

Pierre Pokoïk
Ville



S'il est relativement aisé de porter un diagnostic devant une maladie parodontale, le pronostic ainsi que la décision thérapeutique qui dépendent de multiples facteurs (état général du patient, soucis esthétiques, motivation à respecter les protocoles d'hygiène, etc.) seront parfois plus délicats à établir.

Le 3 mai 1996, M. Car... 47 ans, consulte pour des douleurs gingivales et saignements au brossage. L'examen clinique montre un état inflammatoire généralisé caractéristique : rougeur, œdème des papilles, saignement provoqué.

Le sondage parodontal périphérique, effectué à l'aide d'une sonde PCP12, met en évidence des poches de 6 mm sur l'ensemble des dents. Il existe peu de mobilités à part sur 31 et 32 (degré 2).

Un bilan « long cône » est pratiqué (Fig. 1). Il met en évidence une alvéolyse horizontale d'environ 40 % sur l'ensemble des dents ainsi que quelques zones

verticales notamment en mésial de 36 et en distal de 32. L'apex de 32 présente une image radio-claire à l'apex mais répond positivement au test thermique.

Diagnostic

Les éléments cliniques et radiologiques évoquent une parodontite chronique habituelle de l'adulte de classe III dans la nomenclature de 1996.

Plan de traitement

- Thérapeutique initiale : détartrages, surfaçages radiculaires sous anesthésies locales, enseignement d'un protocole d'hygiène adapté.
- Réévaluation à deux mois. Le patient respecte les consignes d'hygiène, il y a une bonne réponse tissulaire (disparition des douleurs et des œdèmes papillaires, absence de saignements aux sondages).

Des réserves sont formulées quant à la conservation de 31 et 32. Les possibilités prothétiques sont évoquées incluant l'option implantaire le cas échéant. En accord avec le patient désireux d'être le plus conservateur possible, nous optons pour un traitement « de compromis » du secteur 33-43, consistant en détartrages / surfaçages tous les quatre mois.

Le 27 janvier 1998, un lambeau d'assainissement est réalisé dans le cadran deux.

Le 30 mars 1998, lambeau 33-43 après contention collée et comblement de la lésion de type héli-séptum 32-33 au Biocoral 450.

En mai 2000, on constate radiologiquement, un début de comblement de la lésion 32-33 (Fig. 2). En 2003, un deuxième comblement est pratiqué entre 32 et 33.

À partir de ce stade, le patient est revu en « maintenance » tous les six mois, il est toujours très impliqué dans le respect des consignes.

En 2007, soit huit ans après la thérapeutique initiale suivie du comblement de 1998, on constate, outre la diminution de la mobilité de 32, que cette dent est toujours vitale !

Le bilan radiologique de 2007 montre une régénération osseuse d'une partie de la lésion angulaire

distale de 32, ainsi qu'une apexification de cette dent (Fig. 3).

On peut comparer l'évolution entre 1996 (Fig. 4) et 2007 (Fig. 5) de l'aspect de l'os sur les clichés rétro-alvéolaires.

La radio panoramique de 2019, soit 23 ans post-op, objective le peu d'évolution de l'alvéolyse généralisée (Fig. 6).

L'aspect clinique des tissus mous montre une gencive saine (Fig. 7).

Les poches parodontales sont en moyenne de 4 mm y compris sur 32.

Conclusion

L'implantologie a certes bouleversé nos exercices et nos plans de traitements depuis la fin des années 80. Il est cependant nécessaire de rappeler que les thérapeutiques parodontales ont fait leurs preuves sur le long terme et qu'elles doivent être envisagées en première intention avant d'opter pour une décision implantaire de « facilité ».

