

**FORMATION**

# Offrir une chance aux dents !

À la veille des fêtes de fin d'année, le Cercle Franco-Libanais d'Implantologie et Parodontologie (CFLIP), sous la présidence du Dr Pierre Cherfane, a offert une tribune au Dr Philippe Bidault, AHU en parodontologie à l'Université Paris V, attaché d'enseignement au sein de plusieurs diplômes universitaires et dont l'exercice se limite à la parodontologie et à l'implantologie. Malgré les grèves, les participants les plus assidus ont pu assister à une présentation particulièrement convaincante sur la thématique de la conservation des dents à long terme, alors même qu'elles peuvent présenter un pronostic parodontal engagé. Éloigné de tout esprit polémique qui aurait opposé implantologie et parodontologie, le conférencier a nettement démontré dans quelle mesure la perte d'ancrage parodontal avancée ne représentait pas systématiquement une indication stricte d'avulsion.

Le docteur Bidault a démontré, à l'appui de cas cliniques suivis sur des périodes pouvant atteindre 35 ans et étayés par des publications scientifiques récentes [1, 2], que la conservation des dents devait être envisagée même dans le cas de pronostics parodontaux réservés ou nuls. En premier lieu, il convient de définir le pronostic des dents qui varie de moyen, pauvre, déplorable, questionnable, réservé, à nul, et surtout d'identifier le risque lié aux patients (et non d'envisager uniquement le pronostic parodontal d'une dent, ce qui se révèle contre-productif). Certains facteurs comme un sondage atteignant 9 mm, un défaut osseux angulaire, un site de molaire, un accès difficile ou une morphologie de racine conique ont été longtemps présentés comme des facteurs prédictifs déterminants. Si certains paramètres sont mesurables (comme la mobilité dentaire ou l'atteinte de la furcation radiculaire), d'autres, comme la qualité de la maintenance parodontale (absence de suivi) ou le potentiel cicatriciel du patient, ne sont pas maîtrisés. Ils peuvent toutefois être appréhendés grâce au suivi de réévaluation qui permet d'enregistrer cette dynamique. Contrairement aux idées communément reçues, le conférencier a rappelé que l'on peut conserver des dents sans aggravation de la perte osseuse ou perte du niveau d'attache. Il convient de mesurer, comme dans toute thérapie le ratio coût/bénéfice/risque. Trop souvent, des dents peuvent subir une avulsion pour des raisons stratégiques plus que parodontales.



**1. Cas de Mme A.** Radiographie panoramique après 29 ans de suivi. Deux dents (37/47) ont été perdues à la suite de fracture. Aucune carie, aucune progression de la perte osseuse aucun soin n'a du être refait depuis la 1<sup>re</sup> consultation avec le Dr Peter Pré en 1984.



**2. Cas de Mme A.** Vue clinique lors d'une maintenance semestrielle. Ce cas montre qu'avec un suivi dentaire et parodontal, la maladie carieuse et parodontale peuvent être stabilisées durablement.

Une interrogation demeure : les implants représentent-ils une alternative moins contraignante lorsque l'on sait qu'ils nécessitent souvent une chirurgie avancée, une maintenance spécifique et présentent un risque biologique inhérent à cette discipline ? Comme le souligne le Dr Bidault, l'assainissement parodontal constitue un acte médical et non technique. L'enjeu étant d'éliminer des dépôts durs et mous dans un espace étroit avec un accès diffi-

cile à l'aveugle. Toutefois, même dans ces conditions, le débridement non chirurgical offre de très bons résultats. Le principe biologique de l'assainissement parodontal repose sur l'élimination du biofilm par un nettoyage de toutes les faces de toutes les dents avec délicatesse et une instrumentation atraumatique spécifique (micro-inserts). En effet, l'utilisation d'un insert standard présente un risque de perte de substance dentaire en cas de

pression exagérée, d'augmentation de la température et des douleurs et la dispersion d'un aérosol bactérien tout en risquant d'entraver l'accès aux surfaces à assainir. Naturellement, il convient d'éliminer les débordements de composite réduisant l'application de mesures d'hygiène dentaire satisfaisantes. Plusieurs stratégies prévalent à l'organisation des rendez-vous (quatre rendez-vous en quatre semaines, 4 quadrants en 24 heures...). Dans sa pratique, le Dr Bidault retient une organisation où l'ensemble des quadrants sont travaillés à chaque séance. La poche parodontale est instrumentée en partie puis en totalité au cours de trois rendez-vous d'assainissement. L'organisation de trois séances de débridement permet une élimination progressive de l'inflammation jusqu'à sa résolution totale. Comme tout acte médical, il nécessite la coopération du patient ainsi que l'adaptation du discours du praticien selon le principe du « tell/show/do » (dire, montrer, reproduire). Il s'agit pour le clinicien d'expliquer au patient que sa maladie parodontale correspond à une maladie inflammatoire sans guérison définitive, de désigner les signes de la maladie perceptibles cliniquement, et enfin de faire preuve de dextérité pour assurer la thérapie.

Le traitement passe par l'accompagnement du patient qu'il faut éduquer et suivre en termes d'hygiène orale et qui doit faire preuve d'adresse pour passer ses brochettes et « frotter sans forcer ni flotter ». On ne peut présager de la qualité de la cicatrisation : ce potentiel peut se déterminer après la thérapie initiale. Il permet de déterminer et donc de contrôler le profil de risque du patient.

Le Dr Bidault délivre un message limpide qui est au cœur de la mission à laquelle nous avons été formés : aider les patients à vivre avec leurs dents, longtemps et dans les meilleures conditions possible. Alors comme le souligne le conférencier « offrons une chance aux dents », « Give teeth a chance ! »

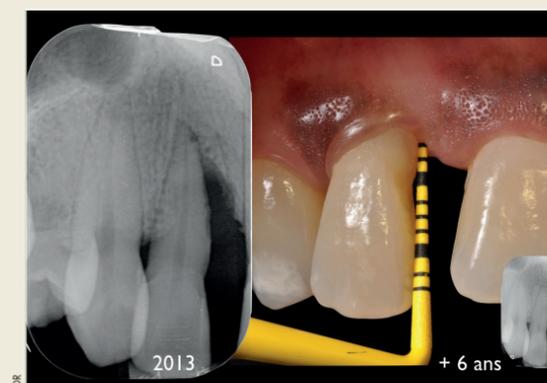
**Emmanuel Gouët**



**3. Cas de M B.** Radiographie panoramique de consultation en mai 2008. Parodontite généralisée sévère chez un patient de 40 ans, stressé et fumeur. Scénario initial peu favorable avec des dents qui ont toutes un pronostic parodontal très réservé à moyen terme. À la première consultation, il est difficile de savoir quels vont être la motivation du patient, sa réponse au traitement et son suivi. Donc, quand c'est possible, il faut assainir avant de décider d'extraire.



**4. Cas de M B** après 11 ans de suivi. 24 à 28 ont été extraites après 5 ans de suivi parodontal trimestriel. Le traitement implantaire a pu être réalisé dans de meilleures conditions (tissulaires, économiques, psychologiques..) que si les dents avaient été extraites d'emblée. Extraction de 18 cariées après 9 ans de suivi. Ce cas illustre d'une part qu'on peut conserver durablement des dents très compromises et d'autre part que la perte osseuse progresse très lentement chez les patients en maintenance. Donc, l'extraction préventive est rarement indiquée.



**5. Cas de Mme C.** Situation initiale et après 6 ans de prise en charge. Ce cas illustre la faible valeur prédictive du pronostic parodontal. On ne décide pas d'extraire une dent car il y a une perte osseuse sévère ou un sondage profond ou un défaut angulaire. En dehors d'une mobilité importante, on n'extrait pas une dent pour des raisons parodontales. Si on extrait des dents parodontalement compromises, c'est plus souvent pour des raisons stratégiques prothétiques ou parce que le ratio coût/bénéfice/risque est défavorable à la conservation.