



## LA PARODONTOLOGIE AU QUOTIDIEN

Pour clore nos comptes rendus retraçant le dernier congrès de l'ADF, nous vous proposons de revenir sur trois séances dédiées à la parodontologie.

# Recommandations en parodontologie : applications au quotidien

Responsable scientifique : Julie Lamure

Intervenants : Panos Papapanou, Evanthia Lalla

Aurore BARRACO

La dernière classification des maladies parodontales publiée en 2018 confère désormais à chaque parodontite un stade et un grade. Depuis, trois conférences de consensus d'experts ont proposé des recommandations de traitement pour les stades I à III, le stade IV et les maladies péri-implantaires. L'un de ces experts, le Dr Panos Papapanou, accompagné du Dr Evanthia Lalla, a décrypté ces recommandations afin d'éclairer les participants sur leur application en omnipratique.

## Principes et applications de la classification de 2018

Le Dr Papapanou a débuté cette conférence en donnant les clés pour comprendre et donc appliquer cette classification au quotidien. Cette dernière, inspirée des classifications oncologiques, caractérise désormais la parodontite par un stade et un grade [1]. Le stade reflète la sévérité et l'extension de la maladie ainsi que la complexité du traitement, il est défini par patient (et non par dent) et c'est la dent la plus affectée qui le détermine (tableau 1). Le grade, quant à lui, exprime la dimension biologique de la pathologie et sa rapidité de progression (tableau 2).

Concernant les maladies péri-implantaires, il est rappelé qu'une santé péri-implantaire est compatible avec la présence d'une poche parodontale, qui peut dépendre du placement implantaire s'il n'y a bien entendu ni inflammation ni perte osseuse. Les différences entre mucosite (inflammation sans perte osseuse), péri-implantite (inflammation accompagnée

Tableau 1 - Stades de parodontite [1]

Stade de parodontite		Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
<b>Sévérité</b>	- CAL* interdentaire au site de plus grande perte osseuse - Alvéolyse radiographique - Perte dentaire	- 1 à 2 mm  - Tiers coronaire (< 15 %)  - Aucune perte dentaire imputable à la parodontite	- 3 à 4 mm  - Tiers coronaire (< 15 % à 33 %) - Aucune perte dentaire imputable à la parodontite	- ≥ 5 mm  - Se prolonge au tiers médian ou apical de la racine - Perte dentaire imputable à la parodontite ≤ 4 dents	≥ 5 mm  - Se prolonge au tiers médian ou apical de la racine - Pertes dentaires imputables à la parodontite ≥ 5 dents
<b>Complexité</b>	Locale	- Profondeur maximale de sondage ≤ 4 mm  - Perte osseuse principalement horizontale	- Profondeur maximale de sondage ≤ 5 mm  - Perte osseuse principalement horizontale	- En plus de la complexité du stade II : profondeur de sondage ≥ 6 mm  - Perte osseuse verticale ≥ 3 mm Atteinte de furcation de Classe II ou III Défaut crestal modéré	En plus de la complexité du stade III : besoin en réhabilitation complexe en raison de : ➢ dysfonction masticatoire ➢ tauma occlusal secondaire (degré mobilité ≥ 2) ➢ défaut crestal sévère ➢ effondrement occlusal, drifting, flaring, moins de 20 dents résiduelles (10 paires antagonistes)
<b>Étendue et répartition</b>	S'ajoute au stade comme descripteur	Pour chaque stade, décrire l'étendue et la localisation (< 30 % des dents atteintes), généralisée, ou forme spécifique avec atteinte des molaires/incisives			

\*CAL (Clinical Attachment Loss) : perte d'attache clinique

Tableau 2 - Grades de parodontite [2]

Stade de parodontite		Grande A : progression lente	Grade B : progression modérée	Grade C : progression rapide
<b>Critères primaires</b>	Signe direct de progression	Donnée longitudinale (alvéolyse radiographique ou CAL)	Preuve d'absence de perte osseuse sur 5 ans	< 2 mm sur 5 ans
	Signe indirect de progression	% alvéolyse / âge Phénotype du cas	< 0,25 Épais dépôt de biofilm avec faible niveau de destruction	0,25 à 1,0 Destruction proportionnelle au dépôt de biofilm
<b>Facteurs modifiant le grade</b>	Facteurs de risque	Tabagisme  Diabète	Non-fumeur  Normoglycémique / pas de diagnostic de diabète	Fumeur < 10 cigarettes/jour  Fumeur ≥ 10 cigarettes/jour

d'une perte osseuse) et défauts tissulaires péri-implantaires (position, défauts osseux ou de tissus kératinisés) sont clairement définies [2]. Le Dr Papapanou a insisté sur le fait qu'une lésion péri-implantaire est plus agressive qu'une lésion parodontale car sa progression est non linéaire et plus rapide.

## Guidelines pour les parodontites de stade I à III [3]

La prise en charge d'un patient parodontal débute toujours par un changement comportemental visant à limiter les facteurs de risques généraux (tabac, diabète)

et locaux afin de faciliter le contrôle de plaque. La suppression du biofilm et de ses facteurs de rétention est la pierre angulaire du traitement parodontal. Il est réalisé à l'aide d'instruments manuels ou ultrasonores et peut être accompagné de thérapies adjuvantes comme le laser, l'aéropolissage, l'utilisation d'antiseptiques ou l'adjonction locale d'antibiotiques. Cependant, l'antibiothérapie par voie générale n'est recommandée que chez les patients adultes jeunes atteints de parodontites de stade III-IV grade C.

Dans les cas plus complexes, il est toujours recommandé de réaliser une deuxième phase de traitement non chirurgical et, si des traitements chirurgicaux sont nécessaires avec un praticien ne disposant pas des compétences requises pour les réaliser, il est recommandé d'adresser ces patients. Cette thérapeutique doit se poursuivre par la maintenance parodontale, dont les intervalles doivent être clairement déterminés, et qui est la clé de la réussite du traitement.

### Guidelines pour les parodontites de stade IV et les péri-implantites [4, 5]

Les stades IV caractérisent des situations sévères qui nécessitent une réhabilitation complexe faisant appel à des traitements pluridisciplinaires. Le message principal que souhaite délivrer le Dr Papapanou est qu'il faut conserver le maximum de dents possibles car il est aujourd'hui bien établi que les prothèses dento-portées présentent moins de complications que les prothèses

implanto-portées. Néanmoins, si un traitement implantaire était envisagé, l'objectif premier serait alors de prévenir la péri-implantite en instaurant une maintenance régulière et en concevant des prothèses compatibles avec un bon contrôle de plaque. Si, malgré toutes ces précautions, une péri-implantite survenait, il faudrait la prendre en charge le plus précocement possible et, une nouvelle fois, bien évaluer son niveau de compétence si un abord chirurgical était nécessaire.

### Rôle de l'omnipraticien

L'omnipraticien joue un rôle décisif dans la prévention, le diagnostic, le traitement et la maintenance des maladies parodontales et péri-implantaires. Il endosse le rôle de celui qui pourra déterminer si une prise en charge pluridisciplinaire ou par un spécialiste est nécessaire. Cette classification ne doit donc pas être pensée comme un exercice académique, elle doit permettre à l'omnipraticien de déterminer la complexité du traitement requis. Le Dr Papapanou a conclu cette conférence en encourageant l'auditoire à utiliser ces dernières recommandations afin de pratiquer une dentisterie basée sur la preuve et d'optimiser le soin apporté à leurs patients.

*Vous pouvez retrouver l'intégralité de ces recommandations via le lien suivant :*  
<https://www.efp.org/education/continuing-education/clinical-guidelines/>

## BIBLIOGRAPHIE

1. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol* 2018;89 Suppl 1:S173-82.
2. Berglundh T et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* 2018;45 Suppl 20 :S286-S291.
3. Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020;47 Suppl 22:4-60.
4. Herrera D, Sanz M, Kerschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, et al. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2022;49 Suppl 24:4-71.
5. Herrera D et al. Prevention and treatment of peri-implant diseases-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2023;50 Suppl 26:4-76.