

La Parodontite

Définition :

Le type de parodontite décrite ici est la forme la plus fréquemment rencontrée, la parodontite à progression lente de l'adulte.

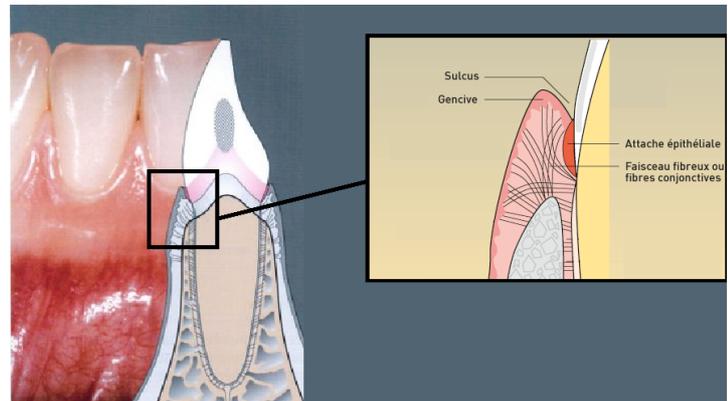
Schématiquement, on peut considérer la gingivite (inflammation superficielle du parodonte) comme un stade initial de la maladie parodontale, précédant la parodontite. La parodontite correspond alors à l'inflammation plus profonde du parodonte. Les principaux tissus incriminés sont l'attache gingivale, l'os et le desmodonte.



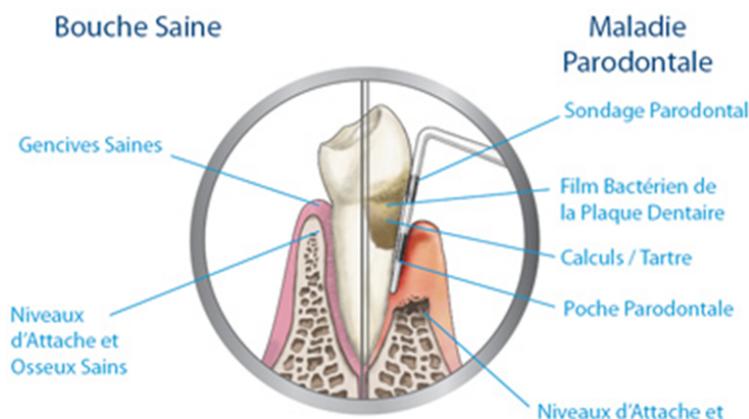
80% de la population adulte est touchée par les maladies parodontales. La maladie parodontale est la plus grande cause de pertes dentaires.

Etiologie :

Consécutivement à la gingivite, les bactéries pénètrent dans le sulcus entre la gencive et la dent, puis elles s'attaquent à l'attache de la gencive afin de progresser plus profondément le long de la racine.



Au cours de cette migration, les toxines produites par les bactéries et les réactions inflammatoires consécutives vont détruire de manière irréversible le système d'attache et les tissus de soutien de la dent. On a alors une formation de poches parodontales qui se trouvent entre la dent et les tissus parodontaux profonds. Ces poches parodontales sont caractéristiques de la parodontite.



Face à cette agression bactérienne, la gencive qui n'arrive pas à se défendre « bat en retraite » : l'attache gingivale se détache de la dent pour s'éloigner des bactéries en migrant le long de la racine : on dit communément que la dent se « déchausse ».

Article sur la Parodontite

Evolution :

Premier stade

Début de perte d'attache. Le sulcus s'approfondit : on appelle cet espace grandissant entre la gencive et la dent, la « poche parodontale ».

La plaque dentaire pénètre sous la gencive.



Stade intermédiaire

La plaque dentaire se transforme en tartre sous la gencive.

Les bactéries sous la gencive se différencient pour devenir plus virulentes.

L'os se résorbe, la perte de gencive devient visible.



Stade avancé

La perte d'attache de la gencive devient telle que les espaces inter-dentaires s'agrandissent : des trous apparaissent entre les dents !

La résorption osseuse est telle que la dent est moins bien enracinée dans l'os : la dent devient mobile.

Au stade terminal, la dent est expulsée.

Dans le cadre d'une parodontite généralisée, l'ensemble des surfaces développées par les poches parodontales équivaut à une plaie de 20 cm² !



Symptômes :

- **gencives rouges et gonflées** qui saignent facilement lors du brossage,
- **mauvaise haleine**,
- **mobilités dentaires** : le système d'ancrage de la dent dans l'os alvéolaire est détruit peu à peu, rendant les dents mobiles. Celles-ci se déplacent et peuvent s'écarter les unes des autres perturbant ainsi la mastication.
- **Récession gingivale** : la gencive est ancrée sur l'os alvéolaire. Lorsque celui-ci est détruit, la gencive peut descendre et découvre alors la racine : on parle de récession gingivale. Dans certains cas, on peut constater la persistance d'un aspect superficiel quasi-normal avec une gingivite modérée mais la perte d'attache est réelle et la poche parodontale déjà présente.
- **abcès parodontaux** : dans certaines formes aiguës de la maladie, les foyers bactériens hébergés par les poches parodontales peuvent provoquer des infections aiguës purulentes très douloureuses.
- **expulsions dentaires** : lorsque tous les tissus de soutien de la dent sont détruits, la dent présente alors une mobilité maximale et peut être expulsée spontanément (perte dentaire). C'est le stade terminal de la maladie.



Article sur la Parodontite

Traitement de la parodontite :

La motivation et l'enseignement des techniques de contrôle de plaque

C'est une étape cruciale dans la réussite du traitement des maladies parodontales. En effet, dans l'immense majorité des cas, le principal facteur responsable des maladies parodontales est la plaque bactérienne. Cette plaque bactérienne se renouvelle constamment d'où la nécessité d'une hygiène et attention rigoureuses et permanentes. On ne peut pas éliminer définitivement cette plaque : on ne peut, par une hygiène régulière, que contrôler sa quantité, sa composition et donc sa dangerosité. Le succès d'un traitement parodontal dans le temps est dans une très large mesure conditionné par la qualité de contrôle de plaque et donc par la *motivation du patient*.

Parfois, un traitement antibiotique peut être prescrit par le praticien.

Le curetage-surfaçage radiculaire

C'est un traitement de première intention. Il est non chirurgical mais s'effectue sous anesthésie locale. Il vise à assainir les poches parodontales peu profondes. Cet acte permet d'une part de stopper, dans l'immédiat, l'évolution des maladies parodontales bénignes, et d'autre part de juger de la capacité du patient à réagir favorablement aux traitements ultérieurs.

Le lambeau d'assainissement :

C'est un traitement de deuxième intention. Il est chirurgical et s'effectue sous anesthésie. Il vise à assainir les poches parodontales qui étaient trop profondes pour être accessibles par un simple curetage-surfaçage radiculaire.

Prévention de la parodontite

Une hygiène bucco-dentaire soignée et régulière demeure la meilleure façon de prévenir la parodontite.

Une méthode efficace est de se brosser les dents pendant trois minutes matin et soir avec une pâte dentifrice au fluor et de passer une soie dentaire entre les espaces inter-dentaires. Ceci permet le contrôle quotidien de la plaque bactérienne et prévient ainsi l'accumulation de germes sur les gencives.

Ces mesures associées à une visite semestrielle chez le chirurgien-dentiste qui va contrôler l'état bucco-dentaire et procéder à un nettoyage professionnel (détartrage et polissage des dents) demeurent la meilleure ligne de défense contre les affections buccales et notamment la parodontite.

