

UNIVERSITE BADJI Mokhtar

FACULTE DE MEDECINE - ANNABA

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE DE PARODONTOLOGIE

Pr ZAGHÈZ M

DIAGNOSTICS & PRONOSTIC DES GINGIVITES

PLAN

1. INTRODUCTION
2. CARACTERISTIQUES PATHOBIOLOGIQUES DES GINGIVITES :
3. DIAGNOSTICS DES GINGIVITES :
 - 3.1 DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES GINGIVITES :
 - 3.1.1 Démarche de la recherche étiologique :
 - 3.1.2 Diagnostic du risque parodontal :
 - 3.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
 - 3.2.1 Maladies gingivales non induites par la plaque
 - 3.2.2 Parodontites
 - 3.3 DIAGNOSTIC POSITIF DES GINGIVITES INDUITE PAR LA PLAQUE
 - 3.3.1 Paramètres ou élément du diagnostic positif :
 - Modification de couleur
 - Modification de consistance
 - Modification de texture
 - Modification du contour gingival
 - 3.3.2 Formes cliniques
4. PRONOSTIC DES GINGIVITES

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

DIAGNOSTICS & PRONOSTIC DES GINGIVITES

1. INTRODUCTION

Les gingivites représentent la pathologie la plus répandue et la plus fréquemment rencontrée en pratique courante. Il s'agit d'une inflammation de la muqueuse gingivale (*Lôe et coll. 1965*). La terminologie de la gingivite a évolué en fonction des progrès des connaissances étiologiques et pathogéniques. (*F.Boschin 2004*).

Il existe deux grands types de maladies gingivales (gingivopathies) : les maladies gingivales induites par la plaque bactérienne dentaire (biofilm dentaire) et les maladies gingivales non induites par la plaque bactérienne dentaire (*AAP 1999*).

2. CARACTERISTIQUES PATHOBIOLOGIQUES DES GINGIVITES :

La maladie correspond à une association de lésions. La lésion correspondant à un processus pathologique élémentaire ayant une expression clinique. Les maladies gingivales (gingivites) induites ou non induite par la plaque dentaire se caractérisent par une inflammation gingivale localisée à la seule muqueuse gingivale (gencive papillaire, gencive marginale et gencive attachée). Elles se présentent comme des altérations de forme, de couleur et de texture du parodonte superficiel (l'épithélium gingival et les tissus conjonctifs gingivaux sous-jacents) en l'absence de perte d'attache cliniquement (examen visuel et/ou sondage) ou radiologiquement décelable (la crête interproximale se situe à 2 mm environ de la jonction amélo-cémentaire). Ces modifications peuvent être localisées ou généralisées.

Les indices qui évaluent le saignement du sillon lors du sondage sont recommandés pour établir un diagnostic précis de l'inflammation de la gencive.

La gingivite induite par la plaque anciennement appelée (La gingivite chronique habituelle) est la forme la plus commune des gingivopathies, elle s'observe aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

L'aspect réversible des lésions tissulaires des gingivites après l'instauration d'un traitement étiologique en fait la principale caractéristique par rapport à la parodontite.

3. DIAGNOSTICS DES GINGIVITES :

À la lumière des dernières classifications des maladies parodontales et en particulier de celle d'Armitage, adoptée lors de la Conférence internationale de consensus de l'Académie américaine de parodontologie en 1999, Il s'est dégagé une orientation consensuelle au sujet des maladies gingivales.

On distingue :

Type : I A - MALADIES GINGIVALES DUES A LA PLAQUE

I.A.1 Gingivite induite par la plaque anciennement appelée (La gingivite chronique habituelle

- Sans facteurs aggravants locaux
- Avec facteurs aggravants locaux

- Facteurs anatomiques
- Facteurs iatrogènes (dentisterie restauratrice et prothèse)
- Fractures radiculaires
- Myolyses et anomalies cémentaires

I.A.2 Pathologies gingivales modifiées par des facteurs systémiques :

- Gingivite pubertaire
- Gingivite menstruelle
- Gingivite gravidique
- Granulome pyogénique ou pseudotumeur de la grossesse
- Gingivite associée au diabète
- Gingivite associée à une leucémie

I.A.3 Pathologies gingivales modifiées par des médicaments

- Accroissement gingival
- Gingivites médicamenteuses

I.A.4 Pathologies gingivales liées à la malnutrition

- Gingivite associée à une carence en acide ascorbique

Type : I B - MALADIES GINGIVALES NON-DUES A LA PLAQUE

I.B.1 D'origine bactérienne spécifique

- Lésions associées à Neisseria gonorrhoea,
- Lésions associées à Treponema pallidum
- Lésions associées à certaines espèces de streptocoques

I.B.2 D'origine virale

- Infections dues au virus herpès
- Gingivostomatite herpétique de primo-infection
- Herpes buccales récurrent
- Infections type varicelle/zona

I.B.3 D'origine fongique

- Infections à Candida (candidose gingivale généralisée)
- Érythème gingival bordant
- Histoplasmose

I.B.4 D'origine génétique

- Fibromatose gingivale héréditaire

I.B.5 Due à des troubles systémiques

- Troubles cutané-muqueux (ex : lichen plan, pemphigus, érythème polymorphe, lupus érythémateux, médicamenteux)
- Réactions allergiques
- Matériaux d'origine dentaire (ex : mercure, nickel, résine)
- Autres (ex : Dentifrices, bains de bouche, chewing-gum, additifs alimentaires)

I.B.6 Lésions traumatiques (origine iatrogène ou accidentelle)

Chimique

Physique

Thermique

Seule la gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) possède un cadre nosologique suffisamment précis et fait l'objet d'une classification séparée.

3.1 DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE DES GINGIVITES :

3.1.1 Démarche de la recherche étiologique :

Les maladies gingivales modifiées par des facteurs systémiques se traduisent cliniquement, à quelques nuances près, de la même façon que les gingivites seulement associées à la plaque avec ou sans les facteurs locaux aggravants. D'autre part, parmi les gingivites induites par la plaque, la prise en charge est différente selon qu'il s'agit de gingivites avec ou sans risque d'évoluer en parodontites et/ou de gingivites modifiées ou non par des facteurs systémiques ou autres.

La nature des bactéries qui colonisent les environnements supra-gingival et sous-gingival, ainsi que la nature de la réponse de l'hôte, conditionnent cette évolution possible. Il convient donc d'inclure dans la démarche de prise en charge d'un patient porteur d'une gingivite le diagnostic du risque parodontal (*F. Boschini et coll. 2004*).

L'exploration de l'hôte associée à l'exploration de la microflore parodontale permet de cerner ce risque parodontal.

3.1.2 Diagnostic du risque parodontal :

Le risque parodontal, comme toute notion de risque, est une probabilité de survenue d'un événement. Il est la résultante d'un ensemble d'éléments. L'accumulation de ces éléments concourt à augmenter ce risque.

Le diagnostic du risque parodontal qui détermine l'existence d'une gingivite banale ou d'une gingivite à risque résulte de la détection de facteurs liés à l'hôte et/ou liés à la microflore parodontale. Les facteurs liés à l'hôte sont recherchés par l'interrogatoire du patient qui permet de détecter l'existence des facteurs généraux comme le diabète, les dyscrasies sanguines, le tabagisme, la prise de certains médicaments, le stress, etc.

Les examens biologiques sanguins sont fréquemment d'un précieux recours et, dans certains cas, permettent de dépister l'existence de maladies systémiques jusqu'alors méconnues du patient. Le comportement immunitaire de l'hôte peut être exploré entre autres grâce au test génétique PST. La présence, dans une microflore parodontale, de bactéries parodontopathogènes comme *Actinobacillus actinomycetemcomitans* ou *Porphyromonas gingivalis*, signe également un risque parodontal augmenté. La recherche de ces bactéries peut être entreprise par des prélèvements dans le biofilm sous-gingival qui sont analysés soit par cultures, soit par des tests spécifiques comme les sondes génétiques.

3.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La classification d'Armitage permet d'éclairer le diagnostic différentiel. Les maladies gingivales induites par la plaque doivent être distinguées des maladies gingivales non induites par la plaque et des parodontites.

3.2.1 Maladies gingivales non induites par la plaque

Les maladies gingivales non induites par la plaque sont des lésions du parodonte superficiel en réponse à une agression spécifique qui est d'origine locale ou générale. Ces maladies gingivales non induites par la plaque présente des caractéristiques dont la démarche sémiologique permet d'en approcher le diagnostic. L'anamnèse permet de s'enquérir du mode de vie du patient (possibilité d'une contamination par une maladie sexuellement transmissible), de son alimentation (carences), de la présence d'atteintes systémiques connues (lichen plan, pemphigus), la présence d'un traumatisme associé (brûlure, prothèse mal ajustée), l'existence d'autres manifestations buccales ou extraorales susceptibles de réaliser le diagnostic différentiel. L'examen clinique est orienté vers la recherche de localisations non décelées par le patient et/ou de signes pathognomoniques de maladies virales ou fongiques comme par exemple la présence de vésicules herpétiformes ou de plaques blanchâtres d'une candidose. Les examens biologiques sanguins, microbiologiques et/ou anatomopathologiques, sont souvent effectués afin de poser avec précision le diagnostic. Des tests d'allergologie complètent parfois cette démarche.

3.2.2 Parodontites

Le sondage parodontal et la radiographie rétroalvéolaire prise avec un long cône et des angulateurs de Rinn permettent de faire le diagnostic différentiel entre une gingivite et une parodontite. Dans le cas de la gingivite, il n'existe aucune perte d'attache, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de mettre en évidence l'existence de poche parodontale.

D'autre part, l'examen radiographique en cas de gingivite ne montre aucune alvéolyse, aucune décapitation des septa interdentaires ; il y a respect des « fers de lance alvéolaires ».

3.3 DIAGNOSTIC POSITIF DES GINGIVITES INDUITE PAR LA PLAQUE

L'établissement du diagnostic positif d'une gingivite induite par la plaque uniquement avec ou sans facteurs favorisant ou modifiants (locaux, généraux) est un processus au cours duquel le praticien utilise toutes les informations rassemblées sur le patient pour déterminer, parmi les syndromes parodontaux décrits, quel est celui qui correspond à la gingivite induite par la plaque.

3.3.1 Paramètres ou élément du diagnostic positif :

Le tableau clinique des gingivites est souvent discret ; son installation passe fréquemment inaperçue. Les premiers signes de la gingivite sont une augmentation du volume du fluide gingival, une tendance des gencives au saignement provoqué par un sondage délicat à l'entrée du sillon gingivo-dentaire (sulcus). En effet, le saignement serait pour de nombreux auteurs le premier signe à apparaître lors de gingivite, avant même le changement de couleur ou tout autre signe. Le saignement gingival, ou gingivorragie, déclenché par le brossage

buccodentaire, peut être évoqué par le patient ou recherché par le praticien lors de l'entretien avec le patient.

Les gingivorragies spontanées sont rares, dans le tableau de la gingivite ; elles signent dans la majorité des cas des troubles généraux, comme des troubles de la crase sanguine. La gingivite évolue généralement en l'absence de douleur ; parfois les patients décrivent des agacements gingivaux (prurit gingival) ou une sensibilité gingivale accrue. Les signes classiquement retenus pour décrire la gingivite sont ceux liés à l'installation du processus inflammatoire au sein d'un tissu, c'est-à-dire l'extravasation vasculaire entraînant œdème et hyperhémie. Il y a donc des modifications de couleur, de consistance, de texture, de volume et de contour gingival.

- **Modification de couleur**

De rose pâle, couleur normale de la muqueuse gingivale, la couleur de celle-ci passe au rouge, rouge violacé, rouge lie-de-vin. L'intensité de l'érythème varie en fonction de celle de l'inflammation et donc de l'hyperhémie sous-jacente. Elle varie également en fonction du type de parodonte, fin et festonné ou épais et plat, la densité collagénique dans ce dernier cas masquant l'inflammation sous-jacente.

- **Modification de consistance**

La muqueuse gingivale saine est de consistance ferme et élastique ; elle est fermement attachée aux plans dentaires et osseux sous-jacents. Au cours de l'installation de la gingivite, la muqueuse gingivale devient molle, moins rénitente à la pression digitale.

- **Modification de texture**

Le granité, ou piqueté en peau d'orange, présent chez environ 40 % de la population qui présentent une gencive normale, disparaît dans la gingivite pour laisser place à des zones vernissées, lisses, brillantes, qui témoignent d'une atteinte des fibres du tissu conjonctif gingival.

- **Modification du contour gingival**

Le biseau franc et net du bord marginal d'une muqueuse gingivale saine s'arrondit progressivement, s'épaissit et se détache de la surface dentaire adjacente, attestant une perte de tonicité tissulaire.

Le sondage parodontal du sillon gingivodentaire d'une gencive saine varie entre 0,25 et 1,35 mm de profondeur. Dans le cas d'une gingivite, l'augmentation du volume gingival suite à l'installation de l'œdème, c'est-à-dire l'apparition d'une hyperplasie gingivale, entraîne un accroissement de ce sillon par migration coronaire du rebord marginal gingival avec respect de l'attache épithélio-conjonctive. L'augmentation de la profondeur du sillon gingivodentaire donne naissance à une poche gingivale ou fausse poche parodontale. Aucune alvéolyse n'est mise en évidence à l'examen radiographique rétroalvéolaire.

3.3.2 Formes cliniques

La gingivite peut être localisée à une dent, ou bien généralisée à l'ensemble des dents d'une cavité buccale. Elle peut siéger sur la gencive interdentaire ou papille (papillite), sur la gencive marginale (gingivite marginale), sur toute la muqueuse gingivale (gingivite diffuse). L'intensité de la réponse de l'hôte à l'agression d'origine bactérienne, c'est-à-dire l'intensité de

la réponse inflammatoire, dépend du caractère de virulence bactérienne et des capacités de défense et de régénération de l'hôte ; il est ainsi classiquement décrit des gingivites qui s'installent et évoluent lentement, des gingivites aiguës, d'apparition soudaine, des gingivites subaiguës et des phases d'inflammation aiguë survenant sur une gingivite déjà installée.

4. PRONOSTIC DES GINGIVITES

Le pronostic est une estimation du devenir de l'état parodontal. Il est évalué en fonction du traitement préconisé. D'une façon plus générale le pronostic est bon et dépendant :

- de la gravité initiale de la maladie ;
- des étiologies ;
- de la qualité du traitement proposé et assuré par le praticien ;
- de la qualité et de la régularité des soins locaux assumés par le patient.

Le pronostic est évoqué avant d'entreprendre le traitement. Il peut être réactualisé après les premières étapes de soins et surtout à la fin du traitement actif.