

UNIVERSITE CONSTANTINE 3
FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

SERVICE DE PARODONTOLOGIE

Cours à l'usage des étudiants de 3^{ème} année

CLASSIFICATIONS DES MALADIES PARODONTALES

Dr. OUMEDDOUR.O

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018/2019

Introduction.

1. DEFINITION DE LA MALADIE PARODONTALE.
2. DEFINITION D'UNE CLASSIFICATION.
3. OBJECTIFS DE LA CLASSIFICATION.
4. CLASSIFICATIONS DES MALADIES PARODONTALES :
 - 4.1. Classification de PAGE et SCHROEDER (1982) reprise par BRION et COTTET (1987).
 - 4.2. Classification de l'AAP (1986).
 - 4.3. Classification de SUZUKI et CHARON (1989).
 - 4.4. Classification de World Workshop « WWS » (1989).
 - 4.5. Classification de RANNEY (1992).
 - 4.6. Classification de European Workshop of periodontology (1994).
 - 4.7. Classification de COHEN (1999).
 - 4.8. Classification de MEYER, LEMAITRE et ROCHE-ARVEILLER (1999).
 - 4.9. Classification de l'international workshop de l'Académie Américaine de Parodontologie AAP (1999).
 - 4.10. Classification des maladies et des affections parodontales et péri-implantaires (EFP,AAP,2017)

CONCLUSION

INTRODUCTION :

La classification des maladies parodontales a largement évolué. Les méthodes de diagnostic se sont améliorées entraînant une approche thérapeutique beaucoup plus rationnelle grâce à une meilleure connaissance des mécanismes pathogéniques. Au fur et à mesure que sont apparues les informations sur l'étiologie et la pathogenèse des maladies parodontales et devant la complexité de ces maladies, l'intérêt d'établir une classification s'est avéré indispensable. L'identification des sujets à risque permettra une amélioration quant aux mesures de prévention à mettre en œuvre.

1. DEFINITION DE LA MALADIE PARODONTALE :

Les parodontopathies correspondent à un ensemble de pathologies qui aboutissent à la destruction du parodonte. Ce sont principalement des maladies inflammatoires d'origine bactérienne. Elles passent par deux stades distincts : les gingivites, lésions confinées à la gencive marginale et les parodontites, maladies destructrices des tissus de soutien de la dent.

2. DEFINITION D'UNE CLASSIFICATION :

Une classification permet de ranger par catégorie un ensemble de maladies afin que les mêmes termes englobent tous les signes qui les décrivent. Elle est indispensable pour la réalisation d'études cliniques et épidémiologiques en rendant les résultats comparables entre eux.

3. OBJECTIFS D'UNE CLASSIFICATION :

Les classifications ont pour but de définir les différents types d'atteintes parodontales et les formes cliniques qui s'y rattachent. Ainsi classer une atteinte c'est déterminer un diagnostic caractérisé par les éléments cliniques, radiographiques et biologiques prévus dans la classification.

Les classifications permettent aussi de caractériser les maladies parodontales en précisant leur histoire naturelle, leur progression et leur réponse au traitement.

La classification contribue à l'instauration d'un traitement ciblé et bien approprié.

4. CLASSIFICATION DES MALADIES PARODONTALES (PARODONTOPATHIES) :

4.1. CLASSIFICATION DE PAGE ET SCHROEDER (1982) REPRISE PAR BRION ET COTTET (1987) :

Parodontoses maladies de la denture à localisation parodontale exclusive	Parodontoses symptômes d'une maladie générale
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parodontose: processus dégénératif. ➤ Parodontite: processus inflammatoire: <ul style="list-style-type: none"> • Parodontite de l'adulte. • Parodontites juvéniles: <ul style="list-style-type: none"> -parodontite juvénile localisée. -parodontite précoce. -parodontite prépubertaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de PAPILLON-LEFEVRE • Hypophosphatasie • Acatalsie • Maladie de CHEDIAK-HIGASHI • Diabète insulino dépendant • Acrodynie • Leucopénie • Trisomie 21 • Histiocytose X

4.2. CLASSIFICATION DE L'AAP (Académie Américaine de Parodontologie, 1986) :

- Parodontite juyénile:
 - Pré-pubertaire.
 - Juvénile localisée.
 - Juvénile généralisée.
- Parodontite de l'adulte.
- Gingivite/Parodontite ulcéro-nécrotiques.
- Parodontite réfractaire.

4.3. CLASSIFICATION DE SUZUKI ET CHARON (1989) :

Gingivites	Parodontites
<ul style="list-style-type: none"> • Gingivite associée à la plaque • GUNA • Gingivite hyperplasique médicamenteuse • Autres gingivites (nutritionnelle, desquamative) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parodontite chronique de l'adulte ➤ Parodontite précoce: (à progression rapide) <ul style="list-style-type: none"> • PPR « A » • PPR « B » ➤ Parodontite juvénile: <ul style="list-style-type: none"> • PJL (localisée) • PPJ (post juvénile) ➤ Parodontite pré-pubertaire

4.4. CLASSIFICATION DE WORLD WORKSHOP IN CLINICAL PERIODONTICS (1989):

Gingivites	Parodontites
<ul style="list-style-type: none"> • Gingivite associée à la plaque. • GUNA. • Gingivite hormonale. • Gingivite médicamenteuse. • Gingivite desquamative. • Gingivite associée aux maladies systémiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parodontite de l'adulte ➤ Parodontite précoce: <ul style="list-style-type: none"> • Parodontite pré-pubertaire <ul style="list-style-type: none"> - Généralisée - Localisée • Parodontite juvénile: <ul style="list-style-type: none"> - Généralisée - Localisée • Parodontite à progression rapide ➤ Parodontite associée à des maladies systémiques ➤ Parodontite ulcéro-nécrotique ➤ Parodontite réfractaire

L'âge du patient avait été considéré comme un des éléments clé de cette classification.

4.5. CLASSIFICATION DE RANNEY (1992) :

Parodontites		
Parodontite non précoc	Parodontite précoc	Parodontite d'origine systémique
<ul style="list-style-type: none">• Avec participation systémique.• Sans participation systémique.	<ul style="list-style-type: none">• Localisée (juvénile).• Généralisée (à progression rapide).• Associée à des maladies systémiques	<ul style="list-style-type: none">• Liée au VIH.• Liée au trouble nutritionnel.• D'origine indéterminée.

4.6. CLASSIFICATION DE EUROPEAN WORKSHOP OF PERIODONTOLOGY (1994):

- Parodontite à début précoc:
 - Pré- pubertaire.
 - Juvénile.
- Parodontite de l'adulte.

4.7. CLASSIFICATION DE COHEN (1999) :

- Parodontite de l'enfant.
- Parodontite de l'adolescent.
- Parodontite du jeune adulte.
- Parodontite de l'adulte.

4.8. CLASSIFICATION DE MEYER, LEMAITRE ET ROCHE-ARVEILLER (1999) :

Basée sur l'âge du patient au moment du diagnostic :

- Parodontite à début précoc:
 - Parodontite pré-pubertaire: avant la puberté.
 - Parodontite juvénile: après la puberté.
 - Parodontite post-juvénile de l'adolescent: 18 à 35 ans.
 - Parodontite du jeune adulte: 25 à 35 ans.
- Parodontite de l'adulte : après 35 ans.

4.9. CLASSIFICATION DE L'INTERNATIONAL WORKSHOP DE L'A.A.P (ARMITAGE 1999) :

En 1994 le premier Workshop Européen de Parodontologie concluait que la classification de l'AAP de 1989 était insuffisante parce qu'elle ne couvrait pas toutes les atteintes, ne tenait pas

compte de l'ensemble des acquis de la science et manquait d'informations pouvant orienter le traitement.

L'AAP réunit en 1999 un Workshop International et établit une nouvelle classification (Armitage 1999) comprenant les changements suivants:

- Elle ne tient plus compte de l'âge du patient.
- Les formes à début précoce sont appelées dorénavant « parodontites agressives ».
- Les parodontites de l'adulte sont appelées dorénavant « parodontites chroniques ».
- La parodontite réfractaire disparaît en tant qu'entité.
- Elle précise la classe des maladies gingivales (induites et non induites par la plaque bactérienne).
- Elle développe et cerne mieux les caractéristiques des parodontites associées à des maladies systémiques.
- Elle introduit le terme de « maladie parodontale nécrotique ».
- L'abcès parodontal apparaît dans la classification.
- Les lésions endoparodontales font également partie de la classification.
- Certaines atteintes sont classées en « conditions défavorables innées ou acquises » dans lesquelles les défauts muco-gingivaux sont pris en compte.

Type I : Maladies gingivales

A. Maladies gingivales dues à la plaque :

- Gingivite due exclusivement à la plaque dentaire avec ou sans facteurs favorisants locaux.
- Gingivite modifiée par des facteurs systémiques associée au système endocrinien (puberté, menstruation, grossesse, diabète), associée aux maladies hématologiques (leucémie et autres).
- Gingivite et hyperplasie d'origine médicamenteuse.
- Gingivite modifiée par la malnutrition carence en Vitamine C et autres.

B. Maladies gingivales non-dues à la plaque :

- Maladies gingivales avec étiologie bactérienne spécifique *Neisseria gonorrhoea*, *Treponema pallidum*, Streptocoques et autres.
- Maladies gingivales d'origine virale : Primoinfection herpétique, herpès buccal, zona.
- Maladies gingivales d'origine fongique : Candidose, érythème gingival linéaire, histoplasmose et autres.
- Maladies gingivales d'origine génétique : Fibromatose gingivale congénitale.
- Manifestations gingivales de maladies systémiques.

- Maladies dermatologiques : lichen plan, pemphigoïde, pemphigus vulgaire, érythème polymorphe, lupus érythémateux, d'origine médicamenteuse et autres).
- Réactions allergiques au mercure, nickel, acrylate, dentifrices, produits de rinçage, « chewing-gum », aliments divers et autres.
- Lésions traumatiques chimiques, mécaniques, thermiques.
- Réaction à des corps étrangers.
- Autres

TYPE II : Parodontite chronique :

- Localisée.
- Généralisée.

TYPE III : Parodontite agressive :

- Localisée.
- Généralisée.

TYPE IV : Parodontite comme manifestation de maladies systémiques

A. Maladies hématologiques :

- Neutropénie.
- Leucémie.
- Autres.

B. Troubles génétiques :

- Neutropénie familiale et cyclique
- Syndrome de Down
- Syndrome de déficience d'adhésion leucocytaire.
- Syndrome de Papillon-Lefèvre.
- Syndrome de Chediak-Higashi.
- Histiocytoses.
- Maladie de stockage du glycogène (thésaurismose).
- Agranulocytose infantile génétique.
- Syndrome de Cohen.
- Syndrome d'Ehlers-Danlos, types IV et VIII.
- Hypophosphatasémie.
- Autres.

C Autres maladies.

TYPE V : Maladies parodontales nécrosantes

- A. Gingivite nécrosante aiguë.
- B. Parodontite nécrosante aiguë.

TYPE VI : Abscesses

- A. Abscesses gingival.
- B. Abscesses parodontal.
- C. Abscesses péri-coronaires.

TYPE VII : Lésions endo-parodontales.

TYPE VIII : Malformations ou Déformations et Conditions acquises

A. Facteurs favorisants d'origine dentaire :

- Anatomie dentaire.
- Reconstructions.
- fractures radiculaires.
- Résorptions radiculaires.

B. Problèmes muco-gingivaux des zones dentées :

- Récessions.
- Manque de gencive attachée.
- Profondeur vestibulaire insuffisante.
- Anomalie du frein labial ou d'une insertion musculaire.
- Hyperplasie gingivale.
- Fausse poche, morphologie gingivale inesthétique, hyperplasie gingivale.
- Couleur anormale.

C. Problèmes muco-gingivaux des zones édentées.

D. Traumatisme occlusal.

4.10 CLASSIFICATION DES MALADIES ET DES AFFECTIONS PARODONTALES ET PERI-IMPLANTAIRES

(EFP, AAP, 2017)

Un schéma de classification pour les maladies et les affections parodontales et péri-implantaires est nécessaire pour permettre aux cliniciens de diagnostiquer et de traiter correctement les patients, ainsi que pour étudier l'étiologie, la pathogenèse, l'histoire naturelle et le traitement des maladies et des affections.

4.10.1. Principales modifications :

➤ Santé parodontale, gingivites et conditions gingivales :

L'atelier a abordé les problèmes non résolus avec la classification précédente en identifiant la différence entre la présence d'une inflammation gingivale sur un ou plusieurs sites et la définition d'un cas de gingivite.

Il est convenu que le saignement au sondage devrait être le principal paramètre pour établir les seuils de gingivite.

L'atelier a également caractérisé la santé parodontale et l'inflammation gingivale dans un parodonte réduit après la fin du traitement d'un patient atteint de parodontite.

➤ **Parodontites :**

Le classement fournit des informations supplémentaires sur les caractéristiques biologiques de la maladie, y compris une analyse historique du taux de progression de la maladie, une évaluation du risque de progression, du risque que la maladie ou son traitement puisse nuire à la santé générale du patient.

Le stadage comprend quatre catégories (stades 1 à 4) et est déterminé en tenant compte de plusieurs variables, notamment la perte d'attachement clinique, la quantité et le pourcentage de perte osseuse, profondeur de sondage, présence et étendue des anomalies osseuses angulaires et atteinte de la furcation, mobilité des dents et perte de dents due à la parodontite. Le classement comprend trois niveaux (grade A - risque faible, grade B - risque modéré, grade C – élevé risque de progression) et englobe, en plus des aspects liés à la progression de la parodontite, l'état de santé général et d'autres expositions telles que le tabagisme ou le niveau de contrôle métabolique du diabète. Ainsi, ce classement permet au clinicien d'incorporer les facteurs individuels du patient dans le diagnostic, ce qui est crucial pour la prise en charge complète des cas.

➤ **Associations systémiques :**

La nouvelle classification des maladies et affections parodontales comprend également des maladies systémiques qui affectent les tissus de soutien parodontaux. Il existe des troubles systémiques rares, tels que le syndrome de Papillon Lefèvre, qui entraînent généralement une parodontite sévère. Ces affections sont regroupées sous le nom de «parodontite en tant que manifestation de la maladie systémique» et la classification doit être basée sur la maladie systémique primaire. D'autres affections systémiques, telles que les maladies néoplasiques (cancers), peuvent affecter l'appareil parodontal indépendamment du biofilm de la plaque dentaire

Il existe cependant des maladies systémiques courantes, telles que le diabète sucré non contrôlé, avec des effets variables modifiant l'évolution de la parodontite. Celles-ci semblent faire partie de la nature multifactorielle de maladies complexes telles que la parodontite et sont incluses dans la nouvelle classification clinique de la parodontite en tant que descripteur du processus de classification.

➤ **Conditions muco-gingivales :**

Le rapport de consensus présente une nouvelle classification de la récession gingivale qui combine des paramètres cliniques, y compris le phénotype gingival, ainsi que les caractéristiques de la surface racinaire exposée. Dans le rapport de consensus, le terme biotype parodontal a été remplacé par le phénotype parodontal.

➤ **Traumatisme occlusal et forces occlusales traumatiques :**

La force occlusale traumatique, remplaçant l'expression force occlusale excessive, est la force qui dépasse la capacité d'adaptation du parodonte et / ou des dents. Les forces occlusales traumatiques peuvent entraîner un traumatisme occlusal (la lésion) et une usure ou une fracture des dents excessives.

➤ **Facteurs liés à la prothèse et aux dents :**

La section sur les facteurs liés aux prothèses a été élargie dans la nouvelle classification. Le terme « espace biologique » a été remplacé par des « tissus attachés supracrestaux ». Les procédures cliniques impliquées dans la fabrication des restaurations indirectes ont été ajoutées en raison de nouvelles données indiquant que ces procédures peuvent provoquer une récession et une perte d'attachement clinique.

➤ **Maladies péri-implantaires :**

Une nouvelle classification pour la santé péri-implantaire, la mucosite péri-implantaire et la péri-implantite a été développée par l'atelier.

4.10.2. Résumé de la classification :

A. Classification de la santé parodontale, des maladies et des conditions gingivales :

SANTÉ
PARODONTALE

SANTÉ PARODONTALE	<p>A. Santé gingivale clinique sur un parodonte sain</p> <p>B. Santé gingivale clinique sur un parodonte réduit:</p> <ul style="list-style-type: none">-Patient ayant une parodontite stable-Patient sans parodontite
-------------------	--

2. GINGIVITES INDUITES PAR LA PLAQUE DENTAIRE	<p>A. Associées au biofilm dentaire uniquement</p> <p>B. Associées aux facteurs de risque systémiques ou locaux:</p> <p>➤ <u>Facteurs de risque systémiques (modifiants):</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Tabagisme-Hyperglycémie-Facteurs nutritionnels-Agents pharmacologiques (prescrits, non prescrits et récréatifs)-Hormones sexuelles (puberté, cycle menstruel, grossesse, contraceptifs oraux)-Affections hématologiques <p>➤ <u>Facteurs de risque locaux (prédisposants):</u></p> <ul style="list-style-type: none">-Facteurs de rétention de la plaque (ex: surcontours)-Sécheresse buccale <p>C. Accroissement gingival médicamenteux</p>
--	---

3. MALADIES GINGIVALES NON INDUITES PAR LA PLAQUE DENTAIRE

- A. Troubles génétiques de développement:
 - Fibromatose gingivale héréditaire
- B. Infections spécifiques:
 - Origine bactérienne
 - Origine virale
 - Origine fongique
- C. Conditions inflammatoires et immunitaires:
 - Réactions d'hypersensibilité
 - Maladies auto-immunes de la peau et des muqueuses
 - Lésions inflammatoires granulomateuses (granulomatoses oro-faciales)
- D. Processus réactifs (épulis)
- E. Tumeurs néoplasiques:
 - Tumeurs pré-néoplasiques
 - Tumeurs malignes
- F. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques:
 - Déficit vitaminique (déficit en vitamine C: scorbut)
- G. Lésions traumatiques:
 - Physique et mécanique
 - Brûlure chimique (toxique)
 - Agression thermique (brûlure de la gencive)
- H. Pigmentations gingivales:
 - Mélanoplasie
 - Mélanose tabagique
 - Pigmentations médicamenteuses (anti-paludéen, minocycline)
 - Tatouage amalgame

B. Classification des parodontites :

- A. Gingivites nécrosantes
- B. Parodontites nécrosantes
- C. Stomatites nécrosantes

- A. Maladies ayant un impact majeur sur la perte des tissus parodontaux en influant sur l'inflammation parodontale
- B. Autres maladies et consommations ayant un impact variable sur la pathogénie des maladies parodontales (diabète, obésité, ostéoporose, arthropathies, stress émotionnel, tabagisme, médicaments)

- A. Stades de sévérité:
 - Parodontite initiale
 - Parodontite modérée
 - Parodontite sévère avec potentiel de perte de dents supplémentaire
 - Parodontite sévère avec potentiel de perte de la denture
- B. Étendue et distribution:
 - Localisée
 - Généralisée
 - Incisives et molaires
- C. Grades:
 - Grade A: progression faible
 - Grade B: progression modérée
 - Grade C: progression rapide

		STADE 1	STADE 2	STADE 3	STADE 4
Sévérité	Perte d'attache interproximale	1 à 2mm	3 à 4mm	≥ 5mm	≥ 5mm
	Alvéolite radiographique	<15% 1/3 cervical	15 à 33% 1/3 cervical	≥50% 1/3 moyen ou apical	≥50% 1/3 moyen ou apical
	Boutons dentaires pour l'alignement parodontaire	0	0	≤4	≥5
Complexité	Profondeur de poche	≤4mm	≤5mm	≥6	≥6
	Alvéolite radiographique	Horizontale essentiellement	Horizontale essentiellement	Verticale ≥3mm	Verticale ≥3mm
	Lésions interradiculaires	Non ou classe I	Non ou classe I	Classe II ou III	Classe II ou III
	Défaut crestal	Non ou léger	Non ou léger	Modéré	Sévère
	Besoin en réhabilitation complexe	Non	Non	Non	Oui

C. Classification des récessions gingivales :

RT1: pas de perte d'attache interproximale, JAC non décelable cliniquement (ni en mésial ni en distal)

RT2: perte d'attache interproximale ≤ la perte d'attache vestibulaire

RT3: perte d'attache interproximale > la perte d'attache vestibulaire

D. Classification des abcès parodontaux :

- Abcès parodontal chez des patients atteints de parodontite (poche parodontale préexistante)
- Abcès parodontal chez des patients non atteints de parodontite (pas obligatoire d'avoir une poche parodontale)

E. Classification des lésions endoparodontales :

Lésion endoparodontale avec atteinte radiculaire	Fracture/Fêlure radiculaire	
	Perforation du canal radiculaire ou de la chambre pulpaire	
	Résorption radiculaire externe	
Lésion endoparodontale sans atteinte radiculaire	Lésion endoparodontale chez des patients non atteints de parodontite	Grade 1 : poche parodontale étroite et profonde sur une seule face dentaire
		Grade 2 : poche parodontale profonde et large sur une seule face dentaire
		Grade 3 : poche parodontale profonde sur plusieurs faces dentaires
	Lésion endoparodontale chez des patients non atteints de parodontite	Grade 1 : poche parodontale étroite et profonde sur une seule face dentaire
		Grade 2 : poche parodontale profonde et large sur une seule face dentaire
		Grade 3 : poche parodontale profonde sur plusieurs faces dentaires

F. Classification des maladies et conditions péri-implantaires :

➤ Santé péri-implantaire :

La santé péri-implantaire a été définie cliniquement et histologiquement. Cliniquement, la santé péri-implantaire se caractérise par l'absence de signes visuels d'inflammation et de saignement au sondage. La santé péri-implantaire peut exister autour d'implants à support osseux normal ou réduit.

➤ Mucosite péri-implantaire :

La mucosite péri-implantaire se caractérise par un saignement au sondage et des signes visuels d'inflammation.

➤ Péri-implantite :

La péri-implantite était définie comme une pathologie associée aux plaques survenant dans les tissus entourant les implants dentaires, caractérisée par une inflammation de la muqueuse péri-implantaire et une perte progressive subséquente de l'os porteur. La péri-implantite est associée à un mauvais contrôle de la plaque et à des patients ayant des antécédents de parodontite sévère.

L'apparition d'une péri-implantite peut survenir tôt après la pose de l'implant, comme l'indiquent les données radiographiques. La péri-implantite, en l'absence de traitement, semble évoluer de manière non linéaire et accélérée.

➤ Déficiences en tissus mou et dur péri-implantaires :

Une cicatrisation normale après une perte de dent entraîne une diminution des dimensions du processus de la crête alvéolaire, entraînant des déficiences des tissus durs et des tissus mous. De plus grandes déficiences de la crête peuvent survenir sur les sites associés à une perte sévère du support parodontal, un traumatisme d'extraction, des infections endodontiques, des fractures des racines, des tables osseuses buccales minces, une mauvaise position des dents. D'autres facteurs affectant la crête peuvent être associés à des médicaments et à des maladies systémiques réduisant la quantité d'os formé naturellement, l'agénésie dentaire et la pression des prothèses

CONCLUSION

Cette classification représente le résultat de travail d'un groupe international d'experts. Elle a permis tout d'abord :

- De simplifier le système antérieur rigide, ce qui posait de gros problèmes pour l'établissement d'un diagnostic chez les patients ne rentrant pas parfaitement dans le cadre des différents groupes de maladie parodontale
- Puis de tenir compte des évolutions scientifiques de la décennie passée et moduler la place des différents éléments pris en compte dans l'établissement du diagnostic parodontal.

Des révisions peuvent s'avérer nécessaires si l'on a davantage de connaissances sur l'étiologie et la pathogénèse des maladies parodontales.