



## La santé parodontale: une clef de la santé bucco-dentaire et de la santé en général

Les maladies parodontales: principales causes de pertes dentaires

# Parodontologie

### La parodontologie et le parodonte

La **parodontologie** est la spécialité de la médecine dentaire qui s'intéresse aux **tissus de soutien** des dents. Le nom donné à l'ensemble des tissus de soutien est le parodonte. Celui-ci est constitué de 4 éléments principaux à savoir : l'os alvéolaire, le ligament parodontal, le cément et la gencive.

Le rôle de l'os alvéolaire est bien sûr de soutenir la dent. Le ligament parodontal assure la fixation de la racine de la dent au sein de cet os alvéolaire. Le cément permet l'ancrage de ce ligament à la surface de la racine. La gencive, quant à elle, assure la fonction de manchon ou de gaine plus ou moins étanche permettant de maintenir tous les autres éléments du parodonte à l'abri du milieu buccal.

### Les bactéries de la bouche

La bouche, comme l'ensemble de notre tube digestif, contient un grand nombre et une grande variété de microbes. Parmi ceux-ci, les **bactéries** occupent une place prédominante. Certaines bactéries assument quelques services dans notre bouche. Elles ne sont donc pas totalement indésirables.

### L'os qui soutient les dents est très sensible à l'infection

Toutefois, le tissu osseux, notamment celui qui assure le soutien des dents, est un tissu stérile qui ne peut se défendre contre les microbes. Il est en effet presque impossible d'organiser efficacement un front de défense au sein de l'os; c'est un tissu dur, minéralisé au travers duquel le déplacement des globules blancs (nos cellules de défense) est bien difficile.

En cas d'**infection** de l'os, il y a bien une solution, c'est de déminéraliser cet os, de le ramollir en quelque sorte et dans cet **os déminéralisé** il sera possible d'organiser un front de défense efficace. Si la réaction de défense se développant ainsi vient à bout de l'infection microbienne, la réaction s'arrêtera, l'os se reminéralisera et toute trace de cette infection disparaîtra. Mais dans le cas qui nous occupe, l'infection risque d'être permanente et l'os déminéralisé finira par être totalement détruit. Une **perte osseuse évolutive** pouvant mener à la **perte des dents** risque donc de se développer.

### Le défi gingival

Il existe donc un véritable défi puisque à quelques millimètres de distance se retrouveront d'une

Société Belge de  
Parodontologie

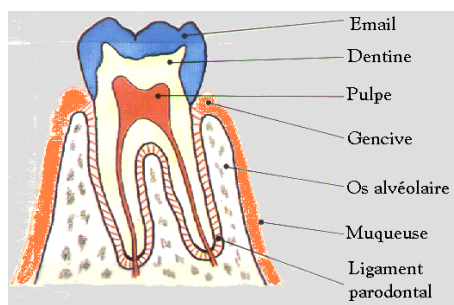
—  
Belgische  
Vereniging voor  
Parodontologie

Frédéric De Beule  
Ch de Tervuren, 54  
1410 Waterloo  
☎\*32 2 354.21.90  
F: \*32 2 354.14.33

Une  
maladie  
indolore

# Gingivite chronique

part la bouche, c'est-à-dire une des cavités de notre corps qui est la plus envahie de bactéries et, d'autre part, l'os alvéolaire, le tissu de notre corps qui est un des plus sensible à l'infection.



## L'étanchéité gingivale : clef de la santé parodontale

Le rôle de la gencive est donc d'établir une séparation aussi étanche que possible entre ces deux parties. Il est aisé de comprendre que la clef de la santé des tissus de soutien de nos dents va résider dans l'étanchéité de cette gencive. L'évaluation de la santé gingivale et d'une manière plus générale de la santé parodontale passe donc avant tout par une évaluation du maintien ou d'une perte de cette étanchéité. Cette évaluation est faite par sondage à l'aide d'une sonde parodontale (voir plus loin : évaluation de la santé parodontale).

## La gencive face aux bactéries

Si donc cette gencive est conçue pour être placée au contact de toutes ces bactéries que nous avons en bouche, il va de soi qu'il y a intérêt à ne pas exagérer. Si **l'hygiène dentaire est déficiente**, si **l'élimination de la plaque est insuffisante**, il y aura un certain nombre de zones de notre bouche où cette gencive se

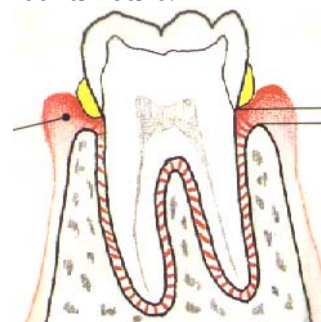
trouvera au contact d'un excès de bactéries ce qui va l'irriter. Cette irritation fera naître au sein de la gencive, une réaction de défense menée par une catégorie de nos globules blancs. Ces globules blancs agissent comme un **système de défense de première ligne**.

C'est donc essentiellement une réaction non spécifique. L'action défensive passe par une libération d'enzymes capables de disloquer les bactéries et cela de manière très efficace. Malheureusement, ces enzymes auront également un effet destructeur sur nos propres tissus de soutien. Le champ de bataille est donc lui aussi abîmé par cette lutte entre les bactéries et notre système de défense. Ceci mettra en péril l'étanchéité gingivale.

## Equilibre entre dégâts et réparations : gingivite chronique

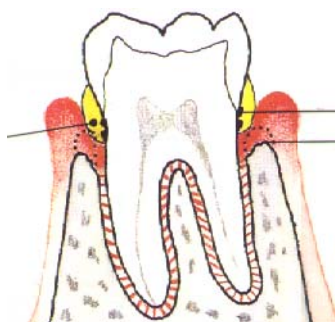
Heureusement, un système de réparation viendra compenser les dégâts occasionnés par notre système de défense et un équilibre s'installera ainsi entre les dégâts et les réparations. L'alternance de phases de dégradation et de réparation de la gencive est appelée chronicité; on parlera donc de **gingivite chronique**: une maladie indolore.

Le signe typique de cette maladie est le **saignement gingival**. Ce signe ne sera pas ou peu présent chez les fumeurs.



# Plaque dentaire - tartre

Cet équilibre pourra se maintenir fort longtemps, toute la vie même pour les plus chanceux d'entre nous. Toutefois dans une grande majorité des cas ce sont les dégâts qui finiront par l'emporter. Pour expliquer cette dégradation, on peut évoquer deux causes et un certain nombre de facteurs favorisant.



## Accroissement de la quantité de bactéries

La quantité de bactéries accumulée au contact de la gencive sera influencée par la qualité du brossage, assez peu par l'alimentation (gare aux grignoteurs) mais surtout par l'état de surface des dents. Plus les dents seront rugueuses plus la quantité de bactéries accumulée par unité de surface sera élevée. Les dents deviendront rugueuses essentiellement par accumulation de **tartre**. Ce tartre se forme à partir des bactéries que le brossage n'aura pas chassées. Lorsque le brossage présente des lacunes, il y aura forcément des zones de notre bouche où les bactéries ne sont jamais dérangées. Elles ont alors le loisir de s'accumuler à la surface de la dent. Elles parviennent à s'agglutiner car elles fabriquent, en effet, une espèce de colle; l'ensemble s'appelle la **plaque dentaire**.

## La plaque dentaire et le tartre

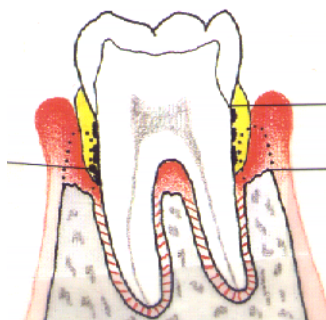
Pour fabriquer cette colle; les bactéries tirent parti de grosses molécules contenues dans notre salive. Dans la salive nous possédons également une concentration importante de sels minéraux dont le rôle est de compenser les caries débutantes pouvant survenir à la surface de l'émail. Ces sels minéraux vont aussi, malheureusement s'accumuler dans cette colle fabriquée par les bactéries et c'est comme cela que le tartre va se construire. Cela voudra dire que **si on se brosse parfaitement les dents, on ne fait pas de tartre et donc qu'il y aurait moyen de se faire détartrer une fois pour toute.**

## Il y aurait moyen de se faire détartrer une fois pour toute!

Cela restera malheureusement un peu théorique du fait que nous avons tous des zones de notre bouche plus difficile d'accès ou des dents qui se chevauchent où le brossage ne pourra pas être parfaitement exécuté. Mais pour le plus grand nombre de nos surfaces dentaires, cette accumulation de tartre pourra être évitée. Le tartre, en lui-même, est inoffensif. Mais il est très rugueux et de dès lors, à la surface du tartre on verra s'accumuler beaucoup plus de bactéries qu'à la surface des dents et cela, indépendamment de la quantité de tartre. Quatre jours de tartre ou quatre ans de tartre auront donc le même effet.

# Parodontite chronique

**S**i la quantité de bactéries au contact de la gencive augmente, l'irritation de cette gencive augmente elle aussi. Le système de réparation qui parvenait à maintenir notre gencive attachée risque de s'en trouver débordé et la gencive se décolle. Si la gencive se décolle, les bactéries pourront venir s'accumuler sur la racine, puis il y a du tartre qui va se former sur la racine... bref, c'est l'effet "boule de neige" qui conduira progressivement l'augmentation de la profondeur du sillon entre la gencive et la dent: la **poche parodontale**.



On comprendra qu'un détartrage effectué une ou deux fois par an alors que le brossage reste déficient, même s'il en ralentira l'évolution, ne mettra pas le patient à l'abri de l'apparition de lésions gingivales. Encore faudrait-il s'entendre sur le sens du terme "détartrer". S'agit-il d'enlever du tartre ou d'enlever tout le tartre?

## **Accroissement de l'agressivité des bactéries: la poche parodontale**

**N**ous avons tous des bactéries agressives dans notre bouche. Nous avons 300 à 400 espèces de bactéries et les plus agressives

sont celles qui craignent l'oxygène. Ce sont les **bactéries anaérobies**. La bouche est relativement bien aérée et de ce fait la proportion de bactéries agressives restera relativement faible (environ 5%). Toutefois si la gencive se décolle et si donc une poche se forme entre la gencive et la dent, la proportion de bactéries agressives risque d'augmenter considérablement et cela au fur et mesure que la profondeur de la poche s'accroît. A partir de 3 mm de profondeur de poche la proportion de bactéries agressives (anaérobies) atteint déjà 75% (importance du sondage parodontal).

**C**es bactéries agressives produisent des toxines plus irritantes ce qui accentuera la réaction de défense que nous allons opposer à cette infection. On verra apparaître des saignements mais parfois aussi des suppurations, voire de véritable abcès. De plus, ces bactéries agressives produisent des enzymes capables de détruire nos tissus de soutien. La maladie passe dès lors en phase autonome puisque ce sera directement l'action destructrice de ces bactéries qui occasionnera des dégâts et ce ne sera plus seulement les quelques défauts de notre système de défense. On ne parlera plus de gingivite chronique mais de **parodontite chronique**.

La proportion de bactéries agressives dans la bouche et dans les sites actifs est à peu de chose prêt constante d'une personne à l'autre. Toutefois ce qui pourra varier c'est le type de bactéries agressives en présence. Chez certaines personnes on retrouvera des bactéries très fortement agressives. Ces patients développeront cette maladie plus précocement et sans doute plus sévèrement.

# Traitement de la parodontite chronique

## Maîtrise d'une infection chronique

**L**a parodontite chronique peut être décrite comme une infection chronique. Le traitement de cette maladie passe donc par une maîtrise de cette infection. Il faudra, pour ce faire, parvenir à maîtriser d'une part la quantité des bactéries et, d'autre part, d'en maîtriser l'agressivité.

## Maîtrise de la quantité de bactéries.

**L**'excès de bactéries est lié à une hygiène dentaire insuffisante et à la présence de tartre. Il suffirait donc de maîtriser ces deux paramètres pour parvenir à maîtriser la quantité des bactéries ce qui constituera déjà un énorme pas en avant.

## Maîtrise de l'agressivité des bactéries

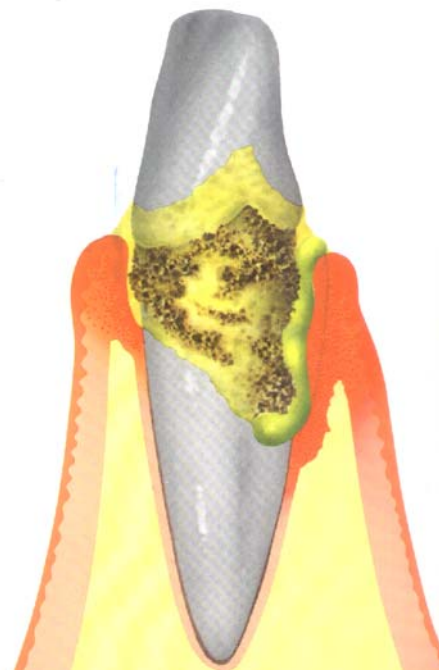
**L**a présence d'une forte proportion de bactéries agressives est induite par la présence de poches parodontales; de zones de décollement de la gencive où ces bactéries prolifèrent plus facilement. Si donc, il était possible de recoller la gencive, il serait dès lors possible de maîtriser la proportion de bactéries agressives.

## Les moyens d'action

**Q**uatre moyens d'action peuvent être envisagés.

## Antibiotiques

**D**ans un certain nombre de cas une antibiothérapie sera associée au traitement local. Le choix sera dicté par le caractère aigu ou spécifique de l'infection.



## Bains de bouche antiseptiques

**L**'efficacité des bains de bouches antiseptiques dépendra avant tout du produit utilisé. Mais même pour les produits les plus efficaces (à base de chlorhexidine), cette efficacité sera limitée à la surface là où le brossage peut lui aussi être efficace. Des bains de bouche antiseptiques ne seront donc utilisés que dans les cas où le brossage doit être suspendu.

## Amélioration de l'hygiène dentaire.

**C**'est en général le nettoyage

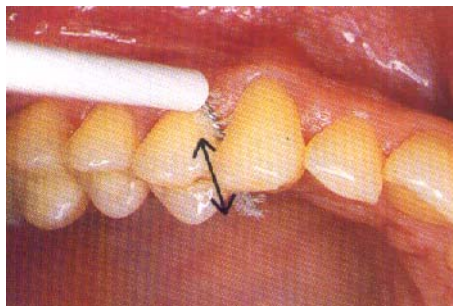


# Hygiène dentaire

interdentaire qui fait le plus défaut. Le nettoyage interdentaire doit être réalisé tous les jours avant le brossage proprement dit. Trois instruments sont à notre disposition.

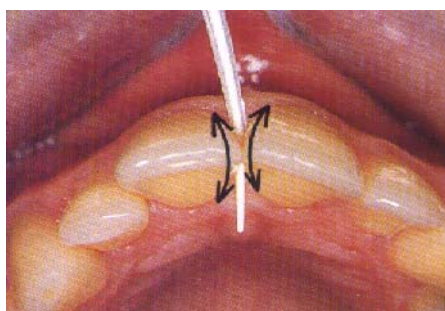
## Les brossettes interdentaires

Ces instruments sont les plus efficaces et les plus faciles à utiliser. Toutefois ils sont relativement épais et ne passeront donc pas partout.



## Les bâtonnets interdentaires

En deuxième choix on pourra utiliser des bâtonnets interdentaires. Ceux-ci sont aussi faciles à utiliser que les brossettes mais un peu moins efficaces. Il ne s'agit pas de cures dents. Le but de ce travail n'est d'ailleurs pas de chasser les débris d'aliments.

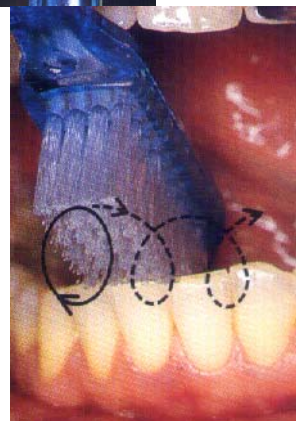
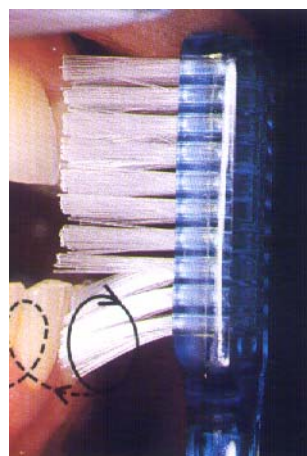
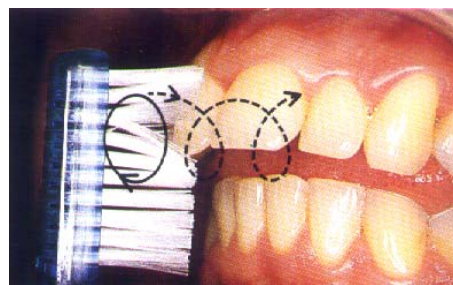


## Fil interdentaire

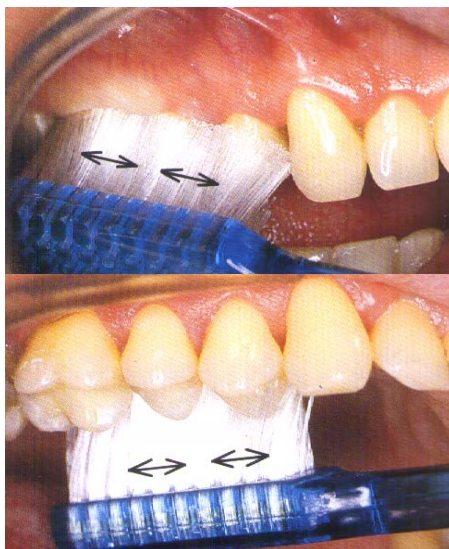
Dans certains cas on fera usage de fil. Ce dernier outil est plus difficile à utiliser et sera réservé aux échancrures très fines.



## Le brossage



# Surfaçage radiculaire



Le type de dentifrice n'est pas déterminant. Les dentifrices contenant des fluorures seront préférés.

## Restaurer l'étanchéité gingivale

L'étanchéité gingivale est assurée par des fibrilles qui forment l'attache épithéliale. Ces petites fibres sont parmi les premiers éléments à être détruits en cas d'inflammation gingivale. Si par contre, il était possible de chasser de manière durable l'inflammation gingivale on peut espérer que ces fibrilles réapparaissent et que l'attache épithéliale se restaure.

Dès lors, il suffirait de désinfecter de manière durable la portion de la racine où la gencive est décollée pour voir cette gencive s'y réattacher.

## Désinfection mécanique

La désinfection de cette portion de la racine peut être réalisée de manière mécanique en cherchant à rendre cette surface la plus lisse possible.

En effet, le lissage d'une surface quelconque conduit à l'enlèvement d'une pellicule du matériau que l'on cherche à lisser. C'est l'ablation d'une pellicule de la surface radiculaire, associée à l'instrumentation de ces sites infectés qui provoquent une désinfection capable de susciter le réattachement gingival. Le traitement consiste donc en un détartrage de la portion de la racine où la gencive est décollée, suivi d'un lissage de cette portion. C'est cette étape qui est appelée le **surfaçage radiculaire**.

## Surfaçage radiculaire

Ce travail est, le plus souvent, réalisé sous anesthésie locale et, dans la grande majorité des cas, par voie non-chirurgicale. Il existe, toutefois un certain nombre de lésions dont la profondeur ou surtout la complexité les rendent inaccessibles au traitement non-chirurgical. Dans ce cas un abord chirurgical, par élévation de lambeau, sera appliqué.

Ce traitement de détartrage-surfaçage radiculaire est réalisé en 2 ou 4 séances. Ensuite un premier contrôle est réalisé. Lors de ce premier contrôle, environ 80% des sites traités doivent être résolus. Les 20 % restants doivent montrer un progrès et ce progrès peut encore se poursuivre au fil des 12 mois suivants. Pour promouvoir cette poursuite de la guérison et pour maintenir celle-ci lorsqu'elle est obtenue, le patient est enrôlé dans un protocole de soins parodontaux d'entretien appelé: "**la maintenance parodontale**".

# Maintenance parodontale

## Maintenance parodontale

Cette maintenance parodontale sera appliquée à une fréquence variable suivant, notamment, la qualité du contrôle de plaque assuré par le patient, son état de santé, le nombre et l'étendue de lésions résiduelles.