



A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

PARODONTOPATHIES : DIAGNOSTIC ET TRAITEMENTS

Mai 2002

Service des recommandations et références professionnelles

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en mai 2002. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication

159, rue Nationale 75640 Paris Cedex 13 – Tél. : 01 42 16 72 72 – Fax : 01 42 16 73 73

© 2002. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

ISBN : Prix : €

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.

Elles ont été établies selon la méthode décrite dans le guide d'élaboration des «Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES. Les sociétés savantes dont les noms suivent ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- l'Association Dentaire Française ;
- la Société Française de Parodontologie ;
- la Société Française de Biologie clinique ;
- le Collège National des Enseignants en Parodontologie ;
- le Collège National des Généralistes Enseignants ;
- la Société Française de Radiologie et d'Imagerie Médicale ;
- la Société Française de Médecine Générale ;
- la Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Plastique de la face ;
- la Société Française de Thérapeutique en médecine générale ;
- la Société Nationale Française de Médecine Interne ;
- la Société de Thérapeutique Odonto-Stomatologique ;
- La Société de Pathologie infectieuse de Langue Française.

L'ensemble du travail a été coordonné par M^{me} le D^r Sabine LAVERSIN sous la responsabilité de M. le P^r Alain DUROCHER.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Nathalie DUNIA, documentaliste, avec l'aide de M^{lle} Maud LEFEVRE.

Le secrétariat a été réalisé par M^{lle} Elodie SALLEZ.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent.

COMITE D'ORGANISATION

P^f Martine BONNAURE-MALLET, professeur en sciences biologiques et odontologie, RENNES
P^f Jean-Pierre CHAIRAY, président du groupe de travail, parodontiste, PARIS
P^f Francis LOUISE, parodontiste, MARSEILLE

D^f Francis MORA, parodontiste, BORDEAUX
P^f Anne-Marie MUSSET-OBRY, chargée de projet, chirurgien dentiste, STRASBOURG
D^f Didier PICHELIN, chirurgien dentiste, PARIS

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Jean-Pierre CHAIRAY, parodontiste, PARIS – président du groupe de travail
P^f Anne-Marie MUSSET-OBRY, chirurgien dentiste, STRASBOURG – chargée de projet
D^f Eric STEIMLE, odontologiste, STRASBOURG – chargé de projet
D^f Sabine LAVERSIN, chef de projet, chargée de projet, ANAES

P^f Jean-Jacques BONFIL, odontologiste, MARSEILLE
P^f Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE, parodontiste, LILLE
D^f Eric DRAHI, médecin généraliste, SAINT-JEAN-DE-BRAYE
D^f Franck HAGEGE, parodontiste, NICE
D^f Serge LAVERNHE, chirurgien dentiste, FIGEAC
P^f Catherine LEPORT, infectiologue, PARIS

D^f Michel MAILLAND, radiologue, PARIS
D^f Emmanuel NOUYRIGAT, AFSSAPS
D^f Isidoria OVAERT, stomatologiste, ARMENTIERES
D^f Anne POTTIER, pharmacien biologiste, LA MURE
D^f Pierre ROUSSY, médecine interne, gastro-entérologue, BORDEAUX
D^f Michel TAROUNINE, parodontiste, CHAMPS-SUR-MARNE

GROUPE DE LECTURE

D^f Ahmed BERRADA, biologiste, LA MURE
D^f Christophe BILWEIS, chirurgien dentiste, GUYANCOURT
D^f Philippe BOUCHARD, parodontiste, PARIS
P^f Marie-Laure BOY-LEFEVRE, Conseil Scientifique ANAES, CHARENTON-LE-PONT
D^f Jacques BRUGUIERE, chirurgien dentiste, JOUET-SUR-L'AUBOIS
D^f Patrice CHALLAN-BELVAL, médecine interne, STRASBOURG
P^f Daniel CHRISTMANN, infectiologue, STRASBOURG
P^f Alain DANIEL, parodontiste, NANTES
P^f François DELAHAYE, cardiologue, LYON
D^f Philippe DELCOURT, gynécologue, VALENCIENNES

D^f Christian DELGOFFE, radiologue, MAXEVILLE
D^f Jean-Marc DERSOT, parodontiste, PARIS
D^f Patrick DESPUJOLS, stomatologiste, DAX
D^f Philippe DUFOUR, gynécologue-obstétricien, LILLE
D^f Bernard DURAND, parodontiste, MONTLUEL
D^f Xavier DUVAL, infectiologue, PARIS
D^f Jean FICHEUX, biologiste, DUNKERQUE
D^f Gilles GAGNOT, parodontiste, VITRE
D^f Didier GAUZERAN, chirurgien dentiste, LA GARENNE-COLOMBES
D^f Thierry GORCE, chirurgien dentiste, TRILPORT

D^r Christine HUYNH, parodontiste, BOURG-LA-REINE

D^r Vincent JAUMET, parodontiste, LONGJUMEAU

D^r François LAURENT, chirurgien maxillo-facial, ANNECY

D^r Guy PRINC, stomatologiste, chirurgien maxillo-facial, PARIS

D^r Michel PROYE, parodontiste, BOULOGNE-SUR-MER

D^r Jean-Marie RENOIR, parodontiste, CLERMONT-FERRAND

D^r Christine ROQUES, microbiologiste, TOULOUSE

D^r Christian SCHABEL, médecin généraliste, CHINON

D^r Michel SIXOU, épidémiologiste, bactériologue, TOULOUSE

D^r Jean-François THIMONIER, chirurgien dentiste, BOURGES

RECOMMANDATIONS ET REFERENCES

Ces recommandations sur le diagnostic et le traitement des maladies parodontales ont été élaborées à la demande de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Elles n'abordent pas la question du dépistage et de la prévention de la maladie parodontale.

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

I. DEFINITIONS

Le groupe de travail propose la définition suivante :

Les maladies parodontales ou parodontopathies peuvent être définies comme des maladies infectieuses multifactorielles. Elles sont caractérisées par des symptômes et signes cliniques qui peuvent inclure une inflammation visible ou non, des saignements gingivaux spontanés ou provoqués d'importance variable, la formation de poches en rapport avec des pertes d'attache et d'os alvéolaire, une mobilité dentaire et peuvent conduire à des pertes de dents (accord professionnel).

Des indices cliniques et/ou épidémiologiques spécifiques ont été définis pour évaluer le degré d'inflammation, la présence de plaque, la présence de tartre, le niveau de l'attache clinique, les mesures de profondeur de poches. Ce sont principalement :

- Les indices d'hygiène : l'indice d'hygiène buccale de Greene et Vermillion, l'indice de plaque de Silness et Løe (PI), l'indice de plaque de O'Leary, l'indice de tartre de Marthaler (CI).
- Les indices d'inflammation : l'indice gingival de Løe et Silness (GI), l'indice de saignement parodontal (SBI), l'indice PMA de Massler.
- Les indices de besoins en traitement : l'indice parodontal des besoins de traitement (PTNS), l'indice communautaire des besoins en soins parodontaux (CPITN) ; cet indice est actuellement utilisé pour les enquêtes épidémiologiques, les projets de santé publique et la promotion de la santé parodontale.

II. CLASSIFICATION DES PARODONTOPATHIES

Le groupe de travail adopte la classification de l'Académie Américaine de Parodontologie (Armitage 1999) (cf. Tableau) cette classification est purement nosologique (accord professionnel).

III. EPIDEMIOLOGIE

Les données disponibles dans la littérature sont à interpréter en tenant compte du fait que les critères de jugement ne sont pas identiques d'une étude à l'autre. L'utilisation de plus en plus systématique de l'indice CPITN dans ces études permettra d'avoir un recueil de données uniformes à l'avenir. Les données épidémiologiques ont été limitées à l'Europe.

La gingivite est observée chez 80 % des adultes (grade C). Dix à 69 % de la population étudiée ont au moins une perte d'attache ≥ 4 mm. 1,6 % (donnée française) à 40,1 % (ancienne Allemagne de l'Est) de la population ont une profondeur de poche ≥ 6 mm. L'âge « critique » de la longévité dentaire en relation avec la destruction parodontale se situe actuellement vers 60 ans.

Chez les enfants et les adolescents, les gingivites sont observées en moyenne chez 50 % des adolescents de 15 ans. 50 % des enfants en moyenne ont de la plaque dentaire et moins de 30 % des enfants de 15 ans ont du tartre.

Un à 9 % des enfants âgés de 5 à 16 ans ont une perte d'attache et/ou osseuse sur un ou plusieurs sites selon les populations. Ces maladies parodontales affectent en général uniquement une minorité de la population et dans ce cas sur un ou deux sextants seulement.

L'évolution dans le temps de cette prévalence va soit vers une stabilisation de cette proportion soit vers une amélioration liée aux conditions d'hygiène bucco-dentaire.

Du fait de la prévalence des maladies parodontales et de leur potentielle gravité, il est recommandé de rechercher systématiquement les signes d'une maladie parodontale à l'occasion de toute visite de contrôle bucco-dentaire.

IV. FACTEURS DE RISQUE

Les données de la littérature sont difficiles à interpréter car les critères de jugement des maladies parodontales varient d'une étude à l'autre, faisant référence au niveau de la perte d'attache, à la profondeur de sondage des poches, au CPITN. Les études sont essentiellement des études cas-témoins qui peuvent tout au plus observer une association significative entre un facteur et la maladie parodontale. Il semble cependant possible d'identifier des situations à risque ou facteurs prédisposant à une maladie parodontale. Ces facteurs sont les suivants :

— *La flore bactérienne*

Le rôle particulier de la flore bactérienne mérite d'être individualisé. Le développement des maladies parodontales a été associé à la présence de diverses bactéries et à la formation d'un biofilm par coopération bactérienne. Le nombre total de bactéries ou de certaines espèces et/ou souches, plus élevé au cours des maladies parodontales, est en faveur d'un lien de cause à effet. Des mêmes bactéries peuvent être observées sous diverses conditions aussi bien dans une bouche saine, que lors d'une parodontite de l'adulte ou d'une parodontite agressive. La maladie est caractérisée par un déséquilibre de la flore en faveur

des souches anaérobies Gram- avec la prévalence de certains germes en rapport avec certains caractères cliniques de la maladie. Elle est caractérisée par des associations bactériennes et par l'éventuelle possibilité de transmission mère-enfant ou à l'intérieur d'un couple.

Le lecteur intéressé pourra se reporter au document de recommandation « Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie » de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Ce document répertorie les bactéries observées au cours des maladies parodontales.

— *L'hygiène*

Une relation significative entre le niveau d'hygiène bucco-dentaire et l'état parodontal est mise en évidence. Meilleure est l'hygiène, meilleur est l'état parodontal. La présence de poches profondes et de perte d'attache est significativement reliée à la présence de plaque dentaire (biofilm) et de tartre. Les besoins en soins complexes sont significativement moindres quand le niveau d'hygiène est meilleur (grade C).

Les sujets consultant régulièrement leur praticien ont significativement un meilleur niveau d'hygiène, moins de saignements, moins de poches profondes et moins de besoins en soins complexes (grade C).

— *L'âge*

Le nombre de sextants sains est significativement plus important chez les 16-24 ans que chez les sujets âgés de 75 ans et plus. La maladie parodontale s'accroît significativement avec l'âge (augmentation significative du nombre de sextants atteints, du nombre des poches profondes, de la perte d'attache et de la perte osseuse). La présence de gingivite pendant l'enfance prédisposerait au développement de maladies parodontales (grade C).

— *Le sexe*

En moyenne, les hommes ont significativement plus de plaque, de gingivites et de poches parodontales que les femmes. Chez les enfants et les adolescents, les garçons ont en moyenne significativement plus de plaque, de saignements et de poches que les filles (grade C). Cet état parodontal meilleur chez les filles est significativement relié à une meilleure hygiène.

— *Le diabète*

- Les patients diabétiques de type 1 ont significativement plus de gingivites et ont des profondeurs de poches, des pertes d'attache, des pertes osseuses significativement plus importantes que les non diabétiques (grade C). Les édentés sont significativement plus nombreux dans cette population (grade C).
- Les patients diabétiques de type 2 ont significativement plus de gingivites, de tartre, des poches parodontales et des pertes d'attache plus importantes que les non diabétiques (grade C).

— *Le VIH*

Les patients de sexe masculin étudiés, infectés par le VIH, ont significativement plus de gingivites, des pertes d'attache et des profondeurs de poches significativement plus importantes que les hommes non infectés (grade C). Il existe une corrélation inverse à la limite de la signification ($p < 0,06$) entre le taux de CD4 et la sévérité de la perte d'attache.

— *La grossesse*

Bien qu'il n'ait pas été identifié d'étude apportant un niveau de preuve suffisant, des phases aiguës de gingivites et de parodontites ont été observées au cours de la grossesse (accord professionnel).

— *La ménopause*

À la ménopause, la perte dentaire est corrélée à la perte osseuse systémique (grade C). Les femmes ayant un traitement hormonal substitutif ont un risque moindre de perte dentaire que les femmes non substituées (grade C). L'instauration d'un traitement hormonal substitutif à la ménopause dans le but de prévenir la perte dentaire doit tenir compte du bénéfice escompté pour la patiente en regard des risques liés à ce type de traitement (accord professionnel).

— *Les habitudes de vie*

- Le tabagisme est significativement associé à la parodontite (définie par une perte d'attache) (grade C). Le risque relatif de parodontite chez un fumeur augmente avec la consommation de cigarettes et la durée du tabagisme comparé au non-fumeur (grade C). Ce risque diminue lentement avec l'arrêt du tabagisme (grade C).
- Le niveau socio-économique : dans les pays d'Europe du Nord, dotés de programmes collectifs d'éducation et de motivation à l'hygiène bucco-dentaire, les études n'observent pas de différence significative d'atteinte parodontale en fonction du niveau socio-économique (grade C). En France, les études observent que les besoins de traitement (CPITN) augmentent significativement lorsque le niveau socio-économique baisse (grade C).

— *Les autres facteurs favorisant ou aggravant les maladies parodontales*

En l'absence d'éléments de preuves scientifiques suffisants en faveur de l'influence de l'hôte sur les maladies parodontales, nous nous tiendrons à l'évaluation des facteurs de risque qui ont été étudiés, ce sont des facteurs locaux et généraux :

- Les facteurs locaux sont l'existence de caries, de tartre, la morphologie dentaire, les éventuels effets iatrogènes d'un traitement dentaire (restaurations, prothèses dentaires, traitements orthodontiques). Il est recommandé de corriger ces facteurs locaux susceptibles de favoriser ou d'aggraver une maladie parodontale. Pendant la durée du traitement orthodontique, une évaluation initiale de l'état parodontal puis tous les trois mois est recommandée pour prévenir ses éventuels effets iatrogènes. Pour les autres facteurs locaux une évaluation programmée est recommandée (accord professionnel).
- Les facteurs généraux identifiés sont soit constitutionnels soit acquis.
 - Les facteurs constitutionnels sont l'âge, le sexe, les facteurs génétiques.
 - Les facteurs acquis sont les déficits immunitaires, le stress, les facteurs nutritionnels comme les déficits en vitamine C et en calcium, la consommation d'alcool et les toxicomanies, la prise de certains médicaments comme les chimiothérapies anticancéreuses, les inhibiteurs calciques, la ciclosporine A, la phénytoïne.

En pratique, (se référer aux recommandations sur « Le dossier du patient en odontologie », ANAES, 2000) il est recommandé lors de la découverte d'une maladie parodontale de rechercher par l'anamnèse une maladie générale notamment un diabète (1 ou 2), une séropositivité pour le VIH. Une consultation médicale à visée diagnostique et/ou

thérapeutique peut être alors conseillée. L'interrogatoire précise l'âge, les antécédents familiaux de parodontite, les éventuels traitements en cours, les habitudes de vie : tabagisme, niveau d'hygiène buccale, niveau socio-économique, chez la femme l'existence d'une grossesse ou d'une ménopause.

En cas de tabagisme, un arrêt de celui-ci est systématiquement recommandé, une prise en charge médicale peut être proposée.

Chez les patients à risque parodontal, en particulier les diabétiques (1 ou 2), les sujets infectés par le VIH, les femmes ménopausées non substituées, un examen bucco-dentaire systématique au moins deux fois par an est recommandé (accord professionnel). La fréquence de ces examens est à adapter en fonction du patient et de l'atteinte parodontale.

Chez la femme enceinte, le groupe de travail recommande un examen clinique systématique, à la recherche de signes de maladie parodontale, dès le début de la grossesse et un examen dans les six mois qui suivent celle-ci (accord professionnel).

Pour les patients dont le niveau socio-économique est faible, un suivi professionnel adapté doit insister sur l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire en augmentant les visites de contrôle si nécessaire (accord professionnel).

Il est recommandé de renforcer le suivi avec l'avancée en âge et de suivre plus particulièrement les enfants et adolescents ayant une gingivite ou une perte d'attache pour prévenir la progression de la maladie parodontale (accord professionnel).

V. DIAGNOSTIC

V.1. Diagnostic clinique

Le diagnostic des maladies parodontales est évoqué initialement en présence de signes cliniques (rougeur, oedème, inflammation).

L'examen clinique parodontal doit évaluer la présence et la quantité de plaque bactérienne, la recherche d'un saignement au sondage, la mesure de la profondeur des poches, le niveau d'attache clinique, évaluer la mobilité et/ou le déplacement dentaire et éventuellement l'augmentation de la température locale.

Le saignement au sondage est considéré comme un indicateur de l'inflammation gingivale. Son absence est un critère de stabilisation dans l'évolution de la maladie sauf chez le fumeur.

Le diagnostic de gingivite est établi en présence de signes cliniques de rougeur, œdème, hypertrophie-hyperplasie gingivale, de saignement au sondage sans perte d'attache.

La mesure de la profondeur de poche et du niveau d'attache peut se faire soit avec une sonde manuelle graduée, soit à l'aide d'une sonde à pression contrôlée avec contrôle visuel des valeurs de sondage, soit avec une sonde électronique à pression contrôlée avec enregistrement informatique des données.

La reproductibilité des mesures au mm près est observée pour 85 à 98 % des mesures, selon les études, et quelle que soit la sonde (grade C). Il est recommandé d'utiliser le même type de sonde à chaque série de mesures car les mesures diffèrent significativement selon le type de sonde utilisée et selon l'opérateur (grade C).

Le diagnostic de parodontite est établi en présence de pertes d'attache. C'est un signe pathognomonique.

Il est recommandé de rechercher une mobilité dentaire lors de l'examen clinique. Elle peut être estimée soit à l'aide d'indices cliniques subjectifs soit à l'aide d'un appareil de mesure, le Periotest[®] (accord professionnel). Les mesures obtenues avec l'appareil diffèrent significativement d'un examinateur à l'autre et d'un appareil à l'autre. Il est donc recommandé qu'elles soient réalisées par le même examinateur et le même appareil (accord professionnel).

Lors de l'examen parodontal, il est recommandé d'établir dans le dossier du patient une carte topographique de la perte d'attache, de la profondeur des poches et de reporter un indice d'inflammation gingivale, de saignement au sondage, de mobilité et de plaque (accord professionnel).

V.2. Diagnostic radiologique

Les examens d'imagerie aideront à préciser et confirmer le diagnostic. En général, les mesures radiographiques sous-évaluent l'étendue des pertes osseuses. L'interprétation des clichés dépend de l'expérience de l'examineur.

Le bilan radiologique complet en téléradiographie intra-buccale (T.I.B) est recommandé pour le diagnostic et le suivi de la maladie parodontale lorsque le sondage parodontal permet de suspecter une perte osseuse (accord professionnel).

La technique de choix pour représenter les pertes osseuses parodontales est le bilan complet T.I.B. réalisé à l'aide de clichés rétro-alvéolaires et rétro-coronaires. La technique des plans parallèles dite « long cône » est préférable à celle de la bissectrice qui conduit en général à une sous-estimation de la perte osseuse.

La radiographie digitalisée est d'une efficacité équivalente à la radiographie conventionnelle. Les différents systèmes d'aide au diagnostic ne semblent pas améliorer significativement la qualité de l'interprétation des clichés.

La tomodensitométrie n'est pas recommandée en pratique courante, car, bien que plus performante que la radiographie conventionnelle, elle n'apporte pas d'élément décisif complémentaire pour la prise en charge thérapeutique du patient (accord professionnel). Elle peut dans certaines situations être proposée en seconde intention en cas de doute diagnostique.

V.3. Marqueurs biologiques

Le dosage des marqueurs biologiques de la maladie parodontale dans le fluide gingival pourrait avoir un intérêt diagnostique et/ou pronostique. Il pourrait avoir de l'intérêt pour identifier parmi les patients ayant une parodontite ceux qui seraient réfractaires à un traitement. À ce jour, aucun test diagnostique n'est suffisamment sensible et spécifique pour envisager son utilisation en pratique courante. Ils restent encore du domaine de la recherche clinique (accord professionnel).

V.4. Diagnostic microbiologique

Le diagnostic microbiologique peut faire appel à 3 méthodes : bactériologique, immunologique et moléculaire. Ces examens ne sont pas de réalisation systématique pour le diagnostic des maladies parodontales. Certains peuvent être proposés en cas de parodontite agressive ou en cas de maladie parodontale réfractaire au traitement. La réalisation d'exams bactériologiques avec culture et antibiogramme est conditionnée à la possibilité de disposer d'un milieu de transport assurant la survie des espèces anaérobies et

capnophiles et d'un laboratoire pouvant réaliser une culture en anaérobiose. (accord professionnel)

VI. LES MOYENS THERAPEUTIQUES

L'objectif du traitement est de prévenir, contrôler la maladie parodontale et de réparer et/ou régénérer les tissus parodontaux lésés. Les moyens thérapeutiques disponibles sont les traitements non chirurgicaux (détartrage supra-gingival et détartrage-surfaçage), les traitements médicamenteux (antibiotiques, antiseptiques), et les traitements chirurgicaux.

Dans tous les cas, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire est une étape essentielle du traitement.

Le praticien doit informer et enseigner aux patients la technique du brossage dentaire et l'encourager à un brossage dentaire régulier, idéalement après chaque repas, au minimum 2 fois par jour (matin et soir). L'usage du fil dentaire et des brosses inter-dentaires est expliqué si nécessaire. Chaque visite de suivi ou de contrôle est l'occasion de renforcer l'enseignement et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire. L'arrêt du tabac, chez un fumeur, est systématiquement recommandé.

VI.1. Traitements non chirurgicaux

— *Traitements mécaniques*

Les études évaluant l'efficacité du détartrage-surfaçage ne permettent pas de conclure avec un niveau de preuve. Les recommandations suivantes sont fondées sur un accord professionnel.

Le détartrage suivi d'un polissage est recommandé pour le traitement de la gingivite.

Le détartrage-polissage et le surfaçage radiculaire sont recommandés pour le traitement des parodontites.

Le détartrage-surfaçage des lésions interradiculaires semble concourir à la réduction de la profondeur de poche mais semble sans effet sur le niveau de l'attache. Les résultats des études sont discordants.

— *Antiseptiques par voie locale*

Les antiseptiques pour lesquels des données issues d'études randomisées ont été identifiées sont la chlorhexidine et la sanguinarine.

La sanguinarine sur vecteur biodégradable n'apporte aucune amélioration significative sur les paramètres cliniques (profondeur de sondage, gain d'attache), comparée au détartrage-surfaçage (grade C).

La chlorhexidine sous forme de vernis semble sans effet sur la profondeur de sondage, le niveau d'attache, le saignement au sondage et la flore bactérienne (grade C).

La chlorhexidine sur vecteur biodégradable (non encore disponible en France) peut être proposée en association au détartrage-surfaçage dans le traitement de poches profondes (> 5 mm) (grade B).

L'irrigation sous-gingivale d'antiseptique peut être proposée en association au détartrage-surfaçage bien qu'il n'y ait pas d'étude en démontrant l'efficacité (accord professionnel).

— *Antibiotiques*

- L'antibiothérapie par voie locale

L'utilisation de l'antibiothérapie locale à libération contrôlée, seule, n'a pas d'intérêt démontré pour le traitement des parodontites (accord professionnel). Elle peut être proposée en adjuvant à une thérapeutique mécanique (accord professionnel).

L'irrigation sous-gingivale d'antibiotiques dans le cadre du traitement de la parodontite n'est pas recommandée (accord professionnel).

- L'antibiothérapie par voie générale

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) propose de préciser les indications de l'antibiothérapie dans le traitement curatif des parodontites selon le risque d'infection du sujet. Deux groupes sont ainsi définis (cf. Annexe) :

- les sujets sans risque d'infection reconnue (sujet considéré comme sain) ;
- les sujets à risque d'infection. Ils sont distingués en deux groupes de sujets à risque : groupe A correspondant à un risque d'infection identifiée localement et/ou d'infection générale (septicémie) et groupe B correspondant à un risque d'infection liée à une localisation secondaire de la bactérie, c'est-à-dire à un nouveau foyer infectieux situé à distance du foyer primaire (endocardite infectieuse, infection sur prothèse articulaire).

L'antibiothérapie est recommandée chez les sujets à risque A et B au cours du traitement des parodontites.

L'antibiothérapie est non justifiée chez les sujets sains au cours des gingivites chroniques et de l'abcès parodontal, son intérêt est non déterminé lors des parodontites chroniques. En 2^e intention, l'antibiothérapie peut être associée au traitement mécanique.

Le choix de l'antibiotique est également guidé par la forme clinique, par la sévérité de l'infection ou éventuellement adapté au résultat de l'antibiogramme.

VI.2. Traitements chirurgicaux

Les traitements chirurgicaux font appel à 3 techniques : la technique du lambeau d'assainissement, la technique de régénération tissulaire guidée, la technique du comblement osseux. Leur efficacité est abordée en fonction du type de lésion à traiter : traitement des lésions infra osseuses ; traitement chirurgical des lésions interradiculaires.

— *Traitements des lésions infra-osseuses*

Au niveau des lésions ≤ 6 mm, les données de la littérature ne permettent pas de conclure à une éventuelle différence d'efficacité entre les techniques du lambeau d'assainissement et les techniques de régénérations tissulaires guidées quel que soit le type de membrane.

La technique de régénération tissulaire guidée peut faire appel à une membrane résorbable ou non résorbable. Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à une éventuelle supériorité d'une membrane par rapport à une autre. Le praticien doit informer le patient de la nécessité de procéder à une seconde intervention pour retirer la membrane non résorbable environ 6 semaines après la première intervention.

Dans le traitement des lésions infra-osseuses ≥ 6 mm, les techniques de comblement semblent plus efficaces que les techniques de lambeau d'assainissement seul sur l'amélioration des paramètres osseux (gain osseux, niveau osseux alvéolaire). Sur la profondeur de poche et le gain d'attache, les résultats des études sont discordants (grade C).

Les techniques de comblement peuvent être proposées pour le traitement des lésions infra-osseuses ≥ 6 mm (accord professionnel).

Lorsqu'une technique de comblement est envisagée, il est recommandé de privilégier l'os autogène comme matériau de comblement (accord professionnel).

— *Traitements des lésions interradiculaires*

Dans le traitement chirurgical des lésions interradiculaires de classe II, les techniques du lambeau d'assainissement, les techniques de régénérations tissulaires guidées avec membrane résorbable ou non, les techniques de comblement améliorent significativement la profondeur de sondage (grade C) et le niveau d'attache (grade C). L'une de ces techniques peut être proposée pour le traitement des lésions interradiculaires de classe II (accord professionnel).

— *Traitements associés à la chirurgie*

Les données de la littérature sont insuffisantes pour conclure à un éventuel intérêt des colles biologiques en association aux techniques de régénérations tissulaires guidées. Le groupe de travail ne recommande pas leur utilisation (accord professionnel).

L'intérêt des facteurs de croissance dans le traitement de la maladie parodontale est encore du domaine de la recherche clinique. Dans un essai de phase I/II, ils ne semblaient pas induire la formation d'anticorps. Des études complémentaires sont nécessaires pour préciser leur éventuel intérêt dans le traitement de la maladie parodontale et leur innocuité chez l'homme.

Les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur l'éventuel intérêt de l'utilisation de dérivés embryonnaires de la matrice de l'émail d'origine animale en association aux techniques chirurgicales. Des études complémentaires sont nécessaires.

VII. MALADIE PARODONTALE COMME FACTEUR DE RISQUE D'AUTRES MALADIES OU SITUATIONS

Les études épidémiologiques identifiées ont observé la relation entre la maladie parodontale et l'endocardite infectieuse, la maladie coronaire, l'accident vasculaire cérébral, l'accouchement prématuré, les infections pulmonaires et sinusiennes.

VII.1. Maladie parodontale et endocardite infectieuse

Bien qu'il n'y ait pas d'études spécifiques sur la prévalence et l'incidence de l'endocardite infectieuse chez les sujets ayant une maladie parodontale et compte tenu de la létalité potentielle de l'endocardite infectieuse et du caractère infectieux de la maladie parodontale, il est nécessaire de recommander une prophylaxie de l'endocardite infectieuse chez les sujets ayant une maladie parodontale et qui sont reconnus comme ayant une cardiopathie à risque d'endocardite. Cette prophylaxie comporte le traitement de la maladie parodontale dans le but d'éradiquer les foyers infectieux d'une part, l'antibioprophylaxie avant certains gestes thérapeutiques d'autre part.

Le traitement de la maladie parodontale chez les patients ayant une cardiopathie à risque d'endocardite (cf. annexe) est fondé sur un accord professionnel :

- **Cardiopathie à haut risque :**
Les dents mobiles associées à une parodontite ainsi que les dents avec lésions interradiculaires sont à extraire.
La chirurgie parodontale n'est pas recommandée.
- **Cardiopathie à risque modéré :**
Le traitement conservateur peut être proposé en cas d'atteintes parodontales modérées.
Pour le traitement des atteintes parodontales profondes, faute de connaissance du risque d'endocardite en fonction du geste thérapeutique, l'attitude proposée jusqu'alors était de procéder à des extractions dentaires et de ne pas recommander la chirurgie parodontale. Il est apparu au groupe de travail que cette attitude pouvait être nuancée et que la décision thérapeutique devait être prise en étroite concertation avec le cardiologue en charge du patient et selon la réponse au traitement.

Concernant l'antibioprophylaxie, le lecteur intéressé pourra se reporter aux recommandations de l'AFSAPS « prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie » et à la révision des recommandations « prophylaxie de l'endocardite infectieuse » juin 2002.

VII.2. Autres situations

Les études disponibles ne permettent pas de conclure avec certitude à l'existence d'un lien de causalité entre maladie parodontale et maladie coronaire, accident vasculaire cérébral fatal ou non, accouchement prématuré, diabète, certaines maladies pulmonaires et des sinus.

Néanmoins, le groupe de travail recommande une surveillance clinique particulière des femmes enceintes (accord professionnel). La découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue car la maladie parodontale semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance (grade C).

En présence d'un patient ayant un accident vasculaire cérébral, un diabète, une maladie coronaire, une maladie pulmonaire ou une sinusite, il est recommandé de réaliser un examen de la cavité buccale à la recherche de signes de parodontite et de demander un avis spécialisé au moindre doute (accord professionnel).

VIII. STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE

La stratégie de prise en charge est résumée sous la forme d'un arbre décisionnel présenté en figure 1.

IX. PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Le groupe de travail a rencontré de grandes difficultés à établir ces recommandations en raison du manque de niveau de preuve de la littérature dans ce domaine.

Il est difficile d'évaluer l'efficacité des traitements en raison du manque de critères de jugements homogènes et comparables. Le groupe de travail propose d'établir une charte des critères de jugements à utiliser. Le critère le plus important est celui de l'évaluation du niveau d'attache.

Le groupe de travail propose que des études soient menées pour mieux estimer le risque d'endocardite infectieuse dans les suites d'un geste bucco-dentaire. La connaissance de ce risque en fonction du geste effectué (extraction dentaire, détartrage, chirurgie parodontale) permettrait d'adapter le traitement prophylactique et peut-être ainsi d'éviter les extractions dentaires multiples systématiques chez les patients à risque.

Plus généralement, des études rigoureuses portant sur les facteurs de risque et sur l'incidence des maladies parodontales sur l'état général devraient être menées.

Un nouveau groupe de travail devrait se pencher sur la prévention.

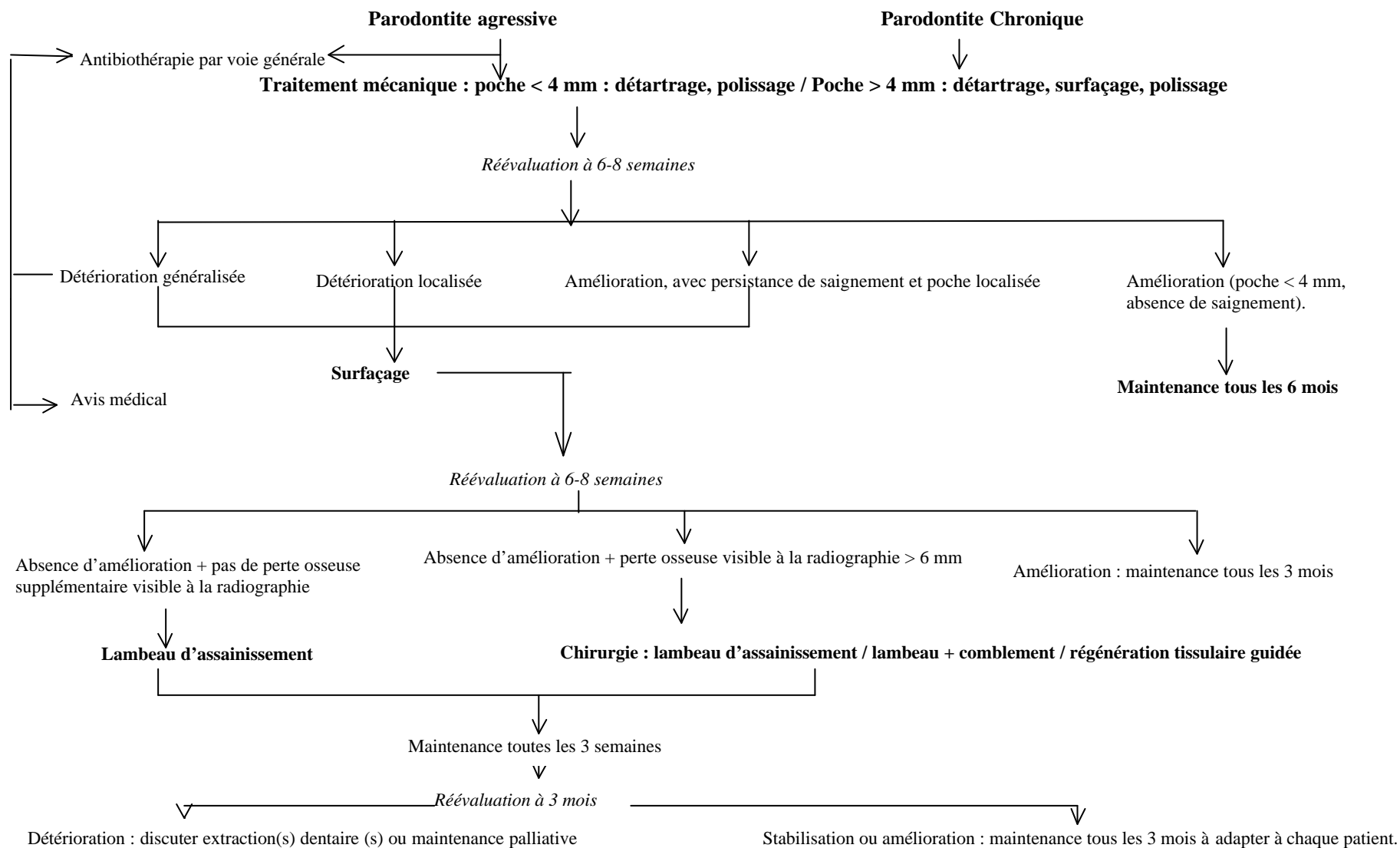


Figure 1 : stratégie de prise en charge des parodontites

Tableau. Classification des maladies parodontales *

| | |
|---|---|
| <p>I MALADIE GINGIVALE</p> <p>A-maladie gingivale induite par la plaque</p> <p>1 gingivite associée avec la plaque uniquement</p> <p>a) sans facteurs locaux</p> <p>b) avec facteurs locaux (voir VIII A)</p> <p>2 maladie gingivale associée à des facteurs systémiques</p> <p>a) Associée à des modifications endocriniennes</p> <p>1) gingivite de la puberté</p> <p>2) gingivite associée aux cycles menstruels</p> <p>3) gingivite au cours de la grossesse</p> <p>gingivite, granulome pyogénique</p> <p>4) gingivites et diabète sucré</p> <p>b) Associée à un trouble de la crase sanguine : leucémie, autres troubles</p> <p>3 maladie gingivale et médicaments</p> <p>1) hypertrophie gingivale induite par les médicaments</p> <p>2) gingivite aggravée par les médicaments : contraceptifs oraux et gingivite, autres médicaments</p> <p>4 gingivites et malnutritions</p> <p>a) gingivite et carence en acide ascorbique</p> <p>b) autres</p> <p>B-lésion gingivale non induite par la plaque</p> <p>1 pathologie gingivale liée à une bactérie spécifique</p> <p>Neisseria gonorrhoea, Treponema pallidum, Streptocoques</p> <p>2 maladie gingivale d'origine virale</p> <p>a) infections à herpes virus</p> <p>gingivostomatite lors de la primo-infection à herpes virus, herpes buccal récidivant, varicelle -zona</p> <p>b) autres</p> <p>3 maladie gingivale d'origine fongique</p> <p>a) infection à candida : candidose gingivale généralisée</p> <p>b) érythème gingival linéaire</p> <p>c) histoplasmose</p> <p>d) autres</p> <p>4 lésions gingivales d'origine génétique</p> <p>a) gingivite au cours des fibromatoses</p> <p>b) autres</p> <p>5 gingivites au cours de manifestations générales</p> <p>a) atteintes cutanéomuqueuses</p> <p>1) lichen plan</p> <p>2) pemphigoïde</p> <p>3) pemphigus vulgaire</p> <p>4) érythème polymorphe</p> <p>5) lupus érythémateux</p> <p>6) induites par des médicaments</p> <p>7) autres</p> <p>b) réactions allergiques</p> <p>1) aux matériaux d'obturations dentaires : mercure nickel acrylique et autres</p> <p>2) réactions allergiques attribuées à : pâtes dentifrices, bain de bouche, additif contenu dans les chewing-gums, additifs présents dans les aliments</p> <p>3) autres</p> <p>6 lésions traumatiques (factices, iatrogènes, accidentelles)</p> <p>chimique, physique, thermique</p> <p>7 réactions auto-immunes</p> <p>8 non spécifiques</p> | <p>II PARODONTITES CHRONIQUES</p> <p>A localisées, B généralisées</p> <p>III PARODONTITES AGRESSIVES</p> <p>A localisées, B généralisées</p> <p>IV PARODONTITES MANIFESTATIONS D'UNE MALADIE GENERALE</p> <p>A-associées à une hémopathie</p> <p>neutropénie acquise, leucémie, autres</p> <p>B-associées à une anomalie génétique</p> <p>1) neutropénie familiale cyclique</p> <p>2) syndrome de Down</p> <p>3) syndrome de déficience d'adhésion des leucocytes</p> <p>4) syndrome de Papillon-Lefèvre</p> <p>5) syndrome de Chediak-Higashi</p> <p>6) hystiocytose</p> <p>7) maladie du stockage du glycogène</p> <p>8) agranulocytose de l'enfant</p> <p>9) syndrome de Cohen</p> <p>10) syndrome de Ehlers-Danlos (types IV et VIII)</p> <p>11) hypophosphatasie</p> <p>12) autres</p> <p>C-non spécifiées</p> <p>V PARODONTOPATHIES ULCERO-NECROTIQUES</p> <p>gingivites ulcéro-nécrotiques, parodontites ulcéro-nécrotiques</p> <p>VI ABCES PARODONTAL</p> <p>abcès gingival, abcès parodontal, abcès péri-coronaire</p> <p>VII PARODONTITE ASSOCIEE A UNE PATHOLOGIE ENDODONTIQUE</p> <p>lésions combinées endo-parodontales</p> <p>VIII ANOMALIES BUCCO-DENTAIRES ACQUISES OU CONGENITALES EN RAPPORT AVEC LES MALADIES PARODONTALES</p> <p>A-facteurs locaux liés à la dent prédisposant aux gingivites ou aux parodontites induites par la plaque</p> <p>facteur lié à l'anatomie de la dent, obturation et restauration dentaire, fractures des racines, résorptions cervicales et fissures du ciment</p> <p>B-malformation muco-gingivale au voisinage des dents</p> <p>1) récessions gingivales au niveau des surfaces linguales ou vestibulaires, interproximales</p> <p>2) défaut de kératinisation de la gencive</p> <p>3) réduction de la profondeur du vestibule</p> <p>4) frein aberrant, anomalie de l'insertion musculaire</p> <p>5) excès de gencive : pseudo-poche, gencive marginale inconsistante, excès de gencive visible, hypertrophie gingivale</p> <p>6) anomalie de la coloration</p> <p>C-malformation mucogingivale et édentation</p> <p>1) déficit horizontal ou vertical de la crête alvéolaire</p> <p>2) déficit de kératinisation de la gencive</p> <p>3) hypertrophie gingivale</p> <p>4) frein aberrant, anomalie de l'insertion musculaire</p> <p>5) réduction de la profondeur du vestibule</p> <p>6) anomalie de la coloration</p> <p>D-traumatisme occlusal : occlusal primaire, secondaire</p> |
|---|---|

* adapté de Armitage GC. Development of the classification system for periodontal and conditions. Ann Periodontol 1999;4:1-6.

ANNEXE

- Les sujets sans risque d'infection reconnue (sujets considérés comme sains)
Ce sont les sujets présumés sains, sans facteur de risque ni terrain particulier, les sujets porteurs d'une cardiopathie sans risque d'endocardite infectieuse (communication interauriculaire, prolapsus valvulaire mitral à valves fines sans souffle, souffle fonctionnel, les porteurs de stimulateur cardiaque, les porteurs de défibrillateur implantable, les patients opérés de pontage coronaire, de shunt gauche-droit sans communication résiduelle (depuis plus de 6 mois), les calcifications de l'anneau mitral, les cardiopathies ischémiques, hypertensives ou dilatées, la maladie de Kawasaki sans dysfonction valvulaire, la polyarthrite rhumatoïde sans dysfonction valvulaire, la cardiologie interventionnelle (valvuloplastie percutanée, prothèses endocoronaires, etc.), les affections vasculaires périphériques).
- Les sujets à risque d'infection. Ils sont dissociés en deux types de sujets à risque A et B :
 - Le risque A correspondant à un risque d'infection identifiée localement et/ou d'infection générale (septicémie). Les facteurs de risque sont les suivants : transplantation ou greffe sous thérapeutique immunosuppressive à l'exception des patients sous ciclosporine seule pour lesquels le risque d'infection est moindre, immunodépression : congénitale, médicamenteuse à long terme (corticothérapie, chimiothérapie, etc.), infectieuse (VIH, etc.), immunologique (lupus érythémateux, maladies systémiques, etc.), pathologies chroniques non contrôlées : diabète, insuffisance rénale et/ou hépatique, sujets ayant des infections chroniques, bactériennes et fongiques, etc. ; dénutrition : personnes alitées, déshydratées, en situation de précarité sociale, toxicomanes, éthyliques.
 - Le risque B correspondant à un risque d'infection liée à une localisation secondaire de la bactérie, c'est-à-dire à un nouveau foyer infectieux situé à distance du foyer primaire (endocardite infectieuse, infection sur prothèse articulaire). Ce sont les sujets ayant un risque d'endocardite infectieuse, (l'AFSSAPS et la Conférence de Consensus 2002 ont proposé une classification des cardiopathies en fonction du risque d'endocardite, *tableau*) et certains sujets ayant un risque d'infection sur prothèses articulaires.

Tableau. Cardiopathies à risque d'endocardite infectieuse*.

| | |
|--------------------------------------|--|
| Cardiopathies à haut risque | Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes, bioprothèses) Antécédents d'endocardite infectieuse Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées Dérivations chirurgicales (pulmonaires-systémiques) |
| Cardiopathies à risque modéré | Autres cardiopathies congénitales (cardiopathies non cyanogènes sauf communication interauriculaire) Valvulopathies : insuffisance, rétrécissement, et bicuspidie aortique, insuffisance mitrale Dysfonctions valvulaires acquises Prolapsus de la valve mitrale avec insuffisance mitrale et/ou épaissement valvulaire Cardiomyopathie hypertrophique obstructive |

* Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie. <http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/rbp/odonto.htm> (consulté le 01/09/2002)

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse (à paraître). Paris : ANAES ; 2002.