

Comptes rendus séances choisies ADF

Ce que la nouvelle classification des maladies parodontales va changer dans notre pratique quotidienne

Responsable scientifique : **Yves Reingewirtz**
Conférenciers : **Mariano Sanz et Marjolaine Gosset**

Mariano Sanz

Les meilleurs spécialistes mondiaux américains et européens, dont le Pr Sanz, ont défini en 2017 à Chicago lors d'un workshop de l'AAP cette nouvelle classification des maladies parodontales. L'intérêt de celle-ci est d'identifier les pathologies parodontales avec beaucoup plus de précision en fonction de leur sévérité et de leur complexité. Les parodontites associées à une dysbiose orale sont classées en 4 stades caractérisés par leur sévérité et leur complexité. Le taux de progression de l'alvéolyse et les facteurs modifiants (tabac, diabète) permettent la subdivision des parodontites en 3 grades. Ce qui est particulièrement intéressant dans cette nouvelle classification ce sont les implications cliniques qui étaient plus ou moins absentes de l'ancienne de 1999.

Avant d'établir les critères des différentes pathologies le Pr Sanz propose de définir la santé parodontale qui est une nouveauté par rapport à l'ancienne classification :

- absence de perte d'attache au sondage
 - saignement au sondage < à 10 %
 - sondage des poches < ou = à 3 mm
 - pas de signe radiologique d'alvéolyse
- La santé parodontale peut concerner également un parodonte traité éventuellement réduit mais stable.

La gingivite, qui est le premier stade de la maladie, ne présente pas de C.A.L. (Clinical Attachment Loss/Perte d'attache) mais le B.O.P. (Bleeding on Probing/saignement au sondage) peut être supérieur ou égal à 10 %. Le sondage des poches reste inférieur ou égal à 3 mm et il n'y a pas de signe radiologique d'alvéolyse. Dans cette nouvelle classification on a trois grandes familles de gingivite : gingivites associées au biofilm, gingivites modifiées par les conditions systémiques et les gingivites associées à des médicaments. L'élément essentiel est que la gingivite est réversible.

Un patient est identifié avec une parodontite si :

- le C.A.L. interproximal est identifiable sur 2 dents ou plus non adjacente ;
- le C.A.L. vestibulaire et lingual/palatin est > ou = à 3 mm avec un sondage > à 3 mm sur 2 dents ou plus ;
- le C.A.L. observé ne peut être associé à d'autre cause que celle associée aux parodontites (par exemple récession gingivale, carie cervicale, fracture/fêlure, lésion endodontique migrant à travers le parodonte ou une chirurgie pré-prothétique, etc.).

Après traitement de ces parodontites on peut se retrouver dans 3 cas de figure : des cas stables, des cas avec une certaine inflamma-

tion et des cas instables avec une parodontite récidivante. Pour les différents stades on avait dans l'ancienne classification les parodontites agressives (en fonction de l'âge, du taux de perte d'attache, des facteurs familiaux et des bactéries pathogènes) les parodontites chroniques associées ou non à un diabète. Dans cette nouvelle classification il n'y a plus de distinction entre parodontite chronique et parodontite agressive mais un modèle reposant sur la sévérité et la complexité.

Pour ces différents types de parodontite le facteur de progression est très important (pouvant être évalué par exemple à partir des bilans radiographiques antérieurs). Le facteur génétique est également déterminant pour différencier les chroniques des agressives mais d'après les nouvelles données, il n'y aurait pas de preuve évidente d'une différence physio-pathologique entre les deux permettant de donner des parodontites chronique est donc définie comme une maladie inflammatoire multifactorielle associée à une dysbiose buccale et caractérisée par une perte des tissus de soutien de la dent.

Les éléments clés dans la nouvelle classification sont donc :

- **la sévérité** (le degré de destruction parodontal), la complexité de traitement (le type de destruction horizontal/angulaire, l'atteinte des furcations, les mobilités, le nombre de dents manquantes, les facteurs occlusaux et fonctionnels) ;
- **l'extension** (le nombre et la distribution des dents avec une destruction parodontale significative) ;
- **le taux de progression** prenant en compte les preuves directes ou indirectes de la rapidité des destructions ;
- **les facteurs de risque** ; le tabac, le diabète, la santé/maladies générales, la coopération du patient.

Il faut tenir compte du manque de précision du sondage et de la nécessité des radiographies en complément. Si un patient est diagnostiqué par exemple avec 5 dents mobiles avant que sont omni praticien ai extrait ces dents le traitement sera différent de celui préconisé le parodontiste qui aurait vu ce même patient après extraction et sans les radiographies antérieures, c'est toute la nouveauté de cette nouvelle classification. C'est une médecine parodontale personnalisée.

En fonction des paramètres décrits ci-dessus les parodontites comprennent donc 4 stades. Le stade IV implique par exemple un traitement pluridisciplinaire (Fig. 1).

Pour les grades de progression de la maladie et risque de progression il y a 3 niveaux A, B et C (Fig. 2).

FIG. 1 MEWORK FOR STAGING

| Periodontitis stage | Stage I | Stage II | Stage III | Stage IV |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Inferior CAL at site of greatest loss | 1-2 mm | 3-4 mm | ≥ 5 mm | ≥ 5 mm |
| Severity | Coronal third (< 15%) | Coronal third (15-33%) | Extending to the mid third of the root and beyond | Extending to the mid third of the root and beyond |
| Radiographic bone loss | Coronal third (< 15%) | Coronal third (15-33%) | Extending to the mid third of the root and beyond | Extending to the mid third of the root and beyond |
| Periodontitis-associated tooth loss | No tooth loss due to periodontitis | No tooth loss due to periodontitis | Tooth loss due to periodontitis of ≤ 4 teeth | Tooth loss due to periodontitis of ≥ 5 teeth |
| Complexity | Maximum probing depth ≤ 4 mm Mostly horizontal bone loss | Maximum probing depth ≤ 5 mm Mostly horizontal bone loss | In addition to Stage II Complexity: probing depth ≥ 6 mm, vertical bone loss ≥ 3 mm, furcation involvement class II or III, moderate ridge defects | In addition to Stage III Complexity: Need for comprehensive rehabilitation due to secondary occlusal trauma (mobility ≥ 2), bite collapse, drifting, flaring, less than 10 opposing pairs of teeth, masticatory dysfunction, severe ridge defects |
| Extent & distribution | Add to stage as descriptor | For each stage, describe extent as localized (<30% of teeth involved), generalized or molar-incisor pattern | | |

FIG. 2 MEWORK FOR GRADING

| | Grade A | Grade B | Grade C |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Primary Criteria | Evidence of no loss over 5 years | < 2 mm over 5 years | ≥ 2 mm over 5 years |
| Direct evidence of progression | Evidence of no loss over 5 years | < 2 mm over 5 years | ≥ 2 mm over 5 years |
| Indirect evidence of progression | Case phenotype | Heavy biofilm deposits with low levels of destruction | Destruction disproportionate to biofilm deposits: evidence of periods of rapid progression and/or early-onset disease; expected poor response to therapy |
| Grade modifiers | Risk Factors | Risk Factors | Risk Factors |
| | Smoking: Non-smoker | Smoking: Smoker < 10 cigarettes/day | Smoking: Smoker ≥ 10 cigarettes/day |
| | Diabetes: Normoglycemic / no diagnosis of diabetes | Diabetes: HbA1c < 7.0% in diabetes patient | Diabetes: HbA1c ≥ 7.0% in diabetes patient |

Il peut y avoir une certaine difficulté d'évaluation des mobilités par rapport à la sévérité. Le Pr Sanz aborde ensuite les traitements en fonction du diagnostic. Il faut considérer ces recommandations comme un guide qui n'est absolument pas strict mais qu'il faut adapter de façon personnalisée pour chaque patient.

Marjolaine Gosset

Le Pr. Gosset établit avec la nouvelle classification 10 % de patient sains, 80 % de patients présentant une parodontite de stade I et II et 10 % présentant une parodontite de stade III et IV. Un sujet atteint de gingivite peut revenir à la santé parodontale mais un sujet atteint de parodontite reste un patient parodontal à vie. En effet le suivi parodontal (la maintenance) reste un des éléments clef car le risque de récurrence est toujours présent. Le Pr. Gosset à l'aide de cas cliniques parfaitement documentés a fait réagir la salle par l'intermédiaire des smartphones sur différents diagnostics. Globalement on considère que le traitement non chirurgical sera suffisant pour traiter les stades I et II, tandis qu'une approche chirurgicale sera

nécessaire pour les stades III et IV. Le stade IV étant caractérisé par la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire.

Compte rendu Joël Itic

