

République Algérienne Démocratique et Populaire
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵔⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵔⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵔⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵔⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴰⵎⴰⵔⵜ

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMEN



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د. بنزرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE

Thème :

**Description de l'activité de chirurgie parodontale au sein du service de
parodontologie CHU Tlemcen.**

Bilan de 15 mois de travail.

Présentées par :

HADRI Fatima BRAIK Linda

Soutenue publiquement le 13 Juin 2019 devant le jury:

DR TALEB Hafsa **Maitre assistante en parodontologie** **Présidente**

DR BENSAIDI Sofyane **Maitre assistant en parodontologie** **Assesseur**

DR MESLI Amine **Maitre assistant en pathologie et chirurgie buccale** **Assesseur**

DR ELOUCHDI Ghouti Fethallah **Maitre assistant en parodontologie** **Assesseur**

DR BELBACHIR Nabil **Maitre assistant en parodontologie** **Encadreur**

Année universitaire 2018-2019

Remerciements

Au nom du dieu, le clément et le miséricordieux louange à **ALLAH** le tout puissant.

Nous tenons tout d'abord à remercier le bon dieu qui nous a donné la force, la volonté et patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous tenons à remercier très chaleureusement **monsieur Dr : BELBACHIR Nabil**, qui nous a permis de bénéficier de son encadrement, les conseils qu'il nous a prodigué, son orientation ficelé tout au long de notre étude, la patience et la confiance qu'il nous a témoigné ont été déterminant dans la réalisation de notre travail.

Nous avons eu la chance et le privilège de travailler sous votre direction, de profiter de votre culture et de vos grandes connaissances scientifiques. Votre gentillesse, votre soutien incontestable et votre humanité ont été un exemple pour nous, et cela restera graver dans notre mémoire.

Les plus grandes leçons ne sont pas tirer d'un livre mais d'un enseignant tel que vous, nous vous prions d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Nous espérons réussir notre présentation orale à la hauteur de vos espérances et que ce travail sera à la hauteur de vos attentes, nous vous prions de trouver ici nos remerciements les plus sincères.

Le mérite de ce travail vous revient.

A notre présidente du jury

Madame le docteur TALEB Hafsa

Docteur en médecine dentaire.

Maitre assistante en parodontologie

Vous nous faite un immense honneur en acceptant d'être la présidente de jury de notre mémoire .veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissances.

A notre jury de mémoire,

Monsieur docteur BENSAIDI Sofiane

Docteur en médecine dentaire

Maitre assistant en parodontologie

Nous vous remercions vivement d'avoir accepté de siéger à ce jury, d'évaluer et d'enrichir ce travail. Cependant, nous avons souligné vos grandes connaissances et vos qualités en tant qu'enseignant.

Monsieur docteur MESLI Amine

Docteur en médecine dentaire

Maitre assistant en pathologie chirurgie bucco-dentaire

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Monsieur docteur ELOUCHDI Ghouti Fethallah

Docteur en médecine dentaire

Maitre assistant en parodontologie

Nous tenons à vous remercier pour vos conseils, votre encouragement et votre aide. Nous avons apprécié votre expérience et votre compétence
Veuillez agréer nos remerciements les plus sincères.

Nos remerciements s'étendent également à tous nos enseignants durant les années des études.

Nous tenon a remercié aussi tous le personnel médical et paramédical du service de parodontologie CHU Tlemcen : **Monsieur SAHI, Dr MALTI, Dr CHEMLOUL, Dr NEAHARI, Dr RAHMANI Mme Khamssa, Amina et Nabahet** pour leur effort et leur soutien qui facilite grandement notre travail.

Enfin, on souhaite adresser nos sincères remerciements à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Tous mes remerciements au bon Dieu, le tout puissant, pour ce que je suis aujourd'hui.

Je dédie ce travail en signe de respect, de reconnaissance et de remerciement :

A mes chers parents,

Pour les sacrifices qu'ils m'ont consentis pendant mes études, pour leur immense aide moral
et leur tendre encouragement.

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai
toujours eu pour vous.

Que dieu vous protège et vous accorde longue vie et que la réussite soit toujours à ma porté
pour que je puisse vous combler de bonheur.

A mes frères, Hadj, Sofiane, et Mouad, en témoignage de l'attachement, de l'amour et de
l'affection que je porte pour vous.

A tout les membres de ma famille, petits et grands...

A ma belle famille, et particulièrement à mon fiancé **Abdenour** : je remercie toujours mon
dieu de m'avoir donné la chance d'être ta future femme.

A mon binôme Linda, j'ai l'honneur et la joie d'être tout le temps avec vous et j'ai passée des
meilleurs moments que je n'oublierai jamais.

A toute ma promotion, et plus particulièrement **Sara Iman,** je garderai de bons souvenirs
avec vous.

A Mes enseignants : **Dr BELBACHIR, Dr ZOUAOUI, Dr KDROUSSI, Dr GHEZAZ**
veuillez trouver ici l'expression de mon respectueuse considération et ma profonde
admiration pour toutes vos qualités humaine.

Merci !

HADRI Fatima

Louange à **Allah** le tout puissant, le miséricordieux, le clément, pour m'avoir accordé la force et la volonté d'aller jusqu'au bout du rêve merci **Allah** de m'avoir guidée.

Je dédie ce travail;

A mes chers parents, Je vous remercie de m'avoir accompagné pendant toutes mes études, de m'avoir aidé et soutenu comme vous l'avez fait vous êtes des parents géniaux, et jamais je n'y serais arrivée si vous n'étiez pas là, **MERCI** encore.

A mon cher frère Hamed et mes sœurs Fayza, Nadia et Ghislaine j'espère vivre encore plein de bons moments avec vous, vous êtes mes piliers.

A ma chère sœur Ilham et ses petits: Imad, Mohammed et Islam et leurs papa je ne t'ai jamais oublié " Que dieu ait pitié de ton âme», Je ne vous dirais jamais assez à quel point je vous aime.

A Fatima Zohra Berri, Tu as été une personne qui m'a fait aimer mon métier et tu es comme une sœur pour moi, je suis ravie d'avoir l'occasion de te remercier.

A toute ma promotion, mes amies et toutes ma famille, mon binôme *Fatima, sa famille* et à tous ceux et celles, qui de près ou de loin, ont permis par leurs conseils et leurs compétences la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je n'oserais oublier de remercier tout *le corps professoral* de la clinique dentaires CHU Tlemcen pour le travail énorme qu'il effectue pour nous créer les conditions les plus favorables pour le déroulement de notre étude.

BRAIK Linda

Tables des matières

Remerciements /Dédicaces

Table des matières

Introduction

<u>1. PRESENTATION DE LA CLINIQUE DENTAIRE CHU TLEMEN</u>	3
1.1 HISTORIQUE :	3
1.2 ETUDE ARCHITECTURELLE:	3
<u>2. PRESENTATION DU SERVICE DE PARODONTOLOGIE</u> :	4
2.1 LES ACTIVITES DU SERVICE DE PARODONTOLOGIE :	5
2.2 PRESENTATION DE LA SALLE DE CHIRURGIE PARODONTALE EN MATIERE DE LOCAUX :	5
<u>3. GENERALITES</u>	8
3.1 RAPPELS ANATOMO HISTOPHYSIOLOGIQUE DU PARODONTE :	8
3.1.1 LA GENCIVE:	8
3.1.2 L'OS ALVEOLAIRE:	10
3.1.3 LE CEMENT :	11
3.1.4 LE DESMODONTE:	11
3.2 LA MUQUEUSE BUCCALE :	11
3.2.1 LA MUQUEUSE ALVEOLAIRE :	12
3.2.2 LA MUQUEUSE PALATINE:.....	12
3.3 LES FREINS :	12
3.3.1 DEFINITION :	12
3.3.2 HISTOLOGIE :	13
3.3.3 CLASSIFICATION :	13
3.4 EVALUATION CLINIQUE DE L'ETAT PARODONTAL :	13
3.4.1 LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES D'UNE GENCIVE SAINNE :	13
3.4.2 LES DIMENSIONS DE LA GENCIVE ATTACHEE :	14
3.4.3 LA PAPILLE INTER DENTAIRE :	16
3.4.4 LE SONDRAGE PARODONTALE ET OSSEUX :	18
3.4.5 L'EXAMEN D'INSERTION DES FREINS :	18
3.4.6 LES CRITERES ESTHETIQUES :	19
<u>4. La maladie parodontale</u>	23
4.1 DEFINITION :	23
4.2 CLASSIFICATION :	23
4.3 ETIOPATHOGENIE :	25

4.4	SYMPTOMATOLOGIE :	25
4.4.1	SIGNES CLINIQUES :	25
4.4.2	SIGNES RADIOLOGIQUES :	27
4.5	FORMES DE DESTRUCTION DES TISSUS PARODONTAUX :	27
4.5.1	LA POCHE PARODONTALE:	27
4.5.2	LES RECESSIONS MARGINALES TISSULAIRES:	29
4.5.3	LES PARODONTOLYSES :	33
4.5.4	HYPERTROPHIE/HYPERPLASIE :	34
4.6	LE TRAITEMENT DE LA MALADIE PARODONTALE :	34
4.6.1	LA THERAPEUTIQUE INITIALE :	34
4.6.2	LA REEVALUATION :	35
4.6.3	LA THERAPEUTIQUE CORRECTIVE :	35
4.6.4	LA REHABILITATION OCCLUSALE :	36
4.6.5	LA MAINTENANCE:	36
4.6.6	LE PRONOSTIC :	36
5.	<u>La chirurgie parodontale</u>	39
5.1	DEFINITION :	39
5.2	LES OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE PARODONTALE:	39
5.2.1	OBJECTIFS GENERAUX :	39
5.2.2	OBJECTIFS SPECIFIQUES :	39
5.3	CLASSIFICATION DE LA CHIRURGIE PARODONTALE :	39
5.3.1	CLASSIFICATION DE KRAMER (1966) :	39
5.3.2	CLASSIFICATION DE TECCUCIANU (1976):	41
5.4	CRITERES DE DECISION DE LA CHIRURGIE PARODONTALE :	42
5.5	PRINCIPES GENERAUX DE LA CHIRURGIE PARODONTALE :	43
5.5.1	DESINFECTION :	43
5.5.2	ANESTHESIE :	43
5.5.3	INCISION	43
5.5.4	DECOLLEMENT	44
5.5.5	LAMBEAU :	44
5.5.6	LES SUTURES :	45
5.5.7	LA CICATRISATION :	46
5.6	PLACE DE LA CHIRURGIE PARODONTALE DANS LE TRAITEMENT DES PARODONTITES :	46

5.6.1	TEMPS PRE OPERATOIRE :	46
5.6.2	INSTRUMENTATION ET MATERIELS NECESSAIRES A LA CHIRURGIE PARODONTALE:	47
5.6.3	COMPLICATIONS LIEES A LA CHIRURGIE:	47
5.6.4	TEMPS POST OPERATOIRE:	48
5.6.5	PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE:	48
5.7	CRITERES DE SUCCES D'UN TRAITEMENT CHIRURGICALE PARODONTALE :	49
5.8	LES DIFFERENTES ATITTTTUDES ADOPTEES A NOTRE SERVICE :	49
6.	<u>La partie pratique.....</u>	<u>51</u>
6.1	PROBLEMATIQUE :	51
6.2	METHODOLOGIE :	51
6.2.1	LE TYPE D'ETUDE :	51
6.2.2	LE LIEU DE L'ETUDE:	51
6.2.3	DUREE DE REALISATION :	51
6.2.4	OBJECTIF PRINCIPAL :	51
6.2.5	SELECTION DES PATIENTS :	52
6.2.6	MATERIELS :	52
6.2.7	METHODES :	52
6.2.8	PERSONELS :	53
6.3	RESULTATS :	55
6.3.1	REPARTITION DE NOS PATIENTS SELON LE SEXE :	55
6.3.2	REPARTITION DE NOS PATIENTS SELON L'AGE:	56
6.3.3	REPARTTION DE NOS PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION :	57
6.3.4	REPARTITION DE NOS PATIENTS SELON LE TYPE DE L'INTERVENTION :	58
6.3.5	MOYENNE D'EXPLOITATION DU FAUTEUIL DE PARODONTOLOGIE PAR JOUR :	59
6.4	DISCUSSION :	61
6.4.1	LES LIMITES DE NOTRE ETUDE :	61
6.4.2	DISCUSSION :	61
	<u>Conclusion.....</u>	<u>64</u>

Liste d'abréviation

Liste de figures

Liste des tableaux

Références

Annexe

Résumé /Abstract

*Liste des
Abréviations*

A

AAP : Académie Américaine de Parodontologie.

C

CHU : Centre hospitalo-universitaire.

E

EC : élongation coronaire

EFP : Fédération Européenne de Parodontologie

G

GBE : gingivectomie à biseau externe.

GBI : gingivectomie à biseau interne

GC : Greffe conjonctif

GEC : Greffe épithélio-conjonctif.

H

HBD : Hygiène bucco-dentaire

HTA : Hauteur de gencive attachée

L

LAP : lambeau d'assainissement parodontal

LDA : lambeau déplacé apicalement.

LDC : lambeau déplacé coronairement.

LDL : lambeau déplacé latéralement.

LEA : lambeau esthétique d'accès.

LMG : Ligne mucogingivale.

R

RTG : Régénération tissulaire guidée

Liste des Figures

Figure 1 : Anatomie et histologie de la gencive saine.....	10
Figure 2 : parodonte type I, II, III, et de IV de MAYNARD et WILSON.....	15
Figure 3 : a- exemple d'un parodonte fin et festonné. b-exemple d'un parodonte plat et épais. Source : François Vigouroux avec collaboration de Reynald Da Costa –Noble ;.....	15
Figure 4 : les quatre types de parodonte selon KORBENDEAU et GUYOMARD. Source : BORGHETTI A MONNET-CORTI V. Chirurgie plastique parodontale.	16
Figure 5 : classification de NORDLAND ET TARNOW (1998).....	17
Figure 6 : classification de JEMT (1997).source : https://www.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop412A/2011-0032_angol/ch03s02.html	18
Figure 7 : la classe de la ligne esthétique gingivale. Source : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/qip121.htm	21
Figure 8 :Classification des poches parodontales selon le fond de la poche par-rapport à la crête alvéolaire. Source :L. Wolf, «Periodontitis and osseous defects,» chez <i>School of dentistry university of Minnesta</i> ,2009.	28
Figure 9 : Classification des poches parodontales selon le nombre des parois osseuse restantes.	29
Figure 10 : Les différentes incisions utilisées en chirurgie parodontale, de gauche à droite :-à biseau interne, à biseau externe, intrasulculaire. Source :Bouchard P. <i>Parodontologie & Dentisterie Implantaire: Volume 1: Médecine Parodontale. Lavoisier Médecine, France. 2015.</i>	43
Figure 11 : Quelque instrument utilisés en chirurgie parodontale, de gauche à droit: précelle de marquage, Kirkland, lames bistouri. Source : Bouchard P. <i>Parodontologie & Dentisterie Implantaire: Volume 1: Médecine Parodontale. Lavoisier Médecine, France. 2015.</i>	47

Liste des Tableaux

Tableau 1 :Classification des maladies parodontales (AAP/EFP Armitage 1999)..... 23

Tableau 2 : classification des récessions gingivales. 31

Tableau 3 : objectifs chirurgicaux, indications et résultats clinique espérés des principaux
Lambeau..... 44

Introduction

Les parodontites sont des maladies inflammatoires d'origine infectieuse d'évolution aléatoire et de mode asynchrone qui se caractérisent par la destruction progressive du système d'attache de la dent. Sans traitement, elles peuvent évoluer jusqu'à la perte des dents.

Les parodontites sont des maladies qui atteignent principalement les adultes. Leur prévalence est importante. Pour certains auteurs 90 % des individus sont touchés par la maladie et 50% des jeunes de 15 à 19 ans ont au moins une poche parodontale (Waerhaug, 1966, Sheiham). Une étude plus récente montre qu'environ 35 % des adultes, présentent une parodontite, plus de 60 millions de personnes - parmi lesquels, 12,6 % ont une forme agressive.

La prévalence est plus importante chez les hommes et dans les populations noires et mexicaines (Albandar et coll., 1999).⁽¹⁾

A l'heure les solutions thérapeutiques sont en perpétuel développement et changement en matière de technique, d'hygiène, d'asepsie et d'ergonomie définies par la haute autorité de santé.

L'objectif de cette étude est de présenter le service de parodontologie CHU Tlemcen en se focalisant sur la salle de chirurgie, définir son champ de travail et ses perspectives mais également d'analyser les résultats des statistiques portant sur ses activités chirurgicales. Les études statistiques au sein des services de parodontologie ne sont pas si nombreuses ce qui offre originalité à notre thématique intitulée : description des activités chirurgicales au niveau du service de parodontologie CHU Tlemcen classée comme une étude descriptive transversale.

Dans cette optique, nous tiendrons en compte de nouvelles données issues des recherches cliniques, microbiologiques, épidémiologiques, Immunologiques qui ont modifié profondément nos attitudes quotidiennes préventives, diagnostic et thérapeutique pratiqué au fil du temps.

Nous commencerons en première partie par un historique du service de parodontologie, la salle de chirurgie et les normes mondiales de ces infrastructures.

Dans cette étude on a rappelé ce que sont les maladies parodontales, les gingivites et les parodontites, nous en définirons les causes, les symptômes et les conséquences.

Nous visons également les différentes techniques de la chirurgie parodontale ses indications, contre indication et ses protocoles

Et comme dernier chapitre, un petit aperçu statistique sur l'activité de chirurgie au sein des services, les actes qui se font, la rentabilité du fauteuil de chirurgie ainsi qu'une petite étude sur les patients ayant bénéficié de cette dernière (sexe, âge, demande thérapeutique...)

Espérant que cette étude ait un relais pour répondre aux questions suivantes :

Quels sont les différentes limites et obstacles qui affrontent le service pour sublimer ses résultats ?

Est ce que notre service par ces infrastructures et équipements actuelles peut répondre aux Différentes demande thérapeutiques et esthétiques de la population ?

Une bonne prise en charge des soins bucco-dentaires préventifs et curatifs est essentielle pour la santé bucco-dentaire, la santé générale et la qualité de vie de chaque individu. Pour cela, chaque établissement de soins bucco-dentaire doit répondre à un certain nombre de critères pré établis dans l'arrêté N°2786 du 11 Février 2008. (Voir annexe).⁽²⁾

1. PRESENTATION DE LA CLINIQUE DENTAIRE CHU TLEMCEM

1.1 HISTORIQUE :

La clinique dentaire a ouvert ces portes en Décembre 1984, son activité a dû être gelée pendant 08ans pour des problèmes divers, jusqu'à sa réouverture en 1994.

Elle prend le nom du docteur Tidjani Damerdji médecin patriote de la 1^{ère} heure, martyr de la révolution algérienne.

Une triple mission est alors confiée à cet établissement :

- √ Soins
- √ Enseignement
- √ recherches

1.2 ETUDE ARCHITECTURELLE:

La clinique dentaire, structure extra hospitalière située dans un boulevard : ALN (Armaï Libération National) Mohammed 05.

Comporte :

- Accueil avec secrétariat.
- Une salle d'attente.
- Une salle de consultation.
- Un bureau pour les chefs services.
- Deux salles de petites chirurgies (parodontale et pathologie bucco-dentaire).
- Deux bureaux pour le personnel enseignant et administratif.

- Quatre salles servant à l'encadrement des étudiants dans les différentes disciplines, travaux pratiques et activité, comportant des petites salles de désinfection et de stérilisation.
- Une salle pour la radiographie panoramique dentaire.
- Une salle pour les techniciens de laboratoire de prothèse dentaire.
- Un vestiaire.
- La présence d'une cave munie d'un compresseur et d'un moteur d'aspiration qui offre l'avantage d'éloigner le bruit.
- Un sanitaire.

La clinique dentaire est actuellement constituée de 03 services :

- Service de parodontologie.
- Service de pathologie bucco dentaire.
- Service d'ODF.

2. PRESENTATION DU SERVICE DE PARODONTOLOGIE :

Le service de parodontologie est structuré comme suit :

- un chef de service : Dr TALEB Hafsa
- des maitres assistants hospitalo-universitaires :
 - Dr ZOUAOUI Amel
 - Dr HOULAEF Nadira
 - Dr KDROUSSI Abdelkader
 - Dr BELBACHIR Nabil
 - Dr BENSAIDI Sofiane
 - Dr ELOUCHDI Ghouti Fethallah

- des chirurgiens dentistes généralistes :

- Dr MALTI Najat
- Dr CHEMLOUL Rachida
- Dr NEHARI Chahinez
- Dr RAHMANI Iman

- les techniciens de stérilisation :

- Mme BOUKLIKHA Amina
- Mme HADJIJ Nabahet

- l'instrumentiste :

- Mme ZENASNI Khamssa

2.1 LES ACTIVITES DU SERVICE DE PARODONTOLOGIE :

Consistent à :

- Une consultation journalière des patients orientés.
- Une prise en charge des patients nécessitant des soins parodontaux ainsi que le suivie par les étudiants, les résidents, et les maitres assistant.
- Des démonstrations des actes de chirurgie pour les étudiants, les résidents de différentes années par les enseignants.
- Un encadrement clinique des étudiants, des internes et des résidents.

Dans cette étude, nous allons nous intéresser à l'activité de chirurgie au sein du service de parodontologie CHU TLEMCEN.

2.2 PRESENTATION DE LA SALLE DE CHIRURGIE PARODONTALE EN MATIERE DE LOCAUX :

- Un fauteuil dentaire fonctionnel avec commandes regroupées électriquement au pied afin de ne pas avoir à les manipuler avec les mains pendant l'intervention.

- Une table de chirurgie située à coté du fauteuil recouverte d'un champ stérile qui recevra l'instrumentation indispensable à l'intervention.
- Un système d'éclairage assuré par un scialytique.
- Un dispositif d'aspiration chirurgicale.
- une zone permettant le lavage chirurgicale des mains.
- Un espace de stockage des instruments.
- Un bac de déchet et la poubelle permettant d'évacuer les déchets à risque infectieux (compresse, fil de suture...), avec un contenu spécial pour les objets piquants tranchants (lame à bistouri, aiguilles...)

GENERALITES

3. GENERALITES

Ce chapitre vis à mettre en lumière les connaissances de base qui s'articulent autour du parodonte sain et pathologique, les différentes classifications des maladies parodontales ... ce qui nous oriente à la pose d'un diagnostic précis, à l'établissement d'une thérapeutique parodontale adéquate.

3.1 RAPPELS ANATOMO HISTOPHYSIOLOGIQUES DU PARODONTE :

Le parodonte est une unité fonctionnelle à part entière, constitué par l'ensemble des tissus qui ont entre eux une interdépendance anatomique et physiologique dont chacun peut être différencié par sa structure sa fonction et sa localisation.

Il se compose du parodonte superficielle représenté par la gencive; et du parodonte profond qui comprend: **l'os alvéolaire, le cément et le ligament parodontale.**

3.1.1 LA GENCIVE: (3, 4)

C'est un élément d'un ensemble plus vaste nommé la muqueuse buccale, c'est l'une des composantes les plus concernés par les pathologies parodontales et donc la plus révélatrice de l'état parodontale.

Devisée en trois parties:

la gencive libre:

Entoure le collet des dents sans être attachée à la surface dentaire, s'applique finement contre la dent, elle délimite un espace virtuel appelé sulcus ou sillon gingivo- dentaire.

On distingue:

la gencive marginale:

La partie la plus coronaire de la gencive, fixée par une simple adhérence.

la gencive papillaire:

La papille inter-dentaire occupe l'espace inter proximal compris entre deux dents adjacentes, sa forme remonte à sa localisation.

la gencive attachée:

De hauteur très variable, fermement adhérente au tissu osseux alvéolaire sous jacentes par des fibres de collagènes, elle a un aspect granité (peau d'orange) d'où l'insertion de ces derniers.

Histologiquement, la gencive est adhérente à la surface dentaire dans la région cervicale par un complexe qui se compose par un tissu conjonctif revêtu par un épithélium.

Cet épithélium est subdivisé selon la localisation en trois compartiments fonctionnels distincts :

•Epithélium oral gingival :

Malpighien, stratifié ortho ou para kératinisé qui fait suite à la gencive attachée.

•Epithélium sulculaire ou créviculaire :

Non kératinisé, constitue la paroi molle du sulcus. Il est en continuité avec l'épithélium gingival.

•Epithélium jonctionnel :

Constitue le fond du sillon gingivo-dentaire et s'accole à la surface de la dent dans la jonction cémento-amailaire.

Le tissu conjonctif ou chorion gingivale présente des caractéristiques de tissu conjonctif peu différencié et diffère des tissus conjonctifs situés sous l'épithélium oral gingival et sulculaire. Il est constitué d'une substance fondamentale riche en fibres de collagènes.

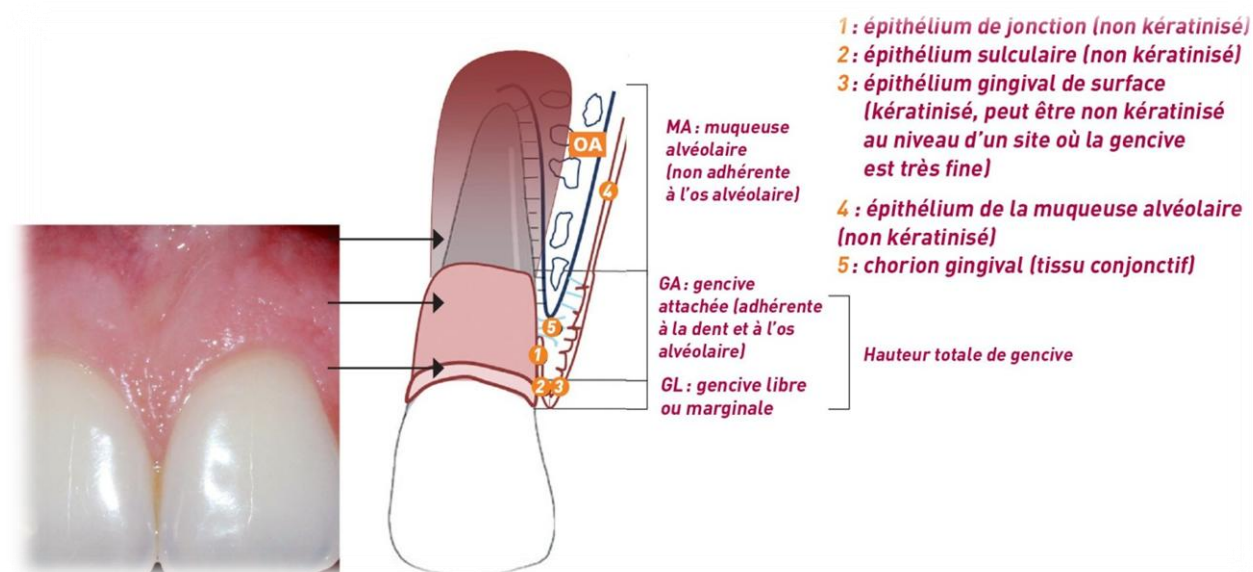


Figure 1 : Anatomie et histologie de la gencive saine.

Source : <https://www.edimark.fr/ressources/anatomie-histologie-gencive-saine>.

Rôle de la gencive : ^(5, 6)

La gencive grâce à sa situation anatomique concourt au maintien de la santé parodontale, elle joue un rôle fondamentale dans la protection des structures parodontales sous-jacentes contre les différentes agressions sans oublier le rôle de fixation, de défense, de nutrition et le rôle émonctoire assuré par l'ensemble de ses constituants.

3.1.2 L'OS ALVEOLAIRE: (3)

Il s'agit de la portion des maxillaires qui entoure les dents, se constitue parallèlement à l'édification radiculaire. Il subit un remodelage osseux selon les forces ou contraintes qu'il subit. La perte de la dent entraîne l'involution et la résorption de la zone alvéolaire concernée.

Il comprend les corticales ou parois externes, les parois alvéolaires ou lames cribliformes, les septa interdentaire et interradiculaires, et enfin la limite cervicale de l'os qui constitue la crête alvéolaire.

Apporte une certaine rigidité et permet le calage de la dent, assure aussi la fixation des fibres ligamentaires et constitue un soutien pour le tissu gingival.

3.1.3 LE CEMENT : (3, 7)

C'est un tissu calcifié recouvrant la dentine radulaire, structure minéralisée de type osseux, mais il n'est ni vascularisé ni innervé.

De point de vue histologique, on distingue plusieurs types de ciment selon la classification de Schroeder (1992-1993) :

- Ciment acellulaire afibrillaire : localisé à la jonction Alvéolo-dentinaire et déposé sur l'émail.
- Ciment acellulaire à fibre extrinsèque : présente dans la partie cervicales jusqu'au milieu de la racine.
- Ciment acellulaire à fibre intrinsèques : il a surtout un rôle adaptatif.
- Ciment cellulaire à fibre intrinsèque : situé dans la partie apicale de la racine, les zones inter-radulaires et dans les lacunes de résorptions arrêtées. Ses rôles principaux sont l'adaptation et la réparation.
- Ciment mixte stratifié : recouvre l'apex, au moins le tiers apical de la racine.

Le ciment permet l'ancrage des fibres du desmodonte.

3.1.4 LE DESMODONTE:

Appelé aussi ligament parodontale ou ligament alvéolodentaire, c'est un tissu conjonctif fibreux qui entoure et attache les racines à l'os.

Comme tous tissus conjonctif, il est constitué d'un compartiment cellulaire (fibroblastes) et d'un compartiment extra cellulaire composé de fibres de collagènes qui sont organisé en faisceaux formant plusieurs groupes. il est richement vascularisé. Ces fibres alvéolo-dentaires assurent l'ancrage de la dent dans son alvéole.

Le desmodonte joue le rôle d'amortisseur des forces occlusales absorbées par le groupe obliques et grâce à la suspension due au contenu hydraulique dans l'espace desmodontale.

3.2 LA MUQUEUSE BUCCALE :

La muqueuse buccale constitue le revêtement de la cavité orale, trois types sont distinguer :

- le muqueux masticatoire.

- la muqueuse bordant.

- la muqueuse spécialisée.

3.2.1 LA MUQUEUSE ALVEOLAIRE :

Partie de la muqueuse buccale séparée de la gencive par la ligne mucogingivale, recouvre la face interne des joues, des lèvres, du côté linguale se continue par la muqueuse du plancher linguale. se distingue de la gencive par sa couleur plus rouge, son aspect plus lisse et sa mobilité.

De point de vue histologique, elle est composée d'un épithélium non kératinisé et d'un tissu conjonctif riche en fibres élastiques.

3.2.2 LA MUQUEUSE PALATINE: (4)

C'est la partie de la muqueuse qui tapisse le palais dur, muqueuse adhérente, permettant un ancrage solide et évitant ainsi toute mobilité de la muqueuse par rapport aux plans profonds. On note l'absence de la sous muqueuse.

C'est elle qui se rapproche plus de la muqueuse gingivale par ses caractéristiques anatomiques, histologiques et physiologique.

3-3 LES FREINS : (8-10)

3-3-1 DEFINITION :

C'est un repli muco-conjonctif, dépourvus de fibres musculaires et constitué essentiellement d'un réseau très dense de fibres conjonctif lâches.

On distingue :

-les freins labiaux et latéraux qui constituent un renforcement de la muqueuse et jouent un rôle aussi dans la physiologie musculaire.

-Le frein lingual qui détermine la position de la langue et permet sa mobilité.

Ce sont les freins qui ont le plus d'influence sur la dentition et l'environnement.

3-3-2 HISTOLOGIE :

Ils sont constitués d'un épithélium stratifié ortho kératinisé parfois kératinisé, formé de deux couches entre lesquelles se trouve un tissu conjonctif lâche.

3-3-3 CLASSIFICATION :

3-3-3.1 La classification des freins maxillaires :

La classification morphologique et fonctionnelle de *Placek et al* (1974)

C'est la plus utilisée en pratique clinique, elle présente une valeur diagnostique et pronostique. Elle classe les freins en fonction de leur insertion par rapport au parodonte marginal :

- Frein type 1, à attachement muqueux : l'insertion se fait à la jonction mucogingivale.
- Frein type 2, à attachement gingival : l'insertion se fait dans la gencive attachée.
- Frein type 3, à attachement papillaire : l'insertion se fait au niveau de la papille et la traction de la lèvre entraîne une mobilité de la gencive marginale.
- Frein type 4, à attachement papillaire pénétrant : dans ce cas le frein rejoint le sommet du septum gingival.

3-3-3.2 La classification du frein lingual :

Plusieurs classifications ont été proposées, parmi lesquelles :

La classification selon *Dahan* (Insertion alvéolaire)

- Une insertion alvéolaire haute : au niveau du tiers coronaire des racines des incisives.
- Une insertion alvéolaire basse : au niveau du tiers radiculaire. (Apical)
- Une insertion alvéolaire très basse : au niveau de l'os basale.

3-4 EVALUATION CLINIQUE DE L'ETAT PARODONTAL :

L'analyse de l'état parodontale permet de poser un diagnostic précis et par conséquent, de noter les besoins en traitement parodontaux.

3-4-1 LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES D'UNE GENCIVE SAINE : ⁽¹¹⁾

La couleur : rose pale ou corail, mais elle peut variée en fonction de la vascularisation, l'épaisseur et le degré de kératinisation de l'épithélium ainsi que la présence des pigmentations de mélanines.

La consistance : la gencive attachée est ferme, tonique, immobile et adhérente au périoste sous jacent alors que la gencive libre à une consistance souple. En présence d'inflammation elle devient molle.

L'aspect : lisse au niveau de la gencive libre, granité (piqueté) en peau d'orange au niveau de la gencive attachée et au niveau des centres des papilles suite à l'insertion des fibres de collagènes.

Le contour : régulier, suit le collet anatomique des dents et se termine en biseau pointu.

Le volume : moyen assurant une profondeur physiologique du sulcus.

3-4-2 LES DIMENSIONS DE LA GENCIVE ATTACHEE : ⁽¹²⁾

3-4-2.1 La hauteur de la gencive attachée :

La gencive attachée s'étend du fond du sulcus jusqu'à la ligne mucogingivale qui la sépare de la muqueuse alvéolaire.

La hauteur de la GA du coté vestibulaire varie en fonction du site, en effet elle est plus importante dans les régions antérieures et varie aussi en fonction de l'âge (plus importante en denture définitive).cette hauteur est obtenue en mesurant la distance entre le sillon marginale et la ligne muco gingivale à l'aide d'une sonde parodontale graduée.

La ligne mucogingivale est repérée soit anatomiquement par la différence de couleur et de texture des tissus gingivale et alvéolaires, soit fonctionnellement par la différence de mobilité ou bien par le positionnement d'un instrument plat au fond du vestibule lorsque la lèvre est tractée apicalement.

3-4-2.2 le biotype parodontale : ⁽¹³⁾

3-4-2.2.1 Classification de MAYNARD et WILSSON (1980) :

Fondée sur la morphologie du parodonte.

Type I : dimensions normales de tissu kératinisé, épaisseur normale des procès alvéolaires.

Type II : dimensions réduites de tissu kératinisé, épaisseur normale des procès alvéolaires.

Type III : dimensions normales de tissu kératinisé, épaisseur mince des procès alvéolaires.

Type IV : dimensions réduites de tissus kératinisés, épaisseur mince des procès alvéolaire. Ce type possède un fort potentiel de récession gingivale en l'absence de control de plaque.

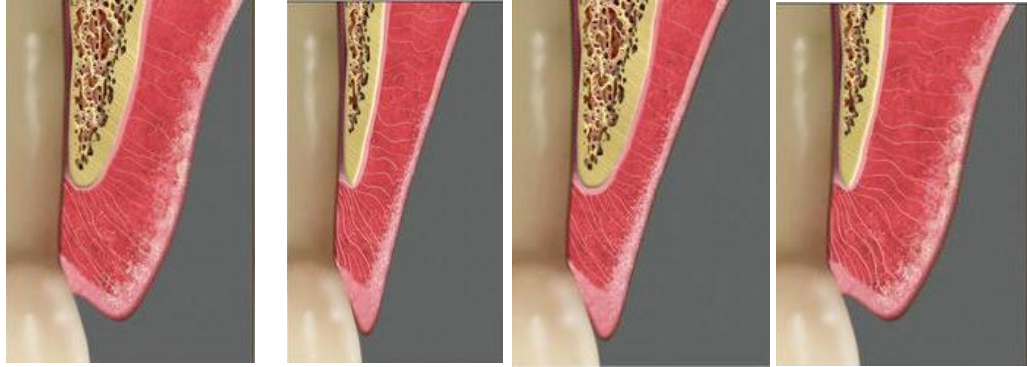


Figure 2: parodonte type I, II, III, et de IV de MAYNARD et WILSON.

Source : A. Borghetti ; V. Monnet –Corti ; avec collaboration de R. Azzi ; P. Bouchard

3-4-2.2.2 Classification de SEIBERT et LINDHE (1989) :

-Un parodonte fin et festonné : caractérisé par une faible épaisseur de gencive, un os sous jacent festonné.

-un parodonte plat et épais : caractérisé par une grande hauteur de gencive kératinisée.



a – parodonte fin et festonné.

B-parodonte plat et épais.

Figure 3: a- exemple d'un parodonte fin et festonné. b-exemple d'un parodonte plat et épais. **Source** : François Vigouroux avec collaboration de Reynald Da Costa –Noble ; Pierre Mac Verballe, Rémi Colomb

3-4-2.2.3 Classification de KORBENDEAU et GUYOMARD (1992) :

Distingue 04 types de gencive en fonction de l'épaisseur des procès alvéolaires, de sa proximité avec la jonction amélo-cémentaire et des dimensions de gencive.

Type A : procès alvéolaires épais, bord marginales proche de la JEC (1mm), tissu gingivale épais et de hauteur supérieure a 2mm. Parodonte idéal.

Type B : procès alvéolaires minces, bord marginale proche de la JEC (1mm), tissu gingivale mince et de hauteur supérieure a 2mm. Parodonte plus fragile.

Type C : procès alvéolaires mince, bord marginale a distance de la JEC (supérieur à 2mm), tissu gingivale mince, tendu et de hauteur supérieure à 2 mm. Parodonte fragile.

Type D : procès alvéolaires mince, bord marginale a distance de la JEC (supérieur à 2mm), tissu gingivale mince, tendu et de hauteur inférieure à 1mm. Parodonte fragile à surveiller car il tend à évoluer vers la récession gingivale.



Figure 4: les quatre types de parodonte selon KORBENDEAU et GUYOMARD. **Source :** BORGHETTI A MONNET-CORTI V. Chirurgie plastique parodontale.

3-4-3 LA PAPILLE INTER DENTAIRE : ⁽¹³⁾

La papille inter-dentaire correspond à l'extension de la gencive libre marginale sous le point de contact.

Il existe plusieurs classifications de la perte de hauteur des papilles.

3-4-3.1 Classification de NORDLAND et TARNOW (1998) :

Situe le sommet de la papille para- port au point de contact et la JEC.

I : le sommet de la papille se situe entre le point de contact et le point le plus coronaire de la JEC sur la face proximale.

II : le sommet de la papille se situe entre le point le plus coronaire de la JEC.

III : le sommet de la papille se situe au niveau de la JEC vestibulaire ou apicalement.

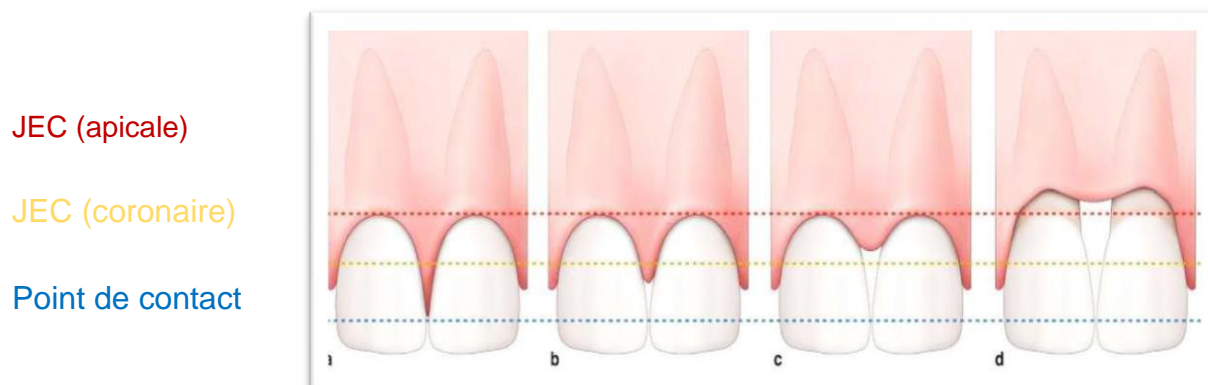


Figure 5:classification de NORDLAND ET TARNOW (1998).

Source: Tarnow, DP, Magner, AW, Fletcher, P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of interproximal dental papilla. J Periodontal 1992;63:995-996.

3-4-3.2 Classification de JEMT (1997) :

PIS : le Papilla Index Score

0 : absence totale de la papille (grand triangle noir), pas de convexité de la gencive.

1 : papille rudimentaire, laissant moins de la moitié de la JEC avec une gencive légèrement convexe.

2 : papille remplissant au moins la moitié de l'espace inter dentaire mais pas complètement.

3 : papille remplissant tous l'espace inter dentaire avec un contour idéal harmonieux des tissus.

4 : papille hyperplasique recouvrant trop largement les dents, contours des tissus irréguliers.

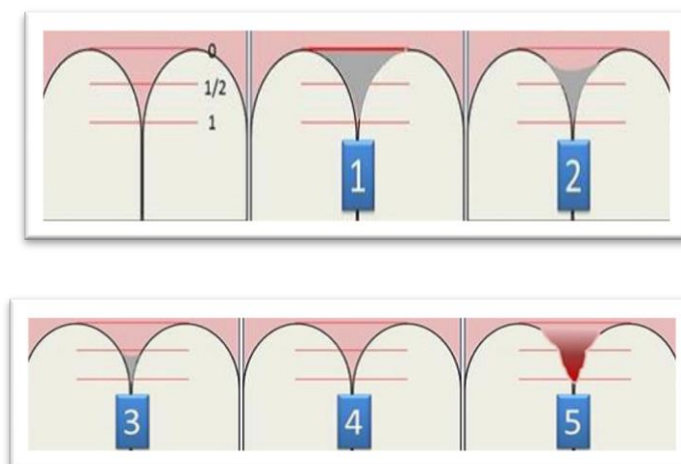


Figure 6: classification de JEMT

(1997).source :<https://www.tankonvvtar.hu/en/tartalom/tamon412A/2011->

3-4-4 LE SONDAGE PARODONTAL ET OSSEUX : ⁽¹⁴⁾

3-4-4.1 Le sondage parodontal :

L'un des éléments clé les plus importants non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour la réévaluation après la thérapeutique initiale. Assuré par une sonde parodontale graduée à extrémité mousse, insérer au niveau du sulcus, parallèlement à l'axe de la dent. Il permet d'enregistrer deux mesures qui sont la profondeur de la poche et la perte d'attache au niveau de trois points (en mésiale, en central et en distal) tant du côté vestibulaire que buccale.

3-4-4.2 Le sondage osseux :

Le sondage osseux s'effectue surtout autour des dents ayant une carie radiculaire ou présentant une fracture, dont le but est de mesurer la valeur de l'espace biologique.

Il est réaliser sous anesthésie locale en enfonçant la sonde jusqu'à la crête osseuse.

3-4-5 L'EXAMEN D'INSERTION DES FREINS :

Il s'agit de faire le test de Chaput qui permet de distinguer un frein physiologique d'un autre pathologique et de déterminer l'action réel des freins sur le parodonte. Ce test consiste à tirer la lèvre vers l'avant, d'exercer une pression sur le bord supérieur du frein, il est jugé positif lorsque le frein tire avec lui la papille et lorsqu'on voit un blanchiment de part et d'autre de celle ci.

3-4-6 LES CRITERES ESTHETIQUES : (13, 15, 16)

Ces critères nous permettent de guider et d'adapter notre stratégie thérapeutique, de suivre des lignes directrices qui correspondent aux critères admis de l'esthétisme et ainsi d'éviter les erreurs.

3-4-6-1 Le parodonte dans le cadre facial :

-références horizontales : quand on s'intéresse au plan incisif et au contour gingival des incisives supérieures on prendra comme référence la ligne bi pupillaire, qui nous permettra de noter les asymétries musculaires, osseuses, dentaires ou gingivales. ces deux lignes doivent être le plus possible parallèle à la ligne bi pupillaire.

-références verticales : déterminer par la ligne sagittale médiane qui sert à évaluer la position et l'orientation de la ligne inter incisive mais aussi les écarts transversaux de situation des dents et de la gencive.

-référence sagittale : le soutien des lèvres est en partie déterminé par la position des dents .au maxillaire les 2/3 cervicaux vont influencer la position de la lèvre supérieure et par conséquent l'angle naso- labial (sa fermeture peut refléter la vestibulo version de ces dents résultant d'un possible problème parodontale).

3-4-6-2 Le parodonte dans le cadre labial :

3-3-6-2-1 Le sourire :

● Classification de Parodontia de LIEBART et al qui a pour but d'étudier la visibilité du parodonte et la papille inter dentaire lors du sourire, elle permet de distinguer 04 classes :

Classe I : ligne très haute, correspond à un sourire qui découvre un bandeau continu de gencive de 3mm ou plus de hauteur.

Classe II : ligne haute, correspond à un sourire qui découvre un bandeau continu de gencive de moins de 2mm de hauteur.

Classe III : ligne moyenne, ne présente que les espaces inter dentaire remplis ou pas par les papilles.

Classe IV : ligne basse, ne découvre absolument pas de parodonte.

3-4-6-2-2 La ligne gingivale :

Nommée aussi ligne des collets, prend comme repère le zénith gingival qui correspond au point le plus apical de la gencive marginale.

CAUDIL, CHICH et al ont distingué 03 types de contours gingivaux considérés comme esthétique :

-les festonnes gingivaux des incisives centrales sont symétriques, ils doivent se situer soit au même niveau 1 mm apicalement à ceux de l'incisive latérale.

-les festonnes gingivaux des incisives latérales ne sont jamais plus apicaux que ceux des canines.

-les festonnes gingivaux des canines sont au même niveau ou situés plus apicalement que ceux des incisives centrales.

3-4-6-2-3 La ligne esthétique gingivale :

Correspond à une droite passant par les zéniths gingivaux des incisives centrales et des canines.

- Classification d'AHMAD (1998) :

Classe I : l'angle est compris entre 45 et 90°, le collet de l'incisive latérale touche ou avoisine (1 à 2mm) la ligne esthétique gingivale.

Classe II : l'angle est compris entre 45 et 90°, le collet de l'incisive latérale est au dessus (1 à 2mm) de la ligne esthétique gingivale, sa partie mésiale recouvre la partie distale de l'incisive centrale.

Classe III : l'angle est égal à 90°, les collets des incisives centrales, latérales et des canines sont alignés sur la ligne esthétique gingivale.

Classe IV : le contour gingival ne correspond à aucun des classes précédentes. L'angle peut être aigue ou obtus.

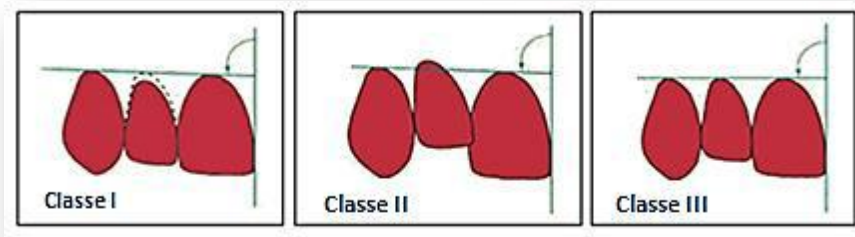


Figure 7: la classe de la ligne esthétique gingivale.

Source : http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/qip121.htm.

La maladie

parodontale

4 La maladie parodontale

4-1 DEFINITION : (17)

La maladie parodontale est un processus pathologique d'étiologie bactérienne qui touche les tissus de soutien entourant la dent .Ce sont des affections multifactoriels, non spécifique, résultant d'un déséquilibre entre le biofilm bactérien et la résistance de l'hôte.

On distingue deux formes cliniques représentées par la gingivite qui se définit comme une lésion inflammatoire réversible confiné aux tissus du rebord gingival, et la parodontite ; état plus avancé touchant le parodonte profond, entraînant la formation d'une poche parodontale, une perte d'attache et l'alvéolyse.

4-2 CLASSIFICATION : (18-20)

Grace a à l'évolution des connaissances cliniques et des résultats des recherches, de nombreuses classifications ont été élaborées dont le but principal est de caractériser les maladies parodontales en fonction de leurs histoire, leur progression, leur réponse au traitement et donc, de permet au praticien de poser un diagnostic différentiel, un diagnostic positif, de procéder à un plan de traitement et un pronostic adapté à la spécificité de chaque patient.

Tableau 1 : Classification des maladies parodontales (AAP/EFP Armitage 1999).

<i>Classification des maladies parodontales (AAP/EFP Armitage 1999)</i>
I-Maladies gingivales A- Maladies gingivales induites par le biofilm bactérien. B- Lésions gingivales non induites par le biofilm bactérien.
II- parodontite chroniques. A- Localisée B- Généralisée

III- Parodontites agressives.

A-Localisée

B-Généralisée

IV- Parodontites en tant que manifestation d'une maladie systémique.

A-associée à des dysfonctionnements hématologiques.

B-associée à des maladies génétiques.

C- associée à des maladies systémiques.

V- maladie parodontale nécrosante aigue.

A- gingivite ulcéro nécrotique.

B- parodontite ulcéro nécrotique.

VI- Abscesses parodontaux.

VII-Lésions endo-parodontales.

VIII-Malformations ou déformations et conditions acquises.

Les parodontites sont aussi classées en fonction de la perte d'attache en :

1- parodontite chronique légère (perte d'attache de 1 à 2 mm)

2- parodontite chronique modérée (perte d'attache de 3 à 4 mm)

3- parodontite chronique sévère (perte d'attache >5 mm)

Source: M. Aaditi, K. Rajashri ET K. Abhay, «Development and Evolution of Classification of Periodontal Disease: an insight, » *international dental journal of student's research*, 2015.

4-3 ETIOPATHOGENIE : (21)

Du parodonte sain au parodonte pathologique

Le principal facteur déclenchant de la maladie parodontale est le biofilm bactérien. Lorsqu'il existe en quantité supérieure au potentiel des tissus gingivaux, une réaction inflammatoire va se produire, si la réponse de l'hôte est efficace le système immunitaire peut contrôler la lésion gingivale qui est discrète dans les premiers stades sans aucun signe clinique ; par contre si elle est inadaptée ou mal régulée, la parodontite peut s'installer et progresser.

D'autres facteurs sont impliqués dans la progression et l'évolution de la maladie parodontale qui sont représentés par des facteurs génétiques, acquis, locaux, microbiologiques et environnementaux.

4-4 SYMPTOMATOLOGIE :

4-4.1 SIGNES CLINIQUES :

4-4.1.1 LA POCHE PARODONTALE :

Considérée comme un signe pathognomonique de la maladie parodontale.

4-4.1.2 LE SAIGNEMENT : (22)

Spontané ou provoqué, parfois au simple touché de la gencive, est considéré comme un signe révélateur de l'inflammation gingivale, extrêmement précoce et bien précis que la rougeur des tissus.

L'exploration des profondeurs des poches permet d'établir un indice de saignement du sulcus, ou encore, un indice de saignement de la papille (PBI). histologiquement, on a pu établir une corrélation entre l'inflammation gingivale et le saignement provoqué par le sondage. Cet indice est corrélé à l'augmentation de sécrétion du fluide gingivale lui-même associé à l'inflammation gingivale.

4-4.1.3 ERYTHEME :

C'est un changement de couleur de la gencive produit par une dilatation des capillaires et une augmentation du flux sanguin. Varie selon l'intensité de l'inflammation.

4-4.1.4 OEDEME :

C'est un exsudat inflammatoire des vaisseaux vers la région inflammatoire, qui se manifeste cliniquement par une augmentation de volume plus ou moins importante.

4-4.1.5 HALITOSE: (23)

Les patients atteints de parodontopathies se plaignent souvent à propos de la mauvaise haleine. De nombreuses études ont montré l'existence de la relation entre celle-ci et le développement de la maladie parodontale. L'une de ces études montre que les composantes sulfurées volatiles peuvent être responsables de la destruction des tissus parodontaux par leur présence à des concentrations très élevées dans les poches parodontales.

4-4.1.6 LA MOBILITE DENTAIRE : (4)

Est une composante des symptômes cliniques à un stade avancé de la destruction des tissus de soutien de la dent, a été évaluée par MUHLMAN :

0 : ankylose

1 : mobilité physiologique perceptible entre les doigts

2 : mobilité transversale visible à l'œil nu inférieure à 1mm

3 : mobilité transversale supérieure à 1mm

4 : mobilité axiale et transversale

Une autre classification a été développée par MILLER : (24)

Score 0 : aucun mouvement détectable, mobilité physiologique inférieure à 1mm.

Score 1 : mobilité plus importante que la normale, mais inférieure à 1 mm.

Score 2 : mobilité maximale de 1 mm dans le sens vestibulo linguale.

Score 3 : mouvement de plus de 1mm dans le sens vestibulo linguale associé à une mobilité axiale, c'est à dire un abaissement de la dent dans son alvéole.

4-4.1.7 LA RECESSION GINGIVALE : ⁽²⁵⁾

Se manifeste par une rétraction de la gencive au niveau du collet de la dent, mettant à nu le ciment recouvrant la racine.

4-4.2 SIGNES RADIOLOGIQUES :

4-4.2.1 L'ALVEOLYSE

Classification : ⁽²⁵⁾

- lyse osseuse superficielle : le 1/3 coronaire de la racine.
- lyse osseuse profonde : le 1/3 moyen de la racine.
- lyse osseuse terminale : le niveau de la lyse est en rapport avec le 1/3 apical de la racine.

Elle peut être horizontale ou irrégulière.

4-5 FORMES DE DESTRUCTION DES TISSUS PARODONTAUX :

4-5.1 LA POCHE PARODONTALE: ⁽²⁶⁾

4-5.1.1 DEFINITION :

La poche parodontale est définie par l'approfondissement du sillon gingivo-dentaire (sulcus).une profondeur de 1à2 mm peut être considéré cliniquement comme physiologique. Certain auteurs distingue la poche gingivale (fausse poche) des poches parodontales (vraies poches), la première étant liée à la gingivite, caractérisée par un accroissement du volume gingivale en direction coronaire sans déplacement de l'attache épithélial ni destruction de l'os alvéolaire. Alors que la deuxième se trouve dans la parodontite avec migration de l'attache épithéliale associé à la destruction des tissus de support.

4-5.1.2 CLASSIFICATION : (24)

Selon le fond de la poche par-rapport à la crête alvéolaire :

-Poche supra osseuse : dont le fond est coronaire à la crête alvéolaire.

-Poche infra osseuse : dont le fond est apical à la crête osseuse, se qui signifie que l'os est présent latéralement à la paroi de la poche.

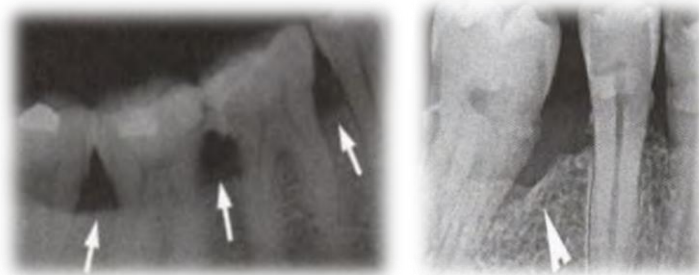


Figure 8 : Classification des poches parodontales selon le fond de la poche par-rapport à la crête alvéolaire. **Source.** Wolf, «Periodontitis and osseuse defects,» chez *School of dentistry university of Minnesta* ,2009.

Selon la morphologie de la poche, en fonction des nombres des surfaces altérées :

-Poche simple : une surface dentaire est impliquée.

-Poche composée : plus d'une surface.

-Poche complexe (en spirale) : signifie que la base de la poche n'est pas en contact direct avec la marge gingivale.

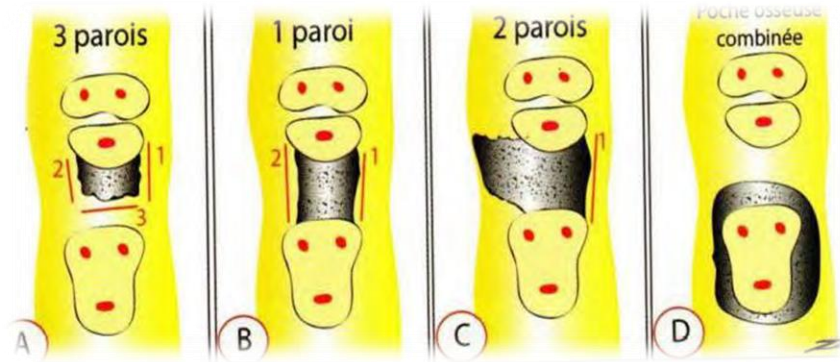


Figure 9 : Classification des poches parodontales selon le nombre des parois osseuse restantes.

Source : P Bouchard, B. Brochery, M. feghali, V. Jaumet, S. Kerner, J. Korngold, E. Maujean, C. Micheau, H. Mora, H. Rangé et B. Schweitz, Parodontologie et Dentisterie implantaire Vol 2, Lavoisier Médecine, 2015.

En fonction de l'activité des poches :

-Poche active.

-Poche inactive.

4-5.1.3 PATHOGENIE : (27)

La poche parodontale est un sulcus approfondis pathologiquement dans des conditions gingivales saines, les mécanismes de défense sont généralement suffisants grâce à un épithélium jonctionnel fonctionnant normale. En revanche, la désorganisation et la destruction de l'intégrité structurale de cet épithélium entraîne la formation des poches, où les cellules de défenses et les macromolécules sont directement déchargées et la majorité des cellules épithéliales font face au biofilm.

L'amincissement de l'épithélium augmente le risque d'envahissement des micro-organismes et leurs produits dans le tissu conjonctif ce qui aggrave la situation.

4-5.2 LES RECESSIONS MARGINALES TISSULAIRES: (6, 28-30)

4-5.2.1 DEFINITION :

La récession tissulaire marginale se définit par la migration de la gencive marginale de telle sorte qu'elle présente une position apicale para port à la jonction cémento-amailaire, provoquant la dénudation de la surface radiculaire. D'autre la définit comme un parodonte atrophique.

Elle peut être localisé ou généralisée et peut évoluée sur une ou plusieurs surfaces dentaires.

Étiologie :

Facteurs physiologiques :

- Diminution de la l'épaisseur de la crête alvéolaire.
- les déhiscences.
- l'insertion des freins près de la région cervicale de la gencive.

Facteurs pathologiques :

Incluant la résorption osseuse suite à des maladies parodontales d'origine microbienne où Le processus est plus complexe car les dents impliquées peut extruder, basculer et devenir mobiles.

Traumatisme :

Suite à l'augmentation de la demande fonctionnelle par la charge occlusale excessive, il va se produire un élargissement du ligament parodontale favorisant ainsi la perte osseuse verticale ou en angles. Dans un certain temps, le contour gingivale suit celle de l'os ce qui entraîne une récession gingivale.

L'hygiène :




Une étude à montrée que la récession gingivale est plus fréquente chez les sujets avec une bonne hygiène bucco-dentaire qu'une mauvaise.


4-5.2.2 CLASSIFICATION :

En 1985, MILLER a proposé quatre classes de la récession gingivale tenant compte le niveau apical de récession et le niveau des tissus mous et durs dans l'espace inter dentaire.

Cette classification nous permet d'établir le pronostic de recouvrement et donc de savoir les possibilités thérapeutiques pour chaque classe de récession

Tableau 2 : classification des récessions gingivales.

	<u>Présentation schématique</u>	<u>Limite de la récession et la perte tissulaire</u>	<u>La fiabilité de recouvrement radiculaire</u>
<u>Classe I</u>		La récession des tissus marginaux ne s'étend pas à la LMG. Aucune perte des tissus mous ou d'os inter dentaire.	Excellent
<u>Classe II</u>		La récession tissulaire marginale s'étendant à la LMG ou au delà de celle-ci. Aucune perte de tissus mous ou d'os inter dentaire.	Excellent
<u>Classe III</u>		La récession tissulaire marginale s'étendant à la LMG ou au delà de celle-ci. il y'a perte d'os inter dentaire et le tissu inter proximal est apical à la jonction cémento-amailaire, tout en restant coronaire la base de la récession.	Le recouvrement radiculaire est partiellement possible.

<u>Classe IV</u>		Les tissus proximaux se situent à la base de la récession, et celle-ci intéresse plus d'une surface de la dent.	Aucun recouvrement n'est possible.
-------------------------	---	---	------------------------------------

Source : Borghetti, V. Monnet-Corti et R. Azzi, La chirurgie plastique parodontale, CdP, 2000.

MOHAJAN a introduit en 2010 une modification de la classification de MILLER tenant compte des progrès réalisés dans le diagnostic et le traitement des récessions gingivales. Plus récemment, CARIO et al incluent un nouveau système utilisant le niveau d'attachement clinique comme critère d'identification.

Ce système identifie trois types de r récession :

Type I : récession gingivale sans perte d'attachement inter proximal. (MILLER CI I et II).

Type II : récession gingivale avec perte égale ou inférieure à la perte de l'attachement vestibulaire. (MILLER CI III).

Type III : récession gingivale avec perte d'attachement supérieure. (MILLER CI IV).

Conséquences :

La présence d'une récession gingivale pose un véritable problème. Le patient s'inquiète de perdre ses dents, se plaindre d'un désagrément esthétique réel ou de sensibilité radiculaire au niveau de la zone exposée.

4-5.2.3 PRONOSTIC :

La possibilité de prévention d'une perte plus importante de tissus dans les zones de récession gingivale dépend de la sévérité et de l'étiologie de la récession.

Si la récession n'a pas atteint la moitié de la racine et si l'on peut identifier et corriger le facteur étiologique, le pronostic de prévention de l'extension de la récession est favorable.

4-5.3 LES PARODONTOLYSES : (31)

4-5.3.1 DEFINITION :

Correspond à la destruction des tissus de soutien des dents à plus ou moins long terme la perte de celle-ci. L'étiologie de ces parodontolyses est bactérienne.

4-5.3.2 ETIOPATHOGENIE :

La destruction de l'os dans la maladie parodontale est provoquée par des facteurs locaux qui se divisent en deux groupes : ceux qui provoquent l'inflammation gingivale et ceux qui provoquent le traumatisme occlusale.

La lyse osseuse provoquée par l'extension de l'inflammation est responsable de la réduction de la hauteur de l'os alvéolaire, alors que le traumatisme provoque une lyse osseuse latérale à la surface radiculaire.

4-5.3.3 DEFAUT OSSEUX ET FORMES DE DESTRUCION OSSEUSE :

Lyse osseuse horizontale :

La forme la plus courante dans la maladie parodontale. la hauteur de l'os est réduite et son rebord est presque perpendiculaire à la surface dentaire.

Le septum inter radiculaire et les tables vestibulaires et linguales sont atteints

Lésions verticales ou angulaires :

Sont celle qui produit dans une direction oblique laissant une cavité dans l'os le long de la racine. La base de la lésion est apicale à l'os qui l'entoure, dans la plus part des cas, les lésions angulaires sont accompagnées de poches infra osseuses.

Cratères osseux :

Sont des concavités situées à l'intérieure de la crête de l'os inter dentaire, limitées par les parois vestibulaires et linguales. ils sont deux fois plus courante dans les segments postérieures que dans les segments antérieures.

Contours bulbeux de l'os :

Ce sont des épaissements osseux provoqués par des exostoses, par une adaptation fonctionnelle ou par formation de l'os en contrefort.

Observés plus fréquemment au niveau du maxillaire que de la mandibule.

Saillies :

Ce sont des rebords osseux en plateau provoqués par la résorption des tables osseuses épaissies.

4-5.4 HYPERTROPHIE/HYPERPLASIE : (32, 33)

La prolifération gingivale comprend une série de maladies avec nombreuses apparences cliniques. Les mécanismes pathologiques étant obscures, de nombreux thèmes ont été utilisé pour le définir .ainsi, l'hyperplasie et l'hypertrophie gingivale était les définitions utilisées pour définir cette pathologie.

C'est une forme courante de réaction des tissus parodontaux à u facteurs irritants.

L'hyperplasie gingivale liée aux médicaments est la forme la plus fréquente. Néanmoins, l'hérédité peut également survenir en cas de fibromatose gingivale.

Se manifeste cliniquement par un processus proliférative peuvent être déterminé par divers facteurs étiopathogènes locaux ou généraux.

4-6 LE TRAITEMENT DE LA MALADIE PARODONTALE : (21)

4-6.1 LA THERAPEUTIQUE INITIALE :

- Motivation à l'HBD : l'information du malade qui repose sur l'enseignement de la bonne méthode du brossage dont la plus répondue est celle de Basse modifiée avec une durée de 03 minutes, trois fois par jour. Ainsi, le malade doit savoir que sans sa participation active aucun traitement parodontal ne peut être conduit à sa guérison.

- Détartrage, surfaçage radiculaire : consiste à l'élimination du biofilm, facteur déclenchant de la maladie parodontale, sur toute la profondeur des poches. Nettoyage efficace avec un débridement des surfaces infectées.

- L'utilisation des adjuvants du brossage : qui servent à renforcer l'HBD vu leur efficacité pour éliminer la plaque dentaire et favoriser la diminution de la poche parodontale.
- La reprise des restaurations mal faites et le traitement des caries.

4-6.2 LA REEVALUATION :

Visé à confronter la situation actuelle à celle au moment de l'observation clinique. Il convient donc de comparer l'ensemble des paramètres cliniques (profondeur des poches, saignement, niveau d'attache...)

4-6.3 LA THERAPEUTIQUE CORRECTIVE : (3- 34-37)

On peut distinguer deux types d'approches thérapeutiques : le traitement chirurgical et non chirurgical, visent à traiter la maladie parodontale, la stopper voire la guérir.

4-6.3.1 LE TRAITEMENT NON CHIRURGICAL :

Visé à compléter l'action décontaminatrice entamée précédemment soit par des procédés à libération rapides ou lentes.

4-6.3.2 LE TRAITEMENT CHIRURGICAL :

- Chirurgie mucogingivale :

Visent à améliorer l'environnement parodontal et le bon contrôle de la plaque. Terme relative aux procédures destinées à préserver la gencive, supprimer ou repositionner les freins à insertion pathologique, et l'augmentation de la profondeur du vestibule. Donc, visé à corriger les défauts de morphologie, de position, de qualité de la gencive autour des dents.

- Chirurgie osseuse :

Incluant les procédures d'élimination des poches parodontales par un lambeau d'accès.

Différentes techniques chirurgicales ont été développées dans le but de régénérer les tissus parodontaux. La régénération tissulaire guidée (RTG) est la première technique proposée, dans les années 1980, basée sur l'utilisation des membranes non résorbables puis résorbables. Une autre technique appelée régénération tissulaire induite par dérivée de matrice amélaire (DMA) basée sur

un concept biologique différent :le bio mimétisme des mécanismes du développement des tissus de soutien de la dent au cours de sa formation.

4-6.4 LA REHABILITATION OCCLUSALE :

Thérapeutiques multidisciplinaires effectuées selon la nécessité d'un :

- Traitement orthodontiques.
- Meulage sélectif des prématurités et des interférences.
- Traitement prothétique et contention définitives.

4-6.5 LA MAINTENANCE: (38)

Il s'agit des soins parodontaux de soutien de façon régulière sur le long terme dans le cadre de la prévention secondaire, afin d'éviter la récurrence et de maintenir les résultats obtenus.

- Facteurs affectant l'efficacité de la maintenance :

Facteurs praticiens

La fréquence des rendez vous, leur durée, la nature et la compétence du personnel impliqués dans la prise en charge sont autant d'éléments qui doivent être pris en considération.

Facteurs patients :

Brossage dentaire et contrôle individuel de plaque : la coopération et l'application des instructions du parodontiste sont des éléments clés de la stabilité de l'état parodontal.

L'adhésion au traitement :

Clé de réussite de toute thérapeutique, a été définie comme un état dans lequel le comportement du patient correspond aux instructions médicales données par le praticien.

4-6.6 LE PRONOSTIC : (39)

Définie comme étant un jugement, une prévision, une supposition sur ce qui doit arriver.

L'estimation du devenir d'une pathologie.

- Facteurs liés aux patients : l'âge, l'état général....
- Facteurs psychosociales : motivation du patient, stress...
- Facteurs locaux : la forme de la maladie parodontale, ex : dans le cas d'une gingivite, le pronostic est jugé bon après traitement.

La chirurgie

parodontale

5 La chirurgie parodontale

5-1 DEFINITION : (40)

La chirurgie parodontale est l'ensemble des thérapeutiques chirurgicales réalisées sur les tissus mous parodontaux et sur l'os alvéolaire sous-jacent.

Elle regroupe l'ensemble des interventions (techniques) qui s'intéressent à ces tissus.

5-2 LES OBJECTIFS DE LA CHIRURGIE PARODONTALE: (1, 41, 42)

La reconstruction des tissus lésés d'un côté et la suppression des poches et d'éventuelle défauts osseux d'autre côté permet l'obtention d'une architecture gingivale compatible avec le maintien d'un contrôle de plaque efficace.

5-2.1 OBJECTIFS GENERAUX :

Le principal objectif de la chirurgie parodontale est de contribuer à la préservation du parodonte en facilitant l'élimination de la plaque et son contrôle.

5-2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Créer une voie d'accès pour la réalisation du détartrage et du surfaçage radiculaire.
- Nettoyage minutieux et surfaçage des surfaces radiculaires sous control visuel.
- Diminution ou suppression des zones retenant la plaque particulièrement la poche qui aggrave la progression de la maladie.
- Elimination de l'inflammation.
- Evaluer les défauts osseux.
- Optimisation de la régénération des tissus parodontaux.
- Reconstitution d'une morphologie fonctionnelle du parodonte marginale et du bord muco- gingival et rétablir l'esthétique.

5-3 CLASSIFICATION DE LA CHIRURGIE PARODONTALE : (43, 44)

5-3.1 CLASSIFICATION DE KRAMER (1966) :

*** En fonction des tissus concernés :**

✿ **Zone kératinisée :**

- Curetage parodontal
- Gingivectomie
- Gingivoplastie

✿ **Zone muqueuse :**

- Freinectomie
- Lambeaux
- Greffes gingivales

✿ **Zone osseuse :**

- Ostéotomie/ osteotomie
- Ostéoplastie
- Greffes d'os
- Substitutions

*** En fonction du type de la chirurgie :**

- ✿ Réparatrice par incision
- ✿ Réductrice par excision

*** En fonction de la chronologie thérapeutique :**

- ✿ Intervention immédiate a chaud (abcès)
- ✿ Intervention après traitement étiologique

*** En fonction du type de cicatrisation :**

✿ **Réattache par réparation**

- Epithélium jonctionnel long
- Adhésion épithéliale ou conjonctive
- Pas de néo-cément, néo ligament, peut être un nouvel os

- SGD plus profond que la normale
- ✱ **Nouvelle attache par régénération**
 - Epithélium jonctionnel court
 - Néo-cément, négligemment, un nouvel os
 - SGD court

5-3.2 CLASSIFICATION DE TECCUCIANU (1976):

*** Techniques réductrices :**

- ✱ **Tissu gingival : gingivectomie**
- ✱ **Tissu muqueux : freinectomie**
- ✱ **Tissu gingival et muqueux : lambeaux** → Lambeau muco périosté vestibulaire repositionné apicalement
 - Lambeau muco périosté palatin
 - Opération mésiale (zone édentée)
 - Opération distale (zone retro molaire)
- ✱ **Tissu osseux : osteotomie**
- ✱ **Tissu gingival, muqueux, osseux, dentaire traitement des lésions pulpo-parodontale**

*** Techniques conservatrices :**

- ✱ **Tissu gingival : lambeau gingival marginal**
- ✱ **Tissu gingival et muqueux : lambeaux repositionnés**
- ✱ **Tissu osseux : curetage des lésions osseuses à 1 et 2 parois et des furcations.**

*** Techniques correctrices:**

- ✱ **Tissu gingival : gingivectomie**
- ✱ **Tissu muqueux : freinectomie**
- ✱ **Tissu osseux : ostéoplastie**

*** Techniques reconstructrices :**

✿ **Mucogingivale :**

- Separation muqueuse (vestibuloplastie)
- Separation muqueuse avec fenestration périostée
- Lambeau de glissement apical
- Lambeau de rotation
- Lambeau bi-papillaire
- Lambeau d'avancement coronaries
- Greffe gingival

✿ **Conjonctivo-périostée :**

- Greffe Conjonctivo- périostée

✿ **Osseuse :**

- Curetage
- Greffe osseuse

5-4 CRITERES DE DECISION DE LA CHIRURGIE PARODONTALE : (34, 40)

Face à un cas donné, l'indication de l'intervention, le choix de son type et son étendue reste une décision prise par le praticien en se référant à un arbre décisionnel en prenant en compte plusieurs paramètres :

- L'état général du patient.
- l'expérience clinique du praticien.
- la quantité du tissu kératinisé.
- la profondeur de poche persistante et le saignement au sondage.
- présence de lésion intra osseuse.
- situation plus ou moins esthétique des zones concernées.

- la mobilité dentaire.
- la morphologie radiculaire et canalaire.
- la position et la valeur occlusale de la dent.
- La classification des lésions inter radiculaires des molaires (bien élucidé dans le tableau suivant).

5-5 PRINCIPES GENERAUX DE LA CHIRURGIE PARODONTALE : (40- 45-50)

5-5.1 DESINFECTION :

L'assistante procède à la décontamination de la zone cutanée péri-buccale puis intra buccale de la zone concernée.

5-5.2 ANESTHESIE :

Une anesthésie locale par infiltration est pratiquée pour désensibiliser le site à opérer.

5-5.3 INCISION

La section fine de tissus mous à l'aide d'instruments tranchants en réalisant un trait franc toute en évitant les obstacles anatomiques, le choix réfléchi des trajets d'incision conditionne le bon déroulement de la chirurgie et des sutures.

Il existe trois types d'incision : à biseau externe, à biseau interne, et intrasulculaire.

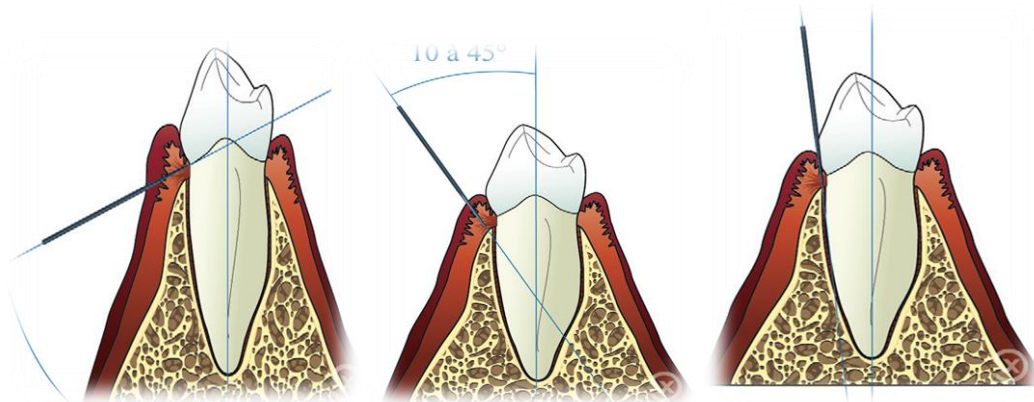


Figure 10 : Les différentes incisions utilisées en chirurgie parodontale, de gauche à droite : à biseau interne, à biseau externe, intrasulculaire. **Source :** Bouchard P. *Parodontologie & Dentisterie Implantaire: Volume 1: Médecine Parodontale.* Lavoisier Médecine, France. 2015.

5-5.4 DECOLLEMENT

Le décollement d'un lambeau doit permettre sa mobilisation passive à distance du support, sa réflexion vise à assurer la meilleure visibilité possible du site opératoire tout en respectant l'intégrité tissulaire.

5-5.5 LAMBEAU :

Un lambeau est un fragment de gencive ou de muqueuse, de forme variable, solidarisé au tissu d'origine par l'intermédiaire d'un pédicule nourricier. Celui-ci permet d'accéder visuellement et chirurgicalement au parodonte profond. En chirurgie parodontale, les lambeaux de pleine épaisseur sont réalisés pour accéder à la surface osseuse et les lambeaux d'épaisseur partielle pour la manipulation des tissus mous en vue de déplacement de gencive. Le lambeau est délimité par des incisions dont le trajet dépend de l'intervention envisagée.

Il existe différents types de lambeaux qui apparaissent au fil du temps dans le but d'optimiser l'esthétique et améliorer les résultats.

Tableau 3 : objectifs chirurgicaux, indications et résultats clinique espérés des principaux Lambeau.

Technique	Objectif chirurgical	Indications	Résultats cliniques
Lambeau d'accès	Réduction des poches parodontales. Gain d'attache.	Poches résiduelles avec saignement au sondage. Chirurgie implantaires.	Réduction des poches parodontales. Gain d'attache clinique.
Lambeau de préservation papillaire	Réduction des poches parodontales. Gain d'attache. Limitation de l'effondrement tissulaire	Espaces inter-radicaire larges	Réduction des poches parodontales. Gain d'attache clinique. Récession proximal

	proximal.		limitée.
Chirurgie mini invasive	Réduction des poches parodontales. Gain d'attache. Limitation du traumatisme opératoire.	Lésions parodontales proximale modérées. Chirurgie implantaires sans lambeau.	Gain d'attache clinique. Récession limitée Suites opératoires minimales
Lambeau avec gingivectomie	Élimination des poches parodontales.	Hauteur de tissu kératinisé importante Secteur postérieurs	Réduction de poche Récession gingivale
Abord distal (Distal Wedge)	Élimination des poches parodontales.	Alvéolyse horizontale sur la dent la plus distale.	Réduction de poche
Lambeau déplacé apicalement	Élimination des poches parodontales.	Hauteur de muqueuse kératinisée modérées. Secteur postérieur	Réduction de poche Récession
Lambeau déplacé coronairement	Gain d'attache. protection du caillot.	Techniques régénératrices Lésions inter-radiculaires.	Réduction de poche. Gain d'attache clinique.

Source : Bouchard P. Parodontologie & Dentisterie Implantaire: Volume 1: Médecine Parodontale. Lavoisier Médecine, France. 2015.

5-5.6 LES SUTURES :

La réalisation des sutures est généralement la dernière phase d'une chirurgie. Elle

Sont les garantes de la cicatrisation. Chaque point à réaliser doit être réfléchi et réalisé de façon soigneuse. La maîtrise de ces sutures est donc indispensable en chirurgie parodontale. Avant toute suture, s'assurer du repositionnement passif du lambeau afin de ne pas transmettre des forces de tension au niveau des points. Une tension excessive favoriserait des déchirures des berges suturées. Il faut aussi évaluer la position à donner au point pour fixer le lambeau dans la position voulue. Et toujours faire passer le fil de la berge la plus mobile vers la berge la plus fixe.

5-5.7 LA CICATRISATION :

La cicatrisation parodontale présente la particularité d'impliquer les tissus mous et calcifiés de la surface radiculaire dans un milieu septique.

La cicatrisation passe généralement par trois phases :

- Phase initiale déclenché par le processus inflammatoire.
- Phase de formation de tissu de granulation
- Phase de formation de la matrice extra cellulaire et son remodelage

Chaque tissu parodontale possède son propre mécanisme biologique de cicatrisation, on assiste à la formation du long épithélium de jonction assurant le maintien de la santé parodontale au niveau du tissu épithélial tandis que la cicatrisation osseuse, cémentaire et du ligament alvéolodentaire nécessite un laps de temps plus important.

5-6 PLACE DE LA CHIRURGIE PARODONTALE DANS LE TRAITEMENT DES PARODONTITES : (40, 51-54)

La phase chirurgicale de la thérapeutique parodontale s'inscrit dans la continuité de la thérapeutique initial, la décision d'intervenir chirurgicalement et le nombre de sites concernés sont déterminés après réévaluation faisant suite à la thérapeutique étiologique qui peut s'effectuer selon Segelnick et Weinberg entre 4 à 8 semaines après thérapeutique initiale.

5-6.1 TEMPS PRE OPERATOIRE :

Une consultation pré opératoire est règlement indispensable pour toutes interventions chirurgicales, l'indication opératoire ainsi que les risques graves et connus qui se rattachent à l'acte

opératoire (risque hémorragique, neurologique et infectieux) doivent être clairement exposé au patient.

5-6.2 INSTRUMENTATION ET MATERIELS NECESSAIRES A LA CHIRURGIE PARODONTALE:

Des instruments spéciaux sont utilisés pour ce type d'intervention :

- Plateau d'examen clinique : sonde parodontale graduée, miroir. Précelle, précelle de marquage.- curette de Gracey, CK6 pour détartrage et surfaçage radiculaire.
- pince porte aiguille, pince hémostatique, ciseau, fil de suture 4.0 et 5.0.
- Pansement parodontal type Coe-pack.
- Embout d'aspiration, compresses.



Figure 11 : Quelques instruments utilisés en chirurgie parodontale, de gauche à droite: précelle de marquage, Kirkland, lames bistouri. **Source :** Bouchard P. Parodontologie & Dentisterie Implantaire: Volume 1: Médecine Parodontale. Lavoisier Médecine, France. 2015.

5-6.3 COMPLICATIONS LIEES A LA CHIRURGIE: (41)

Malgré les compétences du chirurgien et les précautions prises avant et pendant l'intervention, toute chirurgie comporte des risques et un potentiel de complications.

Voici quelques complications possibles :

- L'hémorragie.
- La douleur.
- L'œdème.
- L'infection.
- La nécrose.

Perforation secondaire du lambeau.

Retard de cicatrisation.

Face à chaque'une de ces complications, existe une conduite à tenir bien adoptée permettant de les gérer.

5-6.4 TEMPS POST OPERATOIRE: ⁽⁴⁰⁾

L'œdème est dû à l'inflammation dans les étapes initiant la cicatrisation qui peut être évité par la cryothérapie immédiate et efficace pendant les 10 à 20 min pendant 2 à 72 heures.

Les aliments et les boissons trop chaudes seront évités, préconiser les aliments trop froids.

Il est déconseiller de fumer dans la semaine qui suit la chirurgie car le tabac entrave la cicatrisation.

Le bain de bouche sera commencé pendant les premiers 24heures pour ne pas déstabiliser le caillot initial.

Le patient doit éviter l'exercice physique.

Le brossage sur les sutures et toute mobilisation des tissus opérés sont à éviter jusqu'à retrait du fil.

La pose du pansement chirurgical réalise la protection mécanique du site d'intervention durant la cicatrisation.

5-6.5 PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE: ⁽⁴¹⁾

La prescription post opératoire en parodontologie concerne essentiellement la prévention de la douleur post opératoire, il y'a pas lieu de prescrire une antibiothérapie à la suite d'une intervention chirurgicale en parodontologie si les règles d'intervention ont été respectés et l'usage d'antiseptique sous forme de gel ou de bain de bouche à base de la chlorhexidine 3 fois par jours pendant 10 jours.

La douleur post opératoire est une douleur inflammatoire prévisible de courte durée, la prescription de l'analgésie anticipée ou de la thérapeutique antalgique post chirurgicale doit obéir à certains règles concernant ces derniers, l'antalgique doit couvrir l'ensemble des nycthémères (les horaires de prise sont en fonction de la pharmacocinétique et non pas de la réapparition de la douleur.)

5-7 CRITERES DE SUCCES D'UN TRAITEMENT CHIRURGICAL PARODONTAL : (1, 40)

Les traitements chirurgicaux dans leurs ensembles ont été évalués en se référant à l'état pré-chirurgical et aux résultats des thérapeutiques non chirurgicales.

Plusieurs paramètres ont été élucidés pour définir le succès ou l'échec de la thérapeutiques chirurgicale dont les cite par la suite :

- Le contrôle de la plaque bactérienne.
- La réduction de la profondeur du sondage.
- Niveau d'attache chirurgicale (gain d'attache).
- Les récessions gingivale post thérapeutiques.
- Le comblement osseux des défauts angulaires.
- Le degré d'atteinte des espaces interarticulaires.
- Le taux de récurrence.
- La perte des dents.
- Un contrôle de la plaque optimale et la morphologie des lésions infra osseuse sont parmi les facteurs de succès de traitement chirurgical.
- Le gain d'attache clinique est plus important suite au traitement chirurgical au niveau des sites présentant une profondeur de poche initiale supérieur ou égale à 6mm.

5-8 LES DIFFERENTES ATTITUDES ADOPTÉES A NOTRE SERVICE :

Pour tous patients demandeurs ou nécessitant une chirurgie parodontale au sein de notre service le patient emprunte un chemin bien défini commençant par une consultation de triage suivie d'une orientation vers notre service à ce niveau le patient va bénéficier d'une consultation spécialisée avec une thérapeutique étiologique systématique et ce n'est qu'après présentation du cas que le plan de traitement sera établi.

La décision chirurgicale n'est prise qu'après la phase de réévaluation le patient doit reprendre aux critères demandés.

De ce fait un rendez-vous est donné et la chirurgie est réalisée par l'un des praticiens spécialisés en présence des étudiants.

Un rendez vous de contrôle est donné au patient en fonction de la nature de la chirurgie.

La partie pratique

6 La partie pratique

6-1 PROBLEMATIQUE :

Au sien de notre service de parodontologie (CHU Tlemcen), la chirurgie parodontale occupe une place très importante vue la demande de plus en plus grandissante des patients ainsi que des praticiens des autres spécialités.

Avec l'ouverture d'une salle de chirurgie propre au service de parodontologie en Décembre 2012, cette activité a connue un véritable essor.

Mais hélas l'absence de chiffres et de statistiques concernant cette activité nous a empêchés d'avoir une idée sur le rendement de service en matière de chirurgie parodontale, sur la demande réelle des patients, les orientations du service ainsi que les obstacles qui s'opposent à une meilleure réponse du service envers les attentes des malades.

Tant de questions qu'on a essayé d'y répondre à travers ce modeste travail.

6-2 METHODOLOGIE :

6-2.1 LE TYPE D'ETUDE :

Etude descriptive transversale.

6-2.2 LE LIEU DE L'ETUDE:

Service de parodontologie CHU Tlemcen.

6-2.3 DUREE DE REALISATION :

Du mois de septembre 2018 au mois de mai 2019. (Récolte de 15 mois soit du premier Janvier 2018 jusqu'au premier Avril 2019).

6-2.4 OBJECTIF PRINCIPAL :

Faire une description de l'activité de chirurgie au niveau du service de parodontologie CHU Tlemcen.

6-2.5 SELECTION DES PATIENTS :

6-2.5.1 CRITERES D'INCLUSION :

- patients des deux sexes.
- patients en bon santé.

6-2.5.2 CRITERES DE NON INCLUSION :

- patients avec tare général contre indiquant l'intervention chirurgicale.
- patients non motivés.

6-2.6 MATERIELS :

- registre de la chirurgie.
- plateau de consultation et de chirurgie.



- aspiration chirurgicale.
- logiciel MICROSOFT OFFICE EXCEL 2007.

6-2.7 METHODES :

- Le recrutement des malades se fera au cours des séances de consultations et de TP. (Tous les malades admis en chirurgie seront pris pour l'étude).

-Chaque patient fera l'objet d'un examen clinique approfondis qui se soldera par une planification thérapeutique.

-Pour tous patients admis en chirurgie, un bilan sanguin (FNS complète, glycémie à jeun, bilan d'hémostase) sera demandé.

-La collecte des données se fera à partir du registre de la chirurgie où toutes les informations concernant les malades ainsi que l'acte chirurgical y existent.

-L'analyse des données se fera à partir des logiciel : MICROSOFT OFFICE EXCEL 2007.

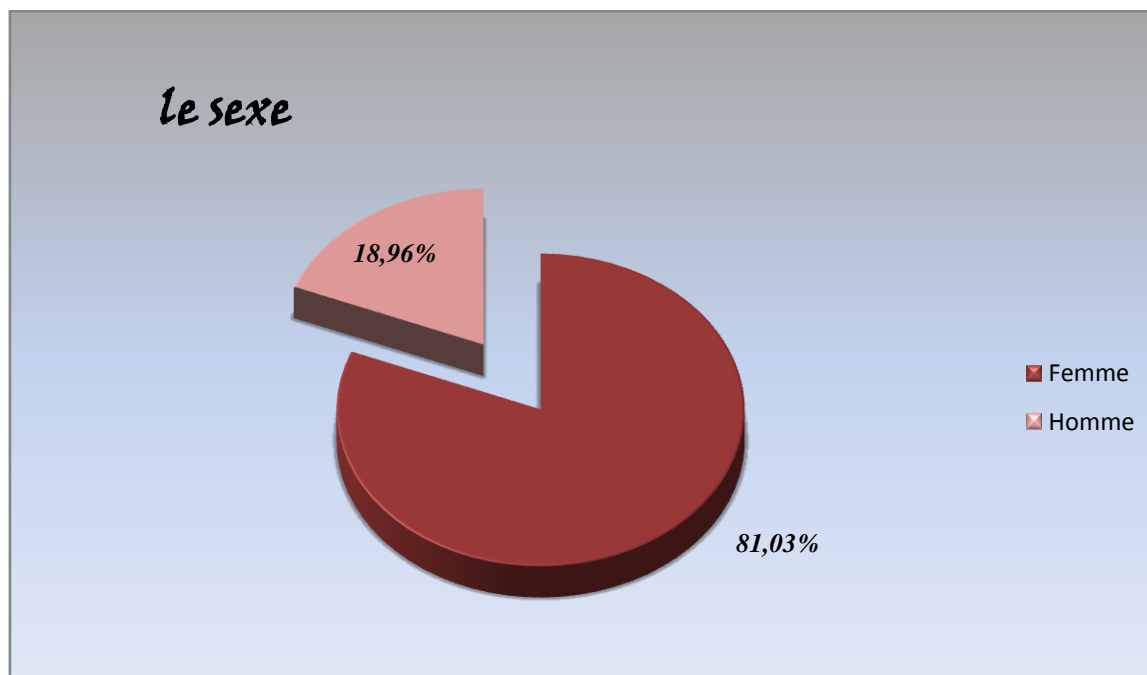
6-2.8 PERSONELS :

Les patients sont traités chirurgicalement par nos enseignants et nous-mêmes en présence de notre encadreur.

Résultats

6-3 RESULTATS :

6-3.1 REPARTITION DE NOS PATIENTS SELON LE SEXE :

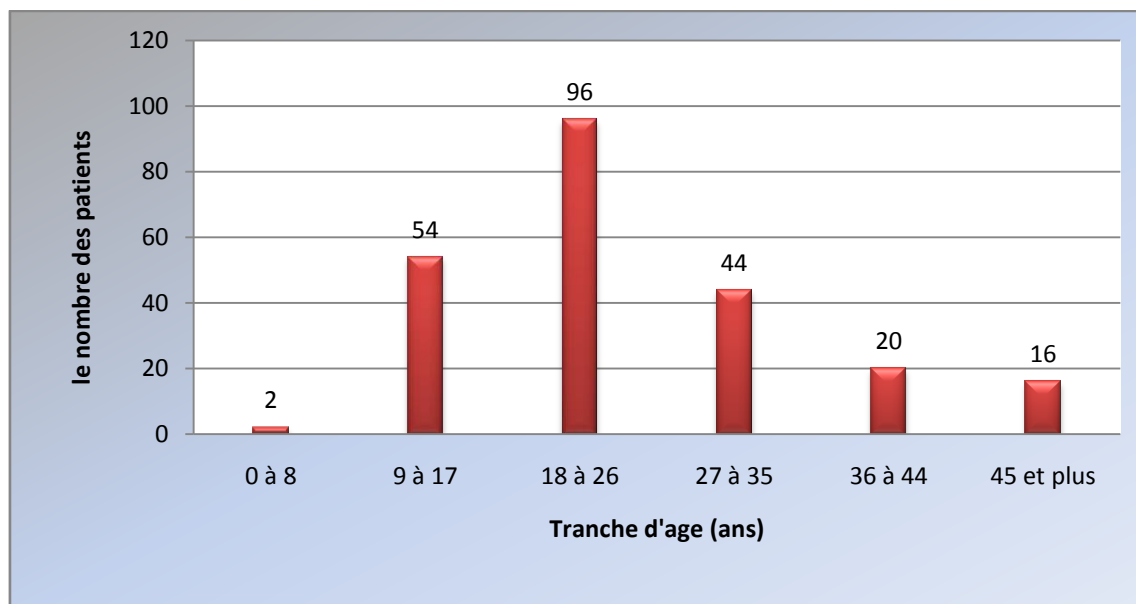


Répartition des patients selon le sexe.

Le nombre des patients admis en chirurgie parodontale est de 232 (188 femmes et 44 hommes) soit (80,03%femmes et 18,96% hommes).

Le sexe ratio est égal à : 4,27.

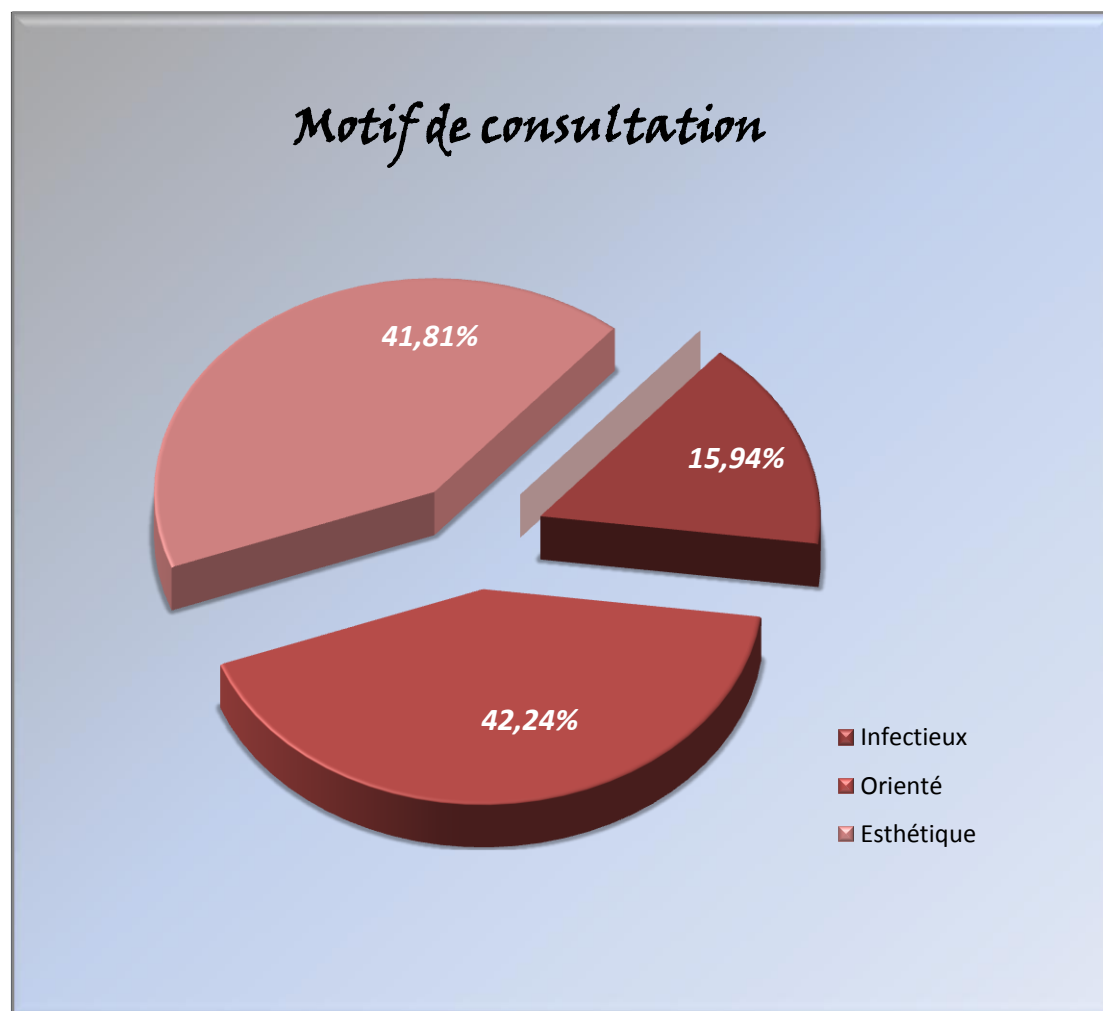
6-3.2 REPARTITION DE NOS PATIENTS SELON L'AGE:



Répartition des patients selon l'âge.

- de 0 à 8 ans : 02 cas seulement soit 0,86%.
- de 9 à 17 ans : 54 cas soit 23,27%.
- de 18 à 26 ans : 96 cas soit 41,37%.
- de 27 à 35 ans : 44 cas soit 18,96%.
- de 36 à 44 ans : 20 cas soit 8,62%.
- de 45 ans et plus : 16 cas soit 6,89%.

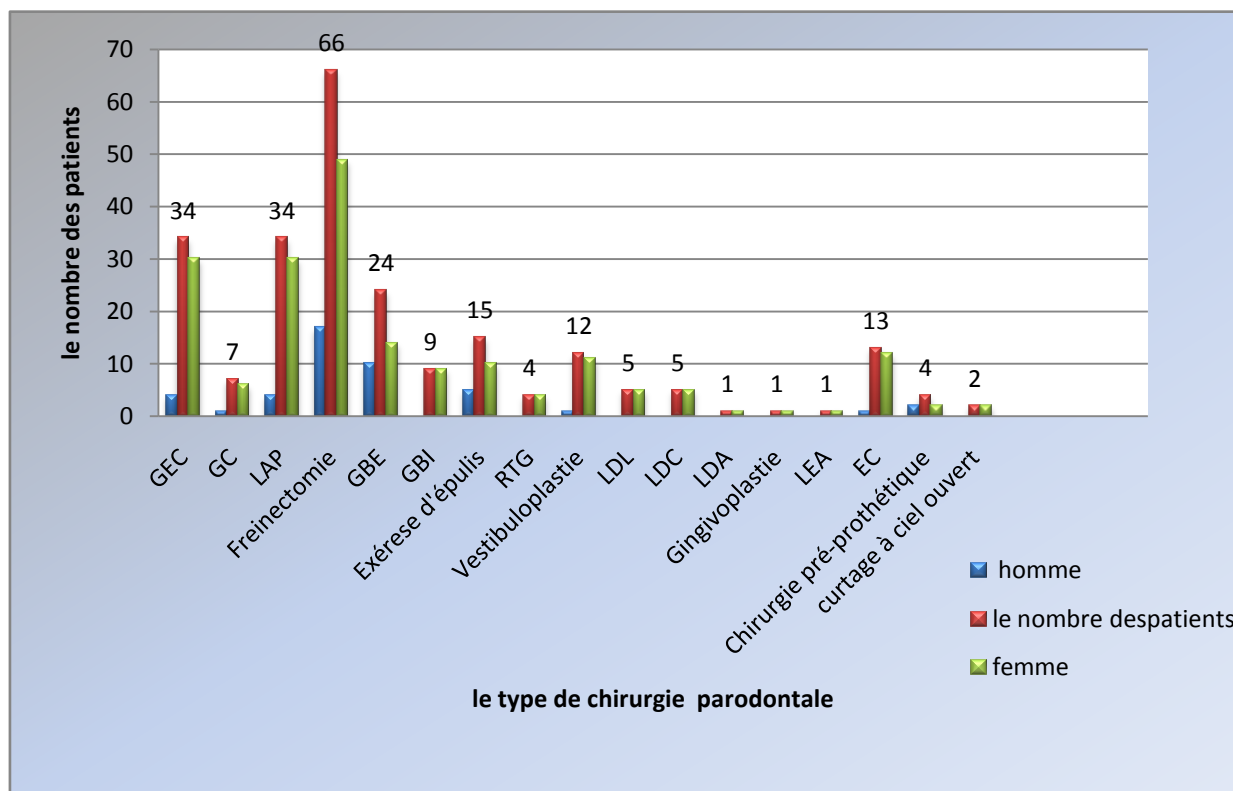
6-3.3 REPARTTION DE NOS PATIENTS SELON LE MOTIF DE CONSULTATION :



Répartition des patients selon le motif de consultation.

- 97 cas soit 41,81% de nos patients présentant un motif esthétique.
- 98 cas soit 42,24% ont un motif orienté.
- 37 cas soit 15,94% présentant un motif infectieux.

6-3-3 PARTITION DE NOS PATIENTS SELON LE TYPE DE L'INTERVENTION :



Répartition des patients selon le type de l'intervention.

- 232 interventions chirurgicales pratiquées à notre niveau durant la période précitée :

- La freinectomie (66 cas soit 28,44%) parfois simple ou associée à d'autre type de chirurgie parodontale :

Freinectomie associée à :

GBE	Grefte gingivale	LAP	EC	Vestibuloplastie	Exérèse d'épulis
6	4	1	1	1	1

- Les greffes épithélio-conjonctives (34 cas soit 14,65%).
- Les greffes conjonctives (07 cas soit 3,01%).
- Les lambeaux d'assainissement parodontal (30 cas soit 12,93%).
- La gingivectomie (à biseau externe 24 cas soit 10,34%, à biseau interne 09 cas soit 3,87%).
- L'exérèse d'épulis (15 cas soit 6,46%).
- L'élongation coronaire (13 cas soit 5,60%).
- La vestibuloplastie (12 cas soit 5,17%).
- La régénération tissulaire guidée (04 cas soit 1,72%).
- Les lambeaux déplacés :
(Coronairement 5 cas soit 2,15%, latéralement 5 cas soit 2,15%, et apicalement 1 seul cas soit 0,43%).
- La chirurgie pré-prothétique (04 cas soit 1,72%).
- La gingivoplastie (01 cas soit 0,43%).
- Le lambeau esthétique d'accès (01 cas soit 0,43%).
- le courtage à ciel ouvert (02 cas soit 0,86%).

6-3.4 MOYENNE D'EXPLOITATION DU FAUTEUIL DE PARODONTOLOGIE PAR

JOUR :

Cette moyenne est obtenue en divisant le nombre des patients (232) qui ont bénéficiés d'une intervention chirurgicale sur le nombre des jours absolus (258).

Ce chiffre est égale à : 0,89.

Discussion

6-4 DISCUSSION :

6-4.1 LES LIMITES DE NOTRE ETUDE :

Notre travail pourrait présenter des biais et des limites, telle que :

- L'absence d'un logiciels qui permettent la saisie des données et l'enregistrement des informations des patients et un agent qualifié qui s'en occupe.
- le manque des outils de recueil qui doivent constitués au moins d'un questionnaire comportant les informations et les caractéristiques individuelles des patients (l'âge, le sexe, l'état bucco-dentaire et le motif de consultation).
- La quantité insuffisante de certains matériels et matériaux qui limitent le champ thérapeutique chez le patient (matériaux de comblement, instruments de micro chirurgie...).
- La pénurie de certains matériels consommables au cours de l'année (anesthésie, fil de suture, aiguilles...) a perturbé le rendement pratique.

6-4.2 DISCUSSION :

- le sexe :

A partir des résultats de l'analyse statistique, on note que la majorité des patients sont de sexe féminin avec un pourcentage élevé de 81,03% ce qui confirme d'une part que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à mettre en pratique les recommandations et l'importance accordée à son image (un sourire éclatant et en santé...) et d'autre part, qu'elles sont plus motivées et plus soucieuses de leurs état bucco-dentaire.

-l'âge :

- La tranche d'âge la plus représentative était celle de 18à 26 ans, en seconde position celle de 9à 17ans, suivi de 27à 35 ans en raison de leur grande exposition aux affections parodontales, la peur de perdre ses dents et ainsi leur grande demande de l'esthétique.
- la tranche d'âge la moins représentée était celle de 0à8ans.

-le motif de consultation :

-Durant toute notre étude, aucun patient ne s'est présenté pour un simple control, un grand nombre de patients viennent consulter soit pour un motif infectieux, soit esthétique due aux récessions gingivales et surtout à l'accumulation tartrique et le saignement, soit ils sont orientés par d'autres confrères.

Donc, un grand travail en matière d'information reste à faire que ce soit pour les patients ou les praticiens.

-le type d'intervention chirurgicale :

-Par ordre de classement, l'intervention chirurgicale type freinectomie labiale (beaucoup plus au niveau supérieur que inférieur) est prédominante dans cette étude, et la majorité des patients sont orientés par le service d'ODF vue l'impact d'un frein à insertion pathologique dans l'apparition et la persistance d'un diastème inter incisif.

-En seconde position viennent les GC/EC et les lambeaux d'assainissement parodontal.

-Le premier type, surtout au niveau antérieur (supérieur et inférieur) en raison de l'aspect inesthétique des récessions gingivales, alors que dans le deuxième, c'est la sévérité et la gravité de la parodontite provoquant des mobilités voir des pertes des dents qui impliquent ce type de chirurgie.

-la technique la moins réalisée est celle de la RTG en raison des moyens cliniques et la non disponibilité de matériels nécessaires à ce type d'intervention.

-Enfin, on note un certains nombres de chirurgie effectuée au cours du traitement orthodontiques telle que la gingivectomie et la vestibuloplastie...

La plupart des chirurgies parodontales effectuées durant ces 15 mois sont de type freinectomie à cause des deux travaux de mémoires réalisées portant sur ce sujets, ainsi que la présence du service d'ODF juste à coté et le travail en collaboration avec eu.

- L'analyse quantitative pour les autres interventions doit être amenée à être plus importante vue la demande impressionnante des patients.

-la moyenne d'exploitation du fauteuil de chirurgie est de 0,89, cela veut dire qu'il y a des jours où le fauteuil n'est pas assez productif.

-l'absence de chiffre réel concernant la vraie demande des patients en matière de chirurgie nous empêche d'avoir une idée claire concernant le taux de réponse quantitative du service envers ces attentes.

L'ouverture d'un registre dans ce sens ainsi qu'une vraie gestion des rendez-vous nous parait nécessaire.

Conclusion

Les résultats de notre étude nous permettent de conclure que la population est sous informées en ce qui concerne les maladies parodontales car la plupart des patients ne consultent pas systématiquement ou dès les premières manifestations de cette maladie , ainsi que le peu d'intérêt portée à l'aspect préventif de cette dernière.

Les statistiques du service en matière de chirurgie semblent être loin des attentes, compte tenu des faibles moyens nécessaires pour certain type de chirurgie, le manque de plateau technique, et surtout la disposition d'un seul fauteuil non ergonomique, ce qui constitue un frein pour le développement de la pratique parodontale.

Les principales motivations qui nous ont pousser à réaliser cette étude sont une mise au point concernant l'activité de la chirurgie parodontale, les orientations du service dans ce sens ainsi que la mise en évidence des véritables obstacles rencontrés pour une meilleure prise en charge des patients.

L'amélioration des résultats cliniques et le confort des patients ,nous pousse à développer notre service qui doit être plus ergonomique, doter d'un matériels fonctionnels ,des matériaux et d'une instrumentation répandant mieux aux besoins de nos praticiens afin qu'ils puissent suivre l'évolution des techniques chirurgicales et en faire bénéficier les patients par conséquent .

Nous espérons que ce modeste travail apportera un petit plus au niveau de notre service qui sera bénéfique non seulement pour nos praticiens mais aussi pour nos patients.

Finalement, la réussite d'un centre de soins soit parodontale ou autre dépend en partie de la compétence des praticiens mais aussi par une conception et une organisation bien réfléchi.

Références

1. Detienville R. LE TRAITEMENT DE PARODONTITES SEVERES 2002.
2. <La_clinique_Dentaire_-_lien1.pdf>.
3. Goldberg M, Ardouin J-L, Barrandon Y, Bernimoulin J-P, Bonnaure-Mallet M, Bouvet J-P, et al. Maladies parodontales : thérapeutiques et prévention. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 1999 1999. Report No.
4. Nyman S, Lindhe J. Persistent tooth Hypermobility following completion of periodontal treatment. Journal of clinical periodontology. 1976;3(2):81-93.
5. <2016TOU32007.pdf>: TOULOUSE III, PAUL SABATIER; 2016.
6. Dersot J-M. Récession gingivale et orthodontie de l'adulte. Propositions thérapeutiques fondées sur les preuves cliniques. International Orthodontics. 2012;10(1):29-42.
7. BOUKAIS A, BILLAMI I, BOUAYAD AGHA AR. Les défauts muco-gingivaux: du diagnostic à la thérapeutique Etude menée au sein du service de parodontologie CHU TLEMCEM.
8. CHAIB DRAA TANI Z, DOUZI A, GANA Meryem D. Les freins pathologiques: diagnostic et traitement.
9. CHERKAOUI A, Driss BA, BENRACHADI L, Bouabid EM, BENZARTI N. FRENECTOMIE LABIALE AU LASER.
10. TAMDY K, KHLIL N, ABBASSI B, KISSA J. Cas clinique.
11. Calas-Bennasar I, Bousquet P, Jame O, Orti V, Gibert P. Examen clinique des parodontites. EMC-Odontologie. 2005;1(2):181-91.
12. Monnet-Corti V, Antezack A, Pignoly M. Comment parfaire l'esthétique du sourire: toujours en rose! L'Orthodontie Française. 2018;89(1):71-80.
13. Monnet-Corti V, Barrin A, Goubron C. Apport de la parodontologie dans l'esthétique du sourire. L'Orthodontie Française. 2012;83(2):131-42.
14. Hourdin S, Glez D, Sorel O. Le diagnostic parodontal en orthodontie. L'Orthodontie Française. 2010;81(1):9-17.
15. Montiel J. Gestion de l'esthétique muco-gingivale de l'incisive centrale en implantologie. 2017.
16. Moha A. La chirurgie plastique parodontale au service du sourire: Université de Lorraine; 2017.
17. Armitage GC. Periodontal diagnoses and classification of periodontal diseases. Periodontology 2000. 2004;34(1):9-21.

18. Russell A. A system of classification and scoring for prevalence surveys of periodontal disease. *Journal of Dental Research*. 1956;35(3):350-9.
19. RANNEY RR. Classification of periodontal diseases. *Periodontology* 2000. 1993;2(1):13-25.
20. Wiebe CB, Putnins EE. The periodontal disease classification system of the American Academy of Periodontology-an update. *Journal-Canadian Dental Association*. 2000;66(11):594-9.
21. Herrera D, Meyle J, Renvert S, Jin L. Livre blanc sur la prévention et la gestion des parodontopathies au profit de la santé bucco-dentaire et de la santé générale. Genève, Fédération dentaire internationale (FDI). 2018.
22. <2016TOU33074.pdf>.
23. De Geest S, Laleman I, Teughels W, Dekeyser C, Quirynen M. Periodontal diseases as a source of halitosis: a review of the evidence and treatment approaches for dentists and dental hygienists. *Periodontology* 2000. 2016 Jun;71(1):213-27. PubMed PMID: 27045438. Epub 2016/04/06. eng.
24. Launay J. Les critères décisionnels de la chirurgie paradontale d'assainissement et reconstructrice dans le traitement des paradontites: éditeur inconnu; 2016.
25. Bernimoulin JP, Curilović Z. Gingival recession and tooth mobility. *Journal of clinical periodontology*. 1977;4(2):107-14.
26. Bosshardt DD. The periodontal pocket: pathogenesis, histopathology and consequences. *Periodontology* 2000. 2018 Feb;76(1):43-50. PubMed PMID: 29194796. Epub 2017/12/02. eng.
27. Bosshardt DD, Lang NP. The junctional epithelium: from health to disease. *Journal of dental research*. 2005 Jan;84(1):9-20. PubMed PMID: 15615869. Epub 2004/12/24. eng.
28. Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop MV, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. *Indian journal of dental research : official publication of Indian Society for Dental Research*. 2018 Mar-Apr;29(2):233-7. PubMed PMID: 29652020. Epub 2018/04/14. eng.
29. Baker P, Spedding C. The aetiology of gingival recession. *Dental update*. 2002;29(2):59-62.
30. PARODONTE EE. FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE: UNIVERSITE TOULOUSE III; 2016.
31. Dufour T, Svoboda J-M. Pathogénie bactérienne des parodontolyses. *EMC-Odontologie*. 2005;1(1):46-57.

32. Costuleanu M, Plamadeala P, Costuleanu N, Foia L, Indrei A. [The causes of gingival overgrowth]. *Revista medico-chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi*. 1999 Jan-Jun;103(1-2):63-7. PubMed PMID: 10756887. Epub 2000/04/11. Cauzele hipercresterii gingivale. rum.
33. Stanescu S, Ispirescu M, Isprescu D, Swoboda ML. [Significance of hypertrophy, and of hyperplasia with gingival-periodontal localization]. *Revista de chirurgie, oncologie, radiologie, o r l, oftalmologie, stomatologie Seria: Stomatologie*. 1989 Jul-Sep;36(3):167-86. PubMed PMID: 2535080. Epub 1989/07/01. Semnificatia hipertrofiei si hiperplaziei cu localizare gingivoparadontala. rum.
34. Louise F, Cucchi J, Fouque-Deruelle C, Liebart M. *Traitements chirurgicaux des poches parodontales*. EMC-Dentisterie. 2004;1(1):25-39.
35. Mombelli A, Décaillet F, Almaghlouth AA, Wick PA, Cionca N. *Thérapie parodontale efficace et simple*. *Revue mensuelle Suisse d'Odonto-stomatologie*. 2011;121(2):152-7.
36. Goldberg M, Ardouin J-L, Barrandon Y, Bernimoulin J-P, Bonnaure-Mallet M, Bouvet J-P, et al. *Maladies parodontales: thérapeutiques et prévention: Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM); 1999*.
37. Popelut A, Mouraret S, Halabi B, RANgé H. *Résultats des thérapeutiques parodontales actuelles*. *Réalités cliniques*. 2012;23(11):7-14.
38. Hbib A, Rhissassi M, Ennibi O. *La maintenance parodontale: aspects théoriques et pratiques*. *Actualités Odonto-Stomatologiques*. 2014 (267):12-9.
39. Elfarouki M, Amine K, Kissa J. *Le pronostic global des maladies parodontales: quels critères de décision?* *Actualités Odonto-Stomatologiques*. 2014 (267):4-11.
40. Bouchard P. *Parodontologie & Dentisterie Implantaire: Volume 1: Médecine Parodontale*. Lavoisier Médecine, France. 2015.
41. Rateitschak KH, Rateitschak EM, Wolf HF. *Atlas de parodontologie: Médecine Sciences Publications; 1986*.
42. Bercy P, Tenenbaum H. *Parodontologie: du diagnostic à la pratique: De Boeck Supérieur; 1996*.
43. GARDELLA J-P, MONNET-CORTI V, GLISE J-M. *La chirurgie muco-gingivale*. *Réal clin*. 1997;8(1):41-59.
44. Vigouroux F. *Techniques de chirurgie parodontale. Guide pratique de chirurgie parodontale* Elsevier Masson Issy-les-Moulineaux. 2011:191.
45. Borghetti A, Monnet-Corti V. *Chirurgie plastique parodontale: Wolters Kluwer France; 2008*.

46. Vigouroux F. Guide pratique de chirurgie parodontale: Elsevier Health Sciences; 2011.
47. Zucchelli G, De Sanctis M. Treatment of multiple recession-type defects in patients with esthetic demands. *Journal of periodontology*. 2000;71(9):1506-14.
48. Zuhr O, Hürzeler M. Chirurgie plastique et esthétique en parodontie et implantologie: une approche microchirurgicale: Quintessence Internat.; 2013.
49. Romagna-Genon C, Genon P. Esthétique et parodontie: les clés du succès: Wolters Kluwer France; 2001.
50. Moore RL, Hill M. Suturing techniques for periodontal plastic surgery. *Periodontology 2000*. 1996;11(1):103-11.
51. Glickman I. Parodontologie clinique: prévention, diagnostic et traitement des parodontopathies dans le cadre de la dentisterie générale: J. Prélat; 1974.
52. Lindhe J. Manuel de Parodontologie clinique: CdP; 1986.
53. Wolf HF, Rateitschak EM, Rateitschak KH. Parodontologie: Georg Thieme Verlag; 2004.
54. Dibart S. Practical periodontal diagnosis and treatment planning: John Wiley & Sons; 2009.

Annexe

ARRETE N° 2786 DU 11 FEVRIER 2008 FIXANT LES MODALITES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT AINSI QUE LES NORMES TECHNIQUES ET SANITAIRES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES DE TYPE AMBULATOIRE DE CHIRURGIE DENTAIRE

- Le Ministre de la Santé, de la Population e de la Réforme Hospitalière ;
- Vu la loi 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la Santé ;
 - Vu l'ordonnance n°06-07 du 19 Joumada 1427 correspondant au 15 juillet 2006, modifiant et complétant la loi 85-05 du 16 février 1985 du 16 février relative à la protection et à la promotion de la Santé, notamment son article 208 bis ;
 - Vu le décret exécutif n°07-321 du 10 chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés, notamment son article 19 ;
 - Vu le décret exécutif n°96-661 du 07 ramadan 1416 correspondant au 27 janvier 1996 fixant les attributions du Ministre de la Santé, de la Population e de la Réforme Hospitalière

ARRETE

Article 1er :

En application des dispositions de l'article 19 du décret exécutif n°07-321 du 10 chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 le présent arrêté a pour objet de fixer les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires de l'établissement de santé privé de type ambulatoire dénommée ci-après « l'établissement de chirurgie dentaire ».

Article 2 :

L'établissement de chirurgie dentaire est un établissement de santé où sont assurés les soins et la restauration des lésions bucco-dentaire.

Article 3 :

Le fonctionnement de l'établissement de chirurgie dentaire est assuré par une équipe de travail constitué de chirurgiens-dentistes et /ou spécialistes de la santé bucco-dentaire, placés sous la responsabilité effective et permanente d'un chirurgien-dentiste, directeur technique :

- Chaque praticien est obligatoirement accompagné d'un assistant dentaire
- La clinique doit disposer d'au moins d'un (01) agent d'hygiène.

Article 4 :

Les principales étapes de réalisation des prothèses dentaires sont assurées par et sous la responsabilité d'un technicien supérieur en prothèses lequel peut être assisté par des techniciens.

Article 5 :

Les chirurgiens-dentistes et le personnel paramédical doivent être titulaires de diplôme de chirurgien-dentiste et de chirurgien-dentiste spécialiste, et de prothésiste dentaire ou de titres étrangers reconnus équivalents.

Article 6 :

Les chirurgiens-dentistes et le personnel paramédical employés dans l'établissement doivent être dûment autorisés par le directeur de wilaya chargé de la santé.

Article 7 :

L'établissement doit disposer d'une ambulance pour permettre l'évacuation de malade en urgence ou à défaut justifier d'une convention établie avec un opérateur de transport sanitaire agréé.

Article 8 :

L'établissement doit obligatoirement répondre aux normes techniques en infrastructures et en équipement telles que fixées en annexe du présent arrêté.

Article 9 :

Le présent arrêté sera publié au bulletin officiel du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Faite à Alger, le

Le Ministre de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

ANNEXE

NORMES TECHNIQUES EN INFRASTRUCTURES ET EN EQUIPEMENT DE L'ETABLISSEMENT DE CHIRURGIE DENTAIRE

L'établissement de chirurgie dentaire doit obéir aux normes générales suivantes en matière de locaux :

- Située dans un environnement sain et ne présentant pas de danger pour la sécurité des malades ;
- Répondre aux normes de sécurité conformément aux prescriptions des services de la protection civile ;
- Présenter dans le cas d'une structure existante, un rapport d'expertise établi par les services du contrôle technique ou par un bureau d'étude d'expertise agréée,
- Les locaux doivent être suffisamment spacieux pour la circulation des personnes et l'installation des équipements
- L'aération des cabinets dentaires doit être permanente et conçue de manière à fonctionner en toute saisons et sans gêne pour les patients et le personnel ;
- L'éclairage électrique est obligatoire
- Tous les locaux doivent avoir un sol imperméable lavable à grande eau et aux désinfectants, les murs et les cloisons sont enduits de peinture claire
- L'établissement de chirurgie dentaire doit être doté d'un système de climatisation et de chauffage
- L'établissement de chirurgie dentaire doit disposer d'une réserve d'eau qui permet l'arrivée d'eau courante dans les cabinets dentaires
- L'établissement doit disposer d'un local réservé à la gestion des déchets, isolé des unités de soins
- L'établissement de chirurgie dentaire doit disposer d'un groupe électrogène.

Tout établissement de chirurgie dentaire doit pour une bonne activité être organisé autour des espaces suivants :

- 1-unité administrative, d'accueil et de réception
- 2-unité de soins bucco-dentaires
- 3- un laboratoire de prothèse dentaire
- 4- unité de radiologie
- 5- salle de stérilisation
- 6- Salle de stockage

Résumé

Résumé

La parodontie est en plein essor ; mais le manque de moyens d'une part et la méconnaissance des patients d'autre part freinent ce progrès tout en compliquant le tableau clinique et par la suite le plan de traitement des patients aboutissant à une thérapeutique chirurgicale. Ce travail se propose de faire une initiation visant à concrétiser le rendement de l'activité chirurgicale du service en chiffre et statistiques et dévoiler les différents obstacles dans le cadre d'une étude descriptive transversale mener au niveau du service de parodontologie CHU Tlemcen.

Dans cette optique les résultats exposés et discutés montre une multitude d'interventions chirurgicales réalisées; de type Freinectomie, greffe épithélio conjonctive, greffe conjonctive, les lambeaux d'assainissement ainsi que d'autres interventions à des degrés moindre.

Le taux de réponse quantitative du service envers les attentes de la population n'est pas bien élucidé en raison du manque des outils de recueil concernant les informations des patients.

Mots clés : la parodontie, les activités chirurgicales, étude descriptive, obstacles pénurie, statistiques.

Abstract:

Periodontics is in full swing; but the lack of means on the one hand and the lack of knowledge of patients on the other hand slow this progress while complicating the clinical picture and subsequently the treatment plan for patients leading to surgical therapy. This work proposes to make an initiation aiming at concretizing the yield of the surgical activity of the service in figure and statistics and to unveil the various obstacles within the framework of a transversal descriptive study leading to the level of the service of Periodontology CHU Tlemcen.

In this perspective, the results presented and discussed show a multitude of surgical procedures performed; Frenectomy type, epithelio-conjunctive graft, conjunctival transplant, sanitary flaps and other interventions to a lesser degree.

The quantitative response rate of the service towards the expectations of the population is not well understood because of the lack of collection tools concerning patient information.

Key words: Periodontics, surgical activities, descriptive study, obstacles shortage barriers, statistics.