



# Traitement d'une parodontite chronique modérée : de la décision thérapeutique initiale à la gestion des complications dans la maintenance à long terme (1983-2017)

**Daniel Etienne**  
Paris

## Introduction

L'objectif de présenter ce cas clinique est de comparer les critères initiaux de diagnostic et de traitement d'une parodontite chronique modérée par rapport aux résultats obtenus dans un suivi à long terme. Nous allons nous intéresser au traitement d'un patient de sexe masculin, âgé de 51 ans, consultant en 1983 pour une inflammation de la gencive marginale. L'avulsion de la 37 avait été réalisée à la suite d'un abcès parodontal un an auparavant, et des détartrages avaient été ensuite effectués par quadrants chez un autre praticien, avant sa consultation initiale.

Il est intéressant de nous replacer dans les années 1981-1983 où le dilemme était d'apprécier si un patient atteint de parodontite chronique était en phase d'activité ou de rémission. Nous savions les limites du sondage parodontal et des radiographies à un instant donné. Les tests biologiques d'évaluation des collagénases tissulaires, ou les médiateurs du système immunitaire apparaissaient d'un intérêt limité dans l'appréciation d'une phase d'activité tandis que la détermination des parodonto-pathogènes ou la concentration des bactéries mobiles suscitaient de l'intérêt (Hancock, 1981). Le rôle de l'occlusion dans l'initiation d'une maladie parodontale n'était pas considéré, tandis que l'effet du bruxisme sur un parodonte réduit paraissait d'une incidence importante pour le pronostic. L'intérêt d'une contention à long terme pouvait être indiqué après orthodontie ou sur des dents à parodonte réduit (Ramfjord et Ash, 1981). Il était aussi admis qu'une réduction de la profondeur des poches parodontales pouvait être obtenue par des détartrages-surfaçages radiculaires (D-SR), combinés à une hygiène orale performante et qu'une période de cicatrisation supérieure à 6 mois était nécessaire pour obtenir un résultat optimal dans des poches parodontales profondes (Garrett 1983). Les évidences scientifiques montraient, dans un cadre de maintenance et après des lambeaux d'assainissement que la réduction initiale supérieure des poches parodontales de 4 à 6mm par rapport au traitement non chirurgical n'était pas maintenue au delà de 2 ans. Une réduction supérieure de la profondeur des poches n'était pas non plus significativement constatée pour des poches initiales  $\geq 7$ mm sur une période de 4 ans à plus de 6 ans. Une décision d'intervention par lambeaux était donc délicate et nous devions nous appuyer sur des critères spécifiques au patient (Pihlstrom et al. 1983). La chirurgie à lambeaux avec résection n'était pas le traitement de choix par rapport à une chirurgie conservatrice, mais elle restait intéressante bien que controversée par certains en chirurgie pré-prothétique, pour faciliter l'obtention de contours osseux soutenant des tissus mous avec une morphologie favorable à l'hygiène buccale (Barrington, 1981). L'antibiothérapie systémique avec des tetracyclines n'était pas indiquée pour des parodontites modérées et l'utilisation du metronidazole commençait à émerger (Genco, 1981). En ce qui concernait les lésions interradiculaires de classe II avec sondage horizontal d'au moins 3mm, des rapports de cas avec apport

d'os autogène montraient une régénération osseuse lors de réentrées. La tunnélisation des molaires mandibulaires pouvait être envisagée malgré le risque de caries secondaires. Cette dernière technique était indiquée pour les atteintes interradiculaires de part en part tandis que la résection ou l'amputation radiculaire devaient être combinés à des traitements endodontique et prothétique, mais les évidences à long terme sur la survie dentaire et la nécessité d'une solidarisation étaient limitées (Newell 1981).

## Evaluation clinique

L'examen parodontal initial révélait des

poches parodontales, localisées de 5 à 6mm sur les secteurs latéraux et sur les 13,21, 33 à 31. La profondeur moyenne de toutes les poches parodontales était de 3,66mm et le contrôle de plaque initialement défaillant à 77% s'est avéré performant dès les premières visites de sensibilisation à l'hygiène orale. La répartition des poches parodontales de 4 à 6mm était de 47% et de 53% pour les poches  $\leq 3$ mm.

De juillet à décembre 1983 une finition des surfaçages avait été réalisée par nos soins, ainsi que les traitements endodontiques sur les 16,27,36 (P. Machtou). L'objectif pluridis-

ciplinaire était ensuite de restaurer une occlusion fonctionnelle. La consultation orthodontique (A. Fontenelle) confirmait la faisabilité de régulariser les dents de l'arcade maxillaire et de fermer les diastèmes chez un patient présentant une supraclusion de 7mm avec un surplomb incisif réduit ainsi qu'une égression secondaire de la 27 (Fig. 1). L'objectif orthodontique était de corriger la supraclusion antérieure par ingression des 11-21, pour obtenir un rapport inter-incisif en bout à bout. Une contention antérieure définitive était envisagée en fin de traitement. L'ingression des incisives maxillaires, malgré des poches parodontales modérées pouvait être envisa-

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

## VistaScan Mini

### La Référence, une gamme complète

A partir de  
6.990,00 € T.T.C.  
Prix Détail



VistaScan Mini Easy



VistaScan Mini Plus



VistaScan Mini View

40 ans  
DÜRR DENTAL FRANCE

**VistaScan Mini** : La référence avec la plus haute définition du marché jusqu'à 22 pl/mm en résolution réelle. • Connexion PC via USB/RJ45. • Diagnostics rapides et sûrs à partir de 6 secondes. • Plus de 5000 installations en France.  
Plus d'informations sur [www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com)

Dispositif Médical de classe I  
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices.  
Produits non remboursés par les organismes de santé.

**DÜRR DENTAL**  
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME

gée sereinement selon les travaux préliminaires connus de *Melsen et al. (1986,1989)*, chez un patient dont l'hygiène buccale était rigoureuse. Pour compenser la perte de 37, la pose d'un implant n'avait pas été envisagée car les concepts de Branemark (1977,1983) n'étaient pas encore vulgarisés. En ce qui concerne le traitement des lésions interradi-culaires sur les 16,36 (Fig. 2) nous avons préféré à des techniques de comblements par biomatériaux ou os autogène aléatoires, des techniques résectrices d'amputation radicu-laire ou de séparations radiculaires revues par *Carnevale (1995)* pour soutenir des res-taurations dento-portées. La faisabilité d'une régénération interradiculaire des lésions ves-tibulaires de classe 2 à la mandibule ne s'est imposée que plus tard avec les publications de *Becker et al. (1988)* et surtout *Pontoriero et al. (1987,1988)*.

Nous avons aussi opté pour un traitement chirurgical des poches parodontales pro-fondes de décembre 1983 à mai 1984, avant orthodontie afin de contrôler le processus in-flammatoires.

Sur le secteur inférieur gauche les racines de 36 ont été séparées (Fig. 3) afin de dis-taler orthodontiquement la racine distale et obtenir un calage postérieur avec 27. Un lambeau mucopériosté avec ostéoplastie linguale était réalisée et les lambeaux (mu-queux en vestibulaire) apicalisés pour obtenir une élongation coronaire selon les concepts de la chirurgie osseuse pré-prothétique (Fig. 4) afin d'obtenir une architecture déflectrice des tissus mous et en préservant la gencive marginale kératinisée (*Schluger et al. 1977*). Sur le secteur inférieur droit il n'y avait pas de lésion-interradiculaire et la chirurgie pré-pro-thétique consistait en une élongation cor-naire avec ostéoplastie-ostectomie. La racine mésio-vestibulaire de 16 qui présentait une lésion interradiculaire de part en part avec le vestibulaire a été amputée lors d'un lambeau et la racine palatine préservée malgré sa dénudation (Fig. 5). Sur le secteur antérieur des lambeaux d'assainissement de type Widman modifié (*Ramfjord et Nissle 1974*) ont été réa-lisés sur les 15 à 24 (Fig. 6 et 7).

Le traitement orthodontique a été instauré en décembre 1984 (Fig. 8 et 9) et des visites de maintenance réalisées toutes les 6 se-maines pendant 1 an. Après réévaluation, des couronnes ont été réalisées sur les 16, 27, 46, des onlay sur 17 et 26, une attelle collée de 13 à 23 et un bridge de 34 à 37 (*Dr R. Joly*) (Fig. 10 et 11). Il faut noter qu'en avril 1986 la contention 13 à 23, avait été réalisée en or avec des tenons dentinaires (Fig. 12). Nous avons optés pour solidariser la 36 sé-parée avec 35 légèrement mobile et 34, afin de réduire les contraintes occlusales sur les racines séparées de 36.

Le contrôle de plaque étant toujours perfor-mant et le patient habitant la province, les visites de maintenance ont été espacées de 3 à 6 mois, 2 ans après la fin du traitement. La mesure de la profondeur des poches pa-rodontales a été notre indicateur rapide de stabilité parodontale au cours de ces visites, mais en tenant compte des récessions pour évaluer la stabilité du niveau d'attache cli-nique (*Armitage 1996*). La persistance ou l'ap-parition de poches parodontales profondes ( $\geq 6$ mm) étant un indicateur cliniquement important car elles représentent un risque élevé de perte additionnelle d'attache pour les parodontites avancées (*Claffey et Egleberg 1995*).

### Incidents et complications lors de la maintenance

Des réévaluations avec des bilans radiogra-phiques ont été réalisées en 1986, 1988 et 1993. Des poches parodontales de 5mm étaient surveillées lors des visites de main-tenance sur les 12,27,36 (Fig. 13). Les puits dentinaires de l'attelle et sans doute aussi les surfaçages sur une pulpe éventuellement altérée ont favorisé des mortifications et des traitements endodontique ont été néces-saires en août 1986 sur la 12 (Fig. 14) et plus tardivement sur les 21,22. L'attelle s'est en-suite décollée sur la 13 et la dent a été aussi déulpée et couronnée en 1998.

En 1999, soit 13 ans après la fin du traite-ment pluridisciplinaire (Fig. 15 et 16) la répa-rition des poches parodontales était globa-lement toujours favorable avec cependant des poches de 5mm localisées en lingual des racines séparées de 36. Les contraintes oc-cusales ont favorisé une fracture verticale de la racine distale de 36 qui a été extraite en décembre 2000 et deux mois plus tard la racine mésiale de 46 se fracturait et la dent était extraite (Fig. 17).

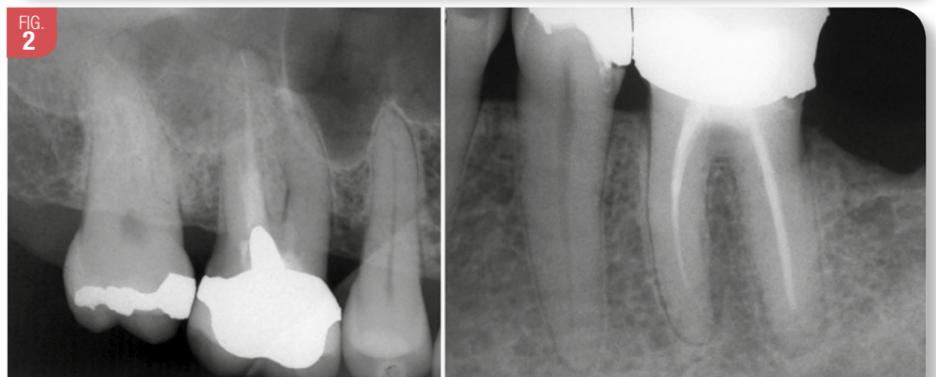
Le patient a présenté un infarctus du myo-cardre en mars 2001 et sur 46, un implant a pu être posé en novembre 2002. Cet implant posé en un seul stade a été associé à une greffe conjonctive en « poncho » prélevée à la tubérosité pour compenser la perte du vo-lume tissulaire vestibulaire (Fig. 18).

Le patient était confortable après la restauration implanto-portée sur 46 et il n'a pas voulu compenser l'édentement sur 36 distal. L'état parodontal s'est ensuite avéré stable sur une période de dix ans, jusqu'en 2012, soit 26 ans après le traitement prothétique initial. Cependant la 27 a dû être extraite en raison d'une lésion interradiculaire distale évolutive malgré une stabilité de la poche parodontale à 5mm pendant des années. Lors de cette ré-évaluation des poches localisées de 6mm ont été aussi constatées sur 32-33 et en distal de la racine mésiale fracturée de 36 (Fig. 19). Les 27 et 36 ont été extraites avec un com-blement de l'alvéole sur 36 par un biomaté-riau de substitution osseuse pour poser en-suite un implant. Une régénération tissulaire induite avec un dérivé de la matrice amélaire (*Emdogain®*) a été réalisée lors d'un lambeau d'assainissement sur 32-33 (*Esposito et al. 2009*) (Fig. 20). Un test génétique d'évalua-tion du polymorphisme de l'IL-1 (Test PST®, Medical Science System) avait été réalisé en 1999 et le patient s'est avéré positif. Malgré un contrôle de plaque performant, ce para-mètre de susceptibilité parodontale (*Kornman et al. 1997*) a été associé à des récives du-rant la maintenance à long terme (*Eickholz et al. 2008*), mais on ne peut exclure aussi l'in-fluence de l'âge (*Chambronne et Chambronne 2006, Leung et al. 2006*).

En 2017 avec 31 ans de suivi et à un âge de 85 ans, le patient est toujours perfor-mant pour son hygiène buccale (indice de plaque 21%). L'état parodontal est stable avec une moyenne de profondeur de poche de 2,87mm (Fig. 21 à 23). Nous pouvons consta-ter sur le statut radiographique de 2016 une stabilité de l'os crestal. Sur le plan occlusal le risque initial de conserver 36 distal a été fonctionnel 14 ans pour la racine distale et 26 ans pour la racine mésiale. Par contre l'ampu-tation radculaire sur 16 reste performante, probablement en raison de la solidarisation de la couronne avec l'onlay sur 17.



Vues initiales en occlusion, après enseignement de l'hygiène orale et avant surfaçages.



Radiographies des 16 et 36 avant reprise des traitements endodontiques. La racine mé-sio-vestibulaire de 16 apparaît dénudée avec exposition probable de la furcation mésiale, tandis que sur 36 l'atteinte interradiculaire est masquée par des corticales épaisses.



Après endodontie (la racine mésiale ne s'est pas avérée perméable jusqu'à l'apex), sondage oblique de 5mm au niveau de la furcation vestibulaire. Réalisation d'un lambeau muqueux vestibulaire et séparation des racines.



ostéoplastie-ostectomie linguale et lambeaux apicalisés. Sutures périostées en vestibulaire pour stabiliser la gencive marginale kératinisée et obtenir un recouvrement de la crête osseuse.



Lambeaux d'assainissement apicalisés et décision chirurgicale d'amputer la racine mé-sio-vestibulaire. La décision de conserver la 16 malgré la racine palatine dénudée a été préférée car la 15 était intacte.



Sur 13 distal poche parodontale de 6mm en disto-lingual et perte d'attache surtout pala-tine avec préservation vestibulaire de l'os interproximal.



Sous anesthésie locale la poche parodontale sur 21 disto-vestibulaire est de 8mm. La lésion intra-osseuse est à une paroi (hémiseptum).



## Discussion ... et si nous avons traités le patient en 2017

Le traitement d'une parodontite chronique modérée est relativement banal dans le quotidien des parodontologistes et cependant nous avons toujours des interrogations en 2017. La parodontite est toujours considérée comme une maladie infectieuse inflammatoire et l'objectif du traitement, selon l'académie américaine de parodontologie est de préserver, améliorer et maintenir la denture naturelle dans le but d'obtenir la santé, le confort, l'esthétique et la fonction (2011).

Pour les patients atteints de parodontite chronique modérée, le DSR associé à un contrôle performant de la plaque supra-gingivale, s'avère performant pour la réduction des poches parodontales et le gain d'attache (*Van der Weijden et Timmerman 2002*).

Le DSR qu'il soit manuel avec des curettes ou/et avec des ultrasons est un acte difficile compte tenu des variations anatomiques dentaires ou des poches parodontales et de la localisation sur les arcades (*Cobb 2002*). Une élimination complète du biofilm sous-gingival ou du tartre est rarement obtenue (*Ehmke et al. 2005*). Malgré ces limitations, le résultat du traitement non-chirurgical est le plus souvent favorable sans antibiothérapie. Un traitement anti-microbien systémique est rarement proposé pour les parodontites chroniques modérées et dans des poches parodontales profondes résiduelles, un débridement chirurgical par lambeau ou des techniques de régénération sont fréquemment indiquées pour réduire la profondeur des poches parodontales localisées. Un consensus s'est aussi dégagé sur la nécessité d'une maintenance régulière, sans que les critères de périodicité soient définis.

Ces considérations suggèrent que le pronostic des parodontites chroniques modérées est particulièrement favorable. Une guérison de la parodontite est en théorie réalisable et le patient doit pouvoir vieillir en conservant toutes ses dents.

Si nous avons traité ce patient en 2017, la thérapeutique non-chirurgicale aurait été réalisée plus rapidement avec une séance sous anesthésie locale (*Quirynen et al. 1995*). Cette stratégie s'intègre facilement dans un exercice de spécialité, mais son avantage par rapport au traitement traditionnel par quadrant est controversé (*Preus et al. 2017*). Nous aurions respecté une cicatrisation plus longue, mais un lambeau d'assainissement plus localisé sur 21-22 n'aurait pas été évité, pour ne pas prendre de risque avec l'ingression orthodontique.

Nous aurions pu envisager l'attitude radicale de poser deux implants en 36-37 mais chez ce patient coopérant une attitude plus conservatrice aurait été préférable avec un implant posé en 37 et une régénération tissulaire guidée par membrane en polymère sur une lésion interradiculaire (LIR) vestibulaire de classe 2 sur 36 (*Laurell et al. 1994*). Cette LIR vestibulaire de classe 2 présente un sommet de furcation supra-osseux mais la gencive marginale kératinisée est large, recouvre totalement la furcation et la hauteur du tronc radiculaire est acceptable pour placer la collerette de la membrane sous le lambeau. Le contrôle de plaque performant du patient étant un critère important de décision pour ce traitement conservateur.

En ce qui concerne la 16, nous prendrions toujours le risque de tenter l'amputation de la racine de 16, car c'est une technique qui s'est avérée fiable dans le cadre d'une dentisterie

de qualité...et l'alternative de l'implant peut-être contraignante avec une hauteur osseuse sous-sinusienne réduite. Le risque non maîtrisable est la fracture radiculaire que l'on peut limiter avec le port nocturne d'une gouttière occlusale ... mais le patient n'a jamais voulu l'envisager.

Le traitement orthodontique serait toujours indiqué sur le secteur antérieur. Sur le plan prothétique avec l'amélioration des produits de collage, l'attelle antérieure n'aurait plus de puits dentinaires et nous aurions éventuellement évité les mortifications. Enfin la 34 n'aurait pas été couronnée.

## Conclusion

Le patient maintenant âgé est toujours sous une maintenance semestrielle et l'état parodontal est cliniquement sain. Il ne présente pas de modifications notables liées au vieillissement et son état général n'est altéré qu'au niveau cardio-vasculaire. Sa vigilance pour une hygiène

buccale performante est toujours exceptionnelle (*Preshaw et Heasman 2005*) et nous avons vu que malgré cette efficacité, des récives infectieuses se sont produites. Nous n'avons toujours pas un diagnostic biologique du risque de récive d'une parodontite, applicable en clinique de routine. Cependant des progrès sont envisageables à moyen/long terme avec les programmes d'étude sur les interactions entre microbiome et l'hôte (Integrative HMP 2014). La connaissance de ces interactions dans la cavité buccale sur la santé ou les pathologies orale ainsi que sur l'état général modifiera très probablement notre approche actuelle de traitement ou de maintenance des parodontites chroniques modérées.

Sur les dents traitées endodontiquement et restaurées nous avons constatés des fractures radiculaire tardives sur les secteurs latéraux qui semblent liées aux micro-traumatismes provoqués sur les racines par les sollicitations

occlusales et le vieillissement. Chez ce patient, l'implantologie s'est avérée une solution conservatrice de choix pour préserver l'équilibre occlusal en évitant la réalisation de prothèse amovible ou de bridge dento-porté.

**Cas clinique pluridisciplinaire réalisé avec le Pr. Pierre Machtou (endodontie), le Dr. Alain Fontenelle (orthodontie), le Dr. Richard Joly (dentisterie restauratrice et prothèses).**

## Bibliographie

1. -American Academy of Periodontology. Comprehensive periodontal therapy. A statement by the American Academy of Periodontology. *J Periodontol.* 2011;82 :943-949.
2. -Armitage G. Manual periodontal probing in supportive periodontal treatment. *Periodontology* 2000 1996:12;33-39.

Toute la bibliographie est à retrouver sur [www.aonews-lemag.fr](http://www.aonews-lemag.fr)

**LEÇON N°1**  
" l'installer confortablement..."

ADF 2017  
STAND 2P01

Les fauteuils A-dec vous offrent le meilleur, accessibilité et confort exceptionnels pour vous et votre patient

**a dec**  
reliablecreativesolutions

"A-dec, l'essentiel et rien d'autre"

Venez découvrir la gamme A-dec chez votre concessionnaire sur le site [www.a-dec.fr](http://www.a-dec.fr)



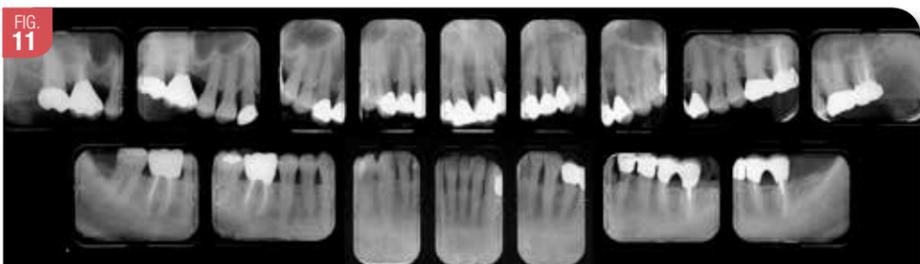
Appareillage orthodontique sur le secteur antéro-supérieur.



Appareillage orthodontique pour distaler la racine distale de 36. Les racines ayant été préalablement reconstituées par inlay-core avec des couronnes provisoires.



Avril 1986. Vues cliniques en occlusion après pose des prothèses.



Avril 1986. Status radiographique. Les 16-27, 13 à 23, 26-27, 34 à 36 sont solidarisées.



Vue palatine de la contention 13 à 23.



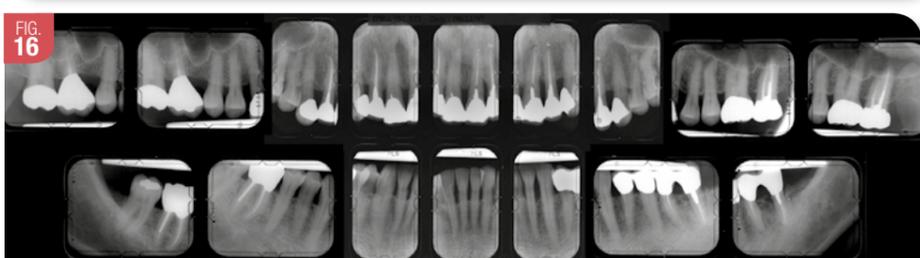
Fistule vestibulaire. La 12 est mortifiée.



Radiographies localisées lors de la maintenance en 1993 des 16,21,27,36.



1999. Vues cliniques en occlusion, 13 ans après la pose des prothèses. Il faut noter l'inflammation gingivale modérée sur 16 mésio-vestibulaire.



Status radiographique en 1999. La lyse osseuse marginale est limitée sur 36 distal.



Décembre 2000. Fracture radicaire et aggravation de la lyse osseuse sur 36 distal et fracture radicaire sur 46 mésio-vestibulaire.



Implant posé en un seul stade avec aménagement muqueux par greffe conjonctive en poncho pour compenser la perte de substance vestibulaire.



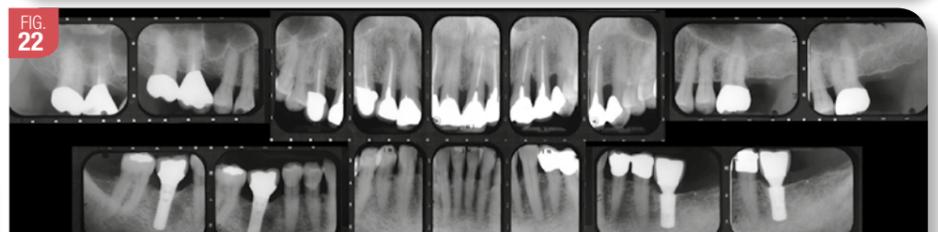
Février 2012. Aggravation des lésions parodontales sur 3 sites : lésion interradiculaire sur 27 distal, fracture et lyse osseuse en distal de la racine mésiale de 36, lésion parodontale récente sur 32 distal.



Novembre 2012. Poche parodontale de 6mm sur 32 distal et traitement de la lésion intra-osseuse étroite à 3 parois par débridement chirurgical et application d'un dérivé de la matrice amélaire.



Vues cliniques en occlusion en 2017. 31 ans après le traitement pluri-disciplinaire initial, noter le remplacement des 36,46 par des couronnes implanto-portées.



Status radiographique en 2016. Le niveau osseux crestale est stable sur les secteurs latéraux et la lyse osseuse marginale est limitée sur les dents antérieures.



Distribution des poches parodontales et indices cliniques relevés lors de l'examen initial, après la pose des prothèses, et lors des réévaluations en 1999 et 2017.