

La maladie parodontale

Traitements des lésions parodontales sévères

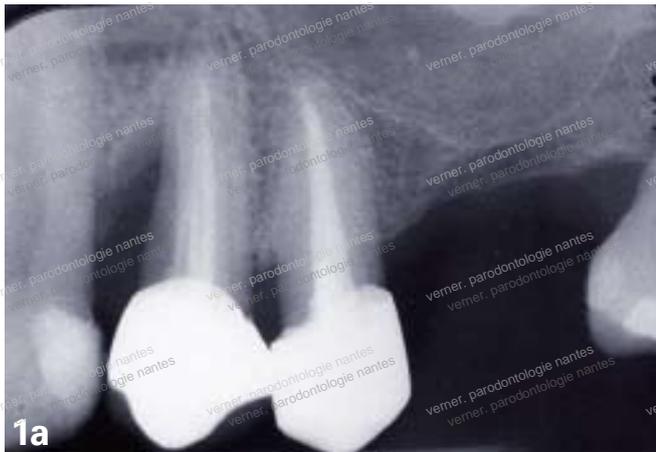
La parodontite est une maladie inflammatoire d'origine infectieuse. Son traitement est justifié pour conserver les dents de nos patients et les tissus sous-jacents, mais aussi et surtout pour éviter des préjudices généraux.



Christian Verner
*Maître de conférences
PH CHRU Nantes
Exercice libéral
en parodontologie, Nantes*

Pendant longtemps, la chirurgie parodontale a été prépondérante lors des traitements. Le côté invasif voire mutilant des anciennes techniques pourrait laisser place aux traitements non chirurgicaux. Grâce aux progrès technologiques, les patients sont traités avec une meilleure efficacité et un moindre délabrement du parodonte pour la majorité des gingivites et parodontites modérées. Aujourd'hui, les objectifs de chacun étant différents [9], **le non chirurgical et le chirurgical ne s'opposent plus, mais se complètent.**

Les objectifs de prise en charge et les techniques évoluant, le traitement de poches infra-osseuses profondes redonne ses lettres de noblesses à la chirurgie qui devient plus efficace, moins invasive voire régénérative après les traitements non chirurgicaux. Des incisions différentes, le déplacement de lambeaux et l'utilisation de biomatériaux plus performants per-



mettent à la chirurgie d'assurer une meilleure pérennité des résultats et une satisfaction au niveau esthétique pour le patient comme pour le praticien.

Traitement non chirurgical

Lors des traitements de parodontites, la **phase étiologique** permettant de diminuer les facteurs liés à l'évolution de la maladie (tarte, plaque, facteurs iatrogènes, facteurs oclusaux, soins conservateurs, etc.) est prépondérante et primordiale. Les traitements non chirurgicaux font partie intégrante de cette étape. Des débridements ou des surfaçages sont réalisés de manière très méticuleuse, le plus souvent avec des systèmes ultrasonores, avec ou sans l'utilisation d'antimicrobiens.

Mais lors de la réévaluation, si des poches résiduelles supérieures à 5 mm sont mesurées, il est justifié de proposer un traitement chirurgical d'accès à nos patients.

La maladie parodontale est une maladie infectieuse; les praticiens ne peuvent donc pas laisser de poches actives dans la bouche des patients, encore plus si ceux-ci présentent des risques généraux. En effet, la présence de poches résiduelles entraîne un risque accru de préjudices cardiaques, de déséquilibre, de diabète, d'accidents vasculaires cérébraux, d'infections à distance...

En tant que tel, la première justification de nos traitements est de contrôler les préjudices métaboliques au niveau général liés à cette maladie puis de conserver au maximum les dents et le parodonte. Seul le traitement chirurgical des lésions profondes peut répondre à cette attente (fig. 1a et b). **Chez un patient avec des atteintes parodontales sévères, le traitement**

1a. Lésion angulaire profonde.

1b. Résultat postopératoire à 9 mois après chirurgie sans biomatériaux.

chirurgical produit de meilleurs résultats à court et long terme sur la profondeur et l'élimination des poches [7], la différence

semble moins significative pour le gain d'attaché à long terme. Cette étude randomisée est réalisée à 1, 3, 5 et 13 ans sur 64 patients, et a montré que des poches de 6 mm persistantes doivent être traitées par un accès chirurgical.

Traitement chirurgical

Il aura pour objectif:

- d'avoir accès et de visualiser le défaut;
- de réduire les poches;
- d'induire une régénération si cela est possible;
- d'améliorer l'environnement pour faciliter le contrôle de plaque et la maintenance [1].

Certains auteurs [6] n'hésitent pas à définir un objectif microbiologique à la chirurgie, en mettant en avant une baisse, voire une disparition de certains pathogènes plus efficace que lors des traitements non chirurgicaux et une inefficacité par exemple des surfaçages contre *Aa*. Pour les pathogènes les plus agressifs tels qu' *Aa* et *Pg*, Tuan et al. [10] proposent même une éventuelle nécessité de plastie osseuse pour une meilleure éradication.

Lors des chirurgies classiques, la maîtrise de l'inflammation et de l'infection se fait au détriment des tissus mous et donc du confort et de l'esthétique du patient. La douleur postopératoire et les sensibilités radiculaires dues aux récessions donnent une mauvaise image du résultat, même si les objectifs de maîtrise de la maladie sont atteints. Les techniques non chirurgicales ont toujours été comparées à cette méthode, ce qui est bien évidemment un désaveu en raison de la perte d'attache qu'elle induit par rapport au traitement non

La maladie parodontale



chirurgical [4]. Mais malgré tout, elle est indiquée pour les poches profondes résiduelles, car elle favorise l'utilisation des techniques d'hygiène bucco-dentaire et assure une meilleure pérennité des résultats.

Pour les molaires et parfois les prémolaires, les lésions se situent entre les racines, elles sont appelées inter-radiculaires et décrites en trois classes: CI I lésion de moins de 3 mm, CI II de plus de 3 mm, et CI III traversante de part en part.

Pour les lésions inter-radiculaires de classe I, le traitement non chirurgical peut être suffisant et efficace, avec ou non une légère plastie de la dent. En revanche, il est indispensable de passer au traitement chirurgical pour les classes II et III persistantes, avec pour objectifs l'accès et le remodelage de l'anatomie dentaire et osseuse. En analysant la littérature, la chirurgie d'accès avec ou non repositionnement apical de la gencive donne des résultats très disparates mais satisfaisants: de 43,1 % à 96 % de réussite après cinq à vingt-deux ans [9]. Mais on s'aperçoit que les techniques les plus récentes donnent les résultats les plus fiables: 93,6 % sur neuf ans pour 140 furcations. L'extraction n'est donc pas envisagée lors de liaisons inter-radiculaires de CI II, et n'est pas justifiée pour le remplacement par un implant en première intention. Pour une classe III, l'amputation ou la tunnelisation donne des résultats de 62 à 100 % entre cinq et treize ans.

Développements récents

Les techniques chirurgicales plus récentes ont pour objectif plus d'efficacité en termes de maîtrise de l'infection et de l'inflammation, mais aussi d'être le plus conservateur possible en essayant de placer l'attache coronairement. L'évolution des incisions permet de proposer des techniques d'accès par des incisions intra-sulcaires en conservant un maximum de gencive,

2a. Lambeau d'accès avec dissection et conservation des papilles.

b. Sutures en matelassiers verticaux.

c. Lambeau d'accès à 14 jours.

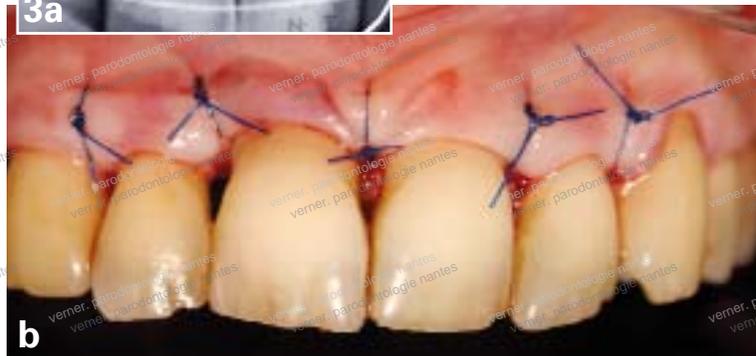
et des lambeaux esthétiques d'accès qui préservent totalement la gencive avec les papilles (fig. 2a, b, c). Ces techniques permettent l'accès au défaut et à son débridement grâce aux curettes, fraises et aux techniques ultrasonores, sans oublier l'éviction du tissu de granulation persistant sur la face interne de la poche.

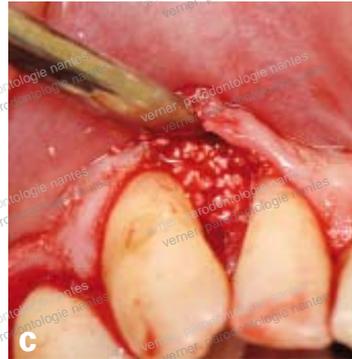


3a. Alvéolyse sévère du secteur antérieur maxillaire.

b. Lambeau esthétique d'accès avec repositionnement coronaire.

c. 9 mois postopératoires avec peu de récessions compte tenu de la perte osseuse initiale.





- 4a. Chirurgie mini-invasive (radio pré-opératoire).**
- b. Chirurgie mini-invasive (accès à la lésion profonde).**
- c. Pose des biomatériaux synthétiques.**
- d. Remplacement coronaire de la gencive.**
- e. Chirurgie mini-invasive 6 mois postopératoires.**

En revanche, s'il est latéral, le déplacement sera sur le côté. Le lambeau est réalisé avec beaucoup de précision, uniquement sur les endroits concernés par les lésions profondes sans porter préjudice à l'environnement adjacent qui a pu être stabilisé par la thérapeutique non chirurgicale. Ainsi, les chirurgies ne se font pas forcément par quadrant ou sextant, mais sont ciblées sur les lésions persistantes. Elles sont appelées **chirurgies mini-invasives** [2].

Pour cela, une dissection fine est réalisée méticuleusement grâce à l'utilisation d'une lame adaptée, soit une lame 15c ou des lames de microchirurgies, ainsi que des décolleurs fins et des précelles atraumatiques. Le plus souvent, des aides optiques sont conseillées pour pouvoir être le plus précis possible sur les tissus vestibulaires de la poche, mais aussi pour conserver les fibres parodontales fonctionnelles. **Cette étape permet d'avoir un minimum de récession des gencives postopératoire (fig. 3a, b, c), la conservation de toutes les gencives kératinisées et bien évidemment une baisse importante des douleurs et des sensibilités postopératoires.**

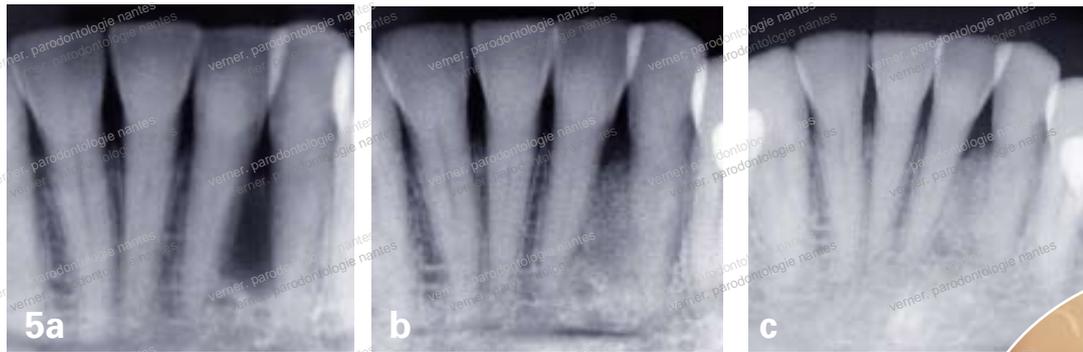
Une amélioration encore récente permet d'associer le savoir-faire de la chirurgie plastique parodontale. L'objectif est d'améliorer les tissus existants en associant des lambeaux déplacés et des techniques régénératrices. Le déplacement peut être réalisé coronairement pour recouvrir la dent verticalement ou latéralement. Le critère de choix se fait en fonction de la qualité de gencive restante pouvant être déplacée. Si le tissu apical est bien kératinisé, le déplacement sera coronaire.

Le but est de recréer le même type d'attache gingivale que pendant les greffes, en utilisant les mêmes techniques. Un long épithélium de jonction assurera l'adhérence des tissus et la fonction tout comme lors d'un traitement non chirurgical de poches modérées. Les résultats de onze mois à six ans sont stables et meilleurs en termes de profondeur de poches résiduelles, niveau d'attache et récession et donc **plus esthétiques et plus fonctionnels** [8]. Un traitement non chirurgical seul, surtout s'il est répété plusieurs fois sur la même zone sur des poches persistantes, induira une perte d'attache au fur et à mesure qui aurait pu être évitée par l'abord chirurgical.

Les biomatériaux utilisés lors de ces traitements ont aussi beaucoup évolué. Pour la réparation, des biomatériaux résorbables à plus ou moins long terme en fonction des fabricants permettent de créer un échafaudage qui sera ensuite colonisé par les cellules du patient. Le matériau est alors ostéoconducteur. Il peut être soit synthétique (hydroxyapatite biphasée (fig. 4a à f), bioverres, etc.), soit d'origine animale (fig. 5a à d) ou humaine.

Pour la régénération, le but est de recréer une architecture parodontale *ad integrum*. À la différence des traitements chirurgicaux seuls qui auto-

La maladie parodontale



- 5a. Lésion infra-osseuse profonde.
- b. Radiographie de contrôle à 9 mois.
- c. Résultat à 2 ans.
- d. Résultat clinique de la chirurgie mini-invasive avec biomatériaux d'origine bovine à 2 ans.

risent une réparation par des tissus cicatriciels, cela permet de reconstruire le parodonte. À l'heure actuelle, ce vœu est difficilement réalisable sur la totalité de la lésion avec les substituts osseux, sauf peut-être pour les gels de protéines dérivées de la matrice amélaire porcines. Mais le consensus sur son mode d'action est encore, après ces nombreuses années, soumis à controverses. À un an, le gain d'attache par rapport aux membranes et aux greffes osseuses est de 1,1 mm de mieux pour le niveau d'attache et de 0,9 mm pour la profondeur des poches. Ces résultats sont présentés par l'étude de l'institut Cochrane [3] et établis sur les différentes recherches évaluant avec un à dix ans de recul les résultats cliniques.

Conclusion

La chirurgie parodontale est tournée à l'heure actuelle vers les principes d'efficacité, de réhabilitation parodontale, de confort et d'esthétique. C'est pourquoi il est opportun, après avoir réalisé la thérapeutique étiologique, de proposer à nos patients les techniques les mieux adaptées aux données actuelles pour traiter les lésions profondes restantes. Dans **le cas de lésions angulaires et lésions inter-radiculaires, le traitement chirurgical est le plus adapté aux objectifs**, mais une maintenance trimestrielle reste primordiale pour en assurer la pérennité des traitements.

Correspondance

3, place E. Sarradin, 44000 Nantes

BIBLIOGRAPHIE

1. Claffey N, Polyzios I, Ziaka P. An overview of nonsurgical and surgical therapy. *Periodontology* 2000 2004 ; 36 : 35-44.
2. Cortellini P, Tonetti MS. Improved wound stability with a modified minimally invasive surgical technique in the regenerative treatment of isolated interdental intrabony defects. *J Clin Periodontol* 2009 ; 36 : 157-163.
3. Esposito M, Grusovin MG, Papanikolaou N, Coulthard P, Worthington HV. Enamel matrix derivative (Emdogain®) for periodontal tissue regeneration in intrabony defects. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 ; Oct 7 (4) : CD003875.
4. Heitz-Mayfield LJA, Trombelli L, Heitz F, Needleman I, Moles D. A systematic review of the effect of surgical debridement vs. non-surgical debridement for the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol* 2002 ; 29 (Suppl. 3) : 92-102.
5. Huynh-Ba G, Kuonen P, Hofer D, Schmid J, Lang NP, Salvi GE. The effect of periodontal therapy on the survival rate and incidence of complications of multirooted teeth with furcation involvement after an observation period of at least 5 years: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2009 ; 36 : 164-176.
6. Mombelli A, Schmit B, Rutar A, Lang NP. Persistence patterns of *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia/nigrescens*, and *Actinobacillus actinomycetemcomitans* after mechanical therapy of periodontal disease. *J Periodontol* 2000;71 : 14-21.
7. Serino G, Rosling B, Ramberg P, Socransky SS, Lindhe J. Initial outcome and long-term effect of surgical and non-surgical treatment of advanced periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2001 ; 28 : 910-916.
8. Harrel SK, Wilson TG Jr, Nunn ME. Prospective assessment of the use of enamel matrix derivative with minimally invasive surgery: 6-year results. *J Periodontol* 2010 ; 81 (3) : 435-441.
9. Teles R, Haffajee A, Socransky S. Microbiological goals of periodontal therapy. *Periodontology* 2000 2006 ; 42 : 180-218.
10. Tuan MC, Nowsari H, Slots J. Clinical and microbiologic study of periodontal surgery by means of apically positioned flaps with and without osseous recontouring. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2005 ; 20 : 468-475.