



FIGURE 5 : Compétition bactérienne et défense de l'hôte

**Dr Matthias RZEZNIK**

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire  
Université Paris Descartes - APHP

**Dr Sébastien JUNGO**

Attaché Hospitalier  
Université Paris Descartes - APHP

**Dr Adrian BRUN**

Assistant Hospitalo-Universitaire  
Université Paris Descartes - APHP

# La parodontie autrement

(2<sup>e</sup> partie)

**La prévention tertiaire**

Nous voici à présent au cœur de la parodontie. Avant d'évoquer les principes des traitements, je voudrais revenir sur le caractère chronique des maladies parodontales. Qu'elles soient « chroniques » ou « agressives », ces deux entités sont des pathologies chroniques, dont on ne pourra pas guérir le patient, mais stabiliser la pathologie et lui apprendre à mieux vivre avec les séquelles de la destruction des tissus parodontaux (Armitage, 1999). La nouvelle classification a, en ce sens, supprimé le caractère agressif des maladies parodontales (Papapanou, 2018).

Au même titre que les pathologies cardiaques ou que le diabète, les maladies parodontales sont des pathologies chroniques et leur prise en charge ne peut résolument pas être purement chirurgicale... Aucun médecin ne soigne tous ses patients par la chirurgie ; cependant, elle reste un outil intéressant et nécessaire au service des thérapeutiques parodontales pour environ 10 % des patients. Alors, que faire ?

Les thérapeutiques parodontales vont reposer sur 3 piliers :

- l'hôte ;
- l'alliance thérapeutique ;
- le traitement parodontal proprement dit.

**L'hôte**

C'est la rupture de l'homéostasie tissulaire entre la charge bactérienne et les défenses du patient, qui, sous l'influence de différents facteurs (génétiques, comportementaux, environnementaux), va permettre d'initier les maladies parodontales et de détruire le système d'attache autour des dents, ce qui va conduire à la formation d'un long épithélium de jonction moins favorable aux défenses du patient (figure 5). Le but de nos thérapeutiques sera de diminuer la charge bactérienne et de permettre l'instauration de bactéries parodontalement compatibles avec une gencive saine. La



FIGURES 6 : Choix des tailles des brossettes

capacité de cicatrisation du patient sera alors primordiale pour lui permettre de reprendre le dessus sur la maladie.

Plus ce patient sera issu d'une population dite fragile (diabète, maladie cardiovasculaire, toutes pathologies inflammatoires), moins sa cicatrisation sera rapide et, donc, plus il sera nécessaire d'aider ce patient et de lui donner le temps de cicatriser.

La cicatrisation des tissus superficiels nécessite environ vingt jours contre au minimum trois mois pour une cicatrisation au niveau du tissu osseux.

## L'alliance thérapeutique

C'est sous ce terme que nous regrouperons l'éducation à l'hygiène orale nécessaire pour limiter la « re-contamination » bactérienne ainsi que l'entretien motivationnel ou, plus largement, contribuer au pacte conclu entre le praticien et le patient sur les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir (Consoli SM, 2006).

La différence que nous aurons sur notre population spécifique de maladies parodontales est que l'organisme se défend moins bien (la première ligne de défense au niveau gingival est moins performante), et nous allons devoir apprendre à nos patients à compenser ce déficit par un brossage plus efficace et notamment interdentaire.

Mais, là encore, notre rôle ne va pas se limiter à demander au patient de le faire, mais consister aussi à lui en expliquer les raisons, à choisir les tailles de brossettes adaptées à ses espaces (figure 6) et à lui montrer leur utilisation dans sa bouche. Sachant qu'avec la thérapie parodontale, les tissus parodontaux vont cicatriser, nous aurons à réévaluer les tailles et à les ajuster plusieurs fois au cours de la première année de traitement (figure 7).

Au niveau du langage, on va éviter de chercher à convaincre le patient par des « vous devez », « il faut », mais il s'agira de lui faire prendre conscience de l'intérêt pour lui de mettre en place ce traitement. Combien de parodontites dites « réfractaires » sont en rapport avec un défaut de qualité de brossage du patient, parce qu'à la première utilisation de brossettes, ça a saigné et, donc, il a arrêté ! Notre rôle de prescripteur et de thérapeute est primordial et, sans devenir psychologue pour autant (qui est un métier en soi), comprendre notre patient nous permet de mieux lever ses doutes et craintes, et nous permet d'améliorer les résultats.

Le patient peut également être en mesure de se monitorer : tout comme le patient diabétique surveille sa glycémie, le patient



FIGURES 7 : Évolution des tailles de brossettes

parodontal peut aiguïser son regard sur la couleur de sa gencive, la reprise des saignements... et ajuster son traitement (brossettes... eh oui, encore !).

## Le traitement parodontal

Si celui-ci peut s'avérer complexe pour 15 % des patients, dans les autres cas, le traitement reste simple et efficace. Je ne parlerai pas ici de la nécessité, dans certains cas, de réaliser des chirurgies réparatrices (ou dites « régénératrices ») pour corriger la morphologie osseuse et permettre la cicatrisation.

Le traitement des maladies parodontales n'est donc pas chirurgical, la chirurgie étant un des outils possibles du traitement. Nous sommes bien depuis le début sur une parodontie dite « médicale ». Nous avons vu la nécessité de considérer l'hôte dans son ensemble et d'apporter les informations et techniques nécessaires à l'alliance thérapeutique, base de tout succès à court et à long terme des thérapeutiques parodontales. Alors, quel est donc ce traitement ?

Le but, comme nous l'avons évoqué, étant de réduire le facteur étiologique des mala-



FIGURES 8 : Micro-Inserts ultrasoniques (Acteon)



FIGURE 9 : Cavitation au bout de l'insert

dies parodontales (plaque dentaire) pour permettre l'instauration d'une écologie bactérienne compatible avec la santé parodontale (Suvan, 2005), il sera donc nécessaire « d'éliminer » au mieux les dépôts bactériens (bactéries dites « planctoniques » en suspension dans les poches parodontales et/ou organisées en biofilm), ainsi que les dépôts calcifiés supra- et sous-gingivaux rétentifs du biofilm.

L'utilisation (historique) des curettes manuelles avait pour vocation d'effectuer un surfaçage, c'est-à-dire l'élimination du ciment radiculaire infecté et des endotoxines bactériennes. Or, la littérature nous apprend depuis les années 1980 que ces endotoxines bactériennes sont adhérentes au ciment, mais pas à l'intérieur (Nakib, 1982), et qu'il nous faut préserver ce

ciment pour permettre une ré-attache avec un long épithélium de jonction. Dès lors, quel est intérêt aujourd'hui d'utiliser encore des curettes manuelles qui vont éliminer ce fameux ciment ? Une curette est-elle en mesure de désinfecter efficacement une poche parodontale en « attrapant » les bactéries ou en les dilacérant ?

Pourquoi vouloir également éliminer le tissu de granulation contenu dans la poche, qui est aussi notre tissu contenant toutes les cellules et molécules permettant d'induire la cicatrisation du parodonte ? Et si on l'élimine (de manière complète, et qui plus est à l'aveugle), un nouveau tissu de granulation va se mettre en place pour permettre la cicatrisation : nous aurons simplement retardé de quelques jours le potentiel de cicatrisation du patient. Et c'est sans compter le vécu de son traitement par le patient et les sensibilités post-opératoires ; sans parler du syndrome du canal carpien dû à l'utilisation de ces curettes pendant de nombreuses années !

Les thérapeutiques ultrasoniques, si elles sont bien maîtrisées, permettent par l'utilisation de micro-inserts (figure 8) de travailler sur de faibles amplitudes (Gagnot, 2004) et donc quasiment sans analgésie. Les phénomènes de cavitation (figure 9) et de micro-courants (goutte-à-goutte au bout de l'insert) permettent une désinfection très efficace des poches parodontales (Walmsley, 1988) tout en assurant une meilleure préservation du ciment (Van Volkinburg, 1976) et un meilleur vécu de traitement par le patient.

La réévaluation, ou plutôt devrais-je dire la première réévaluation, s'effectue couramment au bout de six à huit semaines... Or la cicatrisation des tissus profonds nécessite trois à quatre mois : comment imaginer vouloir réaliser une chirurgie des poches parodontales sans avoir laissé le temps à l'organisme de montrer son potentiel de cicatrisation ! Dans le cas de figure d'une poche initiale de 8 mm se réduisant à 6 mm à deux mois, suivre le patient dans le temps et retraiter localement les poches résiduelles per-



FIGURES 10 : Prendre le temps de réévaluer (avant traitement / calibrage des brosseuses / 1<sup>ère</sup> réévaluation / poche résiduelle 5 mm après traitement / 2<sup>e</sup> réévaluation après reprise du traitement non chirurgical)

mettra de laisser l'organisme cicatriser dans de bonnes conditions. Encore une fois, la chirurgie peut s'avérer nécessaire mais ne doit pas être précipitée (figure 10).

La maintenance parodontale ou thérapeutique parodontale de soutien est essentielle (Axelsson P, 2004) et fait partie intégrante du traitement. Elle permet notamment de dépister précocement et de prévenir l'inflammation et donc la rechute.

Les patients diabétiques le savent : il est illusoire de penser que pendant quarante ans, avec les « tracés » du quotidien et la sénescence, le taux d'hémoglobine glycosylée sera toujours stable et au-dessous de 7 %. De même, il ne faut pas penser que nos patients resteront tous pendant quarante ans indemnes de récidives... Celles-ci sont inévitables et les maintenances sont faites pour en limiter les consé-

quences et ajuster la thérapeutique au besoin. Comme je le disais au début : mieux vivre avec les séquelles de sa maladie.

Un autre parallèle est aussi possible avec le diabète : si l'hémoglobine glycosylée est à 8 % mais stable dans le temps, le diabétologue maintient ainsi la stabilité et ne cherche pas à tout prix à descendre sous la barre des 7 %. De même, pour nos pathologies chroniques, on essaie de positionner nos patients sous la barre des 3 mm de poches, mais une poche à 4 ou 5, stable dans le temps et surtout sans saignements, donc sans inflammation au sondage, peut être maintenue ainsi sans vouloir à tout prix prendre le bistouri...

En conclusion, notre philosophie sera d'interagir avec le patient pour potentialiser sa capacité de cicatrisation. Nous souhaitons lui donner le temps et les moyens pour que ses défenses reprennent le dessus sur la maladie. Ne pouvant agir directement sur l'hôte, nous utilisons d'autres leviers avec, en premier lieu, celui du langage par cette fameuse alliance thérapeutique que nous passons avec le patient et par une maîtrise de l'instrumentation qui a considérablement évoluée ces dernières années. La parodontie au quotidien est une affaire d'omnipraticien pour 85 % des patients. Armons-nous de brossettes adaptées et d'une instrumentation ultrasonique pour libérer nos patients de la peur de devenir des « sans dents ». ■

## Bibliographie

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999 Dec;4(1):1-6.
2. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2004 Sep;31(9):749-57.
3. Consoli S.M . Alliance thérapeutique. *Annales d'Endocrinologie* Vol 67, N° 6 - décembre 2006 pp. 645-647
4. Gagnot G, Mora F, Poblete MG, Vachey E, Michel JF, Cathelineau G. Comparative study of manual and ultrasonic instrumentation of cementum surfaces: influence of lateral pressure. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2004 Apr;24(2):137-45.
5. Nakib NM, Bissada NF, Simmelink JW, Goldstine SN. Endotoxin penetration into root cementum of periodontally healthy and diseased human teeth. *J Periodontol*. 1982 Jun;53(6):368-78.
6. Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of Workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S162-S170.
7. Suvan JE. Effectiveness of mechanical nonsurgical pocket therapy. *Periodontol 2000*. 2005;37:48-71.
8. Van Volkinburg JW, Green E, Armitage GC. The nature of root surfaces after curette, cavitron and alpha-sonic instrumentation. *J Periodontol Res*. 1976 Nov;11(6):374-81.
9. Walmsley AD, Laird WR, Williams AR. A model system to demonstrate the role of cavitation activity in ultrasonic scaling. *J Dent Res*. 1984 Sep;63(9):1162-5.