

UNIVERSITE BADJI Mokhtar
FACULTE DE MEDECINE - ANNABA
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE
SERVICE DE PARODONTOLOGIE

Pr ZAGHEZ M.

Polycopie de Parodontologie

PLAN DE TRAITEMENT EN PARODONTIE

- 1 - INTRODUCTION
- 2 – OBJECTIFS DE LA THERAPEUTIQUE PARODONTALE
- 3 - PLANIFICATION DU TRAITEMENT PARODONTAL :
 - 3 -1. TRAITEMENT D'URGENCE DUNE DOULEUR
 - 3 - 2 LA PHASE SYSTEMIQUE (thérapeutique générale)
 - 3 - 3 - LA THERAPEUTIQUE INITIALE (La thérapeutique étiologique)
 - 3 - 4 - LA REEVALUATION
 - 3 - 5 - THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Phase corrective)
 - 3 - 6 - THERAPEUTIQUE DE SOUTIEN (Maintenance)
- CONCLUSION

PLAN DE TRAITEMENT EN PARODONTIE

1 - INTRODUCTION

Le but de la thérapeutique parodontale est de restaurer la santé, la fonction et l'esthétique du parodonte et d'assurer la préservation des dents pour toute la vie. Une thérapeutique couronnée de succès dépend de **l'état parodontal** et dentaire du patient au moment de la consultation, de **ses désires** et de son **aptitude à coopérer** avec le médecin dentiste. La compétence de celui-ci et de son équipe a également son importance sur la planification et les résultats. Puisqu'il n'est pas question de traitement "en une séance" avec la plupart des maladies parodontales, les résultats favorables à long terme sont conditionnés par une coopération mutuelle entre les patients et les praticiens dépassant la simple compétence technique. Ainsi le plan de traitement doit avoir deux aspects, l'un **technico-mécanique ou médicamenteux** et l'autre **psycho-éducatif** et orienté vers la motivation, centré sur le contrôle de la plaque et un traitement d'entretien permanent.

2 – OBJECTIFS DE LA THERAPEUTIQUE PARODONTALE

Une thérapeutique parodontale bien réussie est caractérisée par l'atteinte des objectifs suivants :

- (1) une gencive cliniquement saine, de couleur uniformément rose, ferme et résistante, avec un sillon gingival fermement attaché aux dents, de sorte qu'on puisse l'examiner délicatement avec une sonde fine sans provoquer de saignement ni de sécrétion,
- (2) un niveau clinique de l'attache qui, contrôlé par le sondage, persiste dans le temps,
- (3) une occlusion stable d'un fonctionnement confortable,
- (4) une esthétique acceptable pour le patient, et
- (5) la preuve radiologique d'une lamina dura égale et bien définie tout au long de la crête alvéolaire

Bien qu'on n'atteigne pas toujours ces objectifs optimaux pour toutes les dents d'une même bouche, très peu de patients finissent édentés si des soins parodontaux appropriés leur sont prodigués.

3 - PLANIFICATION DU TRAITEMENT PARODONTAL :

La première préoccupation dans tout traitement est la sécurité du patient. Toute action potentiellement nocive pour sa santé systémique ou buccale est contre-indiquée. Le but primordial est de traiter un patient qui souffre d'une maladie parodontale et non simplement la maladie. Bien que chaque cas doit être analysé et considéré sous l'angle d'une thérapeutique individualisée, il existe un ordre séquentiel logique des attentions à apporter et des procédés à appliquer à tout patient souffrant d'une maladie parodontale.

Le plan de traitement parodontal (en cas d'absence d'une urgence ou d'une maladie générale) se scinde en quatre étapes parfaitement distinctes les unes des autres; la thérapeutique initiale, la réévaluation, la chirurgie parodontale et la maintenance.

3 -1. TRAITEMENT D'URGENCE D'UNE DOULEUR

Le diagnostic différentiel de l'origine d'une douleur peut révéler qu'elle provient d'un abcès parodontal, d'une maladie pulpaire, d'une lésion traumatique; d'une gingivite ulcéro-nécrotique; d'une lésion douloureuse de la bouche indirectement liée au parodonte, ou d'une dysfonction occlusale.

Avant d'instaurer un traitement d'urgence, on procède à une courte anamnèse afin de pouvoir protéger le patient et l'opérateur contre une complication ou un risque infectieux, une tendance hémorragique, ou tout autre problème. (Nous étudierons les différentes situations d'urgence rencontrées chez les patients souffrant de maladie parodontale.)

3 - 2 LA PHASE SYSTEMIQUE (thérapeutique générale)

Tous les aspects de maladie systémique en rapport avec l'étiologie, le traitement et la prévention de la maladie parodontale du patient doivent être évalués.

La phase systémique du traitement parodontal doit être envisagée avec les implications générales de la maladie et du traitement du parodonte :

1. Considérations de la santé systémique.
2. Prémédication.
3. Concertation avec le médecin traitant.

Dans certaines situations cliniques (gingivite ulcéro-nécrotique) ou certaines formes de parodontites sévères (abcès parodontal, parodontite HIV, parodontite à progression rapide, parodontite ulcéro-nécrotique), l'utilisation d'agents antimicrobiens (antiseptiques locaux et/ou antibiotiques per os) s'impose souvent.

3 - 3 - LA THERAPEUTIQUE INITIALE (La thérapeutique étiologique)

L'objectif est de **contrôler l'agent causal principal** - la plaque bactérienne (biofilm) - et de supprimer, dans la mesure du possible, les co-facteurs aggravants (tous les facteurs qui favorisent la rétention ou qui limitent l'élimination de la plaque). Cette phase est incontournable puisque **le succès du traitement dépend de sa parfaite réalisation**.

La thérapeutique initiale ou la préparation initiale avait pour objectif essentiel la diminution de l'inflammation, de l'œdème et du saignement. Elle représentait le premier élément du plan de traitement dont le temps fort était la chirurgie parodontale.

La préparation initiale comprend :

- ❖ **Une phase d'hygiène bucco-dentaire ou motivation au contrôle de plaque**, qui consiste à :
 - Attirer l'attention du patient sur l'importance de la conservation d'une denture naturelle, sur les maladies du parodonte, leurs causes et leur prévention.
 - Instruire le patient, afin qu'il élimine lui même régulièrement et efficacement la plaque bactérienne.
- ❖ **Le détartrage** : Cet acte thérapeutique vise à supprimer les dépôts mous et calcifiés sur la surface dentaire et radiculaire. Le détartrage peut être effectué avec des détartrageurs manuels, soniques ou ultra-soniques.
- ❖ **Le surfaçage radiculaire** : Si le surfaçage des racines est indiqué, il s'effectue sous anesthésie locale en cas d'hypersensibilité dentinaire, avec des curettes spécifique (type Gracey). Le surfaçage radiculaire vise à éliminer les fragments de ciment nécrosé, de tartre, de tissu de granulation éventuellement, persistant dans les zones peu accessibles des surfaces radiculaires. L'utilisation d'agents antimicrobiens (antiseptiques locaux et/ou antibiotiques) en irrigation sous-gingivale pourra potentialiser les effets de l'instrumentation de la surface radiculaire.

- ❖ **Correction des facteurs favorisant la rétention de la plaque et la progression de la maladie parodontale** : elle consiste à supprimer les restaurations mal adaptées, débordantes parfois dans l'appareil d'attache, le traumatisme occlusal engendré par ces éléments iatrogènes ou le bruxisme sur un terrain fragilisé, ainsi que des anomalies anatomiques, tels des brides ou des freins aberrants. Une orthodontie, le plus souvent limitée, peut compléter ces manœuvres, afin de redresser des dents versées. Cette phase intègre également l'extraction des dents en état de racine et jugées irrécupérables, la révision des traitements restaurateurs existants et la réalisation de soins dentino-pulpaux et de la chirurgie simple (curetage) entre autres.

3 - 4 - LA REEVALUATION

C'est l'une des phases les plus importantes de la thérapeutique. **Elle permet d'apprécier la réponse tissulaire à la thérapeutique étiologique.** Elle est en général effectuée 4 à 6 semaines après la première phase thérapeutique, temps nécessaire à la maturation tissulaire et à l'obtention d'une réattache des tissus mous à la surface radiculaire.

D'autres phases de réévaluation seront effectuées après l'éventuelle phase chirurgicale.

La réévaluation peut révéler plusieurs situations :

- Il persiste toujours des signes évidents d'inflammation en rapport avec un mauvais contrôle de plaque. Le patient n'a pas modifié son comportement et n'a pas déployé les efforts nécessaires au contrôle de plaque, malgré les incitations répétées pendant la phase étiologique. La chirurgie parodontale est contre-indiquée car elle ne ferait qu'aggraver la situation. Le traitement s'interrompt à ce stade.
- Le contrôle de plaque est bon, il y a absence d'inflammation des tissus parodontaux superficiels (absence de saignement au brossage) et profonds (absence de saignement au sondage), Ceci témoigne du succès de la thérapeutique étiologique. Le patient passe alors dans la phase de maintenance que l'on appelle aujourd'hui thérapeutique de soutien.
- En présence d'un bon contrôle de plaque, des zones d'inflammation sous-gingivale persistent, associées à la présence de plaque ou de tartre résiduels sur certaines surfaces radiculaires. Si le praticien estime que ces zones sont accessibles à l'instrumentation "à l'aveugle", un nouveau surfaçage est réalisé. Il sera suivi, 4 à 6 semaines plus tard, d'une nouvelle réévaluation pour apprécier son efficacité. Si cette inflammation est due à la présence de tartre ancien, fortement adhérent à la surface radiculaire et situé dans des zones d'accès difficile en rapport avec des lésions profondes ou de forme complexe, l'indication d'une chirurgie parodontale est alors posée.
- En présence d'une parodontite sévère ou agressive, ou bien en présence d'une réponse tissulaire insuffisante, l'identification des bactéries présentes par culture en anaérobiose ou par sonde ADN permet de déterminer une antibiothérapie adjuvante ciblée.

3 - 5 - THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Phase corrective)

Il n'existe pas une, mais des chirurgies parodontales. Les chirurgies parodontales ne sont que des moyens d'atteindre un objectif thérapeutique. Ces objectifs sont, d'abord de contrôler l'évolution du processus pathologique puis, éventuellement, de régénérer les structures parodontales détruites pour faciliter la réhabilitation occluso-fonctionnelle (prothèse, orthodontie, implant), Quel que soit le but, **la chirurgie ne peut être réalisée qu'après suppression de l'inflammation et évaluation de la coopération du patient et de la réponse tissulaire.**

3 - 6 - THERAPEUTIQUE DE SOUTIEN (Maintenance)

Cette phase thérapeutique vise à **prévenir la progression et la récurrence de la destruction parodontale**. Elle va pérenniser les résultats obtenus par la thérapeutique non chirurgicale et/ou chirurgicale pour conserver la denture, et donc réduire l'incidence de la perte dentaire. Elle permet aussi d'intercepter précocement tout autre problème bucco-dentaire.

CONCLUSION

Le plan de traitement en parodontie doit prendre en compte l'origine bactérienne de la maladie parodontale. Il s'agit d'une approche thérapeutique globale résultant d'une réflexion logique. Il fait appel à tout moment à des arbres de décision ou algorithmes qui prennent en compte le patient dans sa globalité : sa motivation, ses besoins, ses demandes et, bien sûr, la situation clinique et la réponse tissulaire aux différents actes thérapeutiques.