

Classifications des Maladies Parodontales et Formes Cliniques

Un Guide de Révision Stratégique pour les Examens

Basé sur le cours du Pr M. Meddad

Destiné aux étudiants de 3ème année

Comprendre les Classifications : De la Théorie à la Pratique Clinique

Introduction

Les maladies parodontales sont des affections inflammatoires d'origine bactérienne. Leur classification a constamment évolué pour refléter nos connaissances sur leur étiologie et leur pathogénie. Ce guide synthétise les classifications successives pour une maîtrise complète.



Vos objectifs d'apprentissage

- **Maîtriser** les concepts fondamentaux de la santé et de la maladie parodontale.
- **Comprendre** l'évolution historique des classifications (1989, 1999).
- **Appliquer** en détail la classification mondiale de 2017.
- **Identifier** les informations clés pour réussir votre examen.

Légende de ce guide

Jaune [Qx]



Information apparue dans un examen précédent.

Vert



Information à forte probabilité d'apparaître dans un futur examen.

Les Bases : Santé Parodontale et Lésions Élémentaires



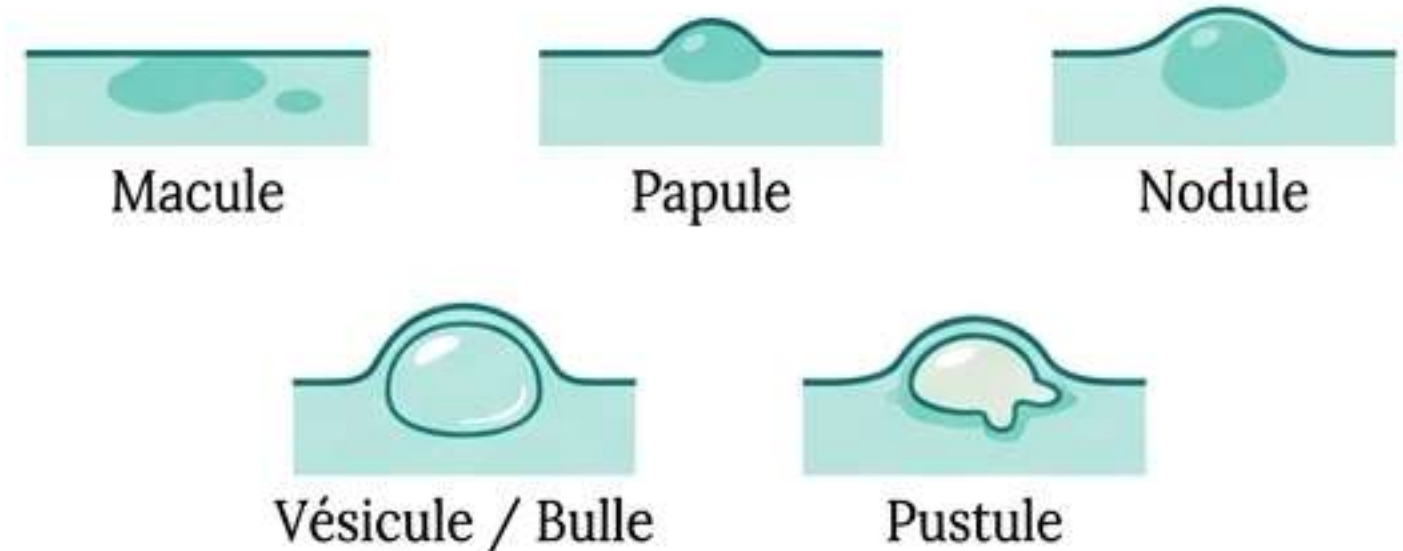
1. Rappels sur le Parodonte Sain :

- **Gencive** : Aspect rose pâle, piquetée en 'peau d'orange', ne saigne pas au brossage ou au sondage.
- **Sondage** : Profondeur du sulcus de 0,8 à 2 mm.
- **Radiographie** : Crête osseuse située à ~2 mm au-dessous de la jonction émail-cément.

Distinction fondamentale : La gingivite est une inflammation réversible sans destruction des tissus de soutien profonds. La parodontite implique des destructions irréversibles des composantes du parodonte (os alvéolaire, desmodonte, cément).

2. Les Lésions Élémentaires :

Lésions primaires (initiales) :



Lésions secondaires (évolutives) :

L'érosion : Perte de substance superficielle, limitée à l'épithélium. [Q7, Q9]

La fissure : Perte linéaire de l'intégrité de l'épithélium. [Q10]

L'ulcération : Perte de substance profonde avec destruction de l'épithélium gingival et de la partie supérieure du conjonctif sous-jacent. [Q7, Q8]

La nécrose / La gangrène : Mortification tissulaire.

Comment Classifier ? Les 4 Critères Clés



1. Critères anatomopathologiques :

- **Lésions inflammatoires** : Gingivites et parodontites.
- **Lésions dégénératives** : Processus régressif avec dégradation tissulaire.

Lésions tumorales (bénignes/malignes) :
Prolifération excessive d'éléments anatomiques.
Ce ne sont pas des lésions dégénératives. [Q11]



2. Selon le mode d'évolution :

- **Aiguë** : Apparition soudaine, douloureuse, durée brève.
- **Chronique** : Apparition lente, peu de douleur, évolution à bas bruit.
- **Subaiguë** : Réchauffement de la forme chronique, mais moins sévère que la forme aiguë.
- **Récidivante** : Réapparaît après un traitement.

Réfractaire : Ne répond pas au traitement parodontal conventionnel.



3. Critères topographiques :

- **Siège** : Papillaire, marginale ou diffuse.
- **Étendue** : [Q12]

Localisée : Moins de 30% des sites sont atteints.

Généralisée : 30% ou plus des sites sont atteints.



4. Selon la lésion élémentaire :

- Décrit le type de lésion (ex: gingivite érythémateuse, ulcéro-nécrotique).

1989

1999

2017

Jalon Historique : La Classification de l'AAP (1989)

Contexte : Une classification basée principalement sur l'âge d'apparition et la vitesse de progression de la maladie.

Principales catégories de PARODONTITES (1989) :

- **Parodontite de l'adulte :** La plus fréquente, sujets de > 35 ans, progression lente. [Q6]
- **Parodontite à début précoce :**
 - **Parodontite prépubertaire :** Affecte la denture lactéale ou mixte, souvent associée à un désordre systémique. [Q6]
 - **Parodontite juvénile :** Touche les adolescents (< 25 ans). La forme localisée affecte typiquement les incisives et les premières molaires permanentes. [Q6]
 - **Parodontite à progression rapide :** Sujets de 20-35 ans, destruction rapide, souvent liée à des défauts des neutrophiles/monocytes.
- **Parodontite ulcéro-nécrotique.**
- **Parodontite réfractaire.** [Q6]

1989

1999

2017

Le Tournant de 1999 : La Classification de G.C. Armitage

La grande évolution :

- **Ne tient plus compte de l'âge du patient.** Les termes 'de l'adulte', 'juvénile', 'pré-pubertaire' et 'à progression rapide' sont abandonnés. [Q6]
- Introduction des concepts de **Parodontite Chronique** (remplace 'parodontite de l'adulte') et **Parodontite Agressive** (remplace 'parodontite à début précoce').
- Clarifie la distinction entre maladies gingivales induites et non induites par la plaque.



Chronique



Agressive

Structure de la classification de 1999 :

1. Maladies Gingivales
2. Parodontite Chronique
3. Parodontite Agressive
4. Parodontite comme manifestation de maladies systémiques. [Q4]
5. Maladies parodontales nécrosantes
6. Abscess du parodonte
7. Lésions endo-parodontales
8. Anomalies du développement ou acquises

Focus 1999 : Les Maladies Gingivales

A. Maladies gingivales INDUITES par la plaque dentaire :

- **Associées à la plaque uniquement** : Avec ou sans facteurs locaux (ex: obturations débordantes).
- **Modifiées par des facteurs systémiques** :
 - Système endocrinien (puberté, cycle menstruel, grossesse, diabète).
- **Modifiées par des médicaments** :
 - Hypertrophie gingivale (ex: anti-épileptiques), gingivite (ex: contraceptifs oraux).
- **Modifiées par la malnutrition** :
 - Déficience en vitamine C (scorbut).



B. Maladies gingivales NON INDUITES par la plaque dentaire :

- **Origine bactérienne spécifique** : *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*...
- **Origine virale** : Gingivo-stomatite herpétique, Herpès, Zona. [Q5]
- **Origine fongique** : Candidose, érythème gingival linéaire.
- **Origine génétique** : Fibromatose gingivale.
- **Manifestations de conditions systémiques** :
 - Désordres muco-cutanés (lichen plan, pemphigus...).
 - Réactions allergiques (mercure, nickel...).
- **Lésions traumatiques** : Chimique, physique ou thermique.



1989

1999

2017



● La Révolution de 2017 : Une Vision Globale et Personnalisée

Contexte : Fruit d'un atelier mondial (AAP/EFP) pour intégrer 20 ans de progrès scientifiques. L'approche vise à guider la planification du traitement et à personnaliser les soins.

Changements majeurs :



Un seul diagnostic de **parodontite**, caractérisé par un **STADE** (sévérité/complexité) et un **GRADE** (risque de progression).



Définition de la **santé parodontale** et de la **gingivite** sur parodonte intact OU réduit.



Le concept de **santé parodontale sur parodonte réduit** est formellement introduit (pour les patients avec antécédents de parodontite traitée ou non-parodontaux avec récession). [Q3]



Nouvelle classification des **récessions gingivales**.



Le terme 'espace biologique' est remplacé par '**attache supra-crestale**'.







Focus sur les facteurs de risque (diabète, tabagisme) pour déterminer le grade.



Introduction des maladies et conditions **péri-implantaires**.

Diagnostic Clinique (2017) : Santé, Gingivite et le Parodonte Réduit

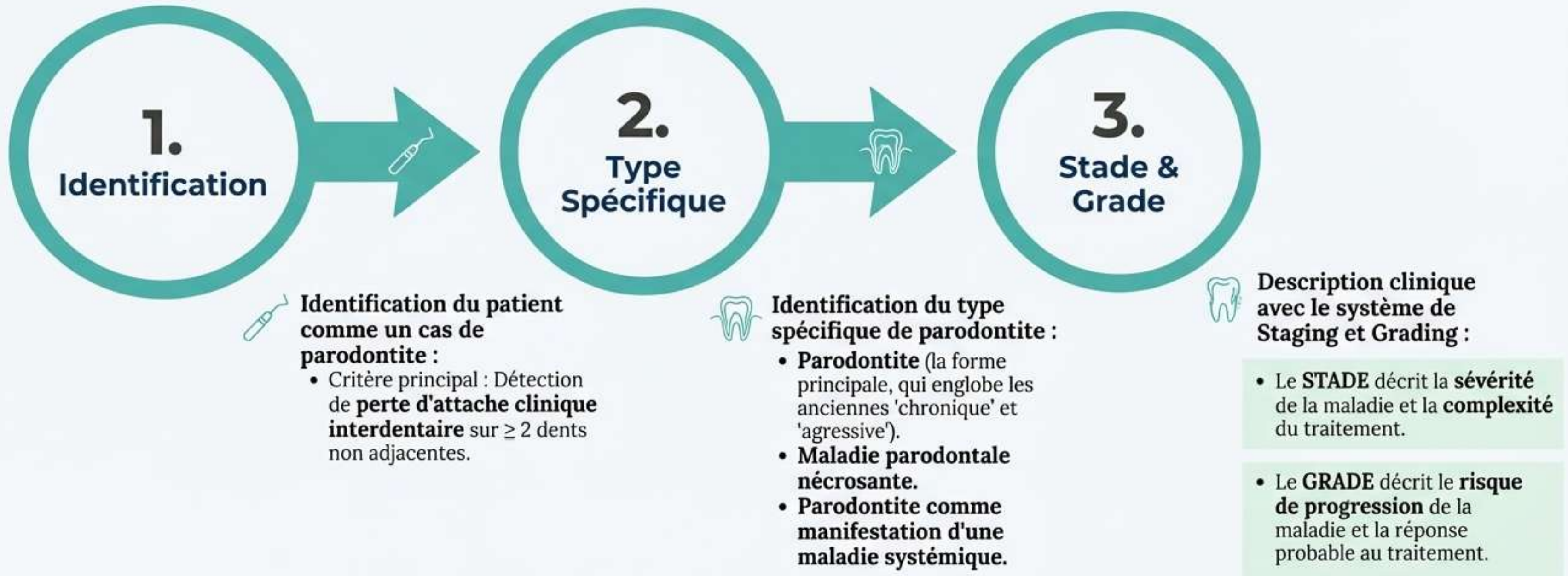
Le diagnostic dépend de la présence de saignement au sondage (BOP) et de l'état du parodonte.

	SANS PARODONTITE				AVEC PARODONTITE TRAITÉE	
	Parodonte intact		Parodonte réduit (non-parodontal) [Q3-A]		Parodonte réduit (stable) [Q3-C]	
	Santé	Gingivite	Santé	Gingivite	Santé	Gingivite
 Perte d'attache	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
 Profondeur de poche	≤ 3mm	≤ 3mm	≤ 3mm	≤ 3mm	≤ 4mm	≤ 3mm
 Saignement au sondage	< 10%	≥ 10%	< 10%	≥ 10%	< 10%	≥ 10%
 Alvéolyse radio	Non	Non	Possible	Possible	Oui	Oui

Le seuil clé pour diagnostiquer une gingivite est un saignement au sondage (BOP) sur ≥ 10% des sites.






Diagnostiquer la Parodontite en 2017 : Une Approche en 3 Étapes

Le diagnostic complet d'une parodontite définit 3 composantes :



Le STADE : Évaluer la Sévérité et la Complexité

Le **stade** dépend de la sévérité (perte d'attache, perte osseuse, perte dentaire) et de la complexité du traitement. [Q1]

	Stade I (Initial)	Stade II (Modéré)	Stade III (Sévère)	Stade IV (Très Sévère)
SÉVÉRITÉ				
Perte d'attache interdentaire 	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
Alvéolyse / Défaut crestal [Q1-C]	Tiers coronaire <15%	Tiers coronaire 15-33%	S'étend au tiers moyen/apical	S'étend au tiers moyen/apical
Perte dentaire (parodontale) 	0	0	≤ 4 dents	≥ 5 dents
COMPLEXITÉ				
Profondeur de poche max 	≤ 4 mm	≤ 5 mm	≥ 6 mm	≥ 6 mm
Type d'alvéolyse 	Essentiellement Horizontale	Essentiellement Horizontale	Verticale ≥ 3 mm	Verticale ≥ 3 mm
Lésions inter-radiculaires 	Non ou classe I	Non ou classe I	Classes II ou III	Classes II ou III
Besoin en réhabilitation complexe [Q1-A]	Non	Non	Oui (dysfonction masticatoire, etc.)	Oui (effondrement occlusal, etc.)

Étendue : Localisée (<30% des sites) ou Généralisée (≥30%).

Le GRADE : Estimer le Risque de Progression

Le **grade** donne des informations sur la progression passée et le risque de progression future. Il modifie le stade. (C'est le grade, pas le stade, qui évalue la progression). [Q2]

Grade A (Progression Lente)




Critères |

Preuve directe (Perte/5 ans) | Pas de perte

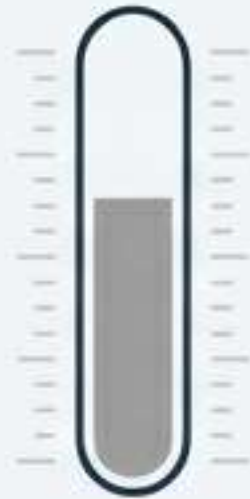
Preuve indirecte
(% perte osseuse/âge) | $< 0,25$

Facteurs modifiants

 **Tabagisme** | Non-fumeur

 **Diabète** | Normoglycémique / Pas de diabète

Grade B (Progression Modérée)




Critères |

Preuve directe (Perte/5 ans) | < 2 mm

Preuve indirecte
(% perte osseuse/âge) | $0,25$ à $1,0$

Facteurs modifiants

 **Tabagisme** | < 10 cig/jour

 **Diabète** | HbA1c $< 7,0\%$

Grade C (Progression Rapide)



Critères |

Preuve directe (Perte/5 ans) | ≥ 2 mm

Preuve indirecte
(% perte osseuse/âge) | $> 1,0$

Facteurs modifiants






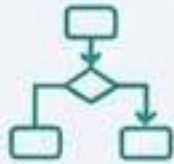
 **Tabagisme** | ≥ 10 cig/jour

 **Diabète** | HbA1c $\geq 7,0\%$

Comment l'utiliser :

1. Commencer par assumer un **Grade B** pour tous les patients.
2. Chercher des preuves pour passer au Grade A (progression lente) ou au Grade C (progression rapide).
3. Un seul facteur de Grade C est suffisant pour classer le patient en Grade C.

Synthèse de l'Évolution des Classifications

Concept	Classification 1989	Classification 1999 (Armitage)	Classification 2017 (Mondiale)
 Parodontite 'commune'	Parodontite de l'adulte	Parodontite Chronique	Parodontite (décrite par Stades I-IV)
 Parodontite 'rapide'	Parodontite juvénile, à progression rapide	Parodontite Agressive	Parodontite (décrite par Grade C)
 Critère de l'âge	Oui, critère majeur	Non, explicitement abandonné	Non, mais le ratio / âge est utilisé pour le Grade
 Facteurs de risque	Peu intégrés formellement	Intégrés (maladies systémiques)	Intégrés et quantifiés (Tabac, Diabète pour le Grade)
 Santé sur parodonte réduit	Non défini	Non défini	Oui, concept clé et formellement défini
 Approche diagnostique	Catégorisation descriptive	Dichotomie (Chronique / Agressive)	Diagnostic unique (Parodontite) + Staging + Grading

Vos Points de Contrôle Essentiels pour l'Examen

✓ Lésions secondaires

Différenciez **l'érosion** (limitée à l'épithélium) de **l'ulcération** (épithélium + conjonctif) et de la **fissure** (perte linéaire).
[Q7, Q8, Q9, Q10]

✓ Localisée vs. Généralisée

Le seuil est **30%** des sites atteints. [Q12]

✓ 1999 vs 1989

Le changement clé est l'abandon des termes basés sur l'âge ("adulte", "juvénile") au profit de **Chronique/Agressive**. [Q6]

✓ Maladies non induites par la plaque

Rappelez-vous des exemples clés comme **l'origine virale (Herpès)**.
[Q5]

✓ Santé sur parodontite réduit (2017)

Peut exister chez un patient **non-parodontal** (ex: récession) ou un patient **parodontal traité et stable**.
[Q3]

✓ Stade vs Grade (2017)

STADE = Sévérité / Complexité
(Évalué par la perte d'attache, l'alvéolyse, le besoin en réhabilitation). [Q1]

GRADE = Risque / Progression
(Évalué par la vitesse de perte osseuse, le tabac, le diabète). [Q2]



Maîtriser les Classifications pour Mieux Soigner

Résumé :

Vous avez parcouru l'évolution de la classification des maladies parodontales. Le cadre actuel de 2017, avec son système de Stades et de Grades, ne sert pas qu'à l'examen : il permet un **diagnostic plus précis**, un **meilleur pronostic** et une **planification de traitement véritablement personnalisée** pour chaque patient.

Conseil final :

La meilleure façon de **maîtriser ces concepts est de les appliquer**. Utilisez cette grille de lecture pour analyser chaque cas clinique que vous rencontrerez.

Bon courage pour vos examens !