

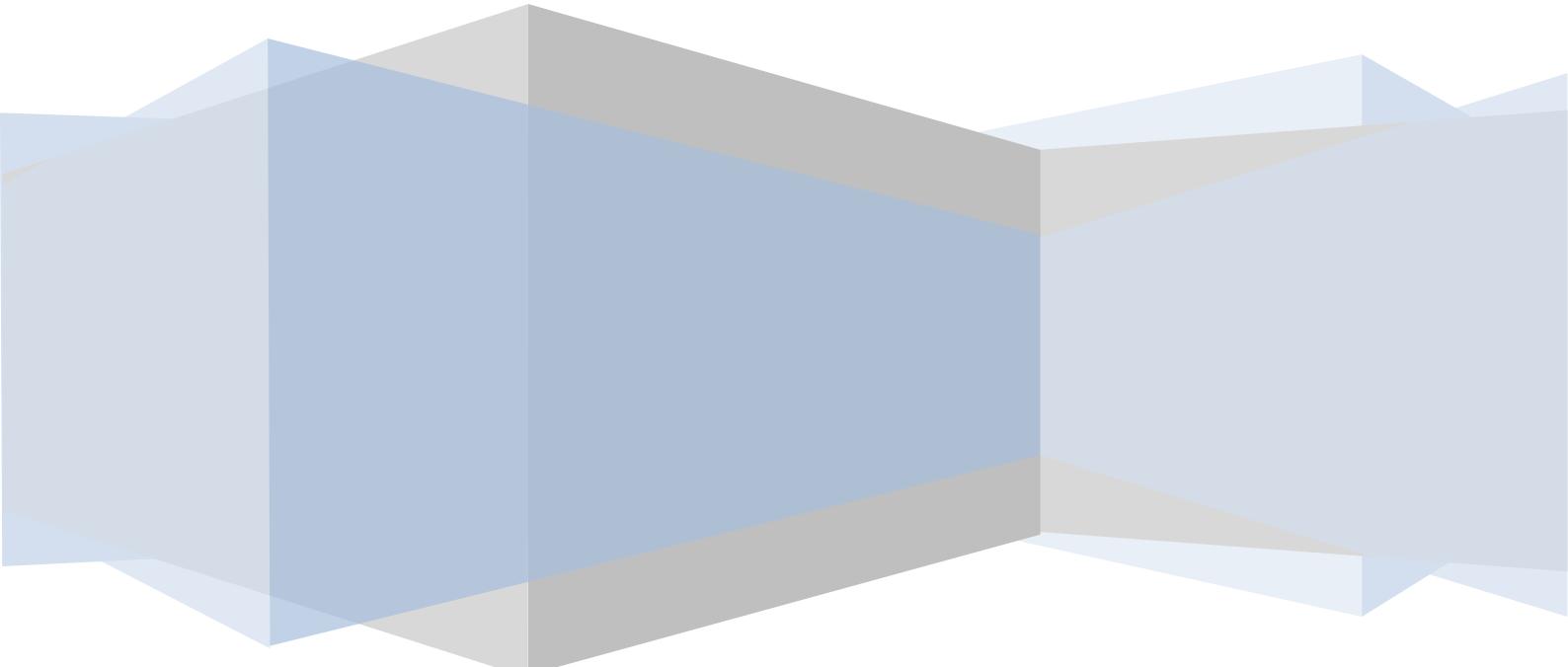
POCHE PARODONTALE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE D'ALGER 1 FACULTE DE MEDECINE ZIANIA
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

POCHE PARODONTALE

COURS 3ème année

Dr. BEGGAH- ADJEROUD 18/12/2024



La poche parodontale

1- Introduction :

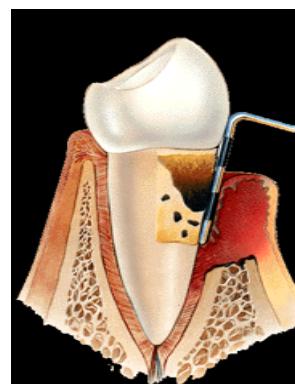
La quantité et la virulence des micro-organismes pathogènes de la plaque bactérienne, ainsi que la résistance de l'hôte (immunitaire) détermine l'activité inflammatoire, et la destruction progressive du parodonte. La poche parodontale est l'approfondissement pathologique du sillon gingivo dentaire, c'est l'un des principaux signes cliniques de la maladie parodontale en générale.

Elle est caractérisée par la transformation de l'épithélium sulculaire en épithélium de poche qui se détache de la surface radiculaire sur laquelle il peut migrer apicalement vers les structures parodontales profondes.

2- Définition :

C'est l'approfondissement pathologique du sillon gingivo-dentaire :

- Soit par migration de l'attache épithéliale en direction apicale avec destruction de l'os alvéolaire et du ligament parodontal on aura : **Une vraie poche**.
- Soit par accroissement du volume gingival en direction coronaire sans déplacement de l'attache ni destruction de l'os on aura donc : **Une fausse poche**.



Vraie poche

3- Sémiologie de la poche parodontale :

La seule méthode sûre permettant de localiser les poches parodontales et de déterminer leur étendue, est d'explorer soigneusement à la sonde parodontale graduée le rebord gingival le long de la surface de chacune des dents.

❖ Les signes cliniques qui indiquent la présence de la poche sont :

- rebord gingival bleu rougeâtre hypertrophie, séparé de la surface de la dent par une crête enroulé.
- zone verticale bleu rougeâtre s'étendant du rebord gingival à la gencive attachée et parfois jusque dans la muqueuse alvéolaire.
- rupture de la continuité vestibulo-linguale de la gencive inter dentaire.
- gencive luisante décolorée et boursouflée associée à des racines dénudées.
- saignement gingival.
- exsudat purulent sur le rebord gingival, ou apparition de cet exsudat à la pression digitale
- mobilité, extrusion et migration des dents.
- présence de diastèmes là où il n'y en avait jamais eu auparavant.

❖ Les poches sont généralement indolores ; mais elles peuvent donner naissance aux symptômes suivant :

- douleurs localisées ou sensation de pression après les repas qui diminue peu à peu ;
- mauvais goût par endroit ;
- une douleur irradiée à l'intérieur de l'os qui s'aggrave par moment ;
- sensation rongeante ;
- sensibilité au chaud et au froid ;
- douleurs dentaires alors qu'il n'y a pas de caries.

4- Description :

❖ La paroi dure :

C'est la paroi radiculaire (cément) infiltré par les produits bactériens, recouverte de tartre et de plaque bactérienne, cette paroi subit souvent des transformations importantes :

Décalcification et reminéralisation du cément : à mesure que la poche s'approfondit, le cément subit une décalcification ainsi qu'une destruction de la matrice de collagène et perte du cément.

Le cément peut se ramollir et subir une fragmentation et une cavitation, suite à son exposition aux fluides buccaux et à la plaque bactérienne ce qui va provoquer des caries radiculaires.

❖ La paroi molle :

Les transformations dégénératives les plus sévères de la poche parodontale se manifestent le long de la paroi latérale au niveau :

→ Tissus conjonctif : est oedémateux largement infiltré par des plasmocytes, des leucocytes polynucléaires disséminés. Il présente une prolifération des vaisseaux sanguins, des fibroblastes et des fibres de collagènes. On voie parfois des foyers nécrotiques simples ou multiples.

→ L'épithélium : présente des transformations dégénératives et prolifératives très frappantes, la dégénérescence et la nécrose des cellules épithéliales entraîne l'ulcération de la paroi latérale avec dénudation du tissu conjonctif très enflammé et une suppuration.

❖ Le fond :

Constitué par l'attache épithéliale résiduelle qui varie selon sa longueur, sa largeur et l'état des cellules épithéliales, ces cellules peuvent être bien formée et saines, elles peuvent aussi présenter une dégénérescence de légère à très marquée.

Dans un cas normal la distance qui sépare l'A.E de l'os alvéolaire est relativement constante, mais par contre elle varie considérablement en cas de maladie Parodontale :

-Dans certains cas, la base de la poche se trouve contre l'os elle n'en est séparée que par une bande de fibres collagènes

-Dans d'autres cas la base de la poche est séparée de l'os par une large zone de tissu de granulation.

❖ Le contenu :

Les poches parodontales contiennent des débris qui sont principalement :

- Des micro-organismes et leurs produits (enzymes, endotoxines ...)
- De la plaque bactérienne, fluide gingival, la mucine salivaire
- Des débris alimentaires
- Des cellules épithéliales desquamées, leucocytes

Lorsqu'il y a un exsudat purulent, il est constitué de :

*leucocytes vivants, dégénérés et nécrotiques.

*bactéries vivantes et mortes, sérum.

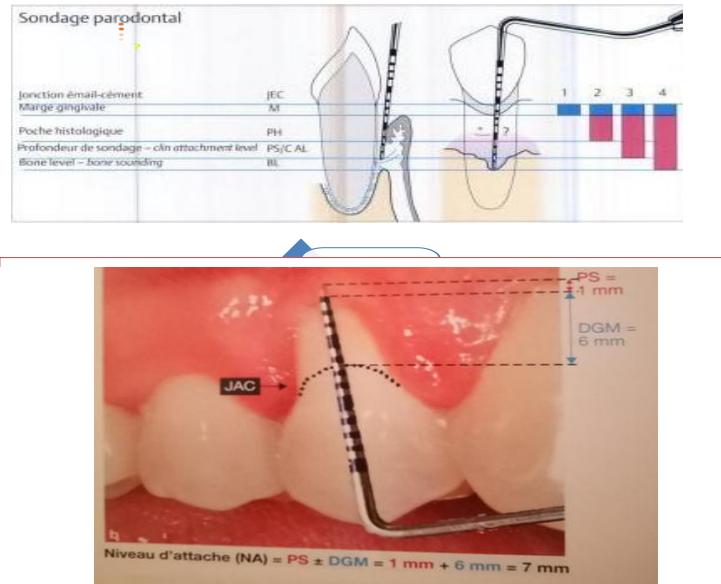
*faible quantité de fibrine.

5-Classification :

L'existence et la mesure de la profondeur de la poche parodontale sont déterminé par le sondage qui s'effectue au nivau du sillon gingivo-dentaire à l'aide d'un instrument spécial gradué qu'on appelle la sonde parodontale.

Le sondage permet de mesurer :

- La distance du fond de la poche à la jonction émail-cément .c'est la mesure approximative de l'importance de la perte d'attache. (degrés d'alveolyse)
- La distance du fond de la poche au bord libre de la gencive, c'est la mesure de la profondeur de la poche.
- La différence entre les deux mesures évalue le degré de récession parodontale.
- **La mesure de la perte d'attache :** c'est la distance qui sépare la jonction émail-cément de la base de la poche,
- la perte d'attache = profondeur de la poche+ degré de la récession parodontale.



Cette exploration permet de classer les poches parodontales selon leur situation par rapport à la dent et la crête de l'os alvéolaire.

5-1- par rapport à l'os alvéolaire : on distingue :

La poche supra osseuse : dans laquelle le fond de la poche est coronaire par rapport à la crête osseuse résiduelle ou la destruction osseuse et de type horizontale.

La poche infra osseuse : dans laquelle le fond de la poche est apicale par rapport à la crête osseuse résiduelle. La destruction osseuse est de type verticale ou angulaire.

Dans ce type de poche les chances de régénérations osseuses seront plus grandes puisque d'une part l'os spongieux découvert va pouvoir participer à la reconstruction et d'autre part le caillot sanguin sera bien protégé.

Mais dans ce cas, tout va dépendre du nombre des parois restantes.

On classe ces lésions osseuses de la façon suivante :

-**poches à trois parois osseuses** : elles ont une paroi dentaire et 03 parois osseuses.

-**poches à deux parois** : elles sont délimitées par deux parois dentaires et deux parois osseuses.

-**poches à une paroi** : elles sont limitées par deux dents, une face osseuse et les tissus mous.

-**cratère** : c'est une forme de poche complexe, délimité par plusieurs surfaces d'une même dent . la perte de substance est importante.

5-2- par rapport à la dent :

Poche simple : atteignant une seule surface de la dent

Poche composée : atteignant une ou plusieurs surfaces de la dent, la base des poches communiquent directement avec le rebord gingival, le long de chaque une des surfaces atteintes.

Poche complexe : c'est une poche en spiral qui débute sur une surface et s'enroule autour de la dent pour atteindre une ou plusieurs autres surfaces. (Trajet sinueux).

6-Mécanismes de formation de la poche parodontale :

Il faut savoir que les mécanismes de formations de la poche et la pathogénèse ont été expliqués grâce à une classification qui a été établie par PAGE et SCHROEDER (dont les détails ont été expliqués dans le cours de l'inflammation), nous reprenant la dernière lésion qui explique la prolifération apicale de l'épithélium jonctionnel ainsi que l'attache épithéliale.

- D'où la formation de la vraie poche parodontale.

❖ La lésion avancée :

- propagation de l'infiltrat cellulaire inflammatoire en direction apicale et latérale,
- destruction des fibres supra-créstales,
- extension de la lésion au niveau de l'os et du desmodonte,
- destruction osseuses, et migration de l'attache épithéliale en direction apicale avec cliniquement formation d'une vraie poche.

Relations entre les aspects cliniques et histopathologiques de la poche parodontale :

Aspects cliniques	Aspects histopathologiques
<p>1. la paroi gingivale de la poche présente, à des degrés divers, une coloration rouge bleuté, une consistance molle, une surface lisse et brillante, et elle prend le godet.</p> <p>2. moins fréquemment, la paroi gingivale peut être lisse et ferme.</p> <p>3. le saignement est provoqué par un léger sondage de la paroi molle de la poche.</p> <p>4. lorsqu'elle est explorée à l'aide d'une sonde, la face interne de la poche est généralement douloureuse.</p> <p>5. dans de nombreux cas, il est possible d'exprimer du pus par pression digitale</p>	<p>1. la coloration est due à la stase circulatoire ; la mollesse est due à la destruction des fibres gingivales et des tissus environnants ; la surface lisse et brillante est due à l'atrophie de l'épithélium et à l'œdème ; le godet provient de l'œdème et de dégénérescence.</p> <p>2. dans de tels cas, les transformations fibreuses l'emportent sur l'exsudat et la dégénérescence, particulièrement celles en rapport avec la face externe de la paroi de la poche, toutefois, malgré l'apparence saine, la paroi interne de la poche présente invariablement un certain degré de dégénérescences et d'ulcération</p> <p>3. le saignement résulte de l'accroissement de la vascularisation, de l'épithélium et de la présence de vaisseaux engorgés à proximité de la face interne.</p> <p>4. la douleur provoquée par une stimulation tactile est due à l'ulcération de la face interne de la paroi de la poche.</p> <p>5. ce phénomène survient dans des poches au niveau de leur paroi interne.</p>

7-Types de destruction de l'os alvéolaire et du ligament :

Le type de poches formées et le type de destructions tissulaires existant dépendront du trajet suivi par le processus inflammatoire quand il s'étend de la gencive aux structures de soutien sus-jacentes. Il suit en général le trajet de moindre résistance, et c'est le plus souvent le manchon du tissu conjonctif qui entoure les faisceaux neuromusculaires.

(Les faisceaux neuromusculaires au niveau des faces vestibulaires et linguaes des dents, sont situés dans le périoste à la surface externe de l'os).

Au niveau de l'os interproximale, les principaux nerfs et vaisseaux se trouvent dans la partie spongieuse de l'os, à peu près à mi-chemin entre les dents adjacentes.

Quand le processus inflammatoire suit le manchon du tissu conjonctif lâche qui entoure ces faisceaux, il envahit et détruit d'abord l'os alvéolaire de soutien ; puis s'étend latéralement à l'os alvéolaire proprement dit et au ligament parodontal.

< Ceci entraînera la formation de poches parodontales supra -osseuses et une perte osseuse de type horizontale >

- Les fibres du ligament parodontal de la crête alvéolaire font en temps normal une barrière efficace contre l'extension de l'inflammation. C'est une autre raison par laquelle l'os alvéolaire de soutien est envahi avant le ligament parodontal.

Cependant, dans certaines conditions, et en particulier dans le cas de trauma occlusal, les fibres cristalettes du ligament parodontal sont affaiblies, et le trajet de moindre résistance est parfois modifié pour aller directement dans l'espace ligamentaire parodontal. Ceci entraîne une résorption des fibres principales et de l'os proprement dit avant celle de l'os de soutien, séparant ainsi la partie la plus coronaire de l'os de soutien, du ligament parodontal et de la dent.

<ce type de résorption osseuse est angulaire ou verticale, et les poches sont de types infra-osseuses.>

8-Mécanismes de destruction du tissu parodontal :

Lors d'une maladie parodontale ; il y a augmentation des ostéoclastes et des phagocytes mononucléaires dans des tissus parodontaux.

Ces deux cellules sont capables de résorber l'os en détruisant d'abord les cristaux minéraux puis en digérant le collagène mis à nu.

On a démontré que les facteurs suivants stimulent l'accroissement des ostéoclastes :

- production d'un facteur activant ces ostéoclastes par les leucocytes stimulés par les antigènes du biofilm bactérien.

- hyper vascularisation associée à l'inflammation,

- endotoxines du micro-organisme bactéroïde melaninogenicus.

Il existe d'autres facteurs en rapport avec la résorption osseuse :

- extrait de glande parathyroïde, prostaglandine

- collagénase

- hyaluronidase

- des forces occlusales excessives.

La mise en évidence radiologique :

Les radiographies confirment la présence de poches parodontales au niveau des régions interdentaires.

Au niveau des faces vestibulaires et buccales : La radiographie sera prise avec un cône de Gutta Percha ou une sonde au niveau du S.G.D donnant une image radio-opaque permettant d'objectiver avec plus de précision la profondeur des poches.

9- conclusion :

Le déclenchement de la maladie parodontale ainsi que le passage de la gingivite à la parodontite sont sous la dépendance de deux facteurs principaux :

Les bactéries de la plaque et la réponse immunitaire dont le déclenchement peu aboutir à des phénomènes <autodestructeurs>, et l'élément qui peu intervenir en tant que facteur aggravant c'est le traumatisme occlusal.