

UNIVERSITE BADJI Mokhtar

FACULTE DE MEDECINE - ANNABA

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE DE PARODONTOLOGIE

Pr ZAGHEZ M.

Polycopie de Parodontologie

EXAMEN CLINIQUE EN PARODONTOLOGIE

- 1. INTRODUCTION :**
- 2. SEQUENCES DE L'EXAMEN CLINIQUE PARODONTAL**
- 3. INTERROGATOIRE**
 - 3.1 Motif de consultation
 - 3.2 Anamnèse générale
 - 3.2.1 Pathologies générales
 - Diabète
 - Maladies cardiovasculaires
 - Pathologies hématologiques et maladies immunodépressives
 - 3.2.2 Modifications hormonales
 - 3.2.3 Traitements médicamenteux en cours
 - 3.2.4 Autres facteurs de risque
 - Hérité et antécédents familiaux
 - Stress
 - Tabac
 - 3.3 Anamnèse locale
- 4. EXAMEN CLINIQUE**
 - 4.1 Évaluation de l'hygiène buccodentaire
 - 4.1.1** Indices d'hygiène
 - 4.1.2 Halitose
 - 4.2 Examen de l'environnement parodontal (stomatologique)
 - 4.3 Examen des dents
 - 4.3.1 Mobilité dentaire
 - 4.3.2 Autres problèmes dentaires
 - 4.4 Examen du parodonte superficiel
 - 4.4.1 Caractéristiques clinique d'une gencive saine
 - 4.4.2 Caractéristiques clinique d'une gencive pathologique
 - Inflammation. Œdème
 - Saignement
 - Récessions gingivales
 - 4.5 Examen du parodonte profond
 - 4.5.1 Sondage
 - 4.5.2 Suppuration
 - 4.5.3 Examen des furcations
- 5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES**
- CONCLUSION**

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 – 2020

EXAMEN CLINIQUE EN PARODONTOLOGIE

1. INTRODUCTION :

Les maladies parodontales sont des lésions majoritairement à composante inflammatoire résultant d'une agression bactérienne de l'espace gingivo-dentaire, modulées par les facteurs immunologiques de l'hôte qui en déterminent l'évolution. Il faut ainsi rechercher lors de l'examen clinique tous les éléments bactériens, mais aussi généraux et environnementaux, susceptibles d'influencer la maladie parodontale. Cet examen repose sur une démarche médicale classique (anamnèse, inspection, palpation et examens complémentaires) et un matériel simple (fiche d'observation, sonde exploratrice, sonde parodontale et révélateur de plaque). L'examen clinique parodontal doit être précis et rigoureux pour aboutir à des diagnostics corrects (étiologique, différentiel et positif). La sémiologie parodontale (signes cliniques et symptômes de la maladie parodontale) sera à confronter aux données actuelles, par le biais des classifications parodontales, et ainsi pourra-t-on envisager un plan de traitement et un pronostic.

2. SEQUENCES DE L'EXAMEN CLINIQUE PARODONTAL

L'examen clinique parodontal comprend une série de séquences ou étapes bien définies. Une analyse chronologique est alors réalisée en commençant par le motif de consultation, puis l'interrogatoire qui permet de déterminer les facteurs de risques de la maladie mais également d'évaluer son passé buccodentaire ; ils sont réalisés au cabinet dans un climat de confiance ; l'examen clinique physique, lui, est réalisé au fauteuil en notant d'abord tous les facteurs environnementaux locaux susceptibles d'induire ou d'aggraver la maladie parodontale, puis l'examen parodontal précis comportant l'évaluation du parodonte superficiel (inflammation, type de parodonte...) et l'examen du parodonte profond (sondage, saignement, examen des furcations) est réalisé pour essayer de déterminer la date de début et la vitesse d'évolution des symptômes.

3. INTERROGATOIRE

3.1 Motif de consultation

Pour instaurer un climat de confiance, cet entretien doit être réalisé sans précipitation en y consacrant tout le temps nécessaire.

Il faut également recueillir tous les symptômes perçus par le patient : saignements, douleurs et sensibilités, abcès ou suppurations, mobilités, migration, halitose, tassements alimentaires, récessions gingivales. Le motif de consultation est en général exprimé clairement et doit être noté dans les termes du patient. C'est dans les premières minutes de l'entretien qu'il faut déceler ou décoder ses attentes et ses doléances.

3.2 Anamnèse générale

Le questionnaire médical et l'interrogatoire du patient permettent de tracer une image précise du patient, et de déterminer les facteurs de risques généraux susceptibles d'influer sur sa maladie et sur sa thérapeutique.

3.2.1 Pathologies générales

- **Diabète**

Les problèmes parodontaux représentent les sixièmes complications du diabète. Face à une parodontite, le praticien doit se renseigner sur les antécédents familiaux diabétiques mais aussi parodontaux, la qualité du contrôle glycémique, la durée, la précocité d'installation du diabète, ses complications, afin d'adapter le traitement. Les destructions parodontales sont influencées, non pas par le type de diabète, mais plutôt par le contrôle glycémique de ce dernier : ce sont les diabètes non équilibrés qui représentent un réel facteur de risque.

Par ailleurs, les maladies parodontales sévères induites par la plaque bactérienne pourraient affecter la sévérité du diabète et le contrôle métabolique. Ainsi, chez les diabétiques, un examen à la recherche d'une parodontite est recommandé au moins deux fois par an.

- **Maladies cardiovasculaires**

De nombreuses études épidémiologiques montrent une association entre les parodontites et les maladies cardiovasculaires.

Les mécanismes expliquant cette association sont :

- l'action directe de bactéries parodontopathogènes qui peuvent coloniser le tissu conjonctif et atteindre les vaisseaux, induisant une agrégation plaquettaire à l'origine du thrombus ;
- l'action indirecte de la réponse inflammatoire : les bactéries provoquent l'arrivée de cellules inflammatoires, entre autres leurs cytokines pro-inflammatoires dont l'interleukine 1 qui peut induire une thrombose vasculaire par altération de la relation cellules endothéliales-sang.

La maladie parodontale est associée aux maladies induites par l'athérosclérose, telles que la maladie cardiovasculaire, l'infarctus et la maladie vasculaire périphérique.

- **Pathologies hématologiques et maladies immunodépressives**

Les pathologies induisant une altération des défenses immunitaires et donc dont les sujets sont vulnérables à une infection opportuniste sont principalement : l'agranulocytose, la neutropénie, la leucémie myéloïde aiguë, le syndrome de Chediak- Higashi, le syndrome de Papillon-Lefèvre, le syndrome de Down ou trisomie 21, mais également des infections virales comme celles dues au cytomégalovirus, à l'herpès virus, la mononucléose infectieuse ou l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (SIDA).

3.2.2 Modifications hormonales

- **Grossesse.** Les modifications hormonales peuvent altérer la santé parodontale. Elles sont liées à l'action de la progestérone sur la perméabilité capillaire et donc sur l'intensité de la réponse inflammatoire. Ainsi, une gingivite préexistante va se trouver aggravée et on peut également observer des lésions type épulis.
- **Ménopause et ostéoporose.** La ménopause et l'ostéoporose qui l'accompagne généralement semblent être des risques pour la destruction parodontale : une partie de la destruction osseuse du parodonte serait influencée par la destruction osseuse

en général. ^[15] Les femmes ménopausées ont en outre une réponse exacerbée à la plaque bactérienne, d'où la nécessité d'un contrôle rigoureux.

3.2.3 Traitements médicamenteux en cours

De la même façon que certaines pathologies générales, certains traitements médicamenteux peuvent perturber le métabolisme tissulaire ou le fonctionnement du système immunitaire, rendant donc les sujets plus vulnérables aux agressions bactériennes parodontales. On peut citer principalement :

- la nifédipine (Adalate®), qui induit également des gingivites hyperplasiques régressant à l'arrêt du traitement.
- les antiépileptiques type phénytoïne, qui induisent fréquemment des hypertrophies gingivales ;
- les ciclosporines et notamment la ciclosporine A, immunosuppresseur antirejet de greffes, qui a pour effet secondaire la formation d'hyperplasies gingivales pouvant recouvrir toutes les surfaces dentaires ;
- la chimiothérapie anticancéreuse : les effets aplasants des molécules anticancéreuses rendent le patient particulièrement susceptible aux maladies infectieuses bactériennes, et notamment parodontales, fongiques et/ou virales ;

Il est donc important de déceler tous ces facteurs de risque de la maladie parodontale lors de notre interrogatoire qui semblent pouvoir présenter aussi des risques pour l'état de santé du patient.

3.2.4 Autres facteurs de risque

- **Hérédité et antécédents familiaux**

- Les facteurs génétiques qui influencent la réponse de l'hôte de façon significative sur la maladie parodontale sont divisés en deux grandes catégories :
 - les facteurs génétiques certains entraînant des maladies systémiques déclarées telles que le syndrome de Papillon- Lefèvre et le déficit d'adhésion leucocytaire au cours desquelles apparaissent des manifestations parodontales ;
 - les autres, plus discrets, n'affectant pas de façon perceptible l'état général du sujet mais le prédisposant néanmoins à la maladie parodontale. L'hypothèse de prédisposition génétique aux maladies parodontales est aujourd'hui confirmée, les gènes impliqués étant :
 - Les gènes codant pour l'immunoglobuline G, le *tumour necrosis factor* α , (le chromosome 6) ; les gènes codant pour l'interleukine 1 β (le chromosome 2); les gènes codant pour la prostaglandine E2 (le chromosome 9)

- **Stress**

Il se définit comme un état de dysharmonie ou d'homéostasie menacée provoqué par une

agression de nature variable : perturbations internes, stimulations externes ou physiques, ou des états psychologiques spécifiques. Il semble agir à deux niveaux :

- sur des mécanismes physiologiques tels que la réponse immunitaire ou le flux salivaire ,
- en modifiant le comportement et donc les facteurs environnementaux qui peuvent alors devenir des comportements à risque pour la santé parodontale : augmentation du tabagisme, réduction de l'hygiène buccodentaire ; le tout conduirait à une susceptibilité aux infections parodontales et à la maladie elle-même.

Pour la détection des signes de stress psychologique, l'écoute au cours de la consultation initiale devienne primordiale.

- **Tabac**

L'ensemble des études désigne le tabac comme un facteur de risque majeur sur le parodonte.

Les effets du tabac sur le système de défense sont les suivants :

- le nombre de polynucléaires neutrophiles est diminué ;
- les fonctions chimiotactique et phagocytaire sont diminuées in vitro ;
- la réponse inflammatoire est réduite dans son amplitude ;
- la production d'immunoglobulines A sécrétoires est réduite.

3.3 Anamnèse locale

L'anamnèse locale permet de déterminer l'état buccal en fonction de l'histoire de la maladie parodontale ; il faut déterminer et évaluer :

- le passé buccodentaire (chirurgie buccale, orthodontie, prothèse; dentisterie restauratrice etc...)
- si un diagnostic parodontal a été réalisé, et à quelle date, et si des traitements spécifiques ont déjà été prodigués, y compris un apprentissage du contrôle de plaque ;
- le nombre de brossages et leur durée ;
- le type de brosse et la technique appliquée, ainsi que l'utilisation éventuelle d'accessoires complémentaires (fil, bâtonnet, brossette, jet).

4. EXAMEN CLINIQUE

4. 1 Évaluation de l'hygiène buccodentaire

4.2.1 Indices d'hygiène

Les indices d'hygiène orale les plus utilisés sont :

Indice de plaque de Silness et Loë

0 : pas de plaque.

1 : mince film de plaque au contact de la gencive marginale visible seulement après exploration à la sonde.

2 : accumulation modérée de plaque au contact de la gencive marginale ; pas de plaque dans les espaces interdentaires ; dépôts visibles à l'œil nu.

3 : grande accumulation de plaque au contact de la gencive marginale ; présence de plaque dans les espaces interdentaires.

Indice de plaque d' O'Leary (nécessite un révélateur de plaque)

Il semble être le plus adapté en pratique quotidienne pour évaluer le niveau général d'hygiène du patient :

- : absence de plaque dans la région gingivale marginale ;
- + : présence de plaque détectable à la sonde et visible après coloration.

Nombre de faces avec plaque/nombre de faces observées x 100 = %.

4.1.2 Halitose

Les odeurs désagréables au niveau de la cavité buccale, n'ont pas toutes pour origine les dents, le parodonte ou les muqueuses buccales, mais peuvent avoir d'autres origines : gastro-intestinales, rénales, hormonales, médicamenteuses, métaboliques ou broncho-respiratoires.

Il est important de diagnostiquer, de déterminer l'origine et de traiter l'halitose, non seulement parce qu'elle handicape le patient, mais aussi parce que les composés sulfurés volatils (CSV) produits par les bactéries à Gram négatif anaérobies, majoritairement parodontopathogènes, ont des effets toxiques sur les tissus parodontaux en fragilisant les muqueuses non kératinisées, en modifiant le squelette des fibroblastes, en activant les monocytes et en perturbant le processus de cicatrisation.

4.2 Examen de l'environnement parodontal (stomatologique)

La totalité de la cavité buccale doit être examinée minutieusement. L'examen doit inclure les lèvres, le plancher de la bouche, la langue, le palais, la région oropharyngée, et la qualité et la quantité de salive. Bien que ces observations ne soient pas liées au problème parodontal, le dentiste devrait détecter toute pathologie présente dans la bouche. Elle concerne l'examen des joues, de la langue, du palais. Un palais plat rend difficile les incisions de gingivectomies et les lambeaux. Les dimensions, la forme de la langue sont examinées ainsi que d'éventuelles anomalies de déglutition.

Ne sont notés sur les fiches que les éléments intéressants.

Observer :

- Les lèvres : couleur, fissures.
- La muqueuse buccale, tuméfaction, ulcération, hyperkératose...
- Le pharynx : lésions.
- Le plancher de la bouche. Palper les glandes.
- Le vestibule : freins;
- La langue : taille, papilles, fissures, couleur, dépôts, etc...
- Le palais : torus, profondeur et forme.

4.3 Examen des dents

4.3.1 Mobilité dentaire

On mesure l'ampleur de son déplacement en plaçant la dent entre les manches de deux instruments ; il est possible de quantifier cette mobilité en utilisant l'indice de Mülheman

Indice de Mülheman

- 0** : ankylose.
- 1** : mobilité physiologique perceptible entre deux doigts.
- 2** : mobilité transversale visible à l'œil nu inférieure à 1 mm.
- 3** : mobilité transversale supérieure à 1 mm.
- 4** : mobilité axiale

La mobilité ne peut être diagnostiquée en tant que telle ; elle doit être associée à son étiologie, permettant de poser un diagnostic différentiel mais aussi un pronostic.

4.3.2 Autres problèmes dentaires

Plusieurs d'autres symptômes dentaires doivent être recherchés :

- migration dentaire,
- douleur ou inconfort à la mastication,
- présence de facettes d'usure,
- fracture coronaire et/ou radiculaire
- les pertes dentaires multiples non compensées responsables d'une perte de calage postérieur et donc d'un affaissement de la dimension verticale ;
- les réhabilitations occlusales déficientes créant des parafunctions ;
- les malpositions dentaires ;
- les parafunctions professionnelles (usage d'un instrument à vent, interposition d'épingles entre les dents...).
- l'absence de point de contact ou la présence d'une relation proximale inadéquate (l'apparition de tassements alimentaires et la rétention de plaque et de tartre empêchant donc une hygiène optimale nécessaire à la santé parodontale.)
- Colorations dentaires (pigmentation des cuticules dentaires par des bactéries chromogènes, des aliments et des produits chimiques) Les colorations peuvent être brunes (tétracyclines), marron foncé (tabac), noire, verte (rencontré chez les enfants atteints de tuberculose), orange... Les amalgames peuvent noircir la dent et la gencive.
- Hyperesthésie dentinaire (les surfaces radiculaires dénudées par la récession gingivale peuvent être hypersensibles aux variations thermiques ou au toucher. Elles peuvent être localisées à l'aide d'une sonde ou principalement par application d'un jet d'air froid.)
- Restauration dentaire inadéquate Les obturations débordantes, non polies,

constituent des zones de rétention de plaque tout comme les surcontours ou les sous-contours, et favorisent son accumulation en empêchant les phénomènes d'auto-nettoyage par la langue, la lèvre ou les joues.

- Dispositif de contention, traitement ODF (ces appareillages favorisent la rétention de plaque bactérienne et de débris alimentaires, et provoquent souvent des gingivites liées à la difficulté de maintien d'une hygiène optimale.

4.4 Examen du parodonte superficiel

4.4.1 Caractéristiques clinique d'une gencive saine

La gencive saine ou assainie apparaît à l'examen clinique rose pâle, couleur saumon ou corail, piquetée en peau d'orange et fermement attachée aux structures sous-jacentes dont le bord gingival est mince (lame de couteau), épousant parfaitement le collet anatomique des dents. La couleur peut être modifiée en fonction de l'appartenance ethnique puisque l'intensité de la couleur d'une gencive normale est liée à son degré de kératinisation, à l'épaisseur du tissu et au plexus veineux sous-papillaire.

La gencive attachée adhère fermement au périoste qui recouvre les tables osseuses externes et est attachée au ciment sur sa partie supracrestale : sa hauteur est variable en fonction de l'âge et de sa position, de 0 à plusieurs millimètres, sans qu'il ne semble y avoir d'incidence sur la santé parodontale.

La gencive remplit l'espace interdentaire en formant la papille interdentaire, qui affecte souvent la forme d'une pyramide lorsque les dents possèdent un point de contact.

Les dimensions de la gencive libre sont évaluées à l'aide d'une sonde parodontale graduée introduite avec une pression délicate qui objective une attache épithéliale se situant à la jonction couronne/racine et une profondeur du sulcus se situant entre 0 et 3 mm selon les sites examinés. On peut observer quelquefois sur la face externe du tissu gingival un sillon marginal peu profond correspondant à la profondeur du sulcus.

Une gencive saine ou assainie ne saigne pas lors du sondage.

4.4.2 Caractéristiques clinique d'une gencive pathologique

Le clinicien doit pouvoir évaluer s'il y a un rapport entre l'importance de l'inflammation et la quantité de plaque et les facteurs de rétention de plaque (tartre, restaurations débordantes, lésions carieuses non traitées). Cela peut aider le praticien à déterminer la « susceptibilité » du patient vis-à-vis de l'agression bactérienne.

- **Inflammation. Œdème**

L'inflammation se traduit par une modification de couleur (**érythème**), de volume (**œdème** ou hyperplasie) et une augmentation de la tendance au **saignement** (au brossage, à la mastication ou spontané). L'inflammation traduit l'importance de la réaction du tissu gingival à la plaque bactérienne supragingivale. Lorsque l'inflammation est importante, elle peut s'accompagner d'un exsudat de fluide gingival augmenté. Lorsque l'érythème ne touche pas la gencive marginale mais s'étend à la gencive adhérente, il faut soupçonner une autre cause que la maladie parodontale : lichen érythémateux ou gingivite pemphigoïde, Kaposi dans le

sida par exemple.

L'œdème est le résultat d'une extravasation de liquide intravasculaire dans le compartiment extracellulaire du tissu conjonctif gingival. Les tissus prennent alors un aspect lisse et luisant, en commençant le plus souvent aux papilles qui émergent partiellement des espaces interdentaires.

- Saignement

Le sondage d'un sulcus sain avec une sonde mousse n'entraîne pas de saignement. Le saignement au sondage fournit le meilleur critère diagnostique de l'inflammation gingivale ; s'il ne prouve pas l'activité d'une lésion, son absence semble en revanche être significative d'une lésion stable dans le temps. Cet écoulement sanguin est la conséquence de l'amincissement de la couche épithéliale tapissant la paroi gingivale de la poche. La sonde provoque des micro-ulcérations épithéliales et blesse le tissu conjonctif, causant facilement le saignement.

L'écoulement peut se produire après un temps de latence de 20 à 30 secondes, donc l'observation ne se fait pas immédiatement après insertion douce puis retrait de la sonde.

L'indice de Loë et Silness (1963) est un des plus faciles à utiliser.

Indice de Loë et Silness

- **0** : aucun signe d'inflammation.
- **1** : modification de couleur.
- **2** : inflammation visible à l'œil nu et tendance au saignement au passage de la sonde.
- **3** : inflammation importante et tendance au saignement spontané.

- Récessions gingivales

Les récessions tissulaires marginales sont constituées par la perte de tissu gingival et/ou muqueux environnant la dent qui conduit à une dénudation radiculaire. Elles se mesurent de la ligne de jonction amélo-cémentaire à la gencive marginale.

4.5 Examen du parodonte profond

4.5.1 Sondage

Il permet de mettre en évidence deux paramètres importants : la profondeur de poche et la perte d'attache, qui à la fois nous donne une idée sur la gravité des lésions provoquées par la maladie parodontale mais va également nous servir de guide et de repère thérapeutique lors des phases de réévaluation et de maintenance.

- Il existe différents types de sondes parodontales.
 - **Sondes manuelles classiques.** Les principales différences entre elles sont les graduations (colorimétriques, encoches gravées ou bandes), leur section terminale (ronde ou plate) et le calibrage (millimétrées, tous les 3 mm ou à différentes longueurs), avec une particularité pour la sonde de Nabers qui est courbe et qui permet d'évaluer les atteintes interradiculaires. La sonde CPITN (Organisation mondiale de la santé) est essentiellement destinée aux

enquêtes épidémiologiques pour mesurer l'indice du même nom, car l'absence de graduations entre 5,5 et 8,5, et 8,5 et 11,5, rend difficile une utilisation quotidienne.

- **Sondes manuelles à pression constante.** Elles permettent d'appliquer une force constante de 25 g quelle que soit l'angulation donnée au manche par l'examineur.
- **Sondes électroniques.** Elles combinent la force de sondage constante avec la mesure précise électronique et le stockage par ordinateur des données.
- Le sondage se fait en insérant la sonde le long de la racine en gardant son contact dans le sillon gingival, le plus parallèlement possible au grand axe de la dent : dès qu'une résistance élastique se perçoit nettement, la pression s'arrête.
- Le sondage se fait en quatre points (vestibulaire, lingual, mésial et distal). Chaque point est mesuré et répertorié sur un schéma de sondage (charting). Un site est sain lorsque la profondeur de poches n'excède pas 2,5 à 3 mm.
- Le sondage permet d'évaluer deux paramètres importants :
 - la profondeur de la poche : bord gingival au fond de la poche ;
 - la perte d'attache : jonction amélo-cémentaire au fond de la poche ;
 - l'importance d'une lésion interradiculaire.
- Le sondage permet aussi d'évaluer l'inflammation objectivée par le saignement après insertion douce puis retrait de la sonde dans la poche parodontale, voire de visualiser des suppurations, signe tardif d'une infection parodontale.
 - Le diamètre de la sonde fait également varier les mesures relevées au sondage.
 - L'anatomie des dents, leur position, leurs points de contact, peuvent induire des erreurs tout comme une inflammation excessive induisant un œdème donc une surestimation de la profondeur de poche, ou un spicule de tartre entravant le passage de la sonde et donc sous-estimant la profondeur, ou enfin le saignement ne permettant pas une lecture correcte.

4.5.2 Suppuration

Il s'agit d'un suintement ou d'un écoulement de pus qui peut apparaître soit au sondage, soit lorsque le praticien exerce une pression digitale sur la gencive libre. C'est le signe tardif d'une infection parodontale. Selon les auteurs, la suppuration est considérée comme un signe majeur d'activité.

Il faut nécessairement établir un diagnostic différentiel avec une lésion d'origine endodontique (vitalité pulpaire, signes cliniques d'inflammation gingivale, signes radiologiques).

4.5.3 Examen des furcations

Cet examen se fait à l'aide d'une sonde de Nabers pour mettre en évidence les zones de séparation radiculaire : la perte osseuse horizontale est mesurée, ce qui permet de répartir

les lésions selon une des classifications disponibles.

5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

L'examen clinique n'est pas suffisant à la réalisation d'un diagnostic complet : seul l'examen radiographique permet de connaître l'anatomie et la qualité de l'environnement parodontal profond surtout grâce aux radiographies numérisées ; de plus, l'information microbiologique et les examens biologiques sont devenus un outil de valeur dans la pratique parodontale actuelle : ces examens complémentaires peuvent aider à établir un diagnostic différentiel et orientent ainsi le plan de traitement parodontal. La prise de photographies de face, de profil, palatins et linguaux, permet de recueillir des données « objectives » et rapidement acquises et facilement archivables. Elles peuvent servir en outre de guide et de moyen de communication efficace tout au long du traitement, et même d'outil de motivation dès les premières phases de la thérapeutique.

CONCLUSION

L'examen clinique complet permet de réaliser un dossier parodontal récapitulant dans une première partie tous les éléments recueillis à l'interrogatoire qui permettent d'évaluer la susceptibilité du patient à la maladie, son histoire, son degré de conscience, sa motivation, mais aussi de jauger les éventuelles répercussions que pourrait avoir la maladie sur son état de santé, et dans une seconde partie de réaliser un tableau récapitulatif où sont notés les éléments recueillis lors de l'examen clinique proprement dit, permettant de faire rapidement le point sur l'état parodontal et de les comparer lors des phases de réévaluation de façon plus didactique.