

République Algérienne Démocratique et Populaire
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵉⵎⵓⵔ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ
UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

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

Thème :

Étude descriptive portant sur la perception des étudiants de médecine dentaire quant à l'utilité et l'utilisabilité de la nouvelle classification des parodontites année 2017 : les changements clés par rapport à la classification d'ARMITAGE année 1999

Présenté par :

1. AHMED BENCHAI B FEYZA

2. HAMEL NASSIMA

Soutenue publiquement le 13 Mai 2019 devant le jury:

DR ZOUAOU I A. Maitre assistante en parodontologie **Présidente**

DR BELBACHIR N. Maitre-assistant en parodontologie **Assesseur**

DR BENSIDI S. Maitre-assistant en parodontologie **Assesseur**

DR EL OUCHDI GH.F Maitre-assistant en parodontologie **Encadreur**

Année universitaire 2018-2019



A Allah.....

*Vous nous avez soutenus tout au long
de notre carrière universitaire*

*Nous a donné la patience et le courage
d'atteindre ce stade*

الحمد لله



A notre enseignante et présidente de jury

DR ZOUAOUI A.

Docteur en médecine dentaire

Maitre assistante en parodontologie

Département de médecine dentaire Tlemcen

Praticienne hospitalière CHU Tlemcen

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du
Jury de thèse et nous vous sommes très reconnaissantes pour votre
Disponibilité, le temps que vous nous avez accordé, votre
Gentillesse et votre soutien moral, votre complicité et votre
Bonne humeur.*

*Merci pour nos six années d'étude que vous nous avez assuré, vous soit
l'expression de notre gratitude et notre profond respect.*

Qu'il vous soit dédié...



A notre jury.....

DOCTEUR BELBACHIR N.

Docteur en médecine dentaire Tlemcen

Maitre-assistant en parodontologie

Département de médecine dentaire Tlemcen

Praticien hospitalier CHU Tlemcen

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Nous vous remercions de votre disponibilité, de la patience et de la sympathie dont vous avez fait preuve à notre égard tout au long de notre cursus.

Nous vous exprimons notre plus profonde gratitude et reconnaissance.



A notre jury.....

DOCTEUR BNEAÏDI S.

Docteur en médecine dentaire

Maitre-assistant en parodontologie

Département de médecine dentaire Tlemcen

Praticien hospitalier CHU Tlemcen

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait

En acceptant de faire partie de notre jury de mémoire.

Nous vous remercions pour vos nombreuses qualités humaines et

Professionnelles qui imposent une profonde admiration.

Veuillez trouver ici le témoignage

De notre profonde reconnaissance.



A notre encadreur.....

DOCTEUR EL OUCHDI G.F

Docteur en médecine dentaire

Maitre-assistant en parodontologie

Département de médecine dentaire Tlemcen

Praticien hospitalier universitaire CHU Tlemcen

Nous tenons à remercier vivement notre encadreur Dr El Ouchdi G.F

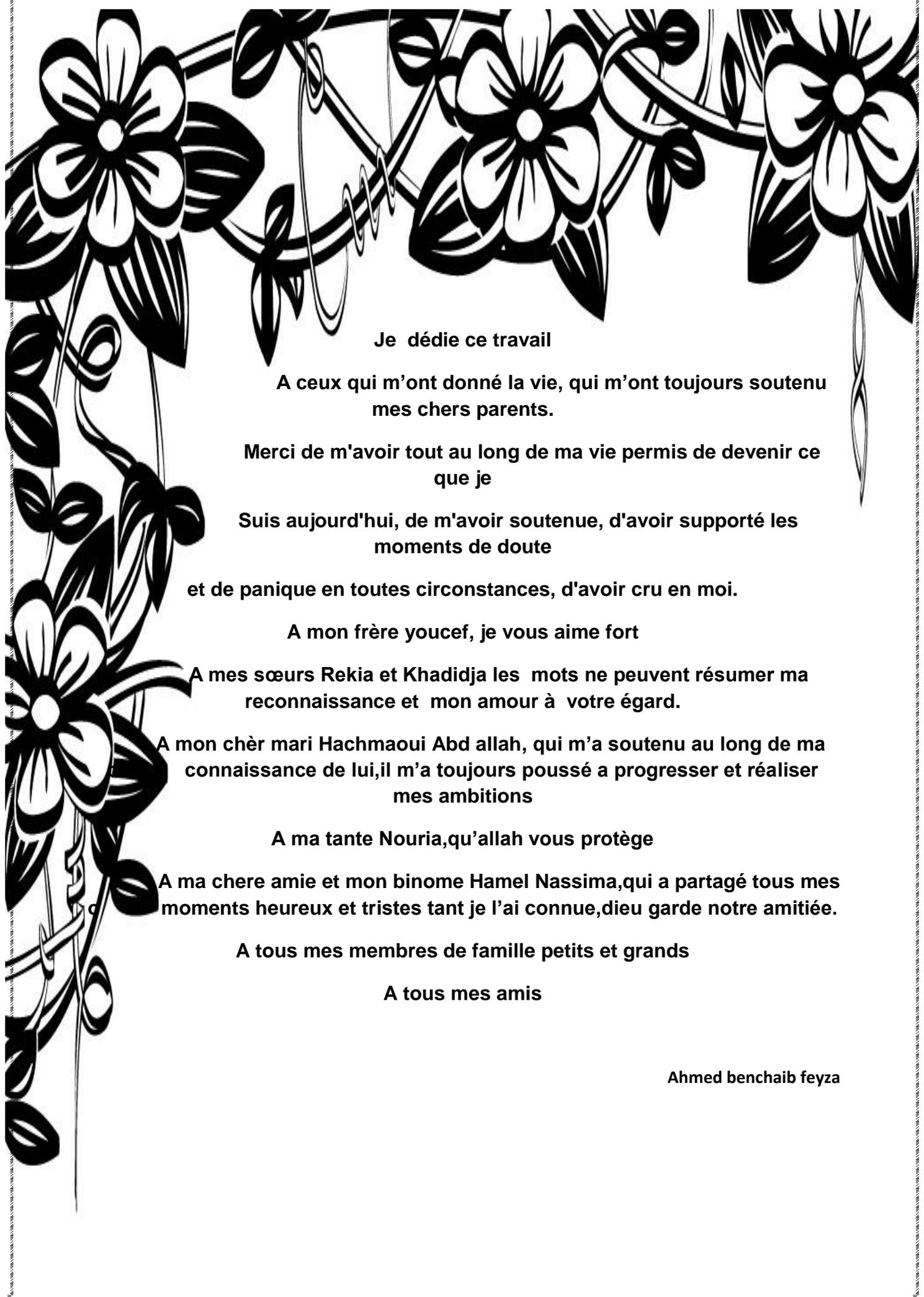
D'avoir accepté de diriger notre recherche et pour

Ses nombreux conseils tout le long du parcours de ce travail.

*Nous lui adressons nos sincères remerciements parce que tous les mots
ne seront suffisants*

Pour exprimer nos profondeurs reconnaissances Merci.....





Je dédie ce travail

**A ceux qui m'ont donné la vie, qui m'ont toujours soutenu
mes chers parents.**

**Merci de m'avoir tout au long de ma vie permis de devenir ce
que je**

**Suis aujourd'hui, de m'avoir soutenue, d'avoir supporté les
moments de doute**

et de panique en toutes circonstances, d'avoir cru en moi.

A mon frère youcef, je vous aime fort

**A mes sœurs Rekia et Khadidja les mots ne peuvent résumer ma
reconnaissance et mon amour à votre égard.**

**A mon chère mari Hachmaoui Abd Allah, qui m'a soutenu au long de ma
connaissance de lui, il m'a toujours poussé à progresser et réaliser
mes ambitions**

A ma tante Nouria, qu'allah vous protège

**A ma chère amie et mon binôme Hamel Nassima, qui a partagé tous mes
moments heureux et tristes tant je l'ai connue, dieu garde notre amitié.**

A tous mes membres de famille petits et grands

A tous mes amis

Ahmed benchaib feyza



Je dédie ce modeste travail :

A mes très chers PARENTS à qui je suis plus que reconnaissant de m'avoir épaulé corps et âme dans chaque étape

et soutenu comme nul ne l'avait fait.

A mon cher frère SOFIANE, J'espère que tu seras toujours aussi fier d'être mon frère comme je le suis aussi.

A SANAA, qui a su te rendre heureux.

A ma grande sœur SAMIA, et son époux SOFIANE, qui n'ont jamais cessé de prier pour moi, qui ont toujours été à mes cotés.

A ma petite sœur FATIMA, Ton tour ne tardera pas. J'espère que je t'ai donné le bon exemple dans ce parcours universitaire.

A ma grande famille, qui a toujours cru en moi.

A mon binome et ma sœur FEYZA, et sa famille qui m'ont beaucoup

aidé pour la réalisation de cette thèse sans pour autant les remercie vraiment.

A tous mes autres collègues de la promotion que je regrette de ne pas pouvoir citer

HAMEL NASSIMA

Table des matières

INTRODUCTION

CHAPITRE I: GENERALITES

| | |
|--|----------|
| 1. LE PARODONTE SAIN..... | 2 |
| 2. LA MALADIE PARODONTALE | 2 |
| 3. EXAMEN PARODONTAL | |
| 3.1 EXAMEN CLINIQUE | 3 |
| 3.1.1 L'INTEROGATOIRE | 3 |
| 3.1.2 EXAMEN EXO-BUCCAL | 3 |
| 3.1.3 EXAMEN ENDO-BUCCAL..... | 3 |
| 3.2 CHARTING PARODONTALE | 4 |
| 3.3 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES..... | 4 |
| 4. LES CLASSIFICATIONS DE LA MALADIE PARODONTALE (1982-1999)..... | 4 |
| 4.1 CLASSIFICATION DE PAGE ET SCHROEDER 1982..... | 5 |
| 4.2 CLASSIFICATION DE SUZUKI ET CHARON1988..... | 5 |
| 4.3 CLASSIFICATION DE WORLD WORKSHOP 1989..... | 6 |
| 4.4 CLASSIFICATION DE RANNEY 1992 | 6 |
| 4.5 CLASSIFICATION D'ARMITAGE 1999 | 7 |

CHAPITRE II : LA NOUVELLE CLASSIFICATION DES CONDITIONS SAINES ET PATHOLOGIQUES PARODONTALES 2017.....10

| | |
|--|-----------|
| 1. POINTS ESSENTIELS DE LA NOUVELLE CLASSIFICATION | 11 |
| 2. LES MODIFICATIONS MAJEURSES PAR RAPPORT A LA DERNIERE CLASSIFICATION (Classification ARMITAGE 1999)..... | 11 |
| 2.1. LA SANTE PARODONTALE ET LES AFFECTIONS ET MALADIES GINGIVALES SUR UN PARODONTE SAIN ET REDUIT | 11 |

| | |
|--|-----------|
| 2.2. LES PARODONTITES..... | 11 |
| 2.3. LES ASSOCIATIONS SYSTEMIQUES..... | 11 |
| 2.4. LES RECESSIONS TISSULAIRES MARGINALES | 11 |
| | |
| 3. DESCRIPTION DE LA NOUVELLE CLASSIFICATION DE PARODONTOPATHIES | |
| | |
| 3.1 SANTE PARODONTALE ET MALADIES ET AFFECTIONS GINGIVALES SUR UN PARODONTE INTACTE ET REDUIT | 12 |
| 3.1.1 DEFINITION DE L'ETAT DE SANTE PARODONTAL ET GINGIVAL SUR UN PARODONTE INTACTE Et REDUIT | 12 |
| 3.1.2 LES AFFECTIONS GINGIVALES | 12 |
| 3.1.2.1 Gingivite induite par la plaque..... | 12 |
| 3.1.2.2 Santé gingivales et gingivite induite par la plaque : diagnostic clinique..... | 13 |
| 3.1.2.3 Gingivite non induite par la plaque | 13 |
| 3.2 PARODONTITES..... | 14 |
| 3.2.1 PARODONTITE | 14 |
| 3.2.1.1 Les stades et les grades | 14 |
| 3.2.1.1.1 Sévérité/complexité | 15 |
| 3.2.1.1.2 Taux de progression | 16 |
| 3.2.1.2 Les étapes cliniques pour poser un diagnostic d'une parodontite..... | 17 |
| 3.2.2 MALADIES PARODONTALES NECROTIQUES : DIAGNOSTIC..... | 18 |
| 3.2.3 MANIFESTATION DES MALADIES SYSTEMIQUES ET ACQUISES DE DEVELOPPEMENT AFFECTANTS LE PARODOTE | 18 |
| 3.2.3.1 Maladies ayant un impact majeur sur le parodonte | 19 |
| 3.2.3.2 Maladies et consommations ayant un impact variable sur le parodonte | 19 |
| 3.2.3.3 Maladie ayant un effet sur le parodonte en l'absence de parodontite | 19 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3 LES ABCES PARODONTAUX (CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE)..... | 20 |
| 3.4 LESIONS ENDO-PARODONTAUX | 21 |
| 3.5 LES RECESSIONS TISSULAIRE MARGINALES..... | 22 |
| 3.6 LES FORCES OCCLUSALES TRAUMATIQUES SUR LE PARODONTE..... | 24 |
| 3.7 LES FACTEURS MODIFIANTS OU PREDISPOSANTS POUVANT AFFECTER LE PARODONTE LIES AUX DENTS ET AUX PROTHESES..... | 24 |
| | |
| CHAPITRE III : PARTIE PRATIQUE (ETUDE DESCRIPTIVE) | 25 |
| 1. LA PROBLEMATIQUE | 26 |
| 2. LES OBJECTIFS | 27 |
| 2.1 OBJECTIF PRINCIPAL | 27 |
| 2.2. OBJECTIFS SECONDAIRES | 27 |
| 3. MATERIEL ET METHODES | 27 |
| 3.1 METHODOLOGIE | 27 |
| 3.1.1 TYPE D'ETUDE | 27 |
| 3.1.2 LIEU ET LA DUREE D'ETUDE | 27 |
| 3.1.3 LA POPULATION D'ETUDE | 27 |
| 3.1.4 CRITERES D'INCLUSION | 27 |
| 3.1.5 CRITERES D'EXCLUSION | 27 |
| 3.1.6 EXPLOITATION DES DONNEES | 28 |
| 3.2 MATERIELS | 28 |
| 4. RESULTATS | 29 |
| 5. DISCUSSION | 48 |
| 6. CONCLUSION | 51 |
| 7. LES ANNEXES..... | 52 |
| 8. LISTE DES ABREVIATIONS..... | 61 |
| 9. LISTE DES TABLEAUX..... | 62 |
| 10. LISTE DES FIGURES..... | 63 |
| | |
| 11. BIBLIOGRAPHIE | 64 |

Introduction



La parodontologie est la science qui étudie les tissus de soutien des dents : la gencive, l'os alvéolaire, le ciment et les ligaments parodontaux^[4] sur le plan physiologique, pathologique, leurs classifications et leurs moyens de diagnostic et de traitement .

De nombreux programmes d'enseignement pédagogique de la parodontologie dans différents pays, le diagnostic repose essentiellement sur les caractéristiques cliniques bien que l'exploration microbiologique a connu une grande évolution^[5].

Ces données cliniques ont été requises dans des classifications proposés par les auteurs afin de simplifier l'établissement d'un diagnostic précis, la dernière proposée et utilisée en pratique est celle d'Armitage 1999.

En juillet 2017, durant la séance d'ouverture de l'European 9^[2], l'Académie Américaine de Parodontologie et la Fédération Européenne de parodontologie ont proposé un nouveau système mondial de classification de la santé et des affections parodontales.

Bien qu'elle soit très récente, cette nouvelle classification a été adoptée dans les programmes d'enseignement pédagogique de la parodontologie dans différents pays, est ce que son intégration nous aura résolu nos problèmes cliniques ?



RAPPELS**1. LE PARODONTE SAIN :**

Le parodonte est constitué par l'ensemble des tissus de maintien de l'organe dentaire qui ont entre eux une complète interdépendance anatomique et physiologique.

Il est considéré sain lorsque la gencive est rose pâle, de contour régulier et d'un aspect piqueté en peau d'orange avec l'absence de saignement.

La profondeur du sillon gingivo-dentaire varie entre 0.8 et 2mm au-dessous de la jonction email-cément[6].

2. LA MALADIE PARODONTALE :

Le terme de maladie parodontale regroupe les états inflammatoires d'origine infectieux, localisés au niveau des tissus de soutien de la dent. Les lésions causées par ces états inflammatoires peuvent aboutir à la perte de la dent[6, 7].

Deux types de maladies parodontales existent : la gingivite et la parodontite. La première se manifeste par une inflammation de la gencive entraînant des saignements et des œdèmes, elle est la première manifestation de la maladie parodontale. La seconde est la parodontite qui est-elle une inflammation s'étendant progressivement à l'os, en formant des poches infectées entre la gencive et la dent[7, 8]

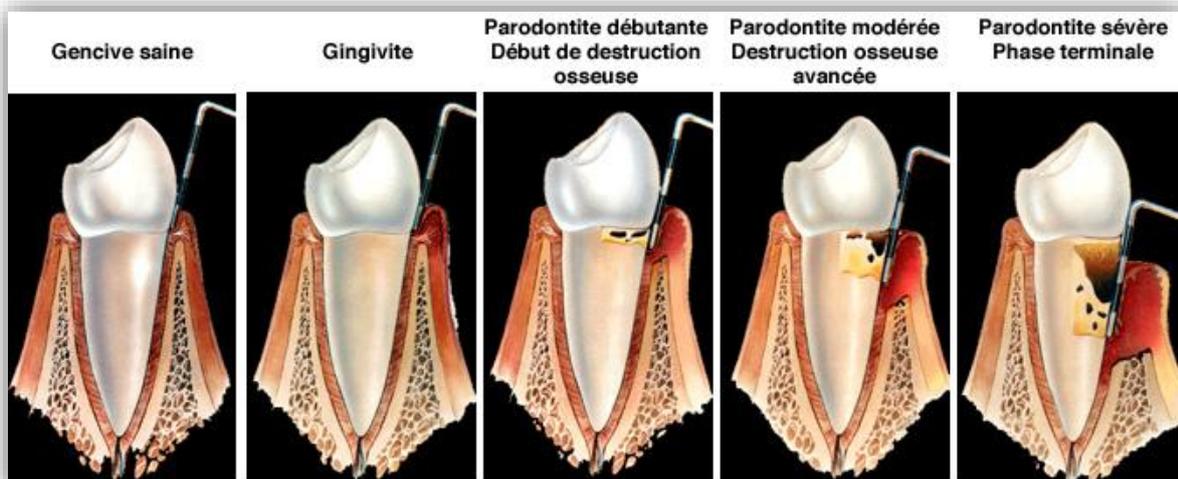


Figure 1 Evolution de la maladie parodontale

3. EXAMEN PARODONTAL :

Le diagnostic parodontal repose sur le recueil de nombreux paramètres, comme l'anamnèse générale et locale, l'examen clinique des tissus mous, le sondage, le relevé des mobilités dentaires et les examens complémentaires. [9]

3.1 EXAMEN CLINIQUE :

3.1.1 INTEROGATOIRE [10]

Permet de rassembler des renseignements sur le patient :

- nom, prénom, âge, profession, adresse, situation familiale.....
- le motif de la visite.
- L'état général actuel.
- les antécédents personnels.
- les antécédents familiaux.
- l'histoire de la maladie.

3.1.2 EXAMEN EXO-BUCCAL [11]

Il faut vérifier:

- la symétrie faciale.
- l'égalité des étages de la face.
- les lèvres.
- l'ATM.
- La palpation des muscles masticateurs et des aires ganglionnaires.

3.1.3 EXAMEN ENDO-BUCCAL [11]

- l'amplitude d'ouverture buccale.
- l'hygiène buccale.
- l'écoulement salivaire.
- l'examen gingival (évaluer le saignement).
- l'examen des récessions.
- le sondage.
- le saignement.
- la formule dentaire.
- la mobilité dentaire.
- L'examen occlusal.
- l'examen des fonctions.

3.2_CHARTING PARODONTALE [12] (voir les annexes)

L'ensemble des données cliniques est ensuite compilée dans le Charting parodontal.

3.3 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES[13] :

- **Les photos de la bouche ouverte** : leur intérêt est double, tant pour le praticien, de même que pour le patient, ou ces dernières pourraient renforcer leur motivation.
- **Les examens microbiologiques [5]**: ils évaluent la flore bactérienne présente au niveau du parodonte, leur finalité étant de localiser et de nommer les bactéries parodontopathogènes, pour évaluer l'efficacité du traitement. Leur utilisation reste réservée à certaines indications.
- **Les examens biologiques[14]** : les tests biologiques sont des tests basés sur des prélèvements sanguins, salivaires ou du fluide gingival. Leur analyse est centrée sur des marqueurs génétiques susceptibles d'être responsables de l'aggravation de la destruction tissulaire.
- **Les examens radiologiques[5]** : sont utilisés pour confirmer et étendre les conclusions de l'examen clinique. Dans la pratique clinique en parodontologie, il s'agit d'un examen déterminant pour établir un diagnostic parodontal. Il regroupe la radiographie panoramique et retro-alvéolaire.

4. LES CLASSIFICATIONS DES MALADIES PARODONTALES (1982-1999)

Les systèmes de classifications sont nécessaires afin de fournir un cadre dans lequel étudier scientifiquement l'étiologie, leurs rapports avec l'état général, leurs progressions et leurs réponses au traitement ce qui permet aux cliniciens, après un examen clinique approfondi de poser un diagnostic correct de la maladie.[15]

Plusieurs classifications ont été proposées depuis celle de Page et Schroeder 1982 en raison d'évolution des connaissances scientifiques au cours des vingt dernières années[16]

Tableau 1 : La classification de Page et Schroeder 1982

| La classification de Page et Schroeder 1982 | |
|--|---|
| Maladie à localisation parodontale exclusive | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Parodontite pré-pubertaire ➤ Parodontite juvénile ➤ Parodontite à progression rapide : touche le jeune adulte ➤ Parodontite de l'adulte : après 35 ans ➤ parodontite ulcéro-nécrotique (PUNA). |
| Maladie parodontale symptômes de grands syndromes | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Maladie de Papillon Lefèvre ➤ Hypo-phosphatasie ➤ Acatalasie ➤ Syndrome de Chediak Higashi ➤ Leucopénie ➤ Diabète insulino-dépendant ➤ Acrodynie ➤ Trisomie 21 ➤ Histiocytose X |

Source : [6]

Tableau 2: La classification de Suzuki et Charon 1988

| La classification de Suzuki et Charon 1988 | |
|--|--|
| Gingivites | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ulcéro-nécrotique aigue ▪ Associées aux troubles hormonaux ▪ Associées a la prise des médicaments ▪ Desquamatives ▪ Autres formes |
| Parodontites | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parodontites chronique de l'adulte ▪ Parodontites à début précoces <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Parodontite a progression rapide</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Type A ○ Type B ➤ <u>Parodontite juvénile</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Localisées ○ Généralisées ➤ <u>Parodontites post-juvénile</u> ➤ <u>Parodontites pré-pubertaire</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Localisées ○ Généralisées ▪ Parodontites réfractaires ▪ Parodontites ulcéro-nécrotiques ▪ Parodontites associées à des maladies systémiques |

Source : [6,16]

Tableau 3 : La classification de World Work Shop 1989

| <u>La classification de WORLD WORK SHOP 1989</u> | |
|--|---|
| Les gingivites | <ul style="list-style-type: none"> • Les gingivites associées à la plaque • Les gingivites ulcéro-nécrotiques • Les gingivites hormonales • La gingivite médicamenteuse • Les gingivites desquamatives • Les gingivites associées à une maladie du système général |
| Les parodontites | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Les parodontites de l'adulte ❖ Les parodontites à début précoce : pré-pubertaire /juvénile/à Progression rapide ❖ Les parodontites associées à une maladie du système général ❖ Les parodontites ulcéro-nécrotiques ❖ Les parodontites réfractaires |

Source :[6]

Tableau 4: La classification de Ranney 1992

| <u>La classification de Ranney 1992</u> | |
|---|--|
| Gingivites | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gingivites bactériennes sans facteurs généraux 2. Gingivites bactériennes avec facteur systémique <ul style="list-style-type: none"> • hormonales • médicamenteuses • associées aux maladies systémiques 3. Gingivites non associées à la plaque: <ul style="list-style-type: none"> • infections • allergies • maladies-dermato générales (lichen plan, pemphigus ...) 4. Gingivite ulcéro-nécrotique <ul style="list-style-type: none"> • facteurs systémiques (induisant une faiblesse immunitaire) • SIDA (pathologie souvent associée à la GUNA) |
| Parodontites | <ol style="list-style-type: none"> 1. Parodontite de l'adulte: <ul style="list-style-type: none"> • avec participation systémique • sans participation systémique 2. Parodontite précoce: <ul style="list-style-type: none"> • localisée (juvénile) : dents de 6 ans + incisives - généralisée (à progression rapide) • associée aux maladies systémiques (grands syndromes) 3. parodontite ulcéro-nécrotique : <ul style="list-style-type: none"> • liée au SIDA • liée à des troubles nutritionnels |

- d'origine non encore déterminée

Source : [6]

Tableau 5: La classification d'Armitage 1999

| Classification d'Armitage 1999 | | |
|--------------------------------|---|--|
| Maladies gingivales | maladie gingivale induite par la plaque | <p>1. gingivite associée avec la plaque uniquement</p> <p>a) sans facteurs locaux</p> <p>b) avec facteurs locaux</p> <p>2. maladie gingivale associée à des facteurs systémiques</p> <p><u>a) Associée à des modifications endocriniennes</u></p> <p>1) gingivite de la puberté</p> <p>2) gingivite associée aux cycles menstruels</p> <p>3) gingivite au cours de la grossesse gingivite, granulome pyogénique</p> <p>4) gingivites et diabète sucré</p> <p><u>b) Associée à un trouble de la crase sanguine :</u> leucémie, autres troubles</p> <p>3. maladie gingivale et médicaments</p> <p>1) hypertrophie gingivale induite par les médicaments</p> <p>2) gingivite aggravée par les médicaments : contraceptifs oraux et gingivite, autres médicaments</p> <p>3) gingivites et malnutritions</p> <p>a) gingivite et carence en acide ascorbique</p> <p>b) autres</p> |
| | maladie gingivale non induite par la plaque | <p>1- pathologie gingivale liée à une bactérie spécifique : Neisseria gonorrhée, Tréponème pallidum, Streptocoques</p> <p>2- maladie gingivale d'origine virale :</p> <p>a) infections à herpes virus gingivo-stomatite lors de la primo-infection à herpes virus, herpes buccal récidivant, varicelle –zona</p> <p>b) autres</p> <p>3- maladie gingivale d'origine fongique :</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> a) infection à candida : candidose gingivale généralisée b) érythème gingival linéaire c) histoplasmose d) Autres <p>4- lésions gingivales d'origine génétique :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) gingivite au cours des fibromatoses b) autres <p>5- gingivites au cours de manifestations générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <u>atteintes cutano-muqueuses</u> <ul style="list-style-type: none"> 1) lichen plan 2) pemphigoïde 3) pemphigus vulgaire 4) érythème polymorphe 5) lupus érythémateux 6) induites par des médicaments 7) autres b) <u>réactions allergiques</u> <ul style="list-style-type: none"> 1) aux matériaux d'obturations dentaires : mercure nickel acrylique et autres 2) réactions allergiques attribuées à : pâtes dentifrices, bain de bouche, additif contenu dans les chewing-gums, additifs présents dans les aliments 3) autres <p>6- lésions traumatiques (factices, iatrogènes, accidentelles) chimique, physique, thermique</p> <p>7- réactions auto-immunes</p> <p>8- non spécifiques</p> |
| | <p>1. PARODONTITES CHRONIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> A- localisées, B- généralisées <p>2. PARODONTITES AGRESSIVES</p> <ul style="list-style-type: none"> A- localisées, B- généralisées <p>3. PARODONTITES MANIFESTATIONS D'UNE MALADIE GÉNÉRALE</p> <ul style="list-style-type: none"> A- associées à une hémopathie neutropénie acquise, leucémie, autres B- associées à une anomalie génétique <ul style="list-style-type: none"> a. neutropénie familiale cyclique b. syndrome de Down | |

Maladies
parodontales

- c. syndrome de déficience d'adhésion des leucocytes
- d. syndrome de Papillon-Lefèvre
- e. syndrome de Chidiak-Higashi
- f. hystiocytose
- g. maladie du stockage du glycogène
- h. agranulocytose de l'enfant
- i. syndrome de Cohen
- j. syndrome d'Ehlers-Danlos (types IV et VIII)
- k. Hypophosphatasie
- l. autres

C- non spécifiées

4. PARODONTOPATHIES ULCERO-NECROTIQUES

- Gingivite ulcéro-nécrotique
- Parodontite ulcéro-nécrotique

5. ABCES PARODONTAL

Abcès gingival, abcès parodontal, abcès péri-coronaire

6. PARODONTITE ASSOCIEE A UNE PATHOLOGIE ENDODONTIQUE

Lésions combinées endo-parodontales

7. ANOMALIES BUCCO-DENTAIRES ACQUISES OU CONGENTALES EN RAPPORT AVEC LES PARODONTOPATHIES

A. facteurs locaux liés à la dent prédisposant aux gingivites ou aux parodontites induites par la plaque

- 1) facteur lié à l'anatomie de la dent, obturation et restauration dentaire, fractures des racines, résorptions cervicales et fissures du cément

B. malformation muco-gingivale au voisinage des dents

- a. récessions gingivales au niveau des surfaces linguales ou vestibulaires, inter-proximales
- b. défaut de kératinisation de la gencive
- c. réduction de la profondeur du vestibule
- d. frein aberrant, anomalie de l'insertion musculaire
- e. excès de gencive : pseudo-poche, gencive marginale inconsistante, excès de gencive visible, hypertrophie gingivale
- f. anomalie de la coloration

C. malformation muco-gingivale et édentation

- a. déficit horizontal ou vertical de la crête alvéolaire
- b. déficit de kératinisation de la gencive
- c. hypertrophie gingivale
- d. frein aberrant, anomalie de l'insertion musculaire
- e. réduction de la profondeur du vestibule
- f. anomalie de la coloration

D. traumatisme occlusal : occlusal primaire, secondaire

Source : [6, 18]



INTRODUCTION :

L'Académie Américaine de parodontologie AAP et la Fédération Européenne de Parodontologie FEP organisent un séminaire international à Chicago 2017^[2], ils sont cités nombreuses recommandations durant le workshop.^[3]ces recommandations ont été résumé de la manière suivante :

1. POINTS ESSENTIELS :

- l'existence du terme SANTE PARODONTALE en présence d'un parodonte réduit.
- La distinction parodontite chronique/agressive est remplacée par un modèle reposant sur le stade et l'importance de la parodontite

2. MODIFICATIONS MAJEURS :**2.1 SANTE PARODONTALE ET LES AFFECTIONS GINGIVALES SUR UN PARODONTE INTACT ET REDUIT :**

- ✓ Définition de l'état de santé parodontale.
- ✓ Santé parodontale possible sur parodonte réduit (notion de « parodontite traitée »).

2.2 PARODONTITES :

- ✓ Un seul diagnostic de parodontite.
- ✓ Double caractérisation de la parodontite: « stade » à 4 niveaux et « Grade » à 3 niveaux.
- ✓ Classification des lésions endo-parodontales.
- ✓ Classification des abcès.

2.3 ASSOCIATIONS SYSTEMIQUES:

- ✓ Effet majeur sur l'évolution des parodontites : certaines maladies rares.
- ✓ Effet variable sur l'évolution des parodontites : maladies fréquentes (ex diabète) et celles atteignant le parodonte indépendamment de la présence du biofilm (ex : cancers).
- ✓ Diabète et consommation de tabac doivent être considérés comme des descripteurs.

2.4 RECESSIONS TISSULAIRES MARGINALES :

- ✓ Classification des récessions tissulaires marginales.
- ✓ Le terme « espace biologique » remplacé par « attache supra-crestale ».

3. DESCRIPTION DE LA NOUVELLE CLASSIFICATION

1.1 SANTE PARODONTALE ET MALADIES ET AFFECTIONS GINGIVALES SUR UN PARODONTE INTACT ET REDUIT

1.1.1 DEFINITION DE L'ETAT DE SANTE PARODONTAL ET GINGIVAL SUR UN PARODONTE INTACT ET REDUIT:

La santé parodontale est définie par l'absence d'inflammation détectable cliniquement. Il y a un niveau biologique de surveillance immunitaire compatible avec la santé gingivale clinique et homéostasie.

La santé gingivale clinique peut être retrouvée dans un parodonte qui est intact, c'est-à-dire sans perte d'attachement clinique ni perte osseuse, et sur un parodonte réduit que ce soit chez un patient ne souffrant pas de parodontite (par exemple chez les patients présentant certaines formes de récessions gingivales ou après une chirurgie d'allongement coronaire) ou chez les patients ayant des antécédents de parodontite qui est actuellement stabilisé^[19].

La santé gingivale clinique peut être restaurée après un traitement de la maladie parodontale. ^[20]

3.1.2 LES AFFECTIONS GINGIVALES:

Il y a deux grandes catégories des maladies gingivales :

- **La gingivite induite par la plaque dentaire associée au biofilm dentaire seul**, soit associée à des facteurs de risque locaux ou systémique (une surcroissance gingivale influencée par les médicaments)
- **La gingivite non induite par la plaque dentaire** (manifestation des maladies systémiques).

Selon ces auteurs ; le saignement au sondage devrait être le principal paramètre pour évaluer les seuils de la gingivite.^[19]

3.1.2.1 Gingivites induites par la plaque^[21]

a) **Associée au biofilm uniquement.**

b) **Modifiée par des facteurs systémiques ou locaux.**

➤ Facteurs systémiques (facteurs modifiants)

- a. Tabagisme.
- b. Hyperglycémie.
- c. Nutrition.
- d. Agents pharmacologiques (prescrits, non prescrits et récréatifs).
- e. Stéroïdes sexuels :
 - ✓ Puberté.
 - ✓ Menstruations.
 - ✓ Grossesse.
 - ✓ Contraceptifs oraux.
- f. Affections hématologiques.

- Facteurs de risques locaux (facteurs prédisposants)
 - a. Facteurs de rétention de plaque (tels que sur-contours)
 - b. Sécheresse buccale
 - c. Accroissement gingival médicamenteux

Tableau 6 : La santé parodontale et maladies et affections gingivales sur un parodonte intact et réduit

| Santé parodontale et maladies et affections gingivales sur un parodonte intact et réduit | | |
|---|---|---|
| Parodonte sain et gencive saine | Gingivite induite par la plaque dentaire | gingivales non induite par la plaque dentaire |
| <p>A. Gencive sain sur un parodonte intact</p> <p>B. Gencive sain sur un parodonte réduit</p> <p>→ Patient avec une parodontite stable</p> <p>→ Patient ne présente pas une parodontite</p> | <p>A. Associé à la plaque dentaire seul</p> <p>B. Médiation par un facteur de risque systémique ou local</p> <p>C. Agrandissement influencé par les médicaments.</p> | <p>A. Troubles des développements génétiques</p> <p>B. Infection spécifique</p> <p>C. Conditions inflammatoires et immunitaires</p> <p>D. Processus réactif</p> <p>E. Néoplasmes</p> <p>F. Maladies endocrinienne, nutritionnelles, et métaboliques</p> <p>G. Lésions traumatiques</p> <p>Pigmentation gingivale</p> |

Source : [19]

3.1.2.2 Santé gingivale et gingivites induites par la plaque :
diagnostic clinique (voir les annexes)[19, 21]

3.1.2.3 Gingivite non induites par la plaque (voire les annexes tableau 17)[22]

3.2 PARODONTITES :

Un nouveau système de classification de parodontite a été adoptée, dans lequel des formes de la maladie précédemment reconnues selon le dernier système de classification internationalement acceptée (Armitage 1999), L'atelier a convenu que, conformément aux connaissances actuelles en physiopathologie, trois formes de diagnostic peuvent être identifiées les parodontites : [1]

- ❖ Parodontite (les formes de la maladie précédemment reconnues comme «chroniques» ou «agressives», désormais regroupés sous une seule catégorie)
- ❖ Maladies parodontales nécrotiques
- ❖ Manifestation des maladies systémiques et conditions acquises de développement affectant le parodonte

3.2.1 PARODONTITE : [1, 23]

- **1989** : parodontite pré-pubertaire, PJ, PCA, PPR
- **1993** : PCA et PPR
- **1999** : PC, PA, parodontite nécrotique et manifestation d'une maladie générale
- **2018** : parodontites, maladies parodontales nécrotiques, parodontites manifestations d'une maladie systémique définies selon 3 composantes :
 - ❖ L'identification du patient comme un cas de parodontite
 - ❖ L'identification du type spécifique de parodontite,
 - ❖ La description des signes cliniques et des autres éléments qui peuvent affecter le traitement

3.2.1.1 Les stades et les grades[24]

- Le stade dépend largement de **la sévérité** de la maladie et de **la complexité** de son traitement
- Le grade donne des informations supplémentaires sur :
 - ✚ Les aspects biologiques
 - ✚ La progression passée et future
 - ✚ Le pronostic du traitement
 - ✚ Le risque que la maladie ou son traitement affecte la santé du patient

3.2.1.1.1 Sévérité/Complexité des parodontites

Tableau 7 : Les stades de la parodontite

| Facteurs d'évaluation | | <u>Stade I</u> | <u>Stade II</u> | <u>Stade III</u> | <u>Stade IV</u> |
|-----------------------|--|------------------------|-----------------|---|--|
| Gravité | La perte d'attache* | 1-2 mm | 3-4mm | ≥5mm | ≥5mm |
| | La perte osseuse radiographique | ≤1/3 coronaire | 1/3coronaire | 1/3 moyen | Au-delà de 1/3 moyen |
| | La perte des dents d'une cause parodontale | Pas de perte des dents | | ≤4 dents | ≥5 dents |
| Complexité | Profondeur de la poche | ≤4 mm | 4mm-≤5mm | ≥6mm | ≥6mm |
| | La lyse osseuse | Horizontal | Horizontal | - Horizontal et vertical - Possibilité d'atteinte de furcation | . horizontal et vertical . mobilité dentaire ≥2mm . traumatisme occlusal secondaire . <20 dents restantes |

Source [24]

L'extension et la distribution ajouter aux étapes de la parodontite en tant que descripteur pour chaque étape, décrire l'étendue :

- Localisée (<30% des dents en cause);
- généralisée (>30% des dents en cause)
- *au site le plus atteint

3.2.1.1.2 Taux de progression des parodontites

Tableau 8: les grades de la parodontite

| | Taux de progression | Grade A Lent | Grade B Modéré | Grade C Rapide |
|----------------------------|---|--|--|--|
| Critères | Perte d'attache ou alvéolyse radiographique sur les 5 dernières années | Non | < 2 mm | >2 mm |
| | Ratio pourcentage d'alvéolyse/âge | < 0,25 | 0,25 à 1 | > 1 |
| | Ratio quantité de plaque/destruction Parodontale | Dépôt de biofilm faible/important avec une destruction lente | Proportion entre le dépôt de biofilm et la destruction | Dépôt de biofilm faible/important avec une destruction dépassé |
| Facteurs de risques | Consommation quotidienne de cigarettes | Non-fumeur | < 10 cigarettes/jour | > 10 cigarettes/jours |
| | Diabètes | Non | Oui HbA1c < 7,0% | Oui HbA1c ≥ 7,0% |

Source : [24]

La destruction n'est pas en rapport avec les dépôts de biofilm : le schéma clinique suggère des périodes de progression rapide et/ou de maladie à début précoce (telles que localisations molaires/incisives; absence de réponse à la thérapeutique de contrôle bactérien standard).

3.2.1.2 Les étapes cliniques pour poser un diagnostic d'une parodontite [23, 30]

Tableau 9 :Les étapes cliniques à suivre pour poser un diagnostic parodontal

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">Étape 1</p> <p style="text-align: center;">Présentation initiale du cas pour évaluer la maladie</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Profondeurs de sondage de toutes les dents ➤ Radiographie complète de la bouche ➤ Les dents manquantes |
| <p style="text-align: center;">Étape 2</p> <p style="text-align: center;">Etablir le stade</p> | <p>→ Pour la parodontite légère à modérée (généralement de stade I ou II):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmer la perte d'attachement clinique ▪ Exclure les causes non liées à la parodontite (par exemple, les restaurations cervicales ou les caries, les fractures de la racine, perte d'attache clinique due à des causes traumatiques) ▪ Déterminer la perte osseuse maximale par la perte d'attache clinique ou par perte osseuse radiographique ▪ Confirmer les modèles de la perte osseuse radiographique (horizontal, vertical) <p>→ Pour la parodontite modérée à sévère (généralement de stade III ou IV):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer le nombre maximal de la perte d'attache clinique ou de la perte osseuse radiographique. ▪ Confirmer les modèles de la perte osseuse radiographique. ▪ Évaluer la perte de dents due à la parodontite ▪ Évaluer les facteurs de complexité du cas (p. Ex. Fréquence de la perte d'attache clinique élevée, problèmes chirurgicaux) |
| <p style="text-align: center;">Étape 3</p> <p style="text-align: center;">Etablir la progression</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Calculer la perte osseuse radiographique (% de la longueur de la racine x 100) divisé par l'âge ➤ Évaluer les facteurs de risque (tabagisme, diabète, etc.) ➤ Mesurer la réponse à la mise à l'échelle, au surfaçage radiculaire et au contrôle de la plaque ➤ Évaluer le taux de perte osseuse attendu ➤ Procéder à une évaluation détaillée des risques ➤ Prendre en compte les considérations inflammatoires médicales et systémiques |
| <p style="text-align: center;">Étape 4</p> <p style="text-align: center;">Plan du traitement</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour la parodontite de stade légère à modérée (généralement stade I ou II) du grade A, B et C => traitement standard ➤ Pour la parodontite modérée à sévère (généralement stade III ou IV) du grade A, B et C=> traitement complexe et/ou pluridisciplinaire |

Source : [23, 30]

3.2.2 MALADIES PARODONTALES NECROTIQUES (MPN) : DIAGNOSTIC [1]

Tableau 10: Maladies parodontales nécrotiques

| | | Facteurs prédisposant | Diagnostic clinique |
|------------------------------|-----------|---|--|
| Malades sévèrement atteints* | Adultes | HIV+/SIDA avec taux de CD4 < 200 et charge virale détectable | GN, PN, SN, noma Progression possible |
| | | Autres atteintes systémiques sévères (immunosuppression) | |
| | Enfant | Malnutrition sévère | |
| | | Condition de vie: précarité extrême | |
| | | Infections sévères | |
| Malades modérément atteints | | Facteurs de risque non contrôlés: stress, nutrition, tabac, habitudes | GN généralisée Progression possible en PN |
| | | Cratères résiduels suite à un antécédent de MPN | |
| | Gingivite | Facteurs locaux: proximité radiculaire, malposition | GN localisée Progression possible en PN |
| | | Facteurs commun prédisposant aux MPN | GN Progression peu Fréquente |
| | | Parodontite | Facteurs commun prédisposants aux MPN |

Source : [1]

→ *maladie chronique à pronostic sévère

3.2.3 MANIFESTATION DES MALADIES SYSTEMIQUES ET ACQUISES DE DEVELOPPEMENT AFFECTANT LE PARODONTE:[17, 25]

L'atelier international a été chargé d'examiner les manifestations parodontales de maladies systémiques et de troubles développementaux et acquis. Le rapport de consensus révèle :

- L'existence des affections systémiques rares (telles que le syndrome de Papillon Lefèvre et un déficit en adhérence leucocytaire) qui ont un effet majeur sur l'évolution de la parodontite, et des affections indépendantes à l'inflammation induite par le biofilm dentaire (telles que les maladies néo-plastiques).
- Que la parodontite associée au diabète ne doit pas être considérée comme un diagnostic distinct, mais que le diabète doit être reconnu comme un facteur de modification important et inclus dans un diagnostic clinique de la parodontite [17].

Trois possibilités:

- a) Maladies ayant un impact majeur sur la perte des tissus parodontaux en influant sur l'inflammation parodontale
- b) Autres maladies et consommations ayant un impact variable sur la pathogénie des maladies parodontales
- c) Maladies pouvant entraîner la perte des tissus parodontaux en l'absence de parodontite.

3.2.3.1 Maladies ayant IMPACT MAJEUR sur le parodonte(voir les annexes tableau 18)[25]

3.2.3.2 Maladies et consommations ayant un IMPACT VARIABLE sur le parodonte[25]

- Diabètes.
- Obésité.
- Ostéoporose.
- Arthropathies (polyarthrite rhumatoïde, arthrose).
- Stress émotionnel et dépression.
- Tabagisme (dépendance à la nicotine).
- Médicaments.

3.2.3.3 Maladies ayant un effet sur le parodonte en l'ABSENCE DE PARODONTITE [25]

A- Tumeurs néoplasiques

a) Tumeurs primaires des tissus parodontaux :

- Carcinome épidermoïde oral.
- Tumeurs odontogéniques.
- Autres tumeurs primaires.

b) Métastases secondaires des tissus parodontaux

B- Autres maladies affectant les tissus parodontaux :

- Granulomatose avec polyangéite.
- Histiocytose à cellules de Langerhans.
- Granulome à cellules géantes.
- Hyperparathyroïdisme.
- Sclérodémie systémique (sclérose systémique).
- Ostéolyse idiopathique massive (syndrome de Gorham Stout).

3.3 ABCES PARODONTAUX (CLASSIFICATION ETIOLOGIQUE)^[26]**Tableau 11** : La classification étiologique des abcès parodontaux

| | | | |
|---|---|---|---|
| Patients atteints de parodontite | Phase aiguë | <ul style="list-style-type: none"> - Parodontite non traitée - Absence de réponse au traitement pendant TPS* | |
| | Après traitement | <ul style="list-style-type: none"> - Après détartrage - Après chirurgie - Après prise de médicaments | <ul style="list-style-type: none"> - Antimicrobiens systémiques - Autres médicaments: nifédipine |
| Patients non atteints de parodontite | Impaction | | Fil dentaire, élastique orthodontique, cure-dent, digue, ou coque de popcorns |
| | Troubles du comportement | | Objets portés à la bouche, onychophagie, bruxisme (clenching) |
| | Orthodontie | | Forces orthodontiques ou malocclusion |
| | Hyperplasie gingivale | | |
| | Altération de la surface Radiculaire | <ul style="list-style-type: none"> - Altérations anatomiques sévères - Altérations anatomiques mineures - Conditions Iatrogènes - Atteinte radiculaire sévère | <ul style="list-style-type: none"> - Dent invaginée, dens in dente, odontodysplasie (odontogénèse imparfaite) - Perles cémentaires, perles d'émail ou sillons radiculaires - Perforations - Fissures ou fractures, syndrome de la dent fissurée - Résorption radiculaire externe |

Source : [26]

*Thérapeutique Parodontale de Soutien

3.4 LÉSIONS ENDO-PARODONTAUX [26, 27]

Tableau 12: La classification des lésions endo-parodontales

| | | |
|--|---|--|
| Lésions endo-parodontales avec perte d'intégrité radiculaire | <ul style="list-style-type: none"> - Fracture ou fêlure radiculaire - Perforation radiculaire ou camérale - Résorption radiculaire externe | |
| Lésions endo-parodontales sans perte d'intégrité radiculaire | Lésions endo-parodontales chez les patients atteints de parodontites | <p>→ Grade A : Poche parodontale étroite et profonde sur une surface dentaire</p> <p>→ Grade B : Poche parodontale large et profonde sur une surface dentaire</p> <p>→ Grade C : Poche parodontale profonde sur plus d'une surface dentaire</p> |
| | Lésions endo-parodontales chez les patients non atteints de parodontites | <p>→ Grade A : Poche parodontale étroite et profonde sur une surface dentaire</p> <p>→ Grade B : Poche parodontale large et profonde sur une surface dentaire</p> <p>→ Grade C : Poche parodontale profonde sur plus d'une surface dentaire</p> |

Source [26, 27]

3.5 CLASSIFICATION DES RECESSIONS TISSULAIRE MARGINALES [17, 27, 28]

Tableau 13: La classification des biotypes gingivales et des récessions tissulaires marginales

| | Gencive | | | Dent | |
|------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| | Hauteur de la récession | Epaisseur gingivale | Hauteur de tissu kératinisé | JAC* (A ou B) | LCNC** (+/-) |
| Pas de récession | | | | | |
| Récession type 1 | | | | | |
| Récession type 2 | | | | | |
| Récession type 3 | | | | | |

Source : [17, 27, 28]

* Jonction Amélo-Cémentaire (Classe A = détectable; Classe B = non détectable)

** Lésion Cervicale Non Carieuse (+ = profondeur > 0,5mm; - = absence de profondeur > 0,5mm)

3.5.1 TYPE DE RECESSIONS TISSULAIRES MARGINALES :

A. **Type 1 (RT1)** : pas de perte d'attache inter-proximale. JAC non cliniquement décelable (ni en mésial et ni en distal de la dent)

Fig. 1. (a) Une récession gingivale buccale à la canine supérieure gauche, (b) le niveau d'attache clinique buccal est de 3 mm, (c) la jonction émail-cément interproximal est non détectable: le diagnostic final est de type 1 récession.

Figure 2 : Récession tissulaire marginale type 1

Source : [28]

B. Type 2 (RT2) : perte d'attache inter-proximale* \leq perte d'attache vestibulaire*



Fig. 2. (a) Une récession gingivale buccale à la canine supérieure gauche, (b) le niveau d'attachement clinique buccal est de 4 mm, (c) le niveau d'attachement clinique interproximal était de 3 mm: le diagnostic final est de type 2 récession.

Figure 3 : Récession tissulaire marginale type 2

Source : [28]

C. Type 3 (RT3) : perte d'attache inter-proximale* $>$ perte d'attache vestibulaire*



Fig. 3. (a) Une récession gingivale buccale à l'incisive latérale supérieure gauche, (b) le niveau d'attachement clinique buccale était de 6 mm, (c) le niveau d'attachement clinique interproximal était de 8 mm: le diagnostic final est de type 3 récession.

Figure 4 : Récession tissulaire marginale type 3

Source : [28]

Remarque :

- *mesurée en inter-proximal de la JAC au fond du sulcus ou de la poche
- ** mesurée en vestibulaire de la JAC au fond du sulcus ou de la poche

**3.6 CLASSIFICATION DES FORCES OCCLUSALES TRAUMATIQUES SUR LE
PARODONTE** [17, 29]**Tableau 14:** La classification des forces occlusales traumatiques sur le parodonte

| Trauma occlusal |
|--------------------------------------|
| A. Trauma occlusal primaire |
| B. Trauma occlusal secondaire |
| C. Forces orthodontiques |

Source : [17, 29]

**3.7 CLASSIFICATION DES FACTEURS MODIFIANTS OU PREDISPOSANTS
POUVANT AFFECTER LE PARODONTE LIES AUX DENTS ET AUX
PROTHESES**[17, 21]**Tableau 15:** La classification des facteurs dentaires affectant le parodonte

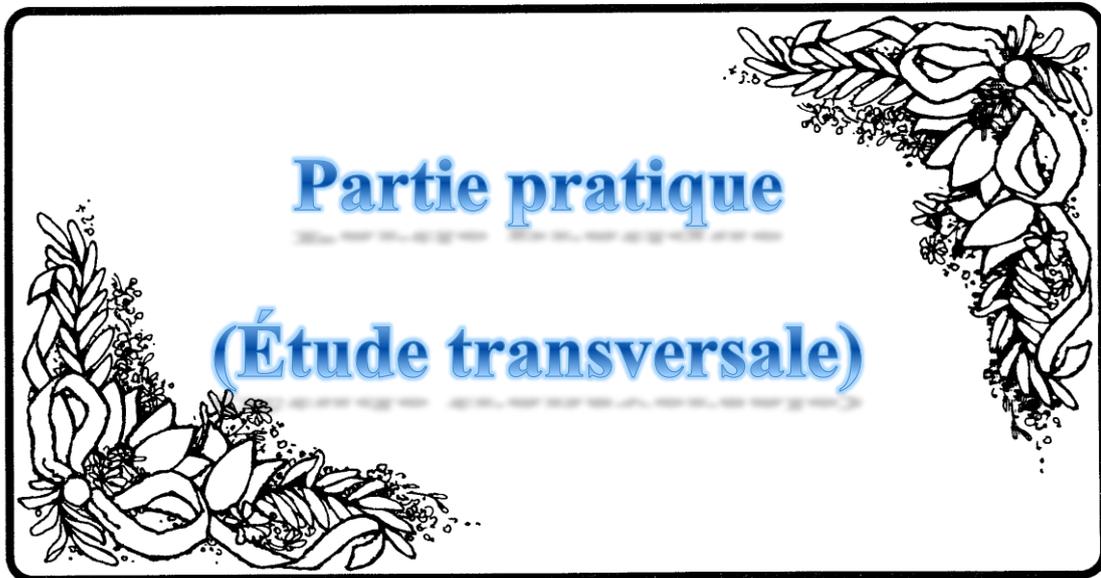
| A. Facteurs dentaires |
|--|
| 1. Facteurs anatomiques dentaires |
| 2. Fractures radiculaire |
| 3. Résorption cervicale, perles d'émail |
| 4. Proximité radiculaire |
| 5. Eruption passive altérée |

Source : [17, 21]

Tableau 16: La classification des facteurs prothétiques affectant le parodonte

| B. Facteurs prothétiques |
|---|
| 1. Limites des restaurations dans l'attache supra-crestale |
| 2. Procédures cliniques liées à la fabrication de restaurations indirectes |
| 3. Hypersensibilité / toxicité aux matériaux dentaires |

Source : [17, 21]



1. PROBLEMATIQUE :

La nouvelle classification des maladies parodontales présente plusieurs modifications majeures par rapport aux anciennes classifications ou elle regroupe les formes de la parodontite chronique et agressive sous un terme unique PARODONTITE fondé sur un système multidimensionnel de stades et de grades.

Ces changements peuvent poser un problème aux étudiants au niveau du service de la parodontologie pour poser le bon diagnostic en utilisant cette classification.

On a fourni aux étudiants des informations concernant la nouvelle classification à travers un questionnaire sans dévoiler l'identité de cette dernière.

Grace à cette étude on va pouvoir analyser la perception des étudiants quant à l'utilité et l'accessibilité de la classification.

Cette analyse est basée sur les réponses des étudiants au questionnaire durant la période d'étude en répondant à la question suivante :

« Est-ce que la perception des étudiants quant à l'accessibilité des données et des modifications clés de la classification des parodontopathies sera possible ? Sera-t-il possible aussi d'adopter cette dernière dans nos programmes d'enseignement de la parodontologie ? ».

2. LES OBJECTIFS:

2.1 OBJECTIF PRINCIPAL :

- Evaluation de la perception des étudiants du cycle clinique de médecine dentaire (CHU .TLEMCCEN), de l'utilité et l'accessibilité de la nouvelle classification des parodontites de l'année 2017 établie par fédération européenne et l'académie américaine de la parodontologie.

2.2 OBJECTIFS SECONDAIRES :

- Adoption de la nouvelle classification dans l'enseignement théorique
- L'application sur les patients pris en charge dans le service de parodontologie CHU TLEMCCEN.

3. MATERIELS ET METHODES :

3.1 METHODOLOGIE

3.1.1 TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

3.1.2 LIEU ET DUREE DE L'ETUDE :

L'étude s'est déroulée au sein de service de parodontologie de CHU de Tlemcen durant la période qui s'étend du mois octobre 2018 au mois de mai 2019.

3.1.3 LA POPULATION D'ETUDE :

Les étudiants de la 5^{eme} et 6^{eme} année médecine dentaire et leurs patients qui ont été sélectionnés durant les séances cliniques.

3.1.4 CRITERES D'INCLUSION :

- Patients des deux sexes.
- Patients présentant une maladie générale.
- Patients présentant une parodontite chronique ou agressive.
- Patients présentant ou non un facteur modifiant (tabac,diabète).
- Etudiants de la 5^{eme} et 6^{eme} année médecine dentaire.

3.1.5 CRITERES D'EXCLUSION :

- Patients présentant une gingivite.
- Les autres promotions de la médecine dentaire.

3.1.6 EXPLOITATION DES DONNEES :

- La gestion des données est totalement informatisée.
- Les réponses au questionnaire ont été reportées dans un tableau à l'aide du logiciel IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science pour l'analyse des données et la réalisation des tests statistiques.

3.2 MATERIELS :

- ❖ Une fiche d'enquête : elle comporte dans sa première partie un questionnaire évaluant la perception des étudiants quant à leur jugement clinique et leur connaissance préalable de la précédente classification d'Armitage année 1999 ; et la deuxième partie comporte les paramètres cliniques propres à la nouvelle classification à partir de lesquelles les étudiants doivent mentionner le diagnostic.
- ❖ Plateau standard de consultation clinique (miroir, sonde d'exploration, précelle)
- ❖ Sonde parodontale graduée de WILLIAM

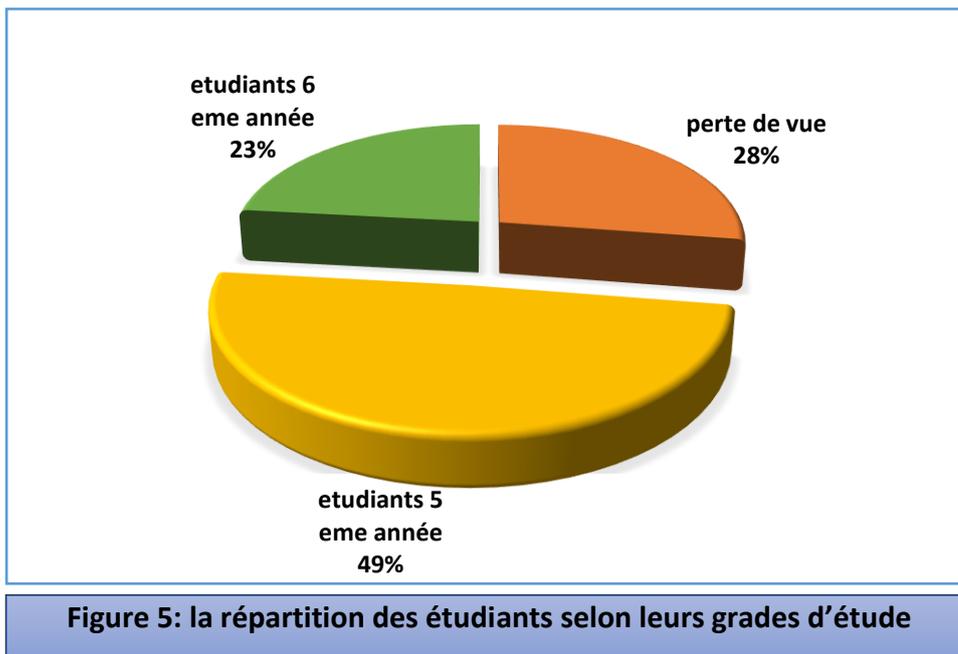
4. RESULTATS

Résultats de l'analyse statistique :

 **LA ERE PARTIE :** ETUDIANTS

Notre population est composée de 73 étudiants répartis de la manière suivante :

36 étudiants de la 5^{ème} année, 17 étudiants de la 6^{ème} année et 20 sont des pertes de vue (19 étudiants de 5^{ème} année et 1 étudiant de 6^{ème} année).



Les étudiants de 5^{ème} année représentent 49 % de notre population, et 23% sont des étudiants de la 6^{ème} année.

❖ La répartition des patients sur les étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année :

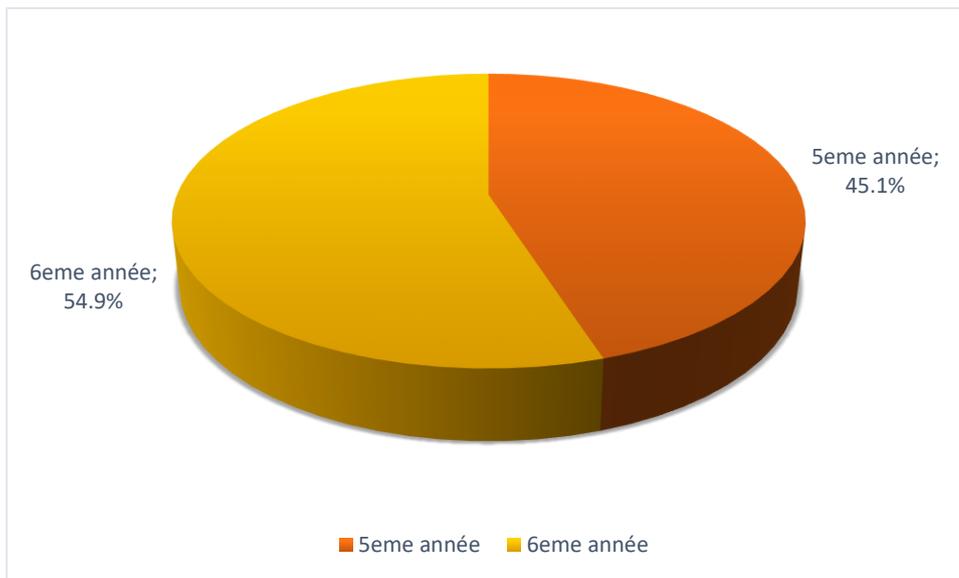


Figure 6: La répartition des patients sur les étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année

54,9 % des patients sont pris par les étudiants de la 6^{ème} année, et 45,1% sont pris par les étudiants de la 5^{ème} année.

❖ La répartition des étudiants à propos la pose de diagnostic parodontal selon Armitage :

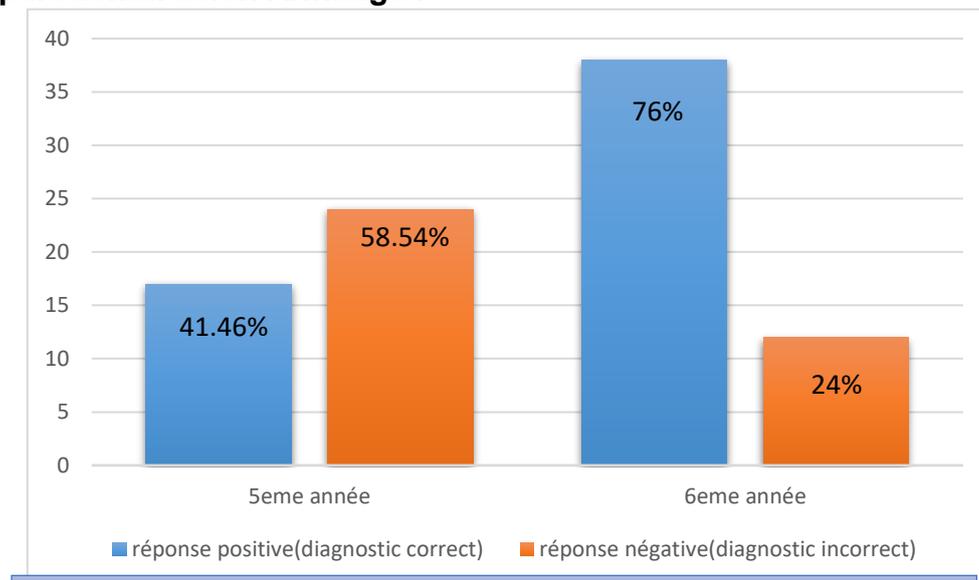


Figure 7 : Les réponses des étudiants au questionnaire (partie réservée à la classification d'Armitage)

41,46% des étudiants de la 5^{ème} année et 76% des étudiants de la 6^{ème} année ont réussi de poser un diagnostic correct selon Armitage.

❖ **La répartition des étudiants à propos la pose de diagnostic parodontal selon la nouvelle classification :**

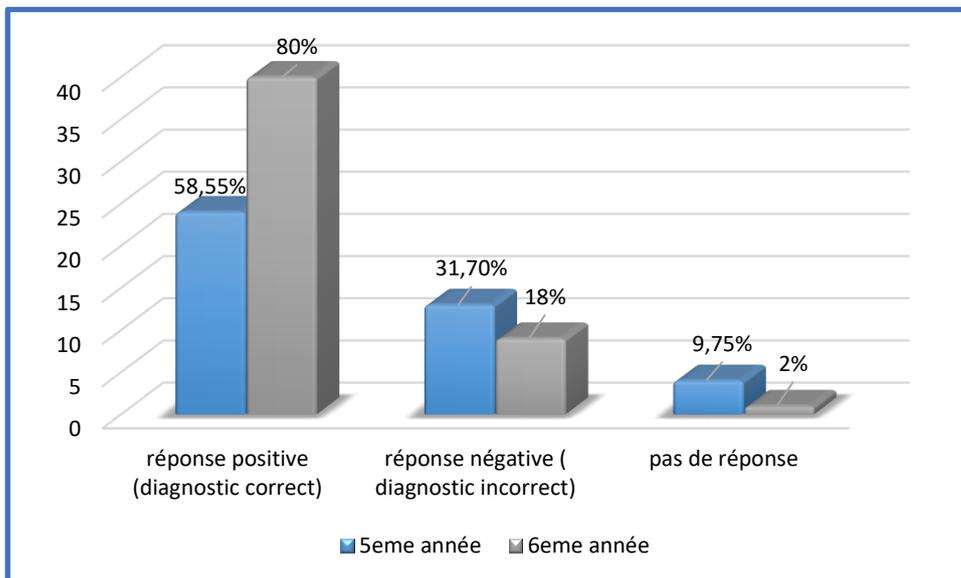


Figure 8 : Les réponses des étudiants au questionnaire (partie réservée à la nouvelle classification)

- 58,55% des étudiants de la 5^{ème} année ont réussi de poser un diagnostic correct, contre 31,70% qui ont posés un diagnostic incorrect, et 9,75% qu'ils ne pouvaient pas poser un diagnostic selon la nouvelle classification.
- 80% des étudiants de la 6^{ème} année ont réussi de poser un diagnostic correct, contre 18% qui ont posés un diagnostic incorrect, et 2% qu'ils ne pouvaient pas poser un diagnostic selon la nouvelle classification.

➤ **LA 2^{EME} PARTIE :** PATIENTS

Notre échantillon est composé de 91 patients répartis de la manière suivante :

❖ **La répartition des patients selon l'âge :**

L'âge des patients est compris entre 19 et 80 ans avec une moyenne de 38.24 ± 12.52 ans

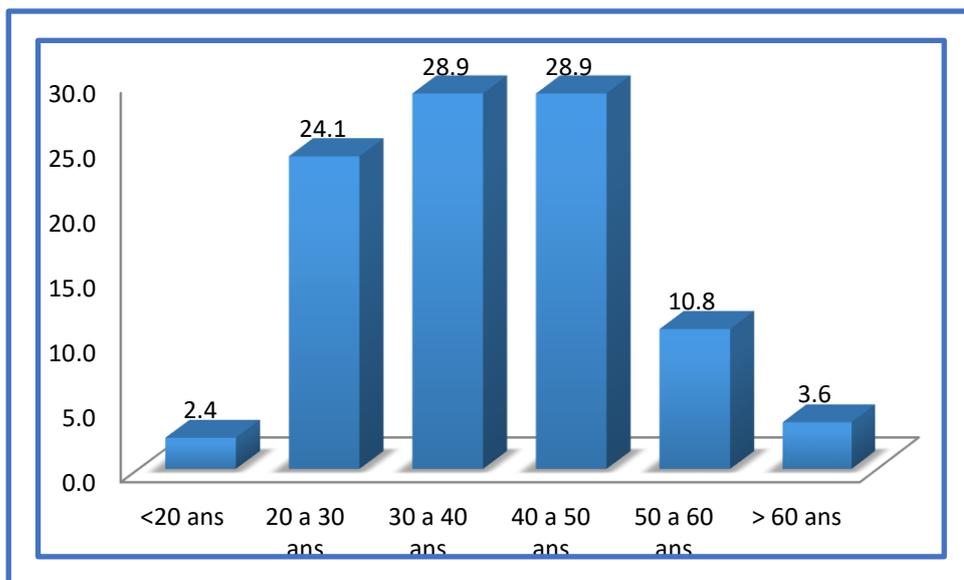


Figure 9 : La répartition des patients selon l'âge

L'intervalle d'âge [30 à 50] ans domine chez notre population.

❖ **la répartition des patients selon le sexe :**

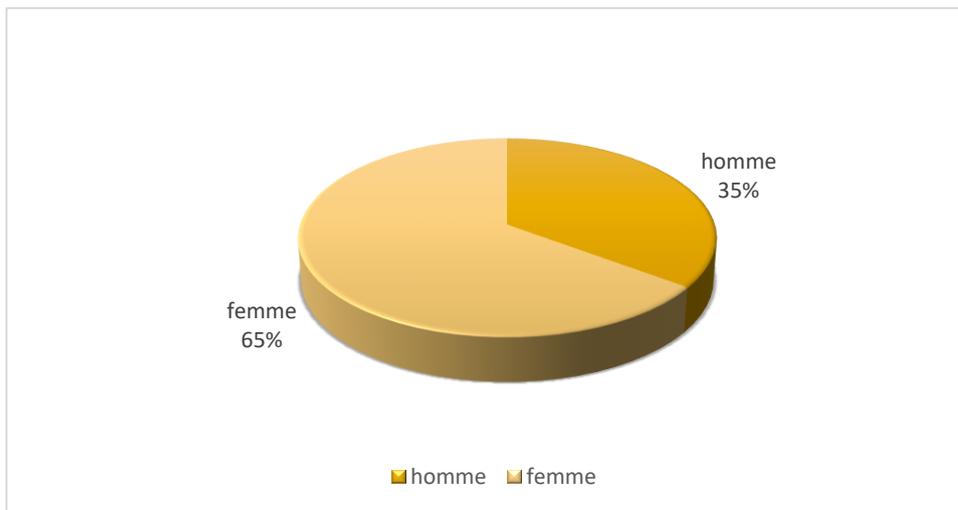


Figure 10 : la répartition des patients selon le sexe

Le sexe féminin est plus fréquent (65%) alors que le sexe masculin est de 35%.

❖ **La répartition des patients selon la consommation du tabac :**

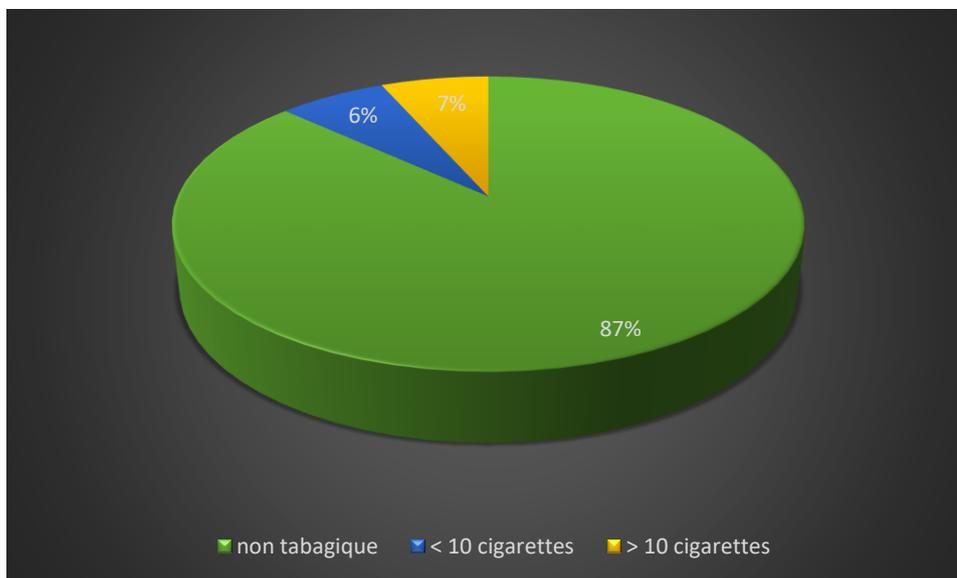


Figure 11 : la répartition des patients selon la consommation du tabac

87 % des patients de notre population sont non-fumeurs.

13% sont fumeurs : 7% des patients fument plus de 10 cigarettes par jour, contre 6% qui fument moins de 10 cigarettes par jour.

❖ La répartition des patients selon leurs états généraux :

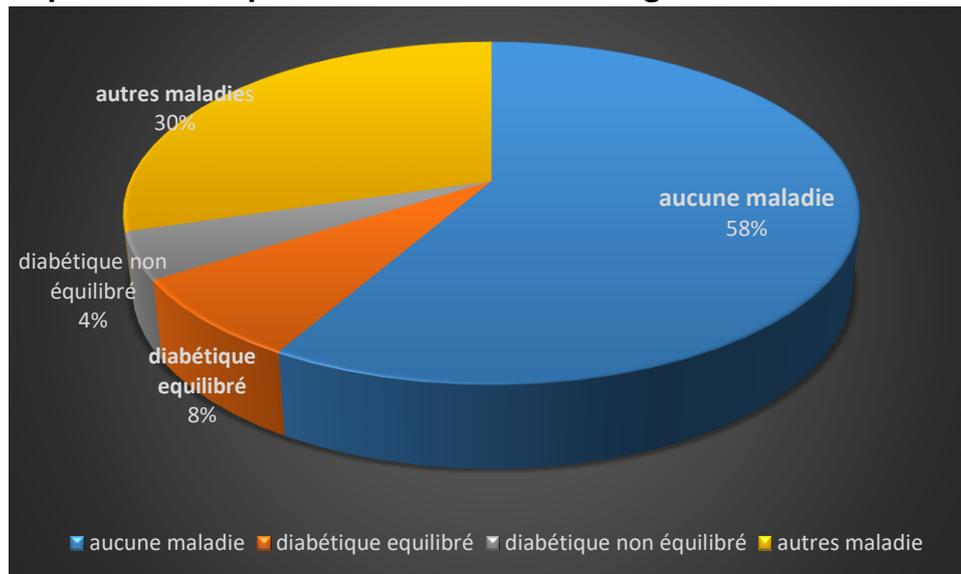


Figure 12 : La répartition des patients selon leurs états généraux

❖ La répartition des patients en fonction de diagnostic parodontal selon Armitage :

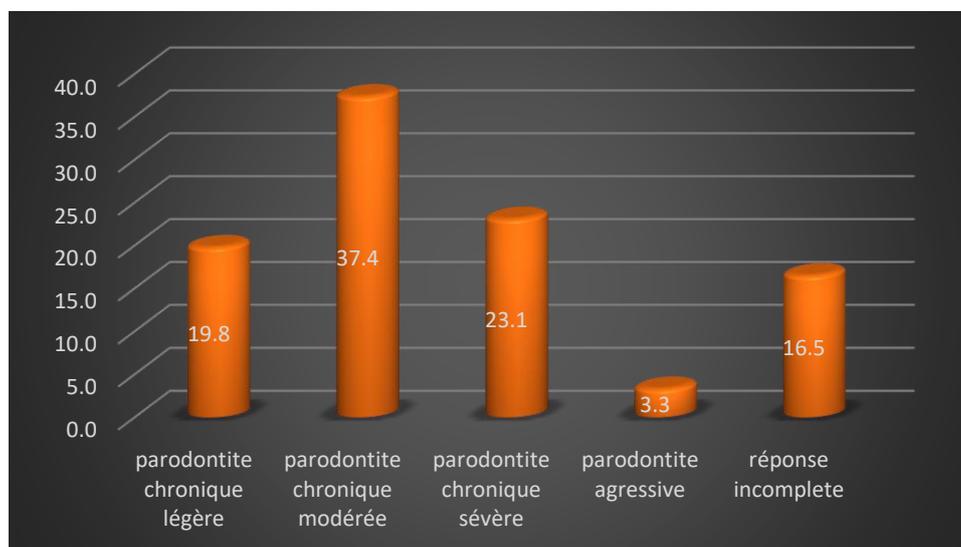


Figure 13 : La répartition des patients en fonction de diagnostic parodontal selon Armitage

37,4 % des patients présentaient une parodontite chronique modérée, 23,1% des patients présentaient une parodontite chronique sévère, et 19,8 % une parodontite chronique légère. 3,3 % des patients présentaient une parodontite agressive.

16,5 % sont des patients qui présentaient une parodontite non précis par les étudiants.

❖ **La répartition des patients en fonction de diagnostic parodontal selon la nouvelle classification :**

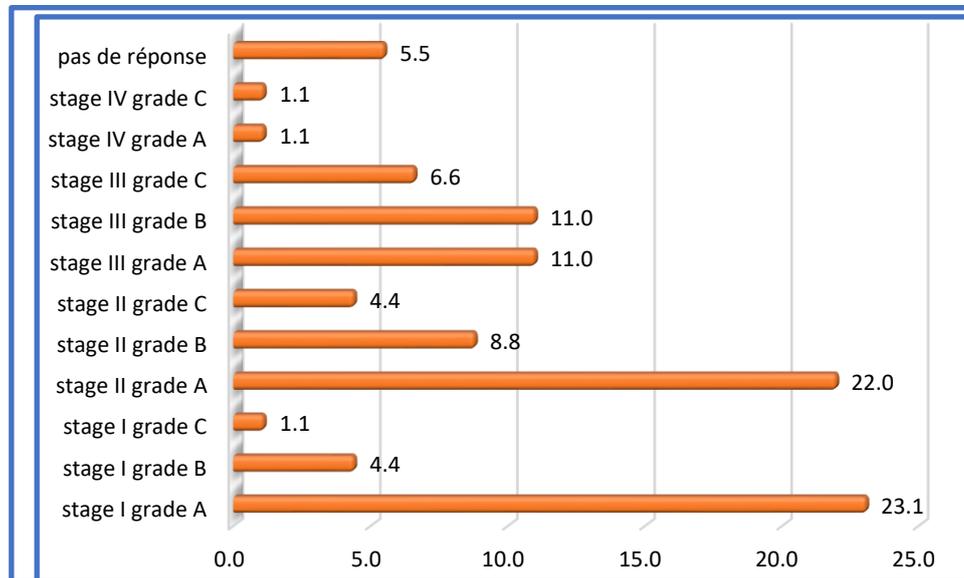


Figure 14 : La répartition des patients en fonction de diagnostic parodontal selon la nouvelle classification

Les patients qui présentaient une parodontite stage I grade A (23,1%) et stage II grade A (22%) sont les plus fréquentes dans notre population, et les patients qui présentaient une parodontite stage III grade A et stage III grade B ont des pourcentages équivalents de 11%.

❖ **Application clinique de la nouvelle classification sur les patients pris en charge au niveau du service de parodontologie CHU Tlemcen**

Ces patients ont été pris en charge dans le service de parodontologie de la clinique dentaire CHU Tlemcen.

Cas n° 01:

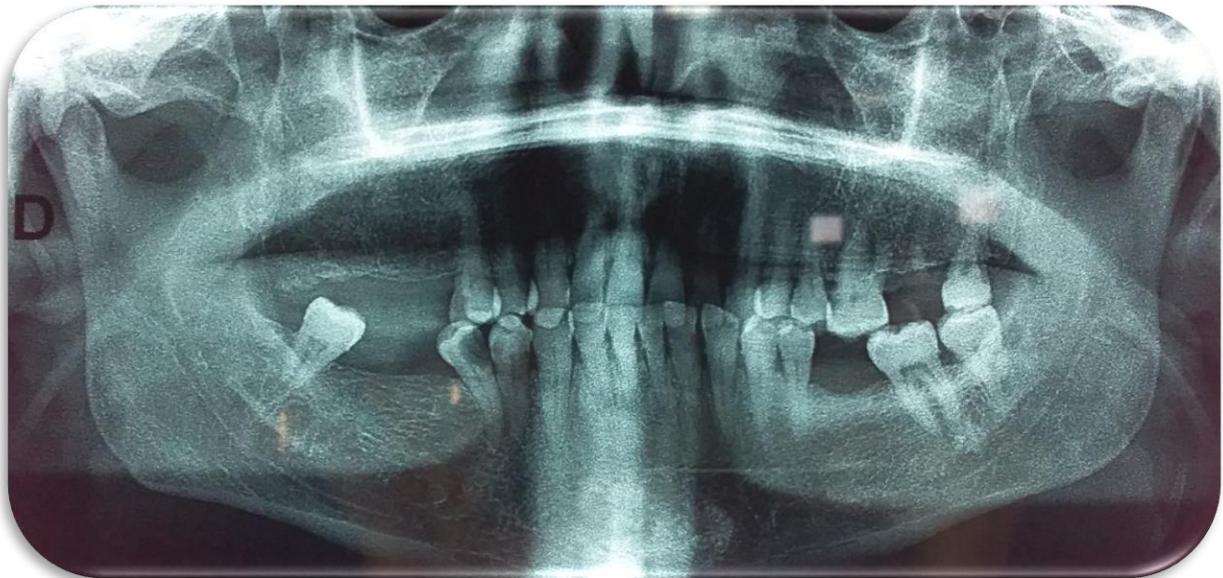
La patiente A.S, âgée de 23 ans. **Bon état général.**



| | |
|---|---|
| Degré de l'inflammation | modérée |
| Le biofilm dentaire | Faible |
| La profondeur des poches | 3 à 4 mm |
| La perte d'attache | 1 à 2 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal au niveau de 1/3 cervical |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique légère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade I grade A généralisée |

Cas n° 02:

Le patient M.T, âgé de 57 ans. **Bon état général, non-fumeur.**



| | |
|---|---|
| Degré de l'inflammation | Modéré |
| Le biofilm dentaire | Modéré |
| La profondeur des poches | 3 à 4 mm |
| La perte d'attache | 1 à 2 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique légère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade I grade B généralisée |

Cas n° 03:

La patiente S.I, âgée de 25 ans. **Bon état général.**



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | modérée |
| Le biofilm dentaire | faible |
| La profondeur des poches | 3 à 4 mm |
| La perte d'attache | 1 à 2 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal et vertical |
| L'étendue de la maladie | Moins de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite agressive localisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade I grade C localisée |

Cas n° 4:

Le patient B.R, âgé de 43 ans. Il a une Fistule artéro veineuse.



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | important |
| La profondeur des poches | 4 à 5 mm |
| La perte d'attache | 3 à 4 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal au niveau de 1/3 coronaire. |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique modérée généralisée associée à une parodontite chronique sévère localisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade II grade A généralisée |

Cas n° 05 :

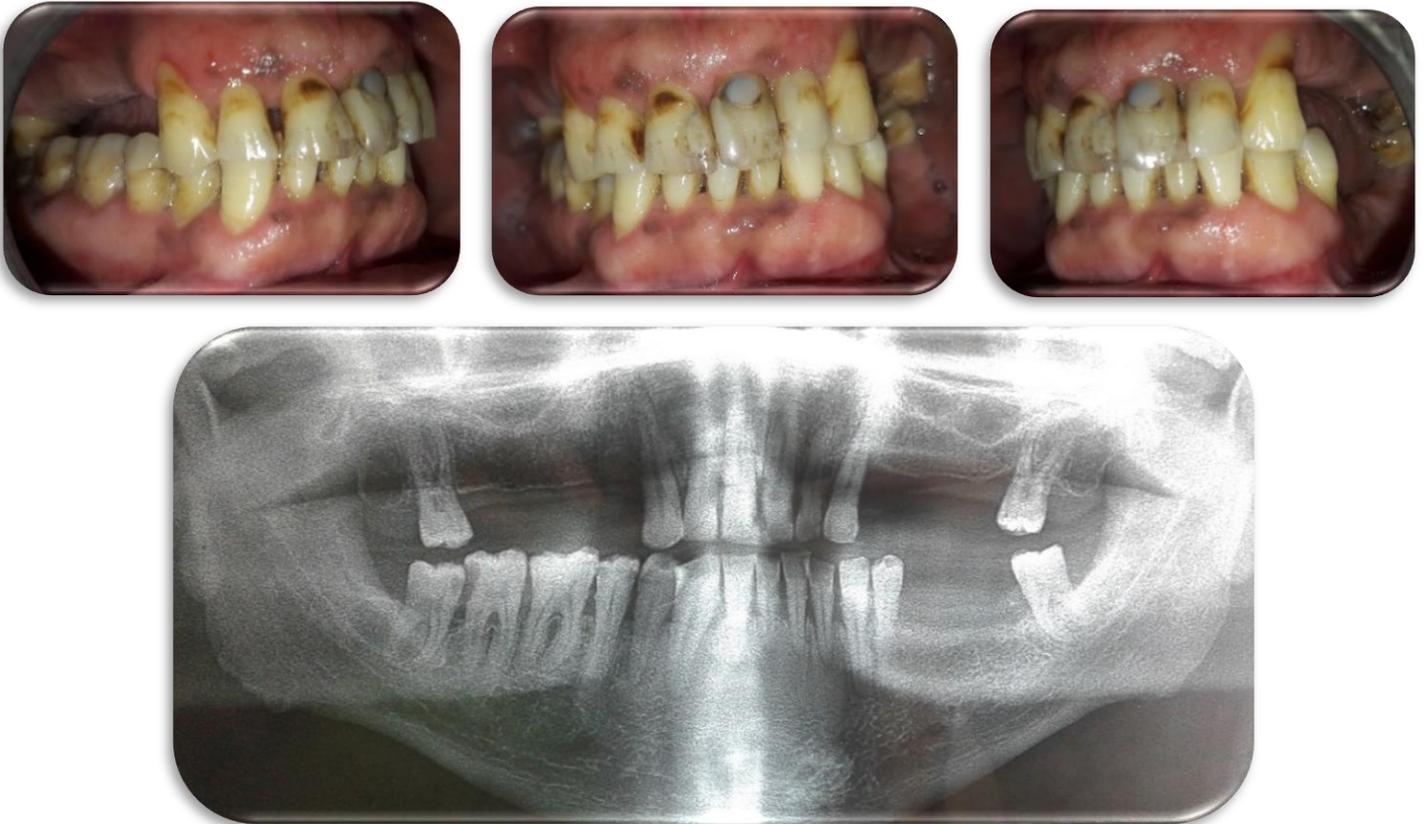
Le patient S.A âgé de 34 ans. **Bon état générale, non-fumeur.**



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | modérée |
| Le biofilm dentaire | Modéré (au niveau buccal) |
| La profondeur des poches | 4 à 5 mm |
| La perte d'attache | 3 à 4 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal et vertical au niveau de 1/3 moyen |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique modérée généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade II grade B généralisée |

Cas n° 06 :

Le patient S.M âgé de 40 ans. **Tabagique > 10 cigarettes.**



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | modérée |
| Le biofilm dentaire | modéré |
| La profondeur des poches | 4 à 5 mm |
| La perte d'attache | 3 à 4 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal et vertical au niveau de 1/3 moyen |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique modérée généralisée et sévère localisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade II grade C généralisée |

Cas n° 07:

Le patient B.M, âgé de 31 ans. **Bon état général. Non-fumeur**



| | |
|---|---|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | important |
| La profondeur des poches | ≥ 6 mm |
| La perte d'attache | ≥ 5 mm |
| L'alvéolyse | Vertical et horizontal au niveau de 1/3 cervical |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique sévère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade III grade A généralisée |

Cas n° 08:

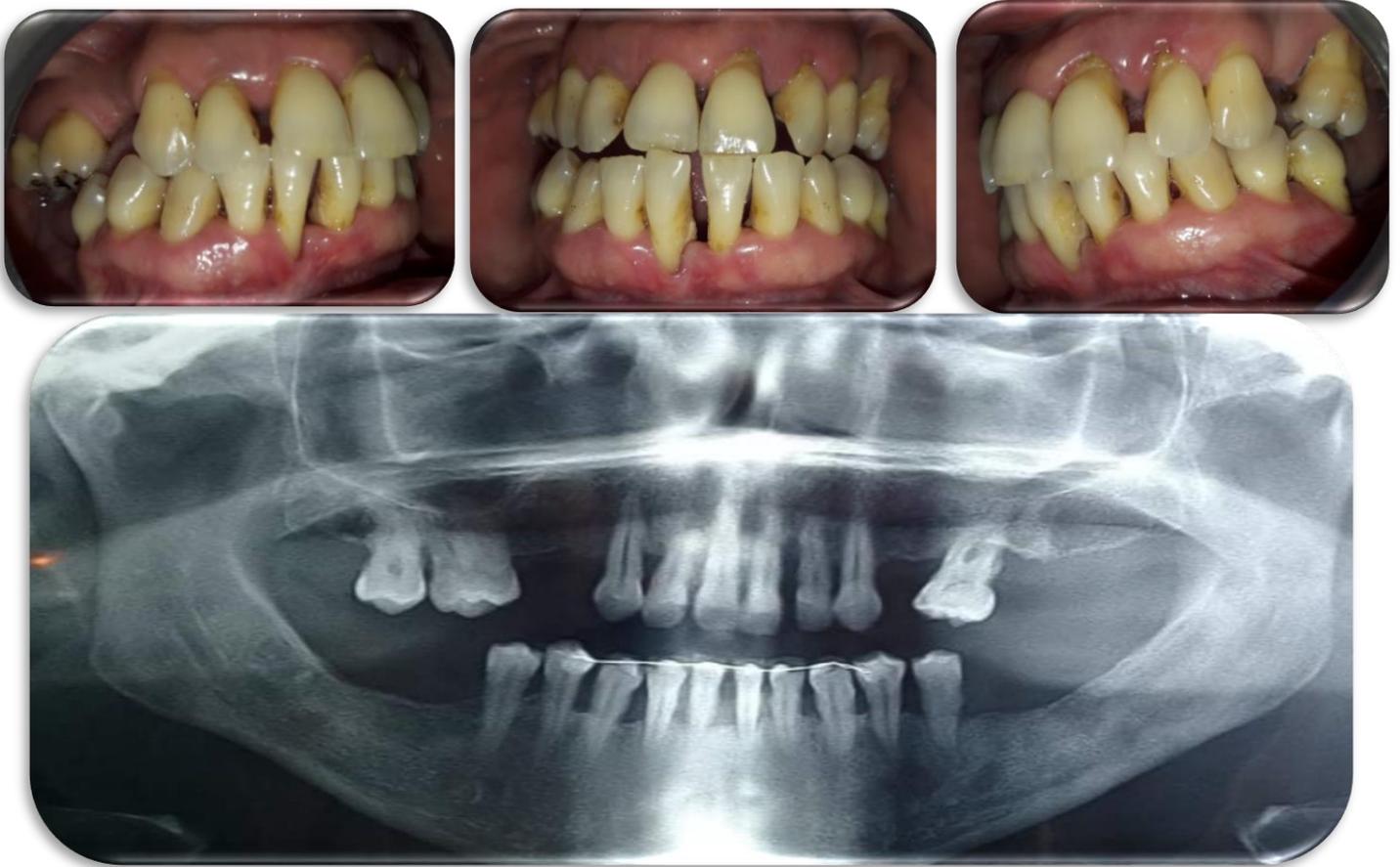
Le patient A.I âgé de 69 ans. Cardiopathe. **Non-fumeur**



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | modéré |
| La profondeur des poches | ≥ 6 mm |
| La perte d'attache | ≥ 5 mm |
| L'alvéolyse | Horizontal et vertical au niveau de 1/3 moyen |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique sévère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade III grade B généralisée |

Cas n° 09 :

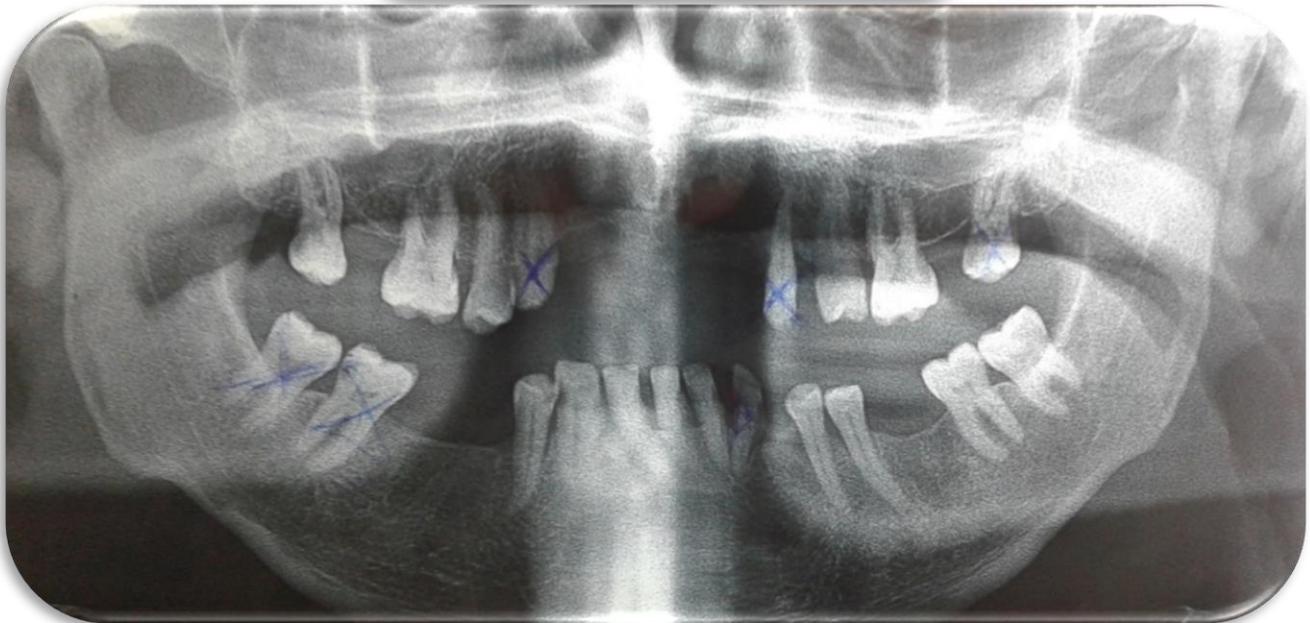
La patiente H.A âgé de 48 ans. Bon état générale, avec une mobilité dentaire >2mm.



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | modéré |
| La profondeur des poches | ≥ 6 mm |
| La perte d'attache | >5 mm |
| L'alvéolyse | Vertical au-delà de 1/3 moyen |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique sévère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade III grade C généralisée |

Cas n° 10:

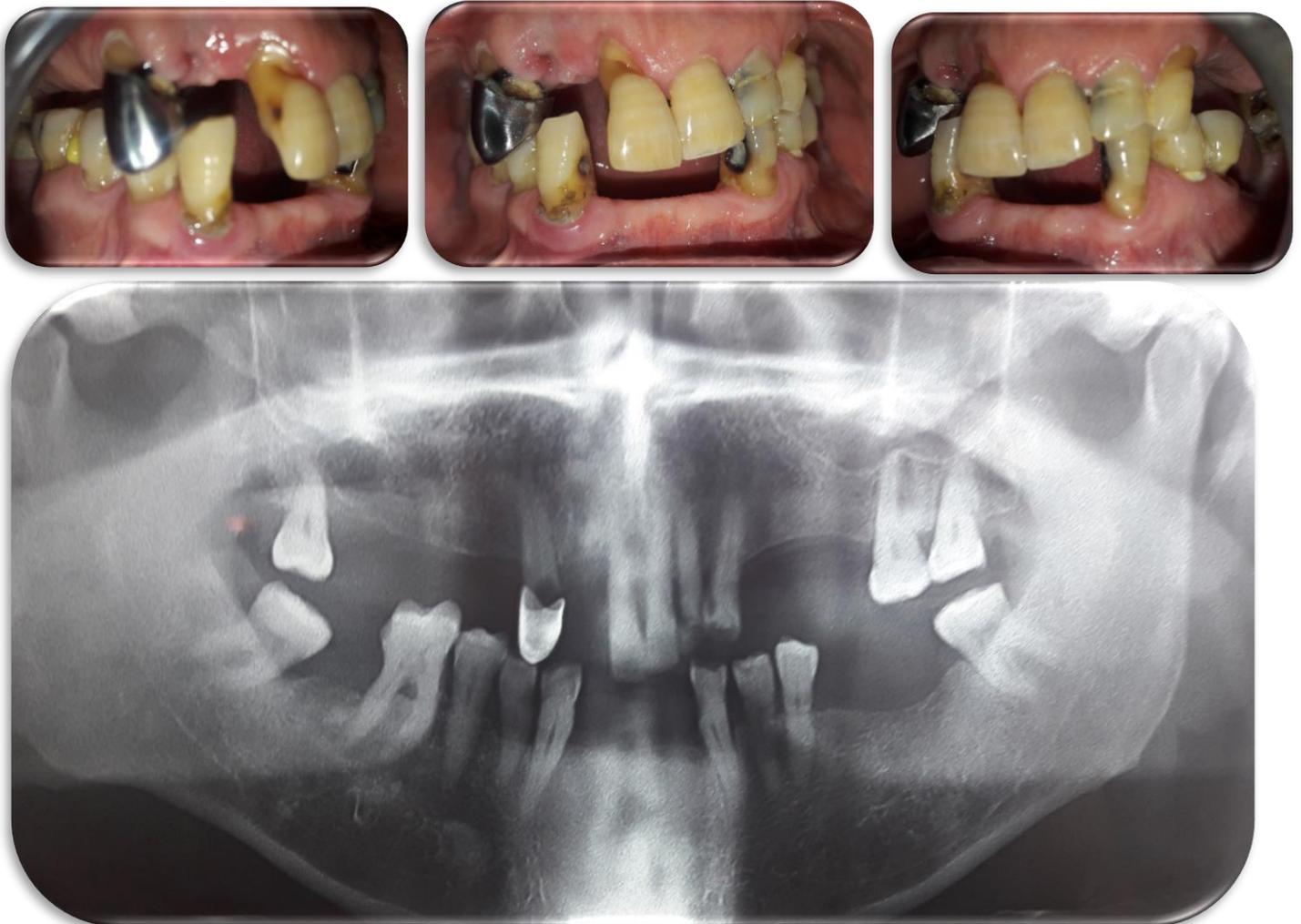
Le patient M.M, âgé 46 ans. Il a une tumeur nasale et il a **perdu plus de 5 dents pour des raisons parodontales**.



| | |
|---|--|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | important |
| La profondeur des poches | ≥6 mm |
| La perte d'attache | ≥5 mm |
| L'alvéolyse | Vertical et horizontal au niveau de 1/3 moyen |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées, |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique sévère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade IV grade A généralisée |

Cas n° 11 :

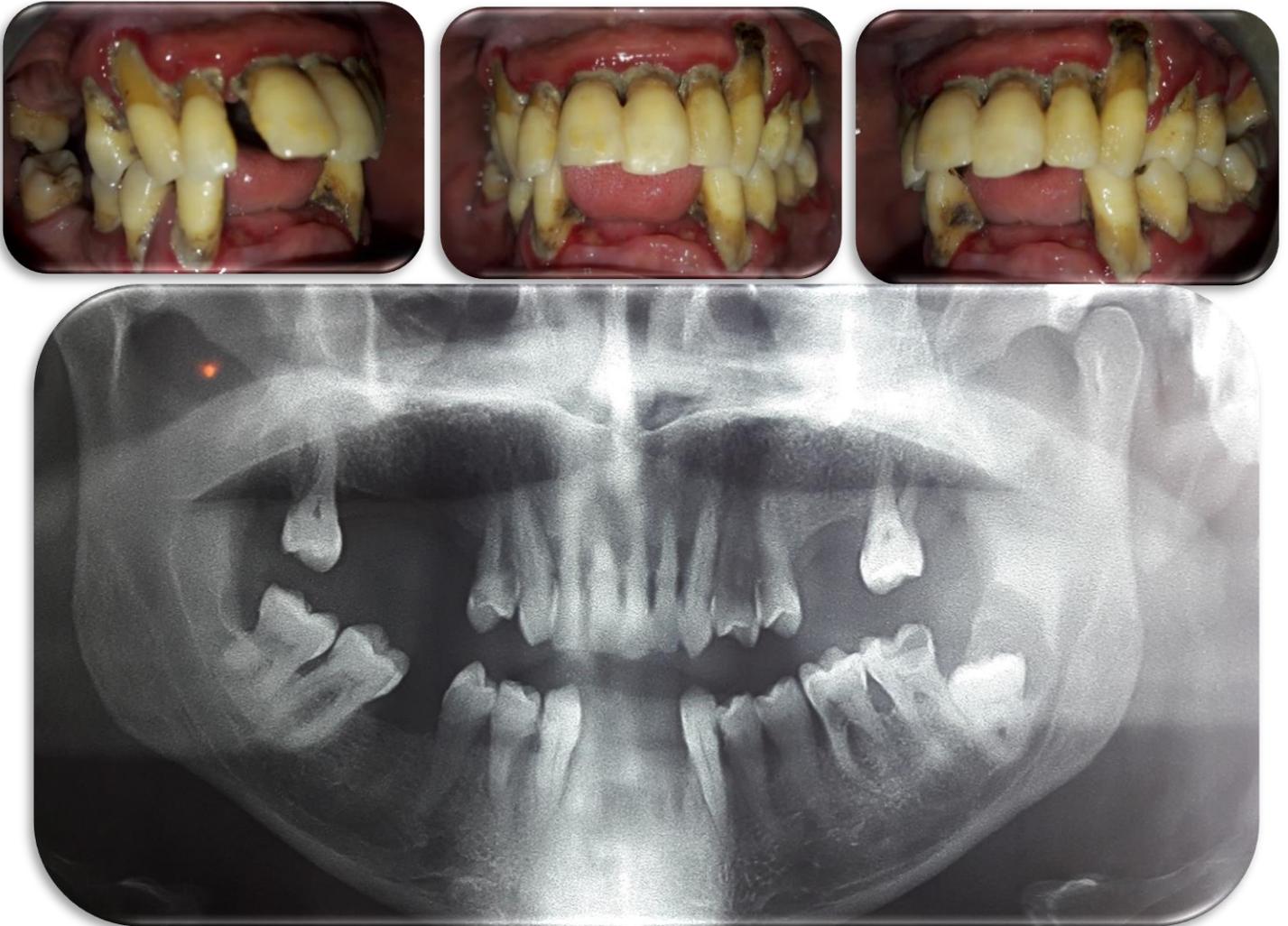
Le patient K.M âgé de 66 ans, avec un **diabète équilibré**. Il a **perdu plus de 5 dents** pour des **raisons parodontales**.



| | |
|---|---|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | modéré |
| La profondeur des poches | 4 à 5 mm |
| La perte d'attache | >5 mm |
| L'alvéolyse | Vertical au niveau de 1/3 moyen. |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées. |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique sévère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade IV grade B généralisée |

Cas n° 12 :

Le patient H.B âgé de 40 ans. Tabagique > 10 cigarettes et il a perdu plus de 5 dents pour des raisons parodontales.



| | |
|---|---|
| Degré de l'inflammation | sévère |
| Le biofilm dentaire | important |
| La profondeur des poches | > 6 mm |
| La perte d'attache | > 5 mm |
| L'alvéolyse | Vertical au niveau de 1/3 moyen. |
| L'étendue de la maladie | Plus de 30% des dents examinées |
| Diagnostic selon Armitage | Parodontite chronique sévère généralisée |
| Diagnostic selon la nouvelle classification | Parodontite stade IV grade C généralisée |

5. Discussion :

❖ Les limites de notre étude

- la durée de l'étude était courte a permet un recrutement limité des patients.
- L'absence des études au grand Maghreb comporte le même type de notre étude dans le domaine dentaire spécialement en parodontologie ce qui ne nous avais pas donné la chance de comparer nos résultats avec des pays de même statut économique et social.
- Le non coopération des étudiants participants dans notre étude.
- Le manque de références bibliographiques avec l'absence des études réalisées dans les départements similaires à notre entraînant ainsi une comparaison limitée.

❖ Discussion des résultats statistiques :

1^{ere} partie :

ETUDIANTS

- Parmi 73 étudiants, **(49%)** sont des étudiants de 5^{eme} année, **(23%)** sont des étudiants de la 6^{eme} année et **(28%)** sont des pertes de vue (non coopération de ces étudiants)
- Le taux des patients pris en charge par les étudiants de la 6^{eme} année est **(54.9%)** supérieur à celui des étudiants de 5^{eme} année: taux des patients pris en charge est **(45.1%)**.
- Les réponses des étudiants concernant la pose de diagnostic selon la classification d'Armitage :
 - Pour les 5^{eme} année, **(41.46%)** des étudiants ont répondu positivement alors que **(58.54%)** ont répondu négativement ceci révèle que ne sont pas encore compétents de poser un diagnostic parodontal
 - pour les 6^{eme} année, **(76%)** des étudiants ont répondu positivement alors que **(24%)** ont répondu négativement.
- Les réponses des étudiants au questionnaire sur la pose de diagnostic selon la nouvelle classification des parodontopathies 2017 :
 - Pour les 5^{eme} année, **(58.55%)** des étudiants ont répondu positivement alors que **(31.7%)** ont répondu négativement, et **(9.75%)** ont pu pas poser un diagnostic.
 - Pour les 6^{eme} année, **(80%)** des étudiants ont répondu positivement alors que **(18%)** des étudiants ont répondu négativement, et **(2%)** qu'ils ne pouvaient pas poser un diagnostic.

Conclusion :

- Concernant la pose du diagnostic selon la classification d'Armitage 1999, on remarque que **(76%)** des étudiants de la 6^{ème} année ont répondu positivement par contre **(41.46%)** des étudiants de la 5^{ème} année ont répondu positivement, ceci révèle que les étudiants de la 5^{ème} année ne sont pas encore compétents de poser un diagnostic parodontal correct.
- Concernant la pose du diagnostic selon la nouvelle classification des parodontopathies 2017, on remarque que **(58.55%)** des étudiants de la 5^{ème} année et **(80%)** des étudiants de la 6^{ème} année ont pu répondre positivement, ceci révèle que la nouvelle classification était accessible pour les étudiants de la 5^{ème} et la 6^{ème} année.
- Nos résultats sur la perception des étudiants quant à l'utilisabilité de la nouvelle classification par les étudiants s'accordent avec les résultats d'étude de CLIFF Lee, Soo-Wookim publier dans *journal of dental education* volume 82 juin 2018. cette étude est appliqué sur les étudiants de 3eme année médecine dentaire a Havard School Of Dental Medecin pour le but d'évaluer si les moyens d'apprentissage inversés sont efficaces pour les étudiants dentaire à apprendre la planification de diagnostic et du traitement parodontal, la perception des étudiants en classe inversée présente un pourcentage des réponses correctes de **(64%)**, plus s'important que les réponses des étudiants de classe traditionnelle (cour magistral)**(54%)**[32].

2^{ème} partie :**PATIENTS**

Parmi 91 patients :

- une prédominance du sexe féminin avec un pourcentage de **(65%)** ceci s'explique par le fait que les femmes ont plus de conscience sur l'importance de remise en état de leurs cavités buccales comparant aux hommes.
- Dans notre étude, l'échantillon des patients est situé entre 19 et 80 ans :
 - La tranche d'âge la plus représentative est située entre [30-50] ans **(28.9%)** avec une moyenne de 38.24± 12.52 ans.
 - La tranche d'âge la moins représentative est de <20 ans **(2.4%)**.
- Dans notre étude les taux des patients présentent les deux facteurs de risque majeurs (diabète et tabac) est répartis de la manière suivante :
 - Les patients non-fumeurs représentent **(87%)** des patients de notre population.
 - **(13%)** des patients recruter dans notre population sont fumeurs : **(7%)** des patients fument plus de 10 cigarettes par jour, et **(6%)** des patients qui fument moins de 10 cigarettes par jour.
 - Le taux des patients diabétiques est **(12%)** : **(4%)** sont des patients avec un diabète équilibré et **(8%)** sont des patients avec un diabète non équilibré.

- **le diagnostic parodontal selon la classification d'Armitage 1999 :**
 - **(37.4%)** des patients présentaient une parodontite chronique modérée.
 - **(23.1%)** des patients présentaient une parodontite chronique sévère.
 - **(19.8%)** des patients présentaient une parodontite chronique débutante et **(3.8%)** parodontite agressive.
 - Diagnostic incomplet de parodontites est de **(16.5%)** ceci révèle l'indifférence des étudiants de poser un diagnostic correct.

- **Le diagnostic parodontal selon la nouvelle classification des parodontopathies 2017 :**
 - Le taux des patients présentent une parodontite Stage I grade A est de **(23.1%)** et le taux des patients présent une parodontite Stage II grade A est de **(22%)**. Ces deux diagnostics sont les plus représentatifs dans notre étude.
 - Le taux des patients présentent une parodontite Stage IV grade C, Stage IV grade A et Stage I grade C est de **(1.1%)**. Ces diagnostics sont les moins représentatifs dans notre étude.

Conclusion



L'objectif principal de notre étude est d'évaluer les connaissances préalables des étudiants à propos de la dernière classification d'Armitage 1999 et leurs perceptions quant à l'utilité et l'utilisabilité de la nouvelle classification des parodontopathies 2017 à partir d'une fiche d'enquête (questionnaire) contenant les différents paramètres cliniques détaillés permettant la pose du diagnostic parodontal.

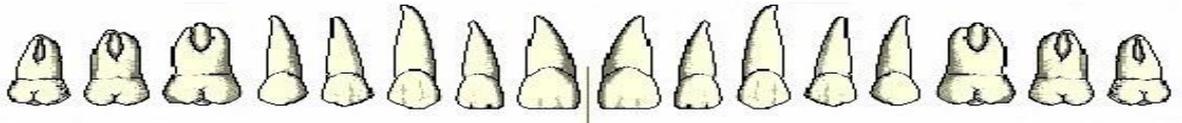
En effet, les étudiants participants dans cette étude n'ont eu aucun enseignement préalable sur cette nouvelle classification dans leur programme pédagogique, ceci pourra constituer une entrave devant ces étudiants dans l'établissement d'un diagnostic correct et complet.

Les résultats obtenus suite à notre étude on peut révéler que les étudiants du cycle clinique peuvent percevoir les changements essentiels de la classification récente des parodontopathies.

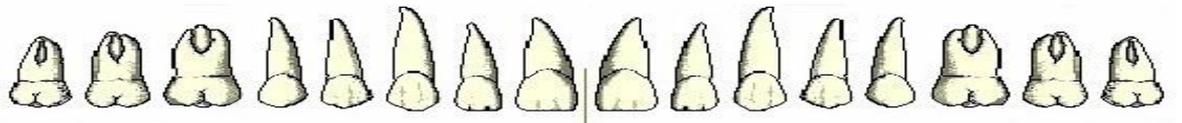
Grace à notre modeste travail, on peut conclure que cette nouvelle classification reste possible à l'adopter dans le programme d'enseignements de la parodontologie puisque nos étudiants ont pu la guérir sans avoir un apprentissage préalable.

Les annexes

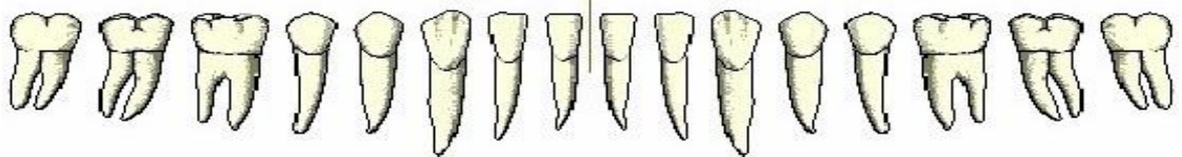
Charting parodontal



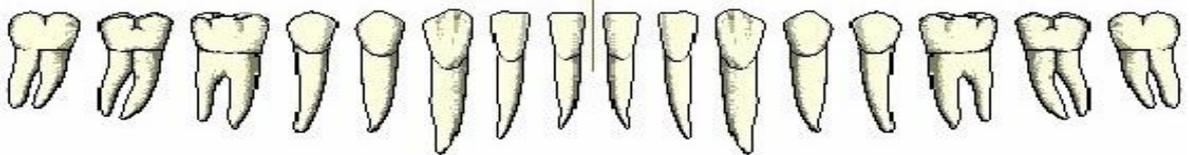
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SONDAGE INITIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECESSIONS | | | | | | | | | | | | | | | |
| FURCATIONS | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILITE DENTAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SONDAGE INITIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECESSIONS | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SONDAGE INITIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECESSIONS | | | | | | | | | | | | | | | |
| FURCATIONS | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILITE DENTAIRE | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SONDAGE INITIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECESSIONS | | | | | | | | | | | | | | | |
| FURCATIONS | | | | | | | | | | | | | | | |

Les annexes

Tableau 17: La santé gingivale et la gingivite induite par la plaque: diagnostic clinique

| | Sans parodontite | | | | Avec parodontite traitée | |
|---------------------------------|------------------|-----------|-------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| | Parodonte intact | | Parodonte réduit* | | Parodonte réduit | |
| | Santé | Gingivite | Santé | Gingivite | Santé | Gingivite |
| Perte d'attache | Non | Non | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Profondeur de poche** | ≤ 3 mm | ≤ 3 mm | ≤ 3 mm | ≤ 3 mm | ≤ 4 mm | ≤ 3 mm |
| Saignement au Sondage | < 10% | ≥ 10% | < 10% | ≥ 10% | < 10% | ≥ 10% |
| Alvéolyse radiographique | Non | Non | Possible | Possible | Oui | Oui |

* Patients avec des récessions gingivales ou ayant suivi une élévation coronaire par exemple

**Force de sondage : 20 à 25 grammes ; pas de pseudo-poche

Tableau 18 : Les maladies systémiques ayant un impact majeur sur le parodonte

| A. Maladies ayant IMPACT MAJEUR sur le parodonte | |
|---|--|
| Troubles génétiques | <p>a) <u>Maladies associées à des troubles immunologiques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Syndrome de Down → Syndrome de déficit d'adhésion leucocytaire → Syndrome de Papillon-Lefèvre → Syndrome de Haim- Munk → Syndrome de Chediak-Higashi → Neutropénie sévère → Congénitale (Syndrome de Kostmann) → Cyclique → Immunodéficience primaire → Granulomatose chronique → Syndrome d'hyperimmunoglobulinémie → Syndrome de Cohen <p>b) <u>Maladies affectant la muqueuse orale et les tissus gingivaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Epidermolyse bulleuse ✓ Epidermolyse bulleuse dystrophique ✓ Syndrome de Kindler ✓ Déficit en plasminogène <p>c) <u>Maladies du tissu conjonctif</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → Syndrome d'Ehlers-Danlos (types IV, VIII) → Angioœdème avec déficit en C1 inhibiteur → Lupus érythémateux <p>d) <u>Maladies métaboliques et endocriniennes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Glycogénoses ✓ Maladie de Gaucher ✓ Hypophosphatasie ✓ Rachitisme hypophosphatémique ✓ Syndrome de Hadju-Cheney |
| Immunodéficience acquise | <ul style="list-style-type: none"> • Neutropénie acquise • Infection VIH |
| Maladies inflammatoires | <ul style="list-style-type: none"> • Epidermolyse bulleuse acquise • Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin |

Tableau 19 : La classification des conditions saines et pathologiques affectants le parodonte

| Conditions parodontales saines et pathologiques | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------|--|---|---|-----------------------------|-----------------------|--|
| Santé parodontale et maladies gingivales | | | Parodontites | | | Autres pathologies affectant le parodonte | | | | |
| Santé gingivale et parodontale | Gingivite induite par la plaque | Gingivite non induite par la plaque | Maladies Parodontales nécrotiques | Parodontite | Parodontite manifestation d'une maladie systémique | Maladie Systemique affectant les tissus parodontaux | Abcès parodontal et lésion endo-parodontale | Altérations muco gingivales | Traumatisme occlusale | Facteurs liés à la dent et à la prothèse |

L'espace biologique = système d'attache supra-crestale (SASC)

Parmi les modifications trouvées dans la nouvelle classification c'est le terme « *espace* biologique » remplacé par « attache supra-crestal »

L'attache supra-crestal est l'espace compris entre le fond du Sulcus dentaire et le sommet de la crête osseuse. Cet ensemble cerce tout le tour de la dent sur une hauteur d'environ 2mm

Cet espace est composé par deux structures distinctes qui se font suite et qui sont :

- L'attache épithéliale ou épithélium de jonction d'une hauteur de 0,97 mm
- L'attache conjonctive ou fibres gingivo-cémentaires d'une hauteur de 1,07mm.

[31]

(A noter que ces valeurs sont des valeurs moyennes et que des variations individuelles existent).

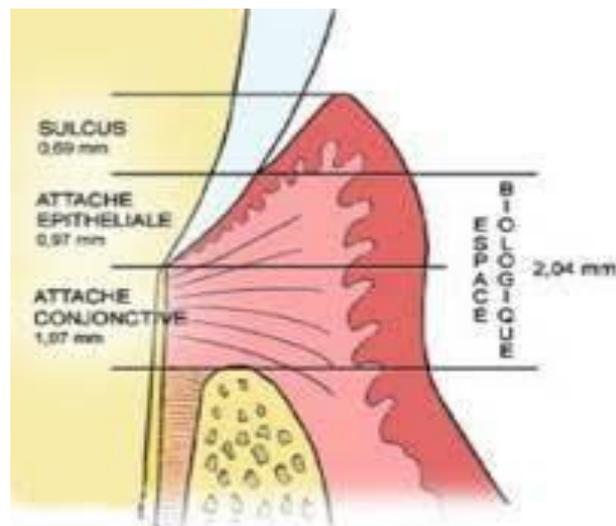


Figure 1: Système d'attache supra-crestal

FICHE D'ENQUÊTE

PATIENT N°

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Num de tél :

PREMIERE PARTIE

1- **consommation du tabac** oui non

Si oui :

Plus de 10 cigarettes/ jrs inférieur de 10 cigarettes /jr

2- **facteurs de risque systemique**

- Diabète équilibré Non équilibré
- Autres (médicaments, syndrome...).....

3- **Saignement au sondage**

absence de saignement saignement au sondage saignement spontané

4. **Le saignement est constaté dans :**

≤30% des sites examinés ≥30% des dents examinés

5. **Le biofilm dentaire** faible modéré important

6. **Facteurs locaux favorisants :**

- ✚ migrations dentaires
- ✚ Appareillage prothétique ou orthodontique
- ✚ Traumatisme occlusale
- ✚ Défauts muco-gingivaux

7. **Bilan parodontal (clinique et radiologique)**

1. **Profondeur de poches**

≤3mm ≤4 mm 4 à ≤5 mm ≥6mm

Les annexes

2. Perte d'attache

Pas de perte d'attache 1-2mm 3-4 mm ≥5 mm

3. Atteinte de furcation (clinique) oui non

4. Mobilité dentaire (≥2mm) oui non

5. Nombre des dents restantes

≤20 dents restantes ≥20 dents restantes

6. L'étendue de la maladie :

≤30% des sites examinés ≥30% des sites examinés

7. Perte osseuse radiologique (inter-dentaire et inter radiculaire)

1/3 coronaire 1/3 moyen au-delà de 1/3 moyen

8. les défauts osseux (inter-dentaire et inter radiculaire)

Horizontal tical

Deuxième partie : Questionnaire

A travers les résultats obtenus après les examens clinique et radiologique est ce que :

➤ Pouvez-vous poser un diagnostic positif ? oui non

Si oui quel est votre diagnostic selon la classification d'Armitage 1999?

.....

Les annexes

- En fonction des tableaux suivants, posez un diagnostic positif du cas présent :

| | | <u>Stade I</u> | <u>Stade II</u> | <u>Stade III</u> | <u>Stade IV</u> | |
|---------------------------------|------------|---------------------------------|------------------------|---|---|--|
| Facteurs d'évaluation | | Initiale | Modéré | Sévère avec possibilité de perte des dents supplémentaire | Sévère avec potentiel de perte de la dentition | |
| Parodontite (1ère étape) | Gravité | La perte d'attache | 1-2 mm | 3-4mm | ≥5mm | ≥5mm |
| | | La perte osseuse radiographique | ≤1/3 coronaire | 1/3 coronaire | 1/3 moyen | Au-delà de 1/3 moyen |
| | | La perte des dents | Pas de perte des dents | | ≤4 dents | ≥5 dents |
| | complexité | Profondeur de la poche | ≤4 mm | 4mm-≤5mm | ≥6mm | ≥6mm |
| | | La lyse osseuse | horizontal | Horizontal | *Horizontal et vertical *Possibilité d'atteinte de furcation | *horizontal et vertical *mobilité dentaire ≥2mm *traumatisme occlusal secondaire *<20 dents restantes |
| | | | | | | |

Liste des abréviations

| | |
|-------------|--|
| AAP | Académie Américaine de Parodontologie |
| FEP | Fédération Européenne de Parodontologie |
| GN | Gingivite Nérotique |
| GUNA | Gingivite Ulcéro-Nécrotique Aigue |
| HIV | Virus d'Immunodéficience Humaine |
| JAC | Jonction Amélo-Cementaire |
| LCNC | Lésion Cervicale Non Carieuse |
| MPN | Maladie Parodontale Nérotique |
| NOMA | Maladie Nérotique des Tissus Osseux et Mous de la face |
| PA | Parodontite Agressive |
| PC | Parodontite Chronique |
| PCA | Parodontite Chronique de l'Adulte |
| PJ | Parodontite Juvénile |
| PN | Parodontite Nérotique |
| PPR | Parodontite a Progression Rapide |
| PUNA | Parodontite Ulcéro-Nécrotique Aigue |
| RT | Récession Type |
| SN | Stomatite Nérotique |
| TPS | Thérapeutique Parodontale de Soutien |

Liste des tableaux

Tableau 1 : la classification de Page et Schroeder 1982

Tableau 2 : la classification Suzuki et Charon 1988

Tableau 3 : la classification de World Workshop 1989

Tableau 4 : la classification de Ranney 1992

Tableau 5 : la classification d'Armitage 1999

Tableau 6 : La santé parodontale et maladies et affections gingivales sur un parodonte intacte et réduit

Tableau 7 : les stages de la parodontite

Tableau 8 : les grades de la parodontite

Tableau 9 : les étapes cliniques pour poser un diagnostic d'une parodontite

Tableau 10 : maladies parodontales nécrotiques

Tableau 11 : la classification étiologique des abcès parodontaux

Tableau 12 : la classification des lésions endo-parodontaux

Tableau 13 : La classification des biotypes gingivales et des récessions tissulaires marginales

Tableau 14 : La classification des forces occlusales traumatiques sur le parodonte

Tableau 15 : La classification des facteurs dentaires affectant le parodonte

Tableau 16 : La classification des facteurs prothétiques affectant le parodonte

Tableau 17 : La santé gingivale et la gingivite induite par la plaque: diagnostic clinique

Tableau 18 : Les maladies systémiques ayant un impact majeur sur le parodonte

Tableau 19 : La classification des conditions saines et pathologiques affectants le parodonte

Liste des figures

Figure 1 : Evolution de la maladie parodontale.

Figure 2 : récession tissulaire marginale type 1.

Figure 3 : Récession tissulaire marginale type 2.

Figure 4 : Récession tissulaire marginale type 3.

Figure 5 : Répartition des étudiants selon leurs grades d'étude.

Figure 6 : Répartition des patients sur les étudiants de 5^{eme} et 6^{eme} année.

Figure 7 : Les réponses des étudiants au questionnaire (partie réservée à la classification d'Armitage).

Figure 8 : Les réponses des étudiants au questionnaire (partie réservée la nouvelle classification).

Figure 9 : La répartition des patients selon l'âge.

Figure 10 : La répartition des patients selon le sexe.

Figure 11 : La répartition des patients selon la consommation du tabac.

Figure 12 : La répartition des patients selon leurs états généraux.

Figure 13 : La répartition des patients en fonction du diagnostic parodontal selon Armitage.

Figure 14 : La répartition des patients en fonction du diagnostic parodontal selon la nouvelle classification.

Bibliographie

1. J, G.C., et al., *A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification*. J Clin Periodontol, 2018. **45 Suppl 20**: p. S1-S8.
2. <Press Release - WWDC 2017 Proceedings FINAL.pdf ACADYMIE.pdf>. 2018.
3. classification, n., *Un nouveau système de classification des maladies et des affections parodontales et*

péri-implantaire - Introduction et principaux changements de la classification 1999. 2018.

4. 2018, b.e.a., *Répartition dépendant de l'âge de la parodontite dans deux pays: Les*

résultats de NHANES 2009 à 2014 et SHIP-TREND 2008 à 2012. 2018.

5. <clinic-analyse-examen-clinic-et-radio-en-paro.pdf>. 2008.
6. <La-prevalence-des-affections-parodontales-chez-les-patients-ages-0e-(15l-251-ans.pdf)>. 2012.
7. <fiche-conseil-MALADIE-PARODONTALE.pdf>.
8. <13M214.pdf>. LES MALADIES PARODONTALES AU CENTRE HOSPITALIER

UNIVERSITAIRE D'ODONTOSTOMATOLOGIE DE BAMAKO

2013.

9. <evolution de la parodontologie.pdf>. 2007.

10. <cours.pdf>. 2013

11. <cours.pdf>. Examen de la face et de la cavité

buccale, 2010/2011.

12. <lfd61_clinic-verdalle1.pdf>. Diagnostic et plan de

traitement en parodontologie, 2011.

13. Antoine, J., <anciennes classification.pdf>. CLASSIFICATIONS DES MALADIES PARODONTALES
:

ANALYSE DE LEUR EVOLUTION, 2012.

14. Rerhrhaye, M., et al., *Le bilan biologique en odontostomatologie : intérêt et interprétation*. Actualités Odonto-Stomatologiques, 2010(250): p. 117-135.

15. actuelles), m.p.c., *Maladies parodontales : connaissances actuelles*. 2003.

16. nantes, u.d., *classification des maladies parodontales* 2012.

17. 2018, j.e.a., *manifestations parodontales de maladies systémiques et les conditions de*

développement et acquis: Rapport de consensus du groupe de travail 3 de l'Atelier

mondial 2017 sur la classification des parodontales et périimplantaires Maladies et

conditions. 2018.

18. <classification des maladies parodontales 1999.pdf>. 2002.

19. 2018, c.e.a., *santé et les maladies gingivales parodontales et conditions sur un intact et*

un parodonte réduit: Rapport de consensus du groupe de travail 1 de l'Atelier

mondial 2017 sur la classification des maladies parodontales et conditions et

périimplantaires. 2018.

Bibliographie

20. al, l.e., <Lang_et_al-2018-Journal_of_Clinical_Periodontology.en.fr.pdf>. journal of clinical periodontology 2018.
21. al, T.e., <Trombelli_et_al-2018-Journal_of_Clinical_Periodontology.en.fr.pdf>. journal of clinical periodontology, 2018.
22. 2018, h.e.a., *Non-plaque induite par les maladies gingivales*. 2018.
23. <La nouvelle classification en parodontologie.pdf>.
24. <Staging and Grading Periodontitis.pdf>. 2018.
25. 2018, a.e.a., *Les manifestations de maladies systémiques et des conditions qui influent sur le dispositif de fixation parodontale: définition de cas et considérations diagnostiques*. 2018.
26. 2018, h.e.a., *lésions parodontales aiguës (abcès parodontaux et nécrosantes maladies parodontales) et des lésions endo-parodontales*. 2018.
27. Caton, J.G., et al., *A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification*. J Periodontol, 2018. **89 Suppl 1**: p. S1-S8.
28. Cairo, F., et al., *The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study*. Journal of Clinical Periodontology, 2011. **38**(7): p. 661-666.
29. 2018, f.e.a., *traumatisme occlusal et les forces occlusales excessives: examen narratif, les définitions de cas et considérations diagnostiques*. 2018.
30. 2018, e.e.a., *Les prothèses dentaires et les facteurs liés à la dent,*. 2018.
31. <Three Steps to Staging and Grading a Patient.pdf>. 2018.
32. Lee, C. and S.W. Kim, *Effectiveness of a Flipped Classroom in Learning Periodontal Diagnosis and Treatment Planning*. J Dent Educ, 2018. **82**(6): p. 614-620.
33. <2014TOU33009.pdf>. 2014.

Résumé :

Le but de notre étude était d'évaluer la perception des étudiants du cycle clinique de médecine dentaire CHU Tlemcen, de l'utilité et l'accessibilité de la nouvelle classification des parodontites 2017 établie par la fédération européenne et l'académie américaine de la parodontologie.

Les participants étaient les étudiants de la 5^{ème} et la 6^{ème} année en service de parodontologie, qui n'ont eu aucun enseignement préalable sur cette nouvelle classification dans leur programme pédagogique. Ils ont remplis une fiche d'enquête qui comporte dans sa 1^{ère} partie un questionnaire évaluant la perception des étudiants quant à leur jugement clinique et la 2^{ème} partie comporte les paramètres cliniques propres à la nouvelle classification à partir de lesquelles les étudiants doivent mentionner le diagnostic.

Notre population est constituée 73 étudiants dont 36 étudiants de 5^{ème} année (49%) et 17 étudiants de 6^{ème} année (23%), ont remplis la fiche. Concernant la pose du diagnostic selon cette nouvelle classification, on remarque que (58,55%) des étudiants de la 5^{ème} année et (80%) des étudiants de la 6^{ème} année ont pu poser un diagnostic correct.

D'après les résultats obtenus suite à notre étude on peut révéler que les étudiants de cycle clinique peuvent percevoir les changements essentiels de la classification récente des parodontites. Et reste possible à l'adopter dans le programme d'enseignement de la parodontologie puisque les étudiants ont pu la guérir sans avoir un apprentissage préalable.

Mots clés : *perception, nouvelle classification, programme d'enseignement*

Abstract :

The aim of our study was to evaluate the perception of clinical cycle students of Dentistry CHU Tlemcen, usefulness and accessibility of the new classification of periodontitis established in 2017 by the European Federation and the American Academy of Periodontology.

The participants were students of the 5th and 6th year in periodontology service, which had no prior teaching on this new classification in their educational program. They filled out a survey form which contains in its first part a questionnaire evaluating student perceptions about their clinical judgment and the 2nd part includes specific clinical parameters in the new classification from which students must mention the diagnosis.

Our population is 73 students, including 36 students of 5th year (49%) and 17 students of 6th year (23%) have completed the form. Regarding making the diagnosis according to this new classification, we note that (58.55%) students of the 5th year (80%) of the 6th year students were able to make a correct diagnosis.

According to the results obtained from this study can reveal that clinical cycle students may perceive the essential changes of the recent classification of periodontitis. And still possible to adopt the curriculum of Periodontology since students could heal without prior learning.

Keywords: *the perception, new classification, educational program*

ملخص:

الهدف من دراستنا هو تقييم إدراك طلاب طب الأسنان التابعين للمستشفى الجامعي بتلمسان وإمكانيتهم تطبيق التصنيف الجديد لامراض اللثة الذي انشئ عام 2017 من قبل الاتحاد الأوروبي والأكاديمية الأمريكية للثة .

كان المشاركون طلاب السنة الخامسة والسادسة لطب الاسنان فرع امراض اللثة والذين ليس لديهم تعليم مسبق على هذا التصنيف الجديد في البرنامج التعليمي. ملأوا استمارة الاسئلة التي تحتوي في جزئها الأول استبيان نتائج فحصهم الطبي للمرضى ويشمل الجزء الثاني المعلومات الجديدة المحددة في التصنيف الجديد التي تتيح للطلاب بذكر التشخيص.

العينة تتكون من 73 طالبا منهم 36 طالبا من السنة الخامسة (49%) و 17 طالبا من السنة السادسة (23%) ملأوا الاستمارة بطريقة صحيحة. نلاحظ ان (58,55%) من طلاب السنة الخامسة و (80%) من طلاب السنة السادسة تمكنوا من تقديم التشخيص الصحيح لحالات مرضاهم حسب التصنيف الجديد.

وفقا للنتائج التي تم الحصول عليها من هذه الدراسة نستنتج أن طلاب طب الاسنان استطاعوا التأقلم مع التغييرات الجوهرية في التصنيف الأخير للثة. وعليه فانه من الممكن اعتماد التصنيف الجديد في المنهج الدراسي للثة

الكلمات المفتاحية: الإدراك والتصنيف الجديد، البرنامج التعليمي .