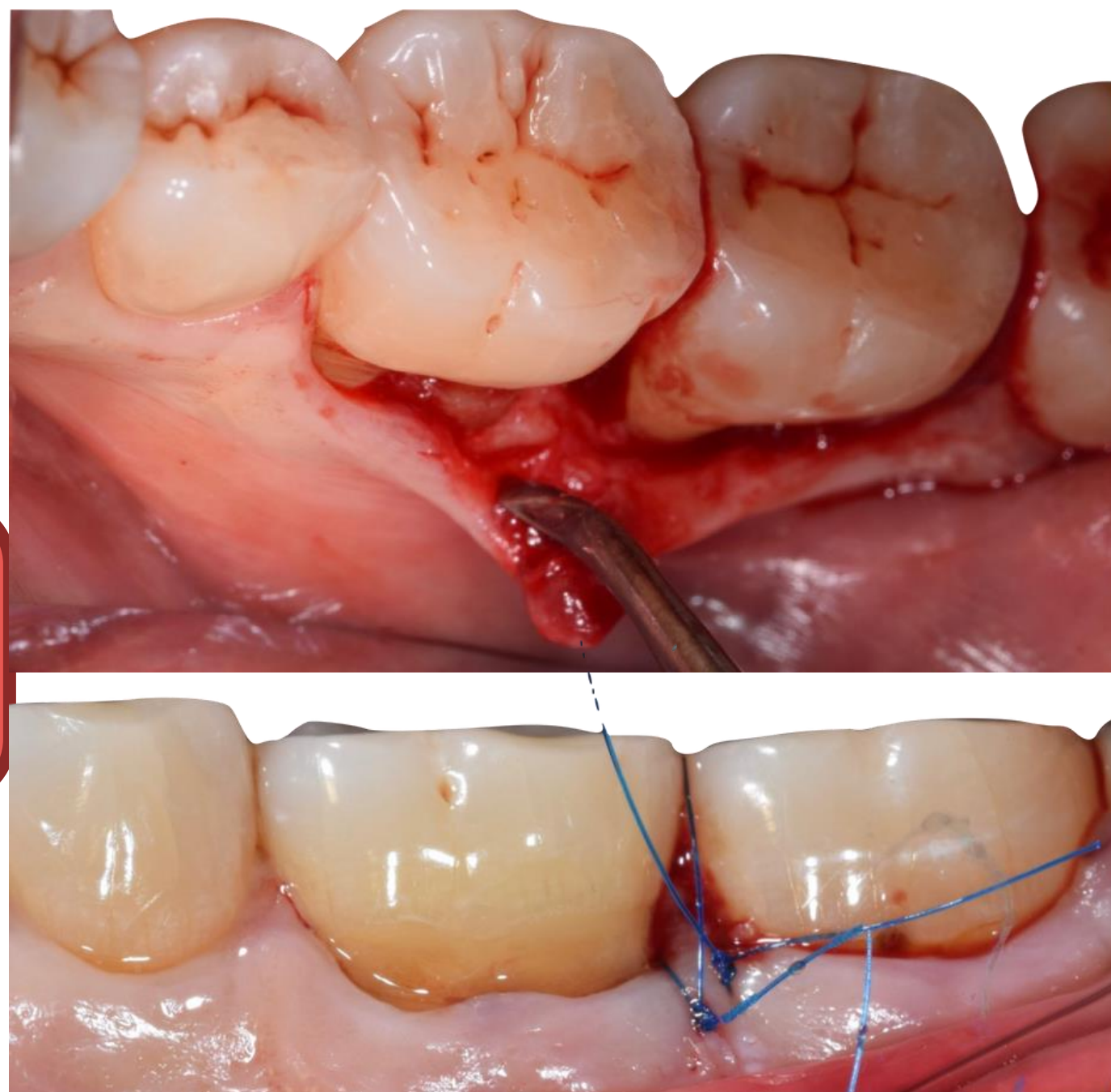
Thérapeutique
symptomatique

6 à 8 semaines

Réévaluation

**MAINTENANCE
PARODONTALE**

Thérapeutique
chirurgicales



Si poches supérieures ou égales à 6 mm : Chirurgies (thérapeutique symptomatique)

Maintenance parodontale

Systematique et adapté à chaque patient

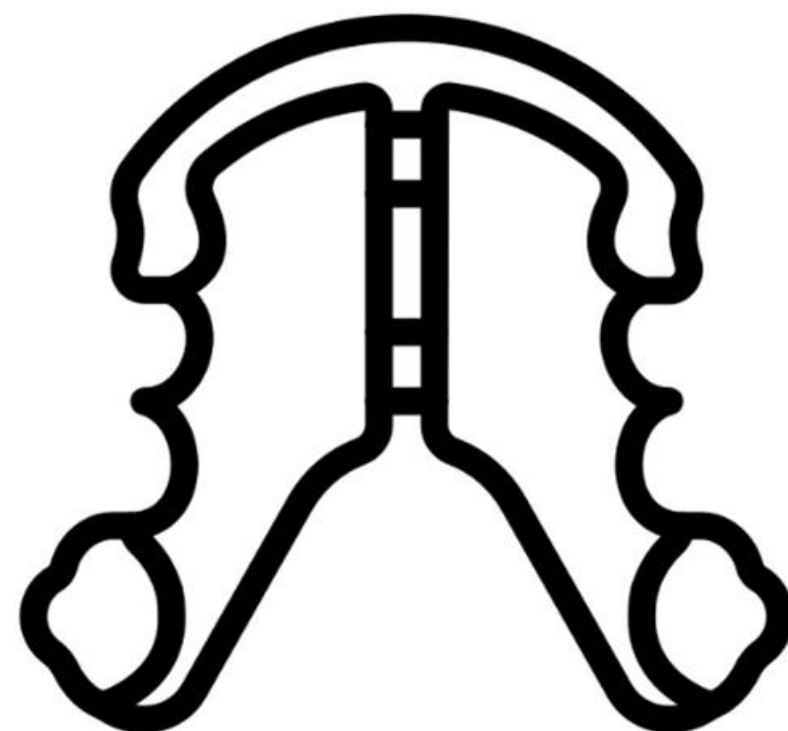
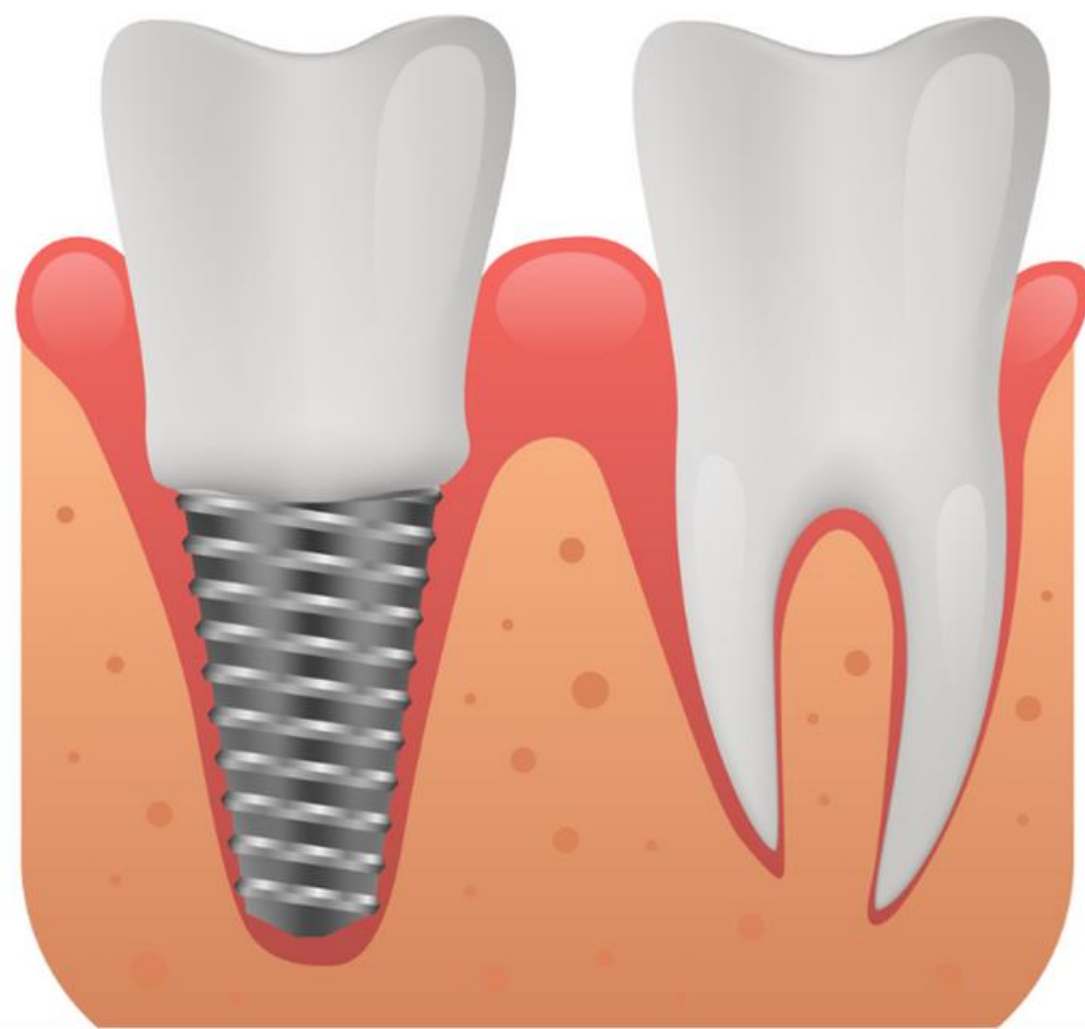
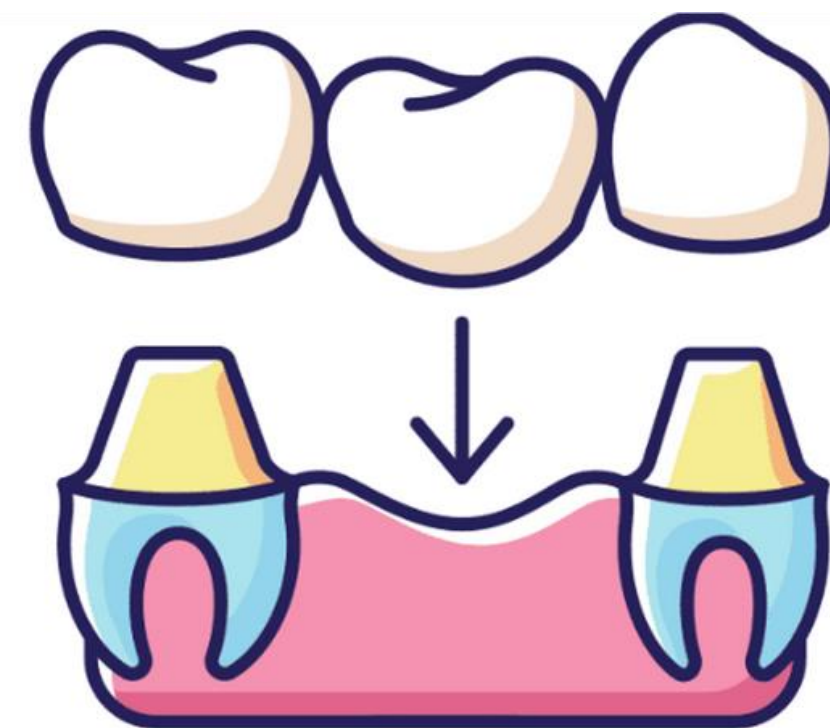
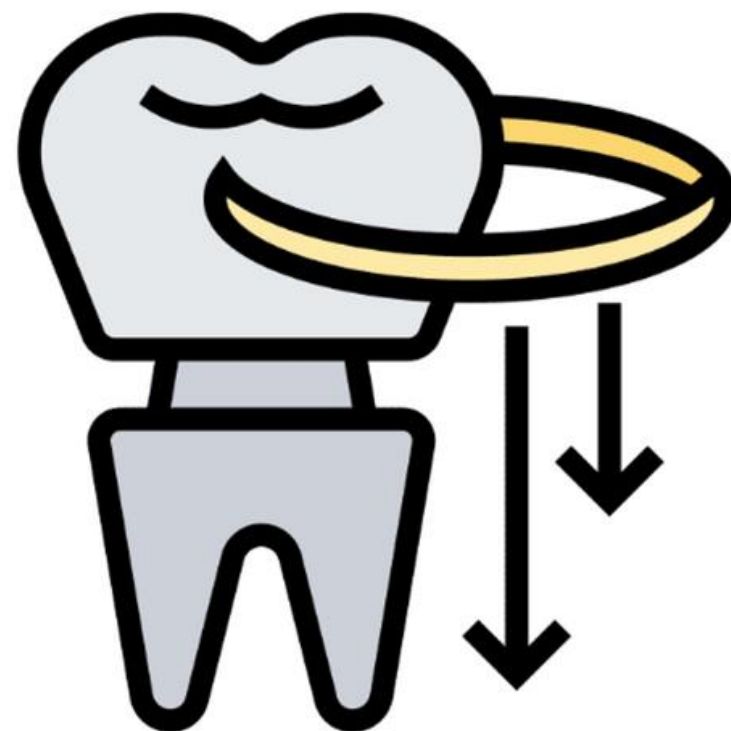
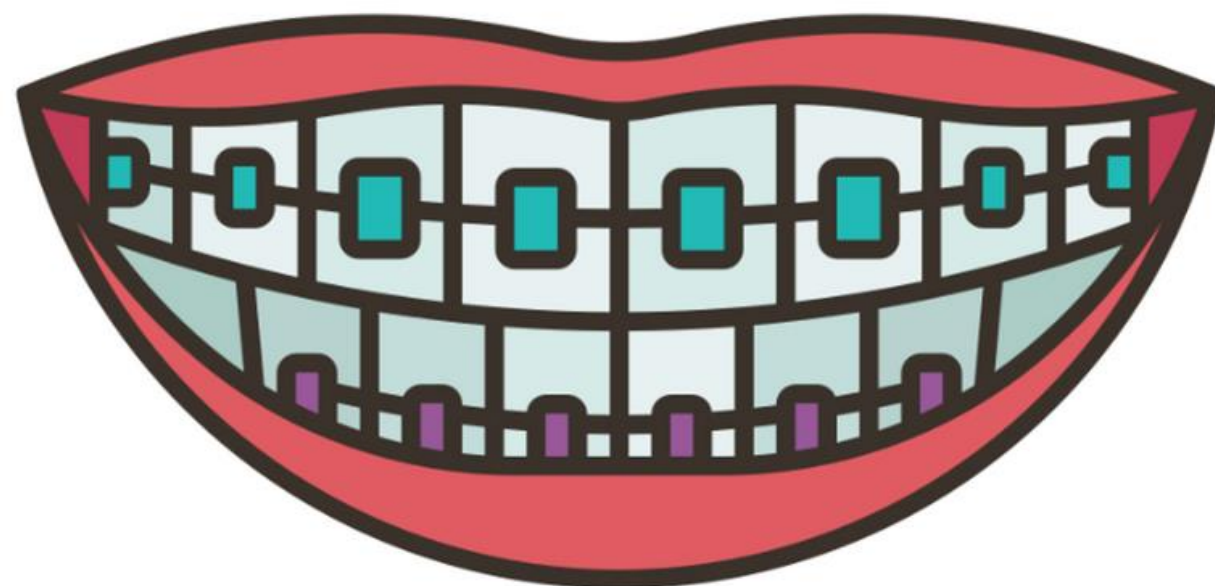
- A VIE
- Tous les 3 à 6 mois (fonction du Periodontal Risk Assessment PRA)
- Examen clinique complet du parodonte
- Examen radiographique (tous les 3 à 5 ans)
- Motivation à l'hygiène si nécessaire un nettoyage professionnel

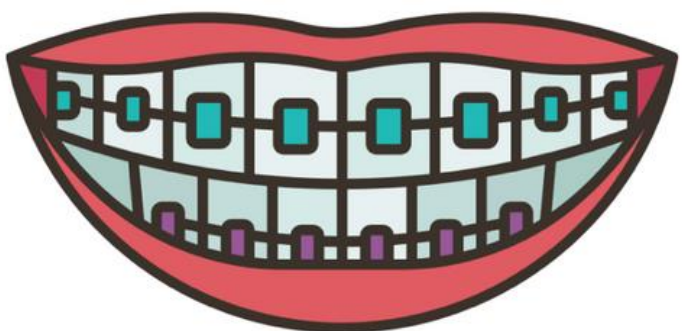


06

PARODONTOLOGIE EN ODONTOLOGIE







Un traitement orthodontique peut être utilisé pour les patients présentant un support parodontal réduit afin de **stabiliser les résultats** cliniques et d'améliorer la **fonction et l'esthétique**.

Le traitement orthodontique après stabilisation parodontale n'a pas d'effet préjudiciable sur la santé parodontale des patients orthodontiques adultes présentant une fragilité parodontale et peut compléter les **avantages** obtenus par le traitement parodontal seul.

Clinical Oral Investigations (2023) 27:79–89
<https://doi.org/10.1007/s00784-022-04822-1>

REVIEW

Orthodontic treatment in periodontally compromised patients: a systematic review

Christina Erbe¹  · Sarah Heger¹ · Adrian Kasaj² · Manfred Berres³ · Heinrich Wehrbein¹

The
ANGLE ORTHODONTIST
 An International Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics since 1930

[Angle Orthod.](#) 2022 May; 92(3): 324–332.

Published online 2021 Dec 9. doi: [10.2319/022521-156.1](https://doi.org/10.2319/022521-156.1)

PMCID: PMC9020398

PMID: [34882193](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34882193/)

Effect of orthodontic treatment on periodontal health of periodontally compromised patients:

A randomized controlled clinical trial

[Meenu Gehlot](#),^a [Rekha Sharma](#),^b [Shikha Tewari](#),^{xc} [Davender Kumar](#),^d and [Ambika Gupta](#)^e



Des preuves solides suggèrent que la parodontite est un **facteur de risque de perte d'implant**
Des preuves modérées ont révélé que la parodontite est un facteur de risque de **péri-implantite**

Les implants posés chez des patients parodontaux stabilisés sont associés à une incidence **plus élevée de complications biologiques** et à des **taux de réussite et de survie plus faibles** que ceux posés chez des patients en bonne santé parodontale.

Les formes sévères de parodontites sont associées à des taux **plus élevés d'échec implantaire**.

Le risque d'échec chez les patients atteints de **parodontite sévère** est significativement plus élevé que chez les sujets présentant des parodontites modérées.

[nature](#) > [evidence-based dentistry](#) > [summary review](#) > [article](#)

Summary Review | Published: 27 June 2014

Summary Review/Dental Implants

Periodontitis and dental implant loss

Question: Is periodontitis a risk factor for dental implant loss?

[Dong Won Lee](#)

[Evidence-Based Dentistry](#) **15**, 59–60 (2014) | [Cite this article](#)

2602 Accesses | **11** Citations | **14** Altmetric | [Metrics](#)

JOURNAL OF
Periodontology



Clinical Science

Generalized Aggressive Periodontitis as a Risk Factor for Dental Implant Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis

Alberto Monje , Gil Alcoforado, Miguel Padial-Molina, Fernando Suarez, Guo-Hao Lin, Hom-Lay Wang

First published: 01 October 2014 | <https://doi.org/10.1902/jop.2014.140135> | Citations: 52

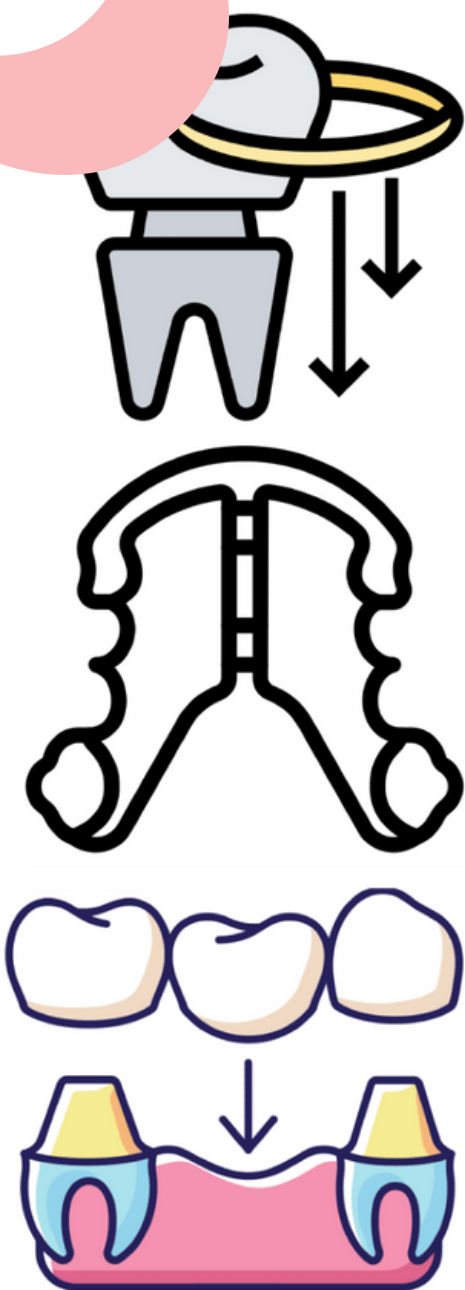
CLINICAL ORAL IMPLANTS RESEARCH WILEY

Review Article

A systematic review of implant outcomes in treated periodontitis patients

Vanessa Sousa, Nikos Mardas, Bruna Farias, Aviva Petrie, Ian Needleman, David Spratt, Nikolaos Donos 

First published: 18 September 2015 | <https://doi.org/10.1111/clr.12684> | Citations: 67



La **collaboration** entre la prothèse et la parodontologie est essentielle pour obtenir de bons résultats thérapeutiques, car elle permet d'augmenter la durée de vie de la restauration, d'améliorer la santé parodontale et d'améliorer la qualité de vie des patients.

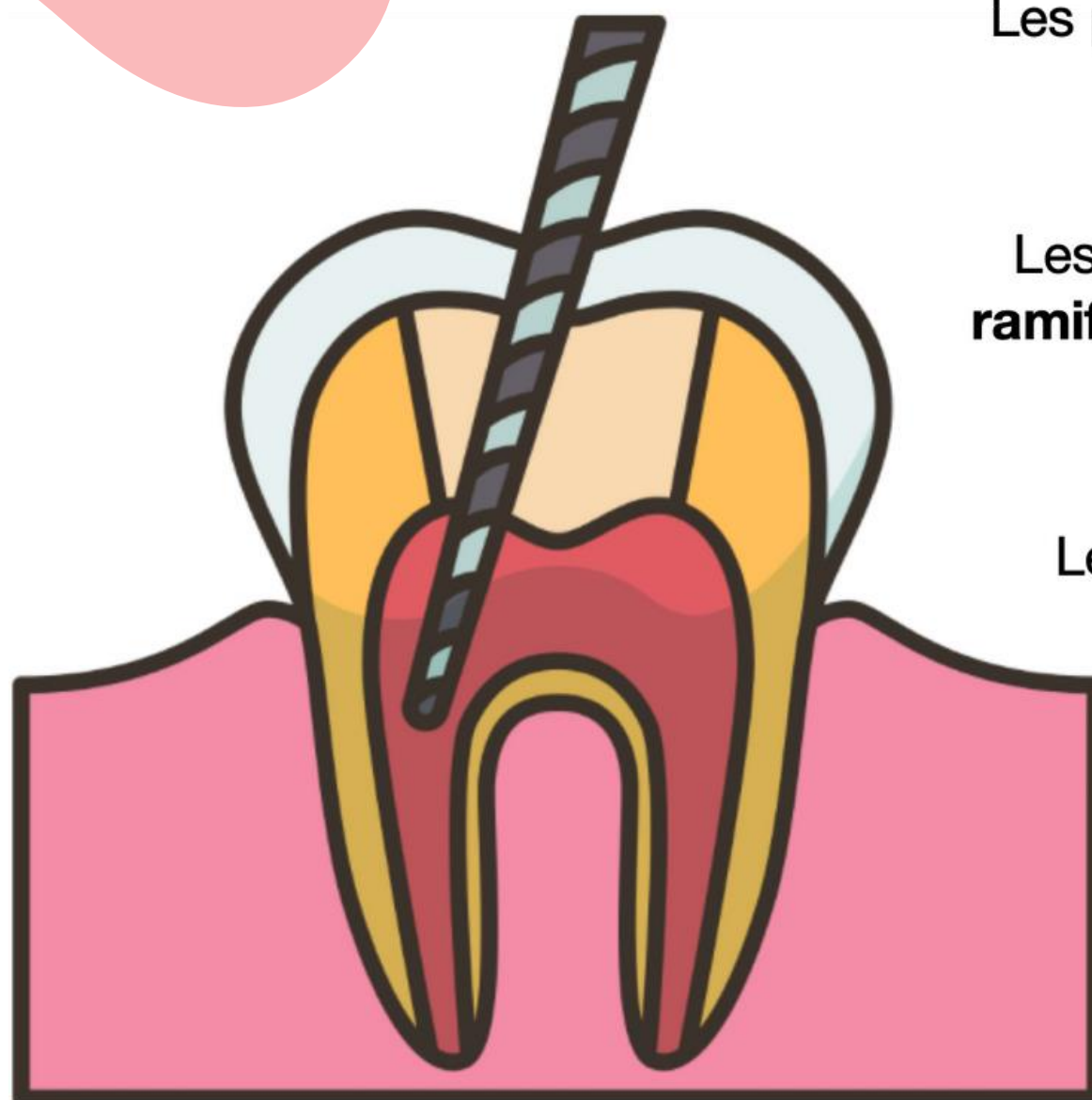
Les participants ayant des couronnes prothétiques avaient une prévalence de parodontite respectivement **1,24 fois plus élevée** que les patients n'ayant aucune couronne prothétique.

L'efficacité de la thérapeutique étiologique et l'amélioration des paramètres parodontaux sont réduites en présence de **prothèses fixes**.

Avant de commencer le traitement prothétique, il convient d'évaluer l'état des tissus parodontaux en termes d'hygiène bucco-dentaire et de conditions gingivales et parodontales.

Les restaurations à base de **zirconium** réalisées à l'aide de la technologie de **CFAO** donnent de meilleurs résultats en termes d'adaptation marginale, de réduction de l'inflammation, d'entretien et de restauration de la santé parodontale et de l'hygiène bucco-dentaire, par rapport aux constructions réalisées à l'aide de méthodes conventionnelles et d'autres alliages.

Par rapport aux marges sous-gingivales, les marges **supragingivales** offrent une meilleure hygiène bucco-dentaire, qui peut être maintenue et ne conduit pas à des caries secondaires ou à des maladies parodontales.



Les problèmes **pulpaire**s et **parodontaux** sont responsables de plus de 50 % de la mortalité dentaire aujourd'hui.

Les substances toxiques de la **pulpe** peuvent être à l'origine de défauts parodontaux par le biais de **ramifications canalaire**s et de **tubules dentinaires**, entravant ainsi la cicatrisation des plaies dans les procédures de régénération.

Le traitement des lésions indo-parodontales par des thérapies **endodontiques et parodontales** simultanées semble être une alternative de traitement acceptable.

The influence of endodontic treatment upon periodontal wound healing

Shyuan-Yow Chen, Horn-Lay Wang, Gerald N. Glickman

First published: 13 December 2005 | <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.1997.tb00211.x> | Citations: 27



Review

Clinical Efficacy of Treatment of Endodontic-Periodontal Lesions: A Systematic Scoping Review of Experimental Studies

Carlos M. Ardila ^{1,*}  and Annie Marcela Vivares-Builes ²

- Différence entre parodonte profond et superficiel
- Importance de tous les points de l'examen clinique



- Difficulté du sondage
- Prise en charge globale et interdisciplinaire

MODALITES D'EXAMEN

- 1) Avec quels instruments le sondage parodontal est-il réalisé ? Décrivez les éléments cliniques obtenus lors du sondage parodontal /5pts
- 2) Décrivez les caractéristiques d'une gencive saine puis d'une gencive pathologique /10pts
- 1) Citez les indices permettant d'évaluer le saignement gingival ainsi que leur utilité respective. (5 points)
 BOP (1) : quantitatif (1,5)
 Loe et Silness (1) : qualitatif (1,5)

- 1) Sonde parodontale, sonde nabers / Poche parodontal, perte d'attache, récession, atteinte de furcation, saignement au sondage

2)

Caractéristiques gencive	Saine	Pathologique
Couleur	Rose corail	Rouge, lie de vin, violacée
Consistance	Ferme	Lâche, godet
Texture	Granitée	Brillante
Forme du bord libre	Lame de couteau	Bords arrondis
Prof sillon <u>gingivo</u> dentaire	0,5 à 3mm	>3mm
Fluide gingival	<u>absent</u>	Fonction gravité <u>infla</u>
Tendance saignement	Nul	Provoqué ou spontané

- 1) Décrivez les 4 différents indices de plaque de Silness et Loe. (2 points)

0 = absence de plaque dentaire

1 = plaque non visible à l'œil nu, détectée à la sonde ou après coloration

2 = plaque visible à l'œil nu recouvrant moins de 2/3 des surfaces dentaires

3 = plaque abondante recouvrant plus des 2/3 des surfaces dentaires

- 2) Citez les différences entre gingivite et parodontite. (5 points)

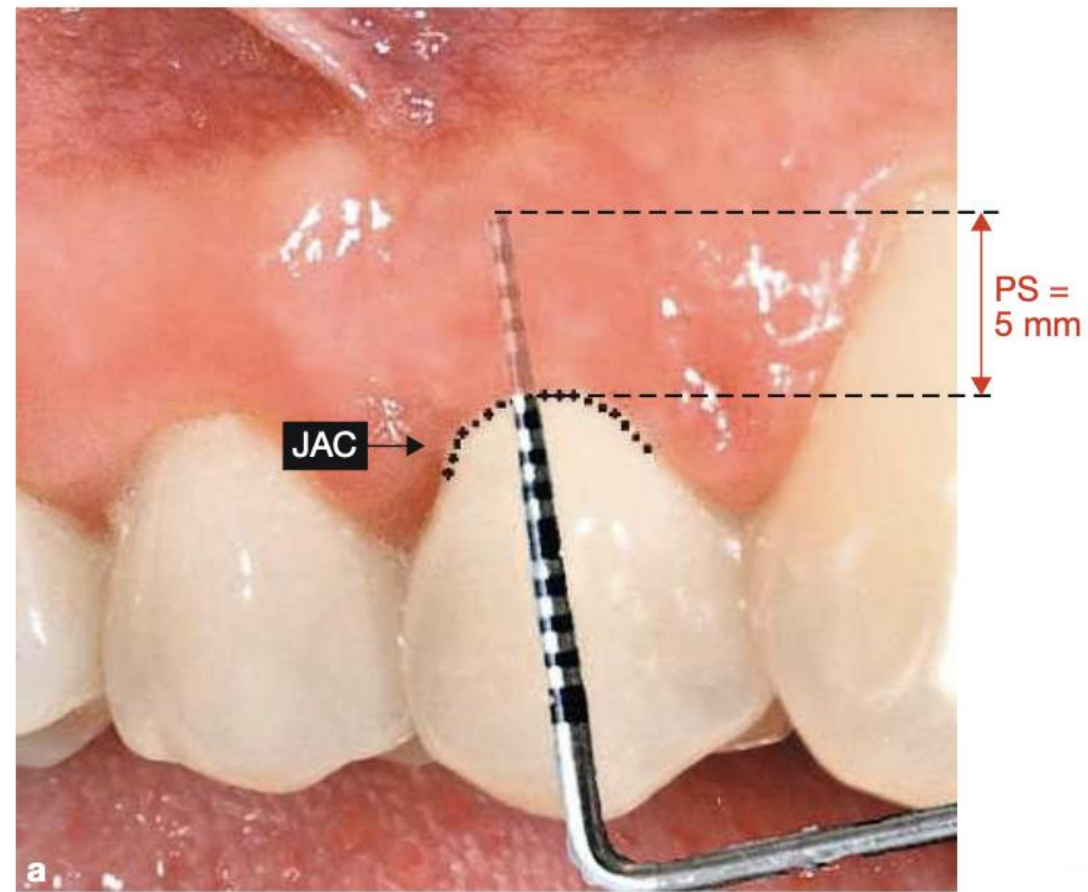
Réversible / irréversible

Pas d'alvéolyse / Alvéolyse

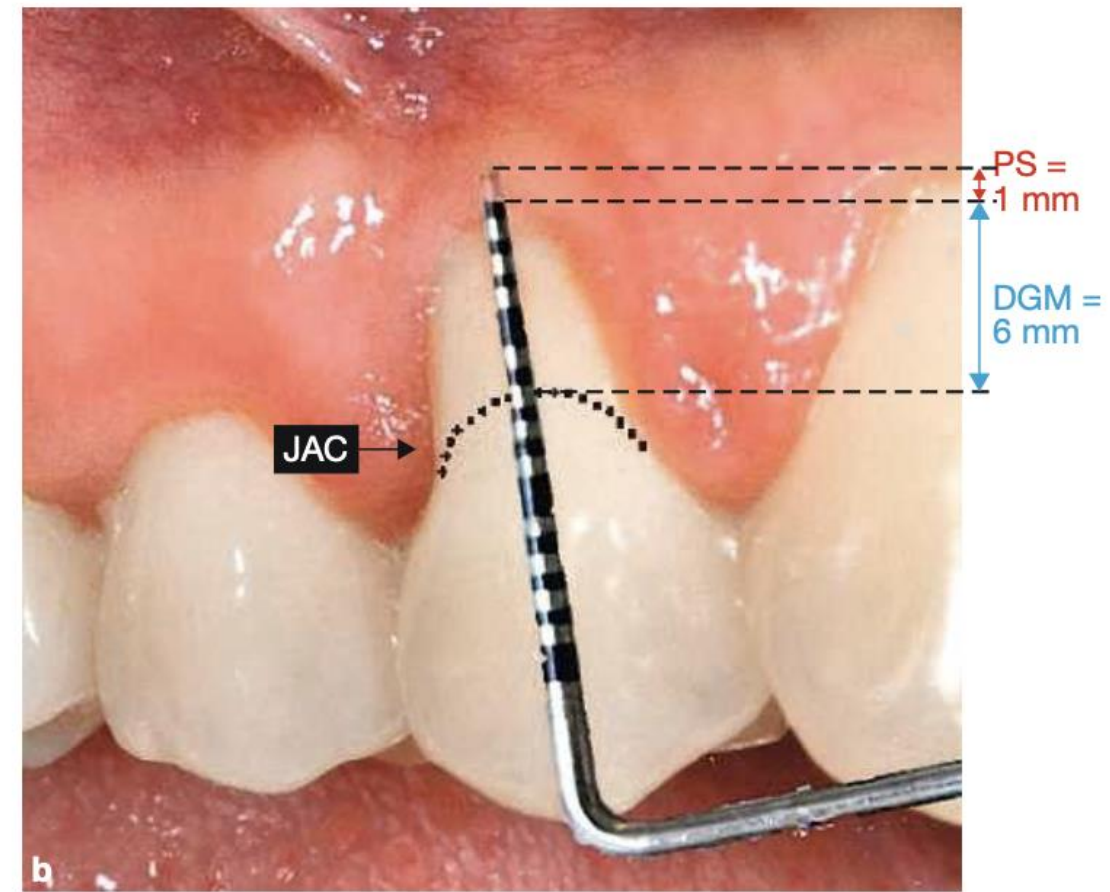
Perte d'attache / Pas de perte d'attache

- 3) Quelles sont les étapes de la démarche diagnostique (examen clinique) parodontale. (5 points)

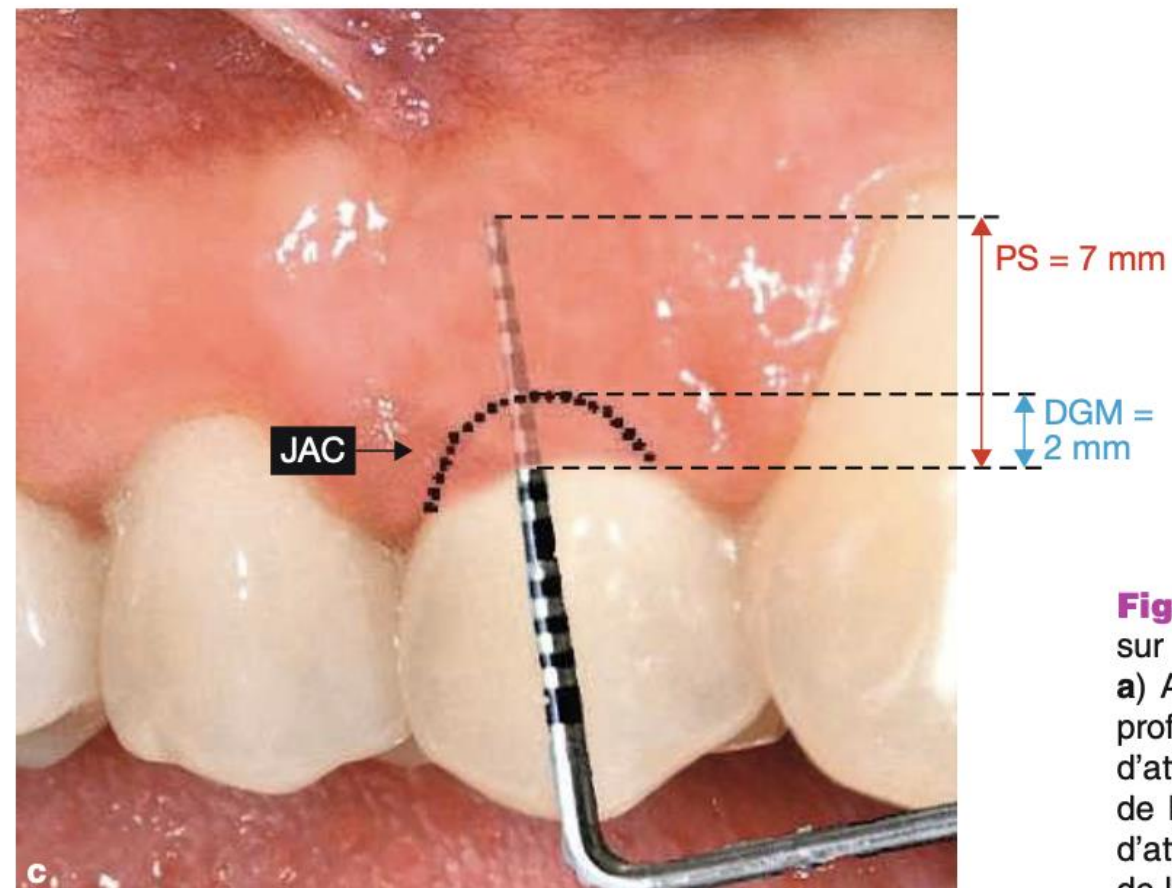
Interrogatoire, examen exoB, examen endoB (charting parodontal), examen radio



Niveau d'attache (NA) = PS ± DGM = 5 mm + 0 mm = 5 mm

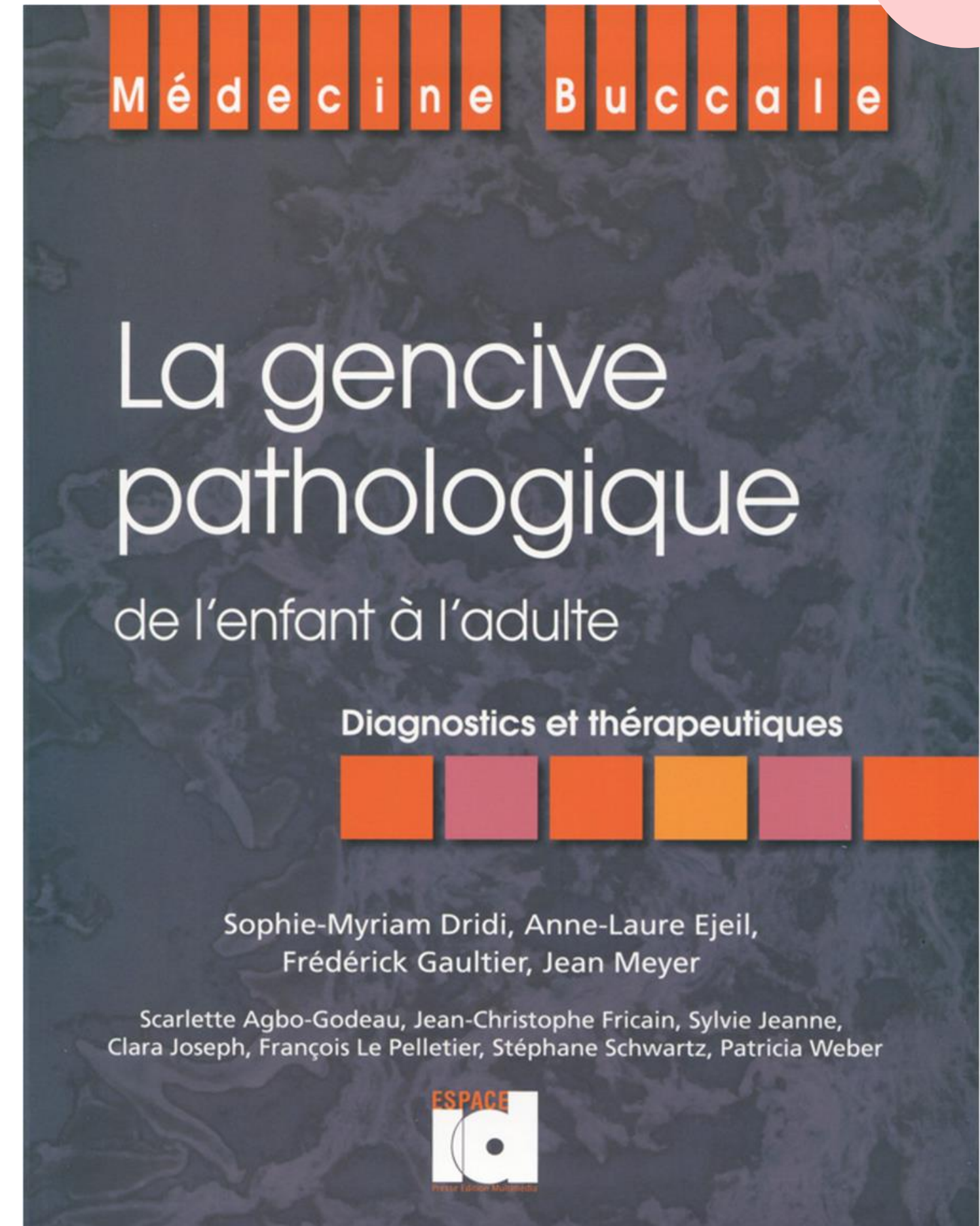
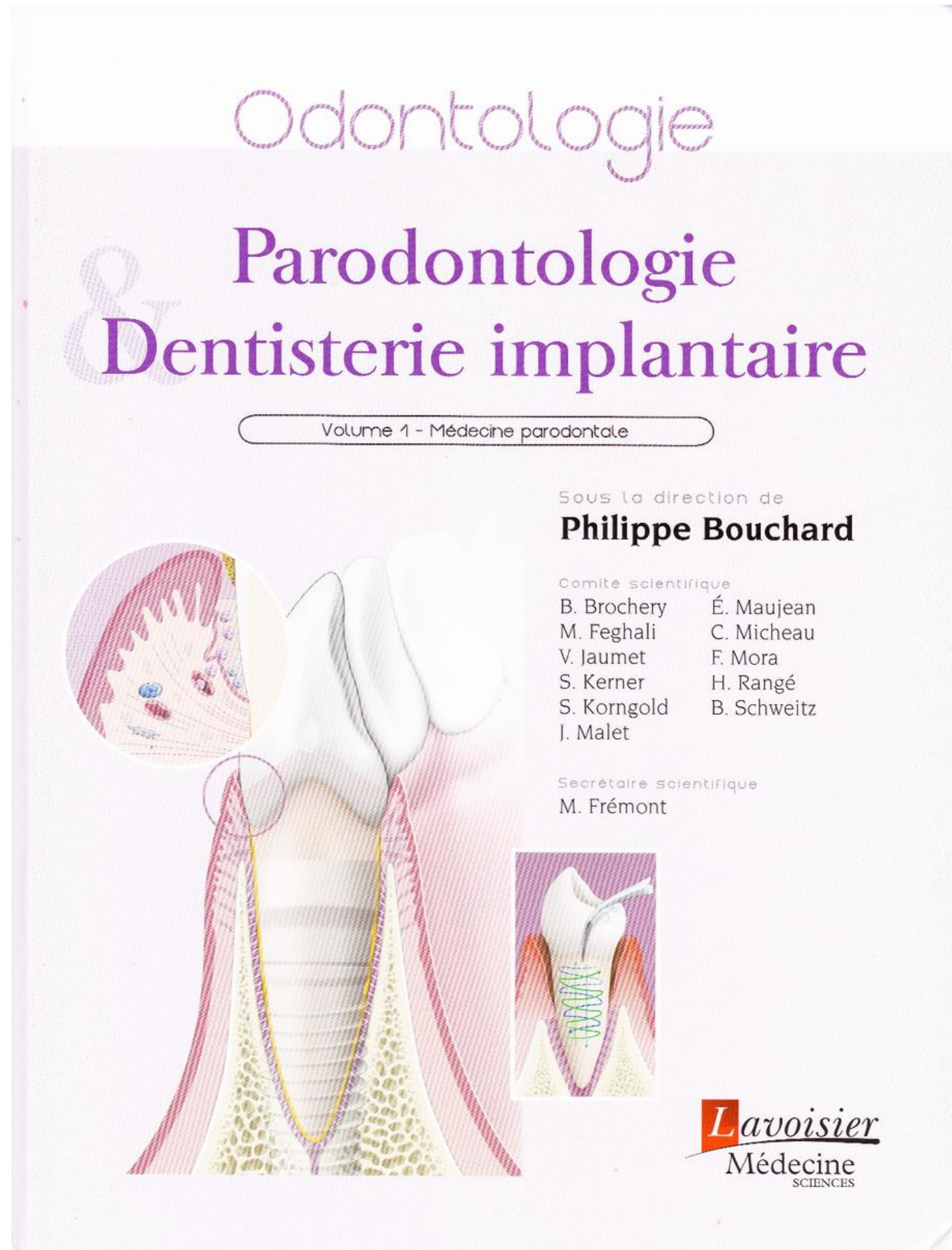


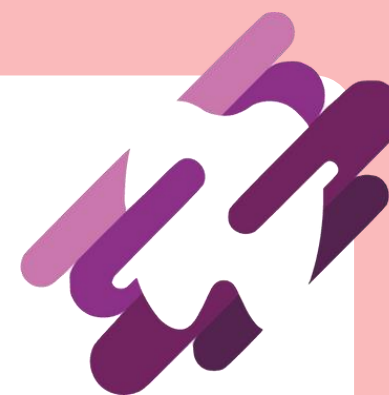
Niveau d'attache (NA) = PS ± DGM = 1 mm + 6 mm = 7 mm



Niveau d'attache (NA) = PS ± DGM = 7 mm - 2 mm = 5 mm

Figure 47-23 Calcul de la mesure du sondage parodontal (exemple sur photomontage de Maria Clotilde Carra et Aleksandar Dakic).
a) Absence de récession gingivale : le niveau d'attache est égal à la profondeur de sondage. **b)** Présence de récession gingivale : le niveau d'attache est égal à la profondeur de sondage additionnée de la valeur de la récession. **c)** Présence d'une augmentation gingivale : le niveau d'attache est égal à la profondeur de sondage soustraite de la hauteur de l'augmentation. JAC : jonction amélocémentaire ; PS : profondeur de sondage ; DGM : distance gencive marginale.





**MERCI POUR
VOTRE
ATTENTION**



caroline.gignoux@umontpellier.fr