

University of Health Sciences – *Algiers*

Faculty of Dental Medicine – *Ziania*

Periodontology Module

Pr. MEDDAD M

**EXAMEN CLINIQUE EN PARODONTOLOGIE :
DIAGNOSTIC, PRONOSTIC et PLAN DE TRAITEMENT**

Cours destiné aux étudiants de 3^{ème} année

Préparé par : Dr. BERRAHIM M

Mars 2025

Année universitaire : 2024-2025

PLAN

I. Introduction

II. Examen clinique :

1. Interrogatoire :

- A. État civil
- B. Motif de consultation
- C. Histoire de la maladie
- D. Antécédents généraux
- E. Antécédents stomatologiques

2. Examen exobuccal :

- A. À l'inspection

B. À la palpation :

- a. Muscles
- b. ATM
- c. Chaînes ganglionnaires

3. Examen endobuccal :

- A. Ouverture buccale
- B. Hygiène buccale
- C. Halitose
- D. Écoulement salivaire
- E. État des muqueuses
- F. Insertion des freins et des brides
- G. Examen parodontal :

- a. Examen gingival (parodonte superficiel)
- b. Biotype parodontal ou typologie parodontale
- c. Sondage parodontal
- d. Récessions
- e. Suppuration
- f. Examen spécifique des pluriradiculées

H. Examen dentaire

I. Examen occlusal

J. Examen des fonctions

K. Examen des parafonctions

III. Examen radiologique

IV. Charte parodontale

V. Autres examens

complémentaires :

- 1. Examens bactériologiques
- 2. Examens sanguins
- 3. Examen anatomo-pathologique

VI. Diagnostic :

- 1. Définition
- 2. Diagnostic étiologique
- 3. Diagnostic différentiel
- 4. Diagnostic positif

VII. Pronostic :

- 1. Définition
- 2. Évaluation qualitative du pronostic
- 3. Facteurs influençant le pronostic
- 4. Éléments susceptibles d'améliorer le pronostic

VIII. Plan de traitement :

- 1. Définition
- 2. Objectifs

3. Étapes du plan de traitement :

- A. Thérapeutique d'Urgence
- B. Thérapeutique Initiale ou de Base
- C. Phase de Réévaluation
- D. Thérapeutique Corrective
- E. Phase de Maintenance

IX. Conclusion

X. Bibliographie

Examen clinique en PARODONTOLOGIE : **Diagnostic, Pronostic et Plan de traitement**

I. Introduction :

En parodontologie, comme dans toute autre spécialité, avant toute thérapie, des examens qui conduisent au diagnostic et à un pronostic préalable doivent être réalisés.

C'est grâce à l'examen clinique, étape primordiale du bilan parodontal, que nous pouvons tenter de définir les étiologies directement en rapport avec les différents symptômes observés pour ainsi déceler des sujets à risque et réaliser le diagnostic sémiologique qui nous permettra, avec l'aide d'examens complémentaires de mettre en œuvre un plan de traitement adapté.

Cet examen doit être rigoureux, avec une analyse logique et précise tout au long des différentes étapes que sont l'interrogatoire d'abord, puis l'examen clinique proprement dit comprenant notamment celui du parodonte superficiel et profond.

II. Examen clinique :

On entend par examen parodontal la partie de l'examen complet de la bouche concernant spécifiquement les tissus parodontaux, la finalité de l'examen est de déterminer les points suivants :

- L'état de santé du parodonte du patient.
- L'étendue des lésions tissulaires.
- Les signes permettant de déterminer l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le plan de traitement.

On peut classer les méthodes utilisées pour évaluer l'état du parodonte en 02 catégories principales :

- Objectif essentiel de la consultation et les antécédents généraux et stomatologiques,
- L'évaluation clinique et radiologique du patient comprenant l'examen exo et endo-buccal.

1. Interrogatoire :

Étape très importante qui précède notre examen clinique proprement dit, et qui fait ressortir des éléments nécessaires pour la pose du diagnostic.

A. État civil :

Il faut préciser :

a. Nom et prénom du patient :

Pour l'identifier d'une part, et d'autre part pour assurer une bonne approche psychologique.

b. Sexe :

Les défenses des tissus parodontaux des femmes sont exacerbées par les diverses variations hormonales durant sa vie, certaines maladies parodontales s'associent à la **grossesse**, au **cycle menstruel** et à la prise de **contraceptifs oraux** (exp : gingivite gravidique, épulis) dues généralement à des troubles hormonaux.

c. Âge :

Pour évaluer son état physique et psychologique par rapport à son âge, en plus, il y a certaines maladies parodontales qui touchent des tranches d'âge précises, et enfin pour donner un pronostic approximatif.

d. Situation familiale et nombres d'enfants :

Elle nous renseigne sur le nombre de gestations et éventuel état de stress.

e. Niveau intellectuel :

Afin d'estimer la motivation et la coopération du malade, c'est un facteur non déterminant.

f. Profession : certaines professions sont en relation avec certaines maladies parodontales : les gens à grande responsabilité développent souvent le DAM (dysfonctionnement de l'appareil manducateur), aussi les étudiants par le stress.

g. Adresse et numéro de téléphone :

Pour convoquer le patient en cas d'absence ou bien contacter sa famille en cas d'urgence.

B. Motif de consultation :

Il est en général exprimé clairement et doit être noté dans les termes du patient.

Cela permet d'accorder une **priorité thérapeutique** à ce que le malade considère comme primordial, et d'établir une relation de confiance entre patient et praticien.

Dr. BERRAHIM. Examen clinique en parodontologie : Diagnostic, pronostic et plan de traitement.

Le patient expose les raisons de sa consultation, à savoir :

a. Motifs esthétiques :

- Récessions ;
- Colorations dentaires ;
- Apparition de nouveaux espaces entre les dents ;
- Changement de forme ou de volume gingival ;
- Présence de tartre.

b. Motifs fonctionnels :

- Douleur : siège, intensité, circonstance d'apparition, rythme, fréquence, moment.
- Gingivorragies : spontanées ou provoquées.
- Sensation de mauvaise haleine.
- Sensation de mauvais goût.
- Mobilité dentaires.
- Prurit gingival.

C. Histoire de la maladie :

Correspond à un récit chronologique du problème indiqué par la douleur principale ou on insistera sur la date d'apparition des premiers signes et la durée de leur évolution.

D. Antécédents généraux :

a. Familiaux :

On demande au patient si un membre de sa famille présente une maladie d'ordre général à la recherche de :

- ❖ Notion d'hérédité.
- ❖ Notion de consanguinité.
- ❖ Autre maladie.

b. Personnels :

L'évaluation de l'état général du patient dans le cadre de l'examen parodontal a pour but d'attirer l'attention du praticien sur les points suivants :

- Déetecter des affections générales qui pourraient modifier la réaction du parodonte aux facteurs locaux ;
- Les problèmes généraux qui nécessitent une modification dans le traitement à effectuer ;
- Rechercher certaines conditions générales nécessitant une prise en charge particulière, ou contre-indiquant certains actes ;
- Déterminer la présence de certaines maladies générales responsables de parodontoses ;
- De détecter les maladies contagieuses susceptibles de mettre en danger la santé du praticien et de son personnel.
- Évaluation des facteurs de risque :
 - Les facteurs de risque génétiques.
 - Le stress.
 - Le tabagisme : quel type, depuis quand et à raison de combien de cigarettes par jour.

E. Antécédents stomatologiques :

a. Familiaux :

Notion d'hérédité, rechercher les affections dans les différentes générations et la fréquence des **parodontoses** chez les parents et ou même les proches.

b. Personnels :

On doit savoir le passé médical du patient à savoir, les visites chez le dentiste, leur fréquence, la date de la première et la dernière visite, et la nature du traitement :

- Les soins parodontaux antérieurs ;
- Les soins dentaires ;
- Les extractions, et leurs causes, et déceler d'éventuelles complications per ou postopératoires ainsi que leur nature, pour prendre des précautions ultérieures dans notre plan de traitement ;
- Les traitements prothétiques ou orthodontiques.

2. Examen exobuccal :

A. À l'inspection :

Elle commence dès l'entrée du patient, l'inspection va permettre de noter :

❖ **Symétrie du visage :**

Par rapport au plan sagittal médian, on note toute asymétrie due à une tuméfaction (et d'en décrire au besoin les caractères : volume, consistance, mobilité) ou fracture, ou par paralysie faciale.

❖ **Égalité des 03 étages de la face :**

Elle a un intérêt dans l'occlusion lorsqu'il y a une altération de la dimension verticale.

❖ **Coloration et sensibilité des téguments :** Elle nous renseigne sur une éventuelle anémie (pâleur), fatigue, problème dermatologique, ou même des cicatrices.

❖ **Lèvres :** Noter les différentes lésions et apprécier le volume et la présence ou non du stomion qui nous renseigne sur le type de respiration.

❖ Noter l'existence d'un écoulement anormal (rhinorrhée, otorrhée).

❖ Dépister un déficit oculomoteur ou de la mobilité palpébrale.

B. À la palpation :

a. Muscles :

La palpation des muscles masticateurs et de leur insertion permet de noter :

❖ **Douleurs :** localisées simples, irradiées le long du trajet musculaire, projetées ou spontanées.

❖ **Contracture et tonicité :**

La palpation note une bande musculaire tendue, muscle isotonique, hypo ou hypertonique.

❖ **Hypertrophie :** l'augmentation du volume uni ou bilatérale, symétrique ou non due à une hyperactivité musculaire.

b. A.T.M :

Il y a 03 méthodes de palpation (**pré-auriculaire**, **rétro-auriculaire** et **endo-auriculaire** au niveau du **conduit auditif externe CAE**), qui nous permettent d'évaluer :

❖ **Jeu condylien :** qui sera symétrique ou asymétrique (ressaut, subluxation ou luxation).

❖ **Bruits articulaires :** qui se manifestent sous 03 formes :

➤ **Craquement :** C'est un bruit bref ; comparable à une branche qui se casse, s'observe à l'ouverture ou à la fermeture, expliqué par le frottement des 02 surfaces condylaires.

➤ **Claquement :** C'est un bruit plus net, audible, comparable à un fouet qui claque, observé lors des mouvements de fermeture et d'ouverture, expliqué par l'asynchronisme entre le condyle mandibulaire et le ménisque.

➤ **Crépitation :** C'est une série de bruits faibles répétés durant tout le trajet d'ouverture, correspond à une altération des pièces articulaires (déformation arthrosique).

❖ **Douleurs :** localisées, irradiées, uni ou bilatérales, aggravées par la mastication, spontanées ou provoquées par les différents mouvements ou pressions exercées à son niveau.

c. Chaînes ganglionnaires :

On doit palper systématiquement les ganglions péri-cervicaux et ceci, dans le but de rechercher une adénopathie, tout en décrivant :

➤ **La localisation :** Préciser son siège, son volume et si elle est uni ou bilatérale.

➤ **La mobilité :** par rapport au plan médian sous-jacent et le plan profond (adénopathie fixe : volet malin, adénopathie mobile : volet inflammatoire).

➤ **La douleur :** noter l'intensité et l'irradiation.

➤ **La chaleur :** la température du derme sus-jacent :

Froide : processus tumoral, **Chaud** : processus inflammatoire.

3. Examen endobuccal :

A. Ouverture buccale :

Elle est évaluée généralement à 03 travées du doigt du patient, elle peut être suffisante, insuffisante, ou exagérée.

B. Hygiène buccale :

Bonne, moyenne, ou mauvaise. Il faut noter la présence et la quantité de la plaque bactérienne, des débris alimentaires, de la *Matéria Alba*, du tartre, des pigmentations superficielles des dents et on doit rechercher la corrélation entre ces facteurs locaux et la sévérité de l'inflammation existante.

L'hygiène bucco-dentaire est évaluée avec les révélateurs de plaque et les indices parodontaux :

- Indice PI de *Silness et Löe*, 1964.

- Indice de plaque de *O'Leary et al*, 1972.

- Indice simplifié d'hygiène buccale OHI'S de *Greene et Vermillion*, 1960.

C. Halitose :

Selon **Charon**, il s'agit d'un signe d'activité de la maladie parodontale.

Il peut avoir d'autres origines :

- ❖ Gastro-intestinales,
- ❖ Rénales,
- ❖ Hormonales,
- ❖ Médicamenteuses,
- ❖ Métaboliques ou broncho-respiratoires.

D. Écoulement salivaire :

L'examen de la salive doit porter sur l'étude du flux salivaire (par stimulation manuelle des glandes et évaluation avec le test au sucre) et du PH salivaire.

a. PH salivaire : Le test est pratiqué à l'aide d'un PH-mètre placé sous la langue :

- PH salivaire basique favorise la formation du tartre.
- PH salivaire acide favorise l'accumulation de plaque cariogène.

b. Viscosité salivaire : appréciée entre 02 doigts par l'apparition d'un filament salivaire.

c. Test au sucre :

On place un morceau de sucre sous la langue, on note le temps nécessaire pour qu'il fonde :

- **La normale :** 01 mn.
- **Hyposalie :** plus de 03 mn.
- **Hypersialie :** moins d'une mn.

- Diminution de la sécrétion salivaire ou hyposalie :

- ❖ Il faut rechercher la cause (maladies chroniques, lésions des glandes salivaires) qui peut donner une sécheresse buccale ou xérostomie, qui est un facteur favorisant l'accumulation de la plaque bactérienne, l'apparition de l'érythème et des fissurations.
- ❖ Préciser une gêne à la déglutition ou une soif fréquente.
- ❖ Elle révèle la nécessité d'imbiber l'alimentation pour faciliter la déglutition.
- ❖ L'aspect des muqueuses : Dans le cas d'une bouche sèche les muqueuses sont rouges, sèches, associées à des perlèches.

- Augmentation de la sécrétion salivaire ou ptyalisme : provoquée par l'utilisation de certains médicaments (tels que les bromures, les iodures), ou le signe de certaines stomatites, d'une GUN ou PUN.

E. État des muqueuses :

On doit noter toute modification au sein de la muqueuse buccale, à la recherche d'un foyer inflammatoire, infectieux ou tumorale. Donc, on doit examiner systématiquement la muqueuse labiale, jugale, palatine, linguale, du plancher, et péri-pharyngienne :

a. Lèvres :

Noter les indentations provoquées par l'occlusion, les kystes, les tumeurs et toutes autres manifestations pathologiques.

b. Muqueuse jugale :

On note tout changement de forme ou de couleur et la présence d'indentations.

c. Muqueuse linguale :

- Volume, - Aspect, - Couleur, indentations latérales.

d. Muqueuse palatine :

La forme du palais, la suture intermaxillaire et la papille binoïde.

F. Insertion des freins et des brides :

L'insertion pathologique des freins et des brides musculaires constitue un facteur étiologique important dans la rétention de la plaque bactérienne et l'apparition des récessions parodontales.

Pour cela, il faut faire le **test de Chaput** pour déterminer l'action réelle de ces freins sur le parodonte. Il sera positif, lorsqu'en tirant le frein, il tire avec lui la papille, avec blanchiment de la gencive.

Voir la **classification de Placek et al, 1974**.

G. Examen parodontal :

a. Examen gingival (parodonte superficiel) :

Il commence par l'évaluation de l'inflammation à travers ses symptômes, vient ensuite l'examen de l'anatomie : gencive kératinisée, adhérente, et dénudation radiculaire. Le praticien doit pouvoir évaluer le rapport entre l'importance de l'inflammation, la quantité de la plaque et les facteurs de rétention, cela lui permettra de connaître la sensibilité ou la susceptibilité du patient vis-à-vis de l'agression bactérienne.

❖ **Contour** : une gencive cliniquement saine suit le contour du collet anatomique des dents et le bord marginal doit être en biseau pointu, il devient irrégulier dans le cas d'inflammation ou le volume sera augmenté, ou en cas de récession ou de malposition.

❖ **Couleur** : la gencive cliniquement saine est rose, ce qui la différencie de la muqueuse alvéolaire qui est rouge. Elle peut être dans certains cas plus ou moins parsemée de **taches brunâtres de mélanine**. En cas d'inflammation, un changement de couleur se manifeste qui peut aller du rouge au rouge bleuté en cas de chronicité.

❖ **Volume** : il peut être :

- Conservé.
- Légèrement augmenté.
- Augmenté.
- Très augmenté.

❖ **Consistance** : elle devrait être ferme et adhérente pour la gencive attachée et souple pour la gencive libre. En cas d'inflammation elle devient **œdémateuse molle, fibrotique ou fibro-œdémateuse**.

❖ **Aspect ou texture** : est lisse pour la gencive marginale et piqueté en peau d'orange pour la gencive attachée et le centre des papilles, en cas d'inflammation la gencive devient lisse et brillante.

❖ **Hauteur de gencive attachée** :

Elle peut atteindre jusqu'à 09 mm et elle varie d'une zone à une autre, il est admis qu'une hauteur de la gencive attachée de 01 à 02 mm est suffisante et indispensable au maintien de la santé parodontale.

La diminution de la hauteur de gencive attachée constitue un facteur étiologique favorisant les récessions et s'interfère avec le contrôle de la plaque bactérienne ou des reconstitutions prothétiques.

Divers systèmes d'indice ont été mis au point pour faciliter les descriptions de l'état clinique de la gencive et de déterminer le degré d'inflammation. Parmi les indices les plus utilisés :

- **Indice gingival de Löe et Silness, GI (Gingival Index), 1963.**

❖ **Saignement** : une sonde parodontale à extrémité mousse est introduite jusqu'au fond de la poche et déplacée doucement le long de la surface de la dent, si cette manœuvre provoque un saignement de la zone apicale de la poche, le site examiné est considéré comme enflammé.

Plusieurs indices de saignement existent, parmi eux :

- **Indice hémorragique sulculaire de Mühlemann et Son, SBI (Sulcular Bleeding Index), 1971.**

b. Biotype parodontal ou Typologie parodontale :

Voir la **classification de Maynard et Wilson, 1980**.

c. Sondage parodontal :

L'examen se fait en insérant la sonde parodontale 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.

Il permet de mettre en évidence :

- La localisation des poches.
- Le type des poches (vraies ou fausses).
- La profondeur des poches.
- Le niveau d'attache ou la perte d'attache.
- La présence d'atteinte de furcation.
- Présence d'un saignement au sondage.
- Utilisé aussi lors des phases de réévaluation et de maintenance.

Dr. BERRAHIM. Examen clinique en parodontologie : Diagnostic, pronostic et plan de traitement.

Mesure du niveau d'attache :

Exprimé par la distance en mm qui sépare la jonction amélo-cémentaire du fond de la poche. La perte d'attache = profondeur de la poche + distance entre le rebord gingival et la jonction amélo-cémentaire JAC (en cas de récession).

d. Récessions :

C'est une migration apicale du rebord marginal gingival provoquant une dénudation radiculaire. On doit noter la forme et la hauteur de la récession en mm :

- ❖ Voir la **classification de Benqué, 1983** : Fondée sur la forme de la lésion.
- ❖ Voir la **classification de Miller, 1985**.

e. Suppuration :

Pour déterminer la présence de pus dans une poche parodontale, on applique le bout de l'index sur la gencive marginale et on exerce une pression avec un mouvement rotatif vers la couronne.

f. Examen spécifique des dents pluriradiculées :

Les molaires et les premières prémolaires maxillaires, de par leur anatomie spécifique, nécessitent un examen clinique plus approfondi que les autres dents. Il est important de situer la zone de séparation des racines car elle permet de déterminer la hauteur du tronc radiculaire qui s'étend de la ligne de jonction émail-cément au point de séparation des racines. Plus ce tronc est haut, moins le risque de mise à nu de l'espace inter-radiculaire est important. En effet, la pénétration bactérienne dans cette zone provoque des lésions particulièrement difficiles à traiter. De plus, à ce niveau, le contour coronaire prend une forme irrégulière, avec des contre-dépouilles dans les zones des furcations, qui rend le contrôle de plaque complexe. La recherche et l'exploration des espaces inter-radiculaires se font à l'aide de la sonde de Nabers N°1 ou 2.

Plusieurs classifications ont été proposées par différents auteurs à partir des examens cliniques :

❖ Selon Hamp et al, 1975 :

- F 1** : La sonde peut pénétrer horizontalement de 03 mm dans la furcation.
- F 2** : La sonde pénètre à plus de 03 mm mais non traversant (non transfixante).
- F 3** : La sonde traverse la furcation de part en part.

❖ Selon Tarnow et Fletcher, 1984 :

L'atteinte de furcation de **classe III (F 3)** est souvent liée à une poche infra-osseuse et classée comme suit :

- Sous-CL A** : Une atteinte de furcation (**F 3**) avec une perte osseuse verticale \leq à 03 mm.
- Sous-CL B** : Une atteinte de furcation (**F 3**) avec une perte osseuse verticale de 04 à 06 mm.
- Sous-CL C** : Une atteinte de furcation (**F 3**) avec une perte osseuse verticale de 07 mm et plus.

H. Examen dentaire :

On doit déceler, les dents absentes, les malpositions dentaires primaires et secondaires, lésion dentaire : (fractures, fêlures, caries, dysplasie de l'email, et faire le test de vitalité pulinaire, colorations dentaires), dents traitées, les restaurations débordantes, une éventuelle hypersensibilité (elle est ressentie par le patient au cours des modifications : physique, chimique et thermique sur les faces radiculaires dénudées), les abrasions, les prothèses partielles amovibles ou fixe, dispositif de contention, traitement orthodontique, les migrations dentaires, ainsi que les mobilités dentaires.

a. Mobilité dentaire :

Elle sera évaluée par l'ampleur de son déplacement lorsqu'elle est soumise à une force exercée soit par 02 doigts, soit par un doigt et un instrument (manche du miroir par exemple). Il est possible de quantifier cette mobilité en utilisant **l'indice de Mühlemann en 1960 ou l'indice d'ARPA**.

b. Abrasion dentaire :

Rencontrée surtout dans le bruxisme, crispation, ou chez les sujets nerveux, ces abrasions sont évaluées à l'aide d'indices, exp : Voir la **classification d'Aguel**.

c. Migration dentaire pathologique ou secondaire :

Le déplacement dentaire secondaire issu de la lyse osseuse ou d'une extraction dentaire est fréquemment observé dans le sens horizontal sur les dents « diastème » et dans le sens axial « égression ».

I. Examen occlusal :

Le terme occlusion concerne les rapports de contact des dents résultant du contrôle neuromusculaire du système masticatoire (appareil manducateur) à l'état statique et dynamique. Toute altération de l'un des éléments constituant ce système peut perturber l'occlusion, de même qu'une altération de l'occlusion peut perturber le fonctionnement de l'un ou l'ensemble de ces éléments, engendrant des lésions considérables, d'où l'importance de faire une analyse occlusale parfaite en bouche et sur articulateur à la recherche des surcharges et des dysharmonies occlusales.

a. À l'état statique :

On doit rechercher les **prématurités**, qui sont définies comme : des contacts occlusaux antérieurs ou postérieurs, se produisant avant la PIM lors du mouvement de fermeture, et qui seront évités par une déviation réflexe du chemin de fermeture. Cet examen se fera à l'aide du papier articulé ou de la cire calibrée en PIM.

b. À l'état dynamique :

On doit rechercher les **interférences**, qui sont définies comme : des contacts occlusaux traumatiques se produisant lors d'un mouvement de propulsion ou de latéralité. L'idéal c'est d'avoir l'examen des **moulages** et procéder à l'enregistrement de l'occlusion sur un **articulateur semi-adaptable** ou **adaptable**.

c. Chemin de fermeture :

C'est le trajet décrit par le point inter-incisif de la position de posture à la position de fermeture PIM pour voir s'il y a une déviation mandibulaire droite ou gauche lors de la fermeture.

J. Examen des fonctions :

a. Déglutition :

On demande au patient d'avaler sa salive et on note :

À l'examen exobuccal s'il y a une contraction des orbiculaires des lèvres, ou de la houppe du menton.

À l'examen endobuccal, on doit écarter largement les lèvres soit avec un instrument soit avec l'index et le pouce au niveau des canines, il faut noter s'il y a une interposition linguale antérieure ou postérieure en précisant le type de déglutition.

b. Mastication :

Elle peut être unilatérale avec détermination de la cause, ou unilatérale alternée.

c. Phonation :

Celle-ci doit être analysée non seulement à l'oreille mais aussi avec l'observation car certains appuis anormaux de la langue sur les incisives peuvent être vus lors de la prononciation de certains phonèmes mais inaudibles.

d. Respiration :

Elle doit être à prédominance nasale, mais on peut avoir dans certains cas une respiration buccale ou mixe.

On peut apprécier le type de respiration par : sécheresse buccale et absence du stomion.

Une respiration buccale peut être à l'origine de certaines formes cliniques de gingivites.

Dans le cas où la respiration est mixte, on doit déposer le miroir au niveau de la cavité buccale puis au niveau des orifices narinaires pour apprécier la répartition du flux respiratoire.

K. Examen des parafonctions :

Ce sont des activités et des habitudes du système manducateur développées en dehors de la fonction normale de façon excessive. On doit rechercher les activités dento-dentaires (bruxisme), activités dent / tissus mous : par exemple onychophagie, succion du pouce, mordillement des lèvres et des joues, les habitudes personnelles (l'utilisation de la pipe, interposition d'objets) ou professionnelles (tapissier, tenue des clous dans la bouche par les cordonniers...).

III. Examen radiologique :

Glickman a dit : « les radiographies complètent l'examen clinique, mais ne le remplacent pas, et que s'il fallait faire un choix, on formulerait un diagnostic beaucoup plus intelligent à partir de l'examen clinique qu'à partir de radiographies ».

L'examen radiologique est très utile pour le diagnostic de la maladie parodontale, la détermination du pronostic et l'évaluation des résultats du traitement.

IV. Charte parodontale ou le charting :

La charte est une fiche parodontale individuelle qui permet de résumer l'ensemble des informations recueillie lors de l'examen clinique et radiologique :

- **Bleu** : rebord gingival.
- **Marron** : rebord osseux.
- **Rouge** : fond des poches.
- **Vert** : ligne muco-gingivale.
- **Noir** : tartre.
- **Freins et brides musculaires** : à marquer en noir par un V.
- **Dent absente** : à noircir.
- **Diastème** : //
- **Dent remplacée** : noircir la racine.
- **Dent versée** : flèche oblique au-dessus de la couronne.
- **Dent ectopique** : redessiner.
- **Atteinte totale de furcation** : 
- **Atteinte partielle de furcation** : 
- Noter les obturations débordantes.
- **Traitements endodontiques** : trait vertical au milieu de la racine.
- **Foyer apical (granulome, kyste...)** : petit rond noir au niveau de l'apex.
- **Dent migrée** : flèche horizontale au-dessus de la couronne.
- **Bridge** : ==
- **Prothèse** : en jaune.

V. Autres examens complémentaires :

1. Examens bactériologiques :

A. Examen microscopique des bactéries :

- a. À l'état frais
- b. Coloration de Gram

B. Culture bactérienne

C. Tests enzymatiques

D. Tests immunologiques

E. Tests d'ADN

F. Test PCR

G. Test PST

2. Examens sanguins :

FNS, Hémostase, Glycémie, Hormones.....

3. Examens anatomo-pathologiques

VI. Diagnostic :

1. Définition :

Vient du mot grec « **diagnôsis** » qui signifie à la fois **discernement** et **décision**.

Il s'agit donc d'acquérir la connaissance à travers les signes observables et le raisonnement menant à l'identification de la cause (l'origine) d'une défaillance, d'un problème ou d'une maladie, ou tout simplement à la détermination d'une espèce biologique par rapport à une autre.

De la qualité de cette étape de l'acte médical, dépend étroitement la cohérence des examens et des traitements.

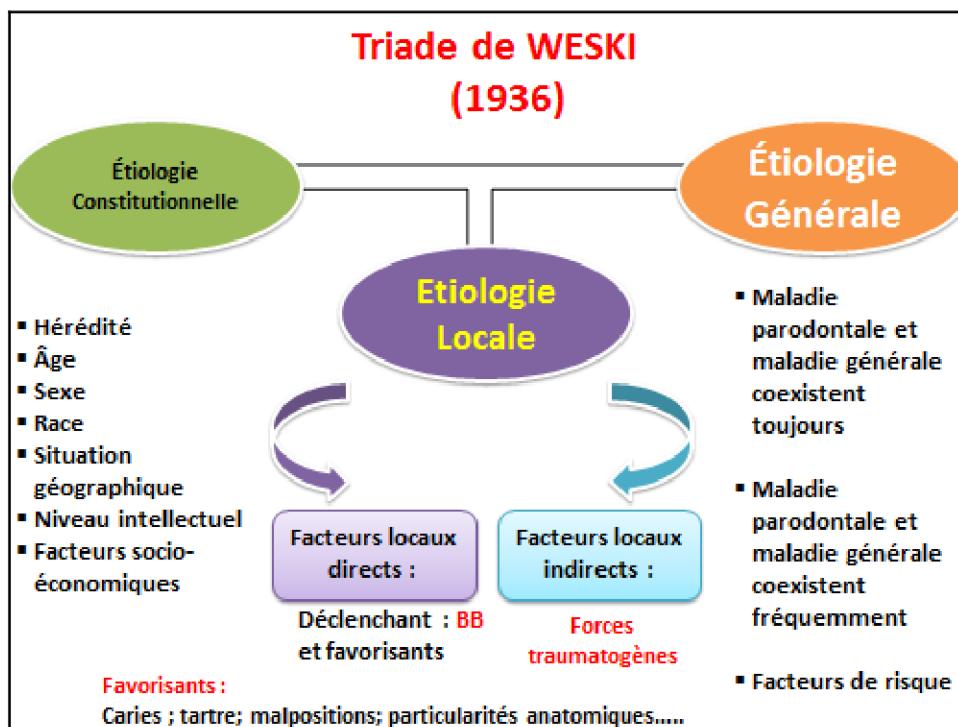
2. Diagnostic étiologique :

C'est la partie du diagnostic qui vise à la recherche des diverses causes de la maladie parodontale.

Une partie essentielle de l'examen consiste à déterminer les facteurs étiologiques des parodontopathies, ceci ne sert pas seulement à parvenir à un diagnostic positif et un pronostic, mais aussi à souligner les problèmes qui doivent être supprimés pour que la maladie soit traitée.

Il détermine la part plus ou moins prépondérante des différentes étiologies possibles ; il est certainement le plus difficile ; et il demande une certaine expérience sinon un sens clinique développé.

Les principales causes de la maladie parodontale étaient décrites en **1936** par **Weski** sous forme de **triade** :



3. Diagnostic différentiel :

Consiste en l'élimination des entités cliniques dont les signes et symptômes se rapprochent à ceux du diagnostic présomptif, on élimine les maladies à peu près similaires en cherchant les différences d'ordre cliniques, radiologiques, ou même bactériologiques.

4. Diagnostic positif :

Démarche visant à connaître, face à un symptôme ou à un ensemble de symptômes, une origine précise. C'est le moment où sont confrontés les signes recueillis dans la description typique d'une maladie, c'est la détermination d'une maladie après le recueil de tous ses symptômes et signes.

Selon **Charon**, le diagnostic positif sera plus précis et plus facile à élaborer si on se posera 04 questions :

- La pathologie est-elle en rémission ou en activité ?

Les signes d'activité de la maladie parodontale sont :

- La suppuration ;
- L'halitose ;
- Le saignement ;
- Les migrations dentaires secondaires à la maladie parodontale.

- Quelle est la quantité de tissus déjà détruits (stade d'avancement) ?

- Mesure de la profondeur des poches et du niveau d'attache.
- Mesure radiologique : évolution de la lyse osseuse.
- Récessions, mobilités et migrations.

- Quelles sont les bactéries infectantes ? voir la pyramide de **Sokranksy** en **1998**.

- De quel type de maladie s'agit-il ?

Voir la Classification d'**Armitage** en **1999**, et la nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires, EFP & AAP, 2017.

Il y a de nouveaux diagnostics qu'on peut ajouter à savoir : le diagnostic bactériologique, immunologique, et enfin moléculaire.

VII. Pronostic :

1. Définition :

Le pronostic est la prédition de l'évolution d'une maladie parodontale, et l'évaluation des chances de succès de la thérapeutique.

C'est donc le jugement porté par le praticien, après le diagnostic sur le déroulement et l'issu préalable de l'affection.

Établi de façon globale par rapport à la denture dans son entièreté ou de façon unitaire.

Le pronostic est établi à différents termes :

- **À court terme** : Elle correspond à la période de cicatrisation et d'adaptation tissulaire.
- **À moyen terme** : Concerne une période de 10 ans après le traitement.
- **À long terme** : État de la denture jusqu'à la fin de la vie.

2. Évaluation qualitative du pronostic :

A. Bon :

On estime que le malade conservera sa dentition toute sa vie.

B. Favorable :

Lorsque le traitement parodontal permet de récupérer les dents que la maladie parodontale a atteint.

C. Défavorable :

Si notre thérapeutique ne permet pas une récupération complète des dents atteintes.

D. Réservé :

C'est lorsque le malade peut ne pas répondre à notre traitement soit par sa non coopération ou en cas de récidives...

E. Mauvais :

Le malade perdra ses dents quel que soit le traitement envisagé.

3. Facteurs influençant le pronostic :

A. Âge :

Lorsque 02 patients d'âge différent se présentent, avec un niveau comparable d'atteinte parodontale ; le pronostic est meilleur chez le sujet âgé, vu que le sujet jeune présentait un processus destructif beaucoup plus rapide qui rend le pronostic plus défavorable.

B. Facteurs généraux, tabac :

C'est la notion du terrain sur lequel se développe la maladie parodontale. Un sujet atteint d'une maladie d'ordre général, se défend mal contre l'atteinte parodontale qui se développe dans ce cas sur un organisme affaibli par opposition au sujet présentant un bon état général.

C. Profil psychologique :

Le stress agit sur les réactions immunitaires et donc influence sur l'évolution de la maladie parodontale.

D. Facteurs anatomiques :

Certains critères anatomiques influencent sur le pronostic, tels : la forme, nombre et longueur des racines dentaires...

En outre, une atteinte de furcation ne signifie pas toujours un mauvais pronostic, celui-ci dépend des possibilités thérapeutiques et prophylactiques.

E. Évolution et topographie de la destruction osseuse :

Les lésions supra-osseuses ont un pronostic favorable, par contre, si la poche se trouve à proximité de l'apex, le pronostic sera réservé avec présence ou non d'affection apicale.

F. Présence de poches résiduelles après traitement :

Cela compromet à long terme la cicatrisation et le contrôle de plaque par le patient.

Le pronostic à long terme dépend des soins d'entretien réguliers.

G. Mobilité dentaire :

- Un degré de mobilité réduit signe un pronostic favorable.
- L'augmentation de l'amplitude du déplacement dentaire est un signe de mauvais pronostic.
- De plus, un déplacement vertical d'une dent, est souvent synonyme d'extraction dentaire.

H. Nombres de dents restantes :

Si le nombre et la distribution des dents ne suffisent pas au soutien d'une bonne prothèse, le pronostic global est défavorable, puisque dans ce cas-là, la prothèse risque d'accélérer la perte dentaire plutôt que de rendre service à la santé parodontale.

I. Traitement :

- ❖ L'absence de signes positifs tels (absence de saignement, reminéralisation des crêtes, diminution de la mobilité...) oblige à réserver le pronostic.
- ❖ Si aucun de ces critères ne stabilise ou n'évolue pas favorablement, les prévisions sont mauvaises.

J. Degré de motivation du malade.

K. Réponses de l'hôte.

L. Type de la maladie parodontale et la nature de la flore.

4. Gingivites :

Elles sont d'un **bon pronostic**, car c'est un stade de maladie parodontale encore **réversible**, à condition d'une élimination complète des irritants locaux, et une bonne coopération du malade.

5. Parodontites :

- ❖ La parodontite chronique superficielle, a un pronostic favorable à long terme, celle qui présente une lyse profonde, a un pronostic favorable ou réservé selon le cas.
- ❖ La parodontie chronique avec une lyse terminale, a un mauvais pronostic en général.
- ❖ La parodontie agressive, en raison de la présence d'une flore très pathogène, présente un pronostic réservé à long terme.
- ❖ Dans d'autres cas, même en présence d'une parodontite agressive, localisée ou généralisée, le pronostic à court terme peut être favorable ou défavorable ; principalement en fonction du degré de la lyse osseuse.
- ❖ La parodontite associée aux maladies systémiques : le pronostic est lié à la sévérité de la maladie parodontale, et l'agressivité de l'altération de l'organisme.
- ❖ Les Parodontites Ulcéro-Nécrotiques sont d'un pronostic favorable, chez les sujets sains, et réservé chez les sujets sidéens.
- ❖ Le pronostic de la parodontite réfractaire est réservé, à cause de la résistance de la flore à la thérapeutique parodontale et médicale.

6. Éléments susceptibles d'améliorer le pronostic :

- ❖ Dépistage précoce de la maladie parodontale.
- ❖ Motivation et éducation du patient.
- ❖ Prévention de l'apparition de la maladie parodontale.
- ❖ Bonne utilisation des examens complémentaires, en particulier l'examen microbiologique pour une bonne identification du germe responsable, et donc une meilleure prise en charge.
- ❖ Améliorer les procédés thérapeutiques : RTG, matériaux de comblements, pour permettre la régénération des tissus du parodonte.
- ❖ Traiter les anomalies fonctionnelles.

VIII. Plan de traitement :

1. Définition :

C'est un ensemble des procédés thérapeutiques instaurés afin d'obtenir une denture fonctionnelle entourée d'un parodonte sain ou assaini.

Le plan de traitement dépendra du type de la lésion, de son stade d'évolution, de l'état de santé générale, et des différents paramètres étiologiques.

2. Objectifs :

- ❖ Motiver le patient.
- ❖ Éliminer ou contrôler les facteurs étiologiques.
- ❖ Élimination des signes de l'inflammation et les signes d'activité de la maladie parodontale.

Dr. BERRAHIM. Examen clinique en parodontologie : Diagnostic, pronostic et plan de traitement.

- ❖ Stopper la progression et l'évolution des lyses osseuses.
- ❖ Diminuer la profondeur de poche ou son élimination radicale.
- ❖ Favoriser le réattachement ou la nouvelle attache.
- ❖ Amélioration des rapports occlusaux.
- ❖ Satisfaire aux exigences esthétiques et fonctionnelles.

3. Étapes du plan de traitement :

Il comprend 04 étapes précédées par une thérapeutique d'urgence en cas d'urgence parodontale :

A. Thérapeutique d'urgence : en cas de :

- ❖ GUN, PUN.
- ❖ Suppurations.
- ❖ Ulcération et érosion gingivales.
- ❖ Abcès gingival ou parodontal.
- ❖ Péricoronarite.
- ❖ Tassement alimentaire.
- ❖ Morsure palatine.
- ❖ Syndrome du septum.
- ❖ Saignement gingival spontané.
- ❖ Mobilité dentaire.
- ❖ DAM.

B. Thérapeutique Initiale ou de Base :

C'est l'ensemble des actes qui reposent sur plusieurs approches : psychiques, pratiques et médicales qui visent à éliminer les étiologies de la maladie parodontale, de stopper sa progression et d'éviter sa récidive.

La remise en état de la cavité buccale se fait par :

- ❖ Motivation à l'hygiène bucco-dentaire.
- ❖ Apprentissage des méthodes de brossages (*Bass* modifié, *Stillman* modifié et *Charters*) avec l'use des adjuvants de brossage.
- ❖ Détartrage / Surfaçage radiculaire et polissage.
- ❖ Extraction des dents et racines irrécupérables.
- ❖ Traitement des caries.
- ❖ Traitement endodontique.
- ❖ Traitement orthodontique mineur.
- ❖ Contention temporaire.
- ❖ Prothèse provisoire.

C. Phase de Réévaluation :

Elle permet de tester le degré de motivation du patient et la réponse tissulaire de l'hôte, ceci implique donc une réévaluation :

Des indices PI, GI, SBI,... et de refaire le sondage parodontal.

Les résultats de cette phase constituent la base de sélection des techniques thérapeutique qui devraient être incorporées dans la phase définitive du traitement.

D. Thérapeutique Corrective :

Cette phase dépendra des résultants de la réévaluation dont le principal objectif est la restauration de la fonction et de l'esthétique.

❖ Thérapeutique non chirurgicale :

Basée sur l'approche **mécanique** et l'approche **médicamenteuse** pour les vraies poches résiduelles de 04 à 05 mm.

❖ Thérapeutique chirurgicale :

- Chirurgie de la poche (vraie poche résiduelle supérieure à 05 mm).
- Chirurgie mucco-gingivale : Frénectomie, Vestibuloplastie, Greffe gingivale....
- Chirurgie osseuse.
- Chirurgie implantaire.

❖ **Réhabilitation occlusale :**

- Traitement prothétique définitif.
- Traitement ODF.
- Gouttière occlusale.
- Contention définitive.
- Meulage sélectif.

E. Phase de Maintenance :

Elle vise à maintenir les résultats obtenus et à prévenir la récidive de la maladie parodontale.

Il s'agit d'un contrôle périodique où le praticien devra évaluer tous les indices.

L'intervalle de ces contrôles est déterminé en fonction de la sévérité de la maladie parodontale et du degré de coopération et de motivation du patient.

Au cours de cette phase tous les traitements effectués auparavant peuvent se répéter (motivation, détartrage, surfaçage radiculaire, chirurgie parodontale...).

IX. Conclusion :

Le traitement de toute pathologie parodontale nécessite l'établissement d'un diagnostic précis et exact. Ce dernier est conditionné en grande partie par un examen clinique rigoureux du malade en suivant un ordre chronologique.

Il se présente comme la déduction de l'examen clinique et de l'étude des différents examens complémentaires ; ce diagnostic établi ainsi que la démarche thérapeutique influencent le choix du pronostic.

X. Bibliographie :

1. **Armitage G C. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions.**
Annals of Periodontology, Vol.4, N°.1, (December 1999), pp. 1-6.
2. **Bercy P. Tenenbaum H. Parodontologie du diagnostic à la pratique.** DeBoek Université. 1996.
3. **Bouchard P. Parodontologie et dentisterie implantaire Volume 1 – Médecine parodontale.** Lavoisier Médecine SCIENCES. 2015.
4. **Bouchard P. Parodontologie et dentisterie implantaire Volume 2 – Thérapeutiques chirurgicales.** Lavoisier Médecine SCIENCES. 2016.
5. **Calas-Bennasar I, Bousquet P, Jame O, Ortí V, Gibert P. Examen clinique des parodontites.**
Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2005 ; 23-442-A-10.
6. **Carranza F A. La parodontologie clinique selon Glickman. 5^{ème} édition.** Éditions CdP. 1988.
7. **Charon J. Mouton C. Parodontie médicale.** Éditions CdP. 2003.
8. **Charon J. et al. Parodontie médicale Innovations cliniques. 2^{ème} édition.** Éditions Cdp, 2010.
9. **Glickman I. Parodontologie clinique.** Éditions CdP. 1983.
10. **Kenneth S. Komman and Maurizio S. Tonetti. Classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions.** November 9-11, 2017, Chicago, IL.
11. **Lindhe J. Manuel de Parodontologie Clinique.** Éditions CdP. 1986.
12. **Newman M G et al. Carranza's clinical periodontology. 12^{ème} édition.** Elsevier Saunders. 2015.
13. **Wolf Herbert F, Edith M. et Rateitschak Klaus H. Atlas de parodontologie.** MASSON. 2004.
14. **Wolf Herbert F, Rateitschak E. et Rateitschak K. Parodontologie.** MASSON. 2005.