



 **EFP**

**New Classification**

of periodontal and peri-implant diseases

---

# Guide pratique à l'attention des cliniciens

---

## Nouvelle classification des maladies et des affections parodontales et péri-implantaires

---

01. Santé parodontale et gingivite

02. Parodontites

02. Parodontite : arbre décisionnel clinique pour l'établissement des stades et des grades

03. Maladies systémiques et problèmes parodontaux

04. État péri-implantaire sain, mucosite péri-implantaire et péri-implantite

Rédigé par l'EFP

Mis en page et Publié par la SFPIO

Avec le soutien institutionnel de meridol



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

**meridol**<sup>®</sup>

Ces guides pratiques ont été rédigés par des experts de l'EFP qui ont participé à titre de co-présidents au Workshop de Chicago sur la nouvelle classification des maladies et affections parodontales et péri-implantaires.

Ces guides ont ensuite été traduits en français, avec l'accord de l'EFP, par les sociétés francophones membres de l'EFP :

- la Société Belge de Parodontologie
- la SFPIO (Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale)
- la SMPI (Société Marocaine de Parodontologie et d'Implantologie)
- la SSP (Société Suisse de Parodontologie)

Ces guides sont disponibles en version numérique sur le site de la SFPIO :

[www.sfpio.com](http://www.sfpio.com)

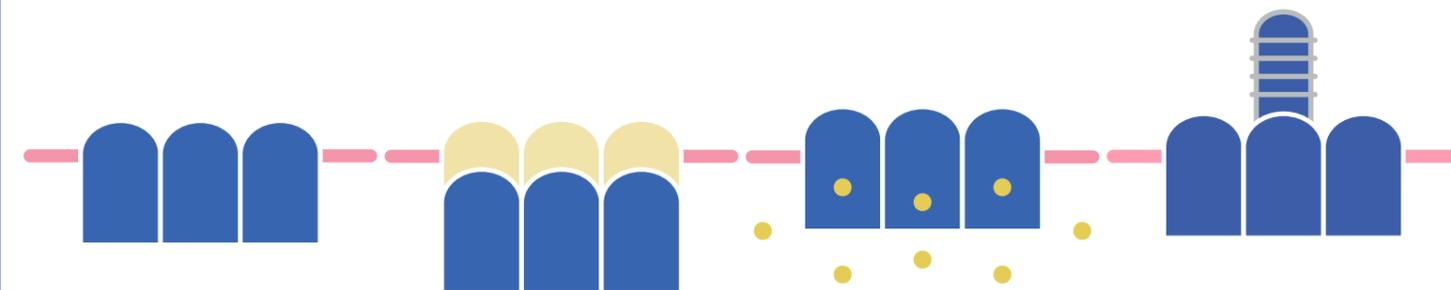
A l'initiative de la SFPIO

L'ensemble de ces traductions a été coordonné par le Pr Virginie Monnet-Corti

Impression financée par *meridol*

## Sommaire

Présentation des sociétés francophones de l'EFP .....	4 - 7
Introduction de l'EFP .....	8
01. Santé parodontale et gingivite .....	9 - 16
02. Parodontites .....	17 - 24
02. Parodontite : arbre décisionnel clinique pour l'établissement des stades et des grades .....	25 - 34
03. Maladies systémiques et problèmes parodontaux .....	35 - 42
04. État péri-implantaire sain, mucosite péri-implantaire et péri-implantite .....	43 - 50



## A propos de la Société Belge de Parodontologie

---

La Société Belge de Parodontologie (SBP) a été créée en 1981, cette société scientifique a pour objectif principal d'œuvrer pour la promotion de la santé parodontale en Belgique.

La SBP organise des réunions et des congrès scientifiques destinés aux dentistes et aux parodontologues souhaitant approfondir leurs connaissances en parodontologie et en implantologie.

Par ailleurs, c'est en 2015 que la SBP a fait son entrée sur la scène publique en organisant le 12 Mai « La Journée internationale de la santé gingivale » afin de sensibiliser la population à la prévention et à l'impact des maladies parodontales sur l'image de soi et sur la santé générale.

« Des gencives saines pour une meilleure qualité de vie »



---

[www.parodontologie.be](http://www.parodontologie.be)

Société Belge de Parodontologie  
Avenue W. Churchill 11/30, 1180 Bruxelles  
BELGIQUE  
[info@parodontologie.be](mailto:info@parodontologie.be)  
Fax : +32 69/845210

## A propos de la SFPIO

---

Membre de la fédération Européenne de Parodontologie, notre société scientifique s'est imposée comme la société de référence en France dans le domaine de la Parodontologie et de l'Implantologie Orale.

Forte de plus de 1000 membres répartis dans 15 sociétés régionales, la Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO) a pour vocation d'informer les patients avec une démarche scientifique tout en offrant à nos confrères une formation continue exigeante et de qualité.

Le site internet a été créé pour les patients afin qu'ils puissent trouver des informations précises et scientifiques sur les maladies de gencives et sur les implants dentaires.

Ce site s'adresse également à tous nos confrères afin de leur faire partager nos activités nationales (congrès national, cycle de formation continue) et régionales (soirée ou journée de formation, cycle de travaux pratiques). Ils peuvent y trouver des documents supports à leur attention ou à partager avec leurs patients.



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

---

[www.sfpio.com](http://www.sfpio.com)

SFPIO  
9 rue Boileau, 44000 Nantes  
FRANCE  
[contact@sfpio.com](mailto:contact@sfpio.com)  
+33 2 40 08 06 63

## A propos de la SMPI

---

La société Marocaine de Parodontologie et d'implantologie (SMPI) a été créée en Avril 1993. C'est une société à but non lucratif.

Depuis 2002, LA SMPI est membre associé à la Fédération européenne de parodontologie (EFP).

La SMPI a pour buts de :

- Contribuer à la promotion de la parodontologie et de l'implantologie.
- Participer à l'amélioration de l'état de santé parodontal des patients contribuant ainsi à un meilleur état de santé général de la population.
- Participer à la formation continue au sein de la profession
- Représenter la spécialité auprès des pouvoirs publics, des autres sociétés nationales et étrangères, et de la fédération européenne de parodontologie (EFP).
- Créer des partenariats scientifiques avec des sociétés et partenaires de l'industrie.



---

[www.smpi.ma](http://www.smpi.ma)

Société Marocaine de Parodontologie et d'implantologie

1, rue Tarik Bnou Ziad

MAROC

[ssmpi7@gmail.com](mailto:ssmpi7@gmail.com)

+212 522.86.22.96

 [smpismpi](https://www.facebook.com/smpismpi)

## A propos de la SSP

---

La Société Suisse de Parodontologie (SSP) promeut la parodontologie envers le grand public, dans les cabinets, en clinique, ainsi que l'enseignement et la recherche.

Pour y parvenir elle utilise :

- des congrès et des cours de perfectionnement
- les medias
- des commissions ad hoc
- une collaboration avec des sociétés et associations ayant des intérêts communs et aussi avec la Société suisse d'odontostomatologie (SSO)



---

[www.parodontologie.ch](http://www.parodontologie.ch)

SSP Administration

Furkastrasse 32, 3900 Brig

SUISSE

[info@parodontologie.ch](mailto:info@parodontologie.ch)

+41 27 923 66 12

### Nouvelle classification des maladies et des affections parodontales et péri-implantaires

La nouvelle classification est le produit de l'atelier mondial sur la classification des maladies et des affections parodontales et périimplantaires, qui s'est tenu à Chicago en Novembre 2017. Cet atelier mondial a été organisé conjointement par l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) et la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) pour créer une base de connaissances de consensus pour une nouvelle classification à promouvoir au niveau mondial.

La nouvelle classification met à jour la classification précédente faite en 1999. Les documents et rapports de recherche de consensus de l'atelier mondial ont été publiés simultanément en Juin 2018 par l'EFP dans le *Journal of Clinical Periodontology* et par l'AAP dans le *Journal of Periodontology*. La nouvelle classification a été présentée officiellement par les deux organisations lors du congrès EuroPerio9 à Amsterdam en Juin 2018.



### A propos de l'EFP

La Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) est une organisation regroupant 35 sociétés scientifiques nationales consacrées à la promotion de la recherche, à l'éducation et à la sensibilisation de la science et de la pratique parodontale. L'EFP représente à elle seule plus de 14.000 parodontistes et professionnels de la santé gingivale en Europe. En plus de 31 membres européens, l'EFP a récemment accueilli quatre membres internationaux associés basés en Asie, au Moyen-Orient et en Amérique latine.

[www.efp.org](http://www.efp.org)  
[www.efp.org/newclassification](http://www.efp.org/newclassification)

European Federation of Periodontology  
Avenida Doctor Arce, 14. Office 38  
28002 Madrid  
Spain

# 01. Santé parodontale et gingivite

## Guide à l'attention des cliniciens

- Le système de classification de 1999 a été le premier à reconnaître la nécessité de classer les maladies et affections gingivales, mais son approche présentait de nombreuses lacunes.
- Il ne définissait pas la « santé » et la description de la gingivite était inutilement complexe.
- La nouvelle classification de 2017 fournit une définition claire de la santé parodontale, tant histologiquement que cliniquement.
- Elle simplifie également la définition de la gingivite en deux catégories : la gingivite induite par la plaque et les maladies gingivales non induites par la plaque.
- La santé gingivale est définie à la fois sur un parodonte intact et réduit, alors que la santé / la stabilité est définie pour un patient avec antécédent de maladie parodontale traité avec succès.



Auteur Iain Chapple  
Traduit de l'anglais par la Société Marocaine SMPI  
Nadia Khilil & Zineb Elhajioui - <http://www.smpi.ma/>  
avec le soutien de la SFPIO, Sébastien Melloul



Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology

## Introduction

Les maladies parodontales humaines englobent un large éventail de maladies. Certaines d'entre elles sont liées au biofilm de la plaque, tandis que d'autres sont indépendantes de l'accumulation du biofilm et peuvent alors être modifiées par ce dernier ou ne pas l'être.

Le système de classification de 1999 a été le premier à reconnaître la nécessité de classer les maladies gingivales. Mais il avait beaucoup de défauts. La classification des affections gingivales comprend certaines particularités, telles que « gingivite associée au diabète sucré » et « gingivite à carence en acide ascorbique », qui sont trompeuses (« gingivite à carence en acide ascorbique », par exemple, n'existe pas, c'est le « scorbut » ou ulcération gingivale causée par une carence en ascorbate).

Ce précédent système n'a pas cherché à définir le terme de « santé », ce qui est clairement critiquable lorsqu'on tente d'établir des définitions de cas pour la maladie. Et la description de la gingivite était inutilement complexe, car elle incluait à la fois des facteurs prédisposants et des facteurs modificateurs dans le diagnostic.

C'est dans le contexte de ces limitations de la classification de 1999 que les membres du groupe 1 du Workshop de 2017 ont décidé de créer une définition claire de la santé parodontale, à la fois histologique et clinique. Il a également adopté une méthodologie réductionniste permettant de définir la gingivite selon deux catégories principales : (1) la gingivite induite par le biofilm de la plaque dentaire et (2) les maladies gingivales non induites par le biofilm de la plaque.

## Définir la santé parodontale

Un facteur essentiel dans la définition de la santé parodontale était la reconnaissance du fait que la santé parodontale peut exister au niveau du site et de la bouche entière, ainsi que sur un parodonte intact ou réduit. Un parodonte intact est un parodonte sans perte d'attache clinique (CAL) ni perte osseuse, alors qu'un parodonte réduit peut survenir dans deux situations distinctes : soit chez un patient sans antécédent de maladies parodontales (par exemple, patients avec certaines formes de récession gingivale ou après une intervention chirurgicale d'allongement coronaire), soit chez un patient ayant des antécédents de parodontite. Par conséquent, les définitions de cas de santé et de gingivite ont été établies pour les trois scénarios, comme décrit ci-dessous.

Une autre décision fondamentale concerne le concept de santé « parfaite » par rapport à la santé « clinique ». Étant donné qu'en médecine, la normalité est définie par 95% de la population correspondant à cette définition et que 95% des adultes ont un ou plusieurs points de saignement dans la bouche, la « santé » doit accepter certains sites localisés d'inflammation légère.

Il ressort clairement de la littérature scientifique que des modifications histologiques du système micro vasculaire gingival surviennent presque immédiatement après l'éruption dentaire et qu'un infiltrat inflammatoire apparaît dans le cadre d'une surveillance immunitaire normale. Il en va de même pour les signes cliniques subtils d'inflammation sur des sites isolés dans le cadre de la « santé clinique ». La santé parfaite peut donc être considérée comme exceptionnelle et largement limitée aux manuels pédagogiques (<5% de la population).

Image 1

Santé parodontale  
« parfaite », très rare



La santé gingivale clinique a été définie, dans le cas d'un parodonte intact et réduit chez un patient ne présentant pas de parodontite, avec moins de 10% de saignements sur des profondeurs de sondage  $\leq 3$  mm. Le parodonte intact n'a pas de perte d'attache, alors que le parodonte réduit présentait une perte d'attache évidente.

Dans le parodonte réduit chez un patient avec antécédent de maladie parodontale traitée avec succès, la définition de la santé autorise des profondeurs de sondage allant jusqu'à 4 mm (englobant le concept de « poche fermée »). Cependant, il ne doit pas y avoir de saignement au sondage sur un site de 4 mm, car cela représenterait la probabilité d'une parodontite récurrente et indiquerait la nécessité d'une intervention corrective.

## Définir la gingivite

Définir la gingivite induite par la plaque sur un parodonte réduit était le concept le plus difficile à atteindre pour parvenir à un consensus. En effet, il est reconnu que les conséquences d'une parodontite sont irréversibles et qu'un patient qui présente une parodontite présente un risque élevé de parodontite récidivante. Ce risque demeure, même si le patient :

- est actuellement en bonne santé grâce à un traitement réussi ;
- a des sites individuels d'inflammation gingivale définis par un BoP sur des poches peu profondes ( $\leq 3$ mm) ;
- a des « poches fermées » qui ne saignent pas.

Il a donc été convenu qu'une fois la parodontite diagnostiquée, un patient reste un patient parodontal à vie, dont l'état à tout moment, même après un traitement réussi, peut être classé de l'une des trois manières suivantes :

- **Contrôlé** : sain / stable ;
- **En rémission** : inflammation gingivale ;
- **Incontrôlable** : parodontite récurrente / instable.

## Gingivite versus « inflammation gingivale » :

Dans le contexte du patient parodontal, le terme « inflammation gingivale » est utilisé plutôt que « gingivite ». Bien que ces deux termes signifient la même chose d'un point

**Une décision fondamentale concerne le concept de santé « parfaite » par rapport à la santé « clinique »**

**La santé parodontale peut exister au niveau du site et de la bouche entière, ainsi que sur un parodonte intact ou réduit**

Image 2

Santé gingivale clinique, <10% de saignements localement



de vue technique, il a été décidé qu'on ne pouvait pas avoir un patient qui était défini à la fois comme un « cas » de parodontite et un « cas » de gingivite. Néanmoins, un patient avec antécédent de maladie parodontale peut avoir des sites d'inflammation gingivale avec des profondeurs de sondage  $\leq 3$  mm après traitement, mais ces patients ne nécessitent pas de surfaçage radiculaire, mais plutôt un renforcement de l'hygiène buccodentaire et l'élimination de la plaque pour gérer l'inflammation gingivale localisée.

#### Variations de la définition entre la recherche et la clinique :

Une autre complication est apparue lorsque l'on a tenté d'équilibrer deux besoins concurrents : les études épidémiologiques qui mesurent la prévalence de la parodontite et les protocoles de soins cliniques permettant d'éviter le surtraitement chez des patients atteints de parodontite et déjà traités avec succès. Le seuil de la santé sur un parodonte réduit chez un patient traité de parodontite a été fixé à  $\leq 3$  mm pour les enquêtes épidémiologiques, où il est important de saisir tous les cas de parodontite, mais à  $\leq 4$  mm (mais sans BoP) pour les soins cliniques. Le traitement des poches de 4 mm qui ne saignent pas doit être évité et représente un sur traitement.

#### Gingivite et facteurs de risque :

La gingivite est simplement classée comme une gingivite sur un parodonte intact ou réduit.

Image 3

Santé/stabilité gingivale chez un patient atteint de parodontite avec parodonte réduit



Image 4

Facteurs prédisposants (facteurs de risque locaux), p. ex. facteurs de rétention de la plaque



Les facteurs prédisposants (facteurs de risque locaux) qui entraînent une accumulation accrue de plaque ont été définis comme suit :

- facteurs de rétention de la plaque (par exemple des sur contours de restauration ou des limites prothétiques sous gingivales) ;
- sécheresse buccale.

Les facteurs modifiants (facteurs de risque systémiques) qui modifient la réponse immuno-inflammatoire de la plaque ont également été définis :

- la cigarette ;
- l'hyperglycémie (patients atteints de diabète) ;
- une faible teneur en micronutriments anti oxydant (par exemple, vitamine C) ;
- les médicaments, en particulier les médicaments immuno- modulateurs ;
- les niveaux élevés d'hormones stéroïdiennes ;
- troubles hématologiques (par exemple, neutropénie).

La gingivite induite par le biofilm de la plaque dentaire se divise en trois catégories :

- associée seulement au biofilm ;
- modifiée par des facteurs systémiques ou locaux ;
- modifiée par une prise médicamenteuse.

Image 5

Gingivite modifiée par une prise médicamenteuse



**La santé gingivale clinique a été définie avec moins de 10% de saignements sur des profondeurs de sondage  $\leq 3$  mm**

**Dans le contexte du patient parodontal, le terme « inflammation gingivale » est utilisé plutôt que « gingivite »**

Les problèmes gingivaux et les lésions non induites par le biofilm ont été divisés en huit groupes les différenciant des maladies parodontales non induites par la plaque :

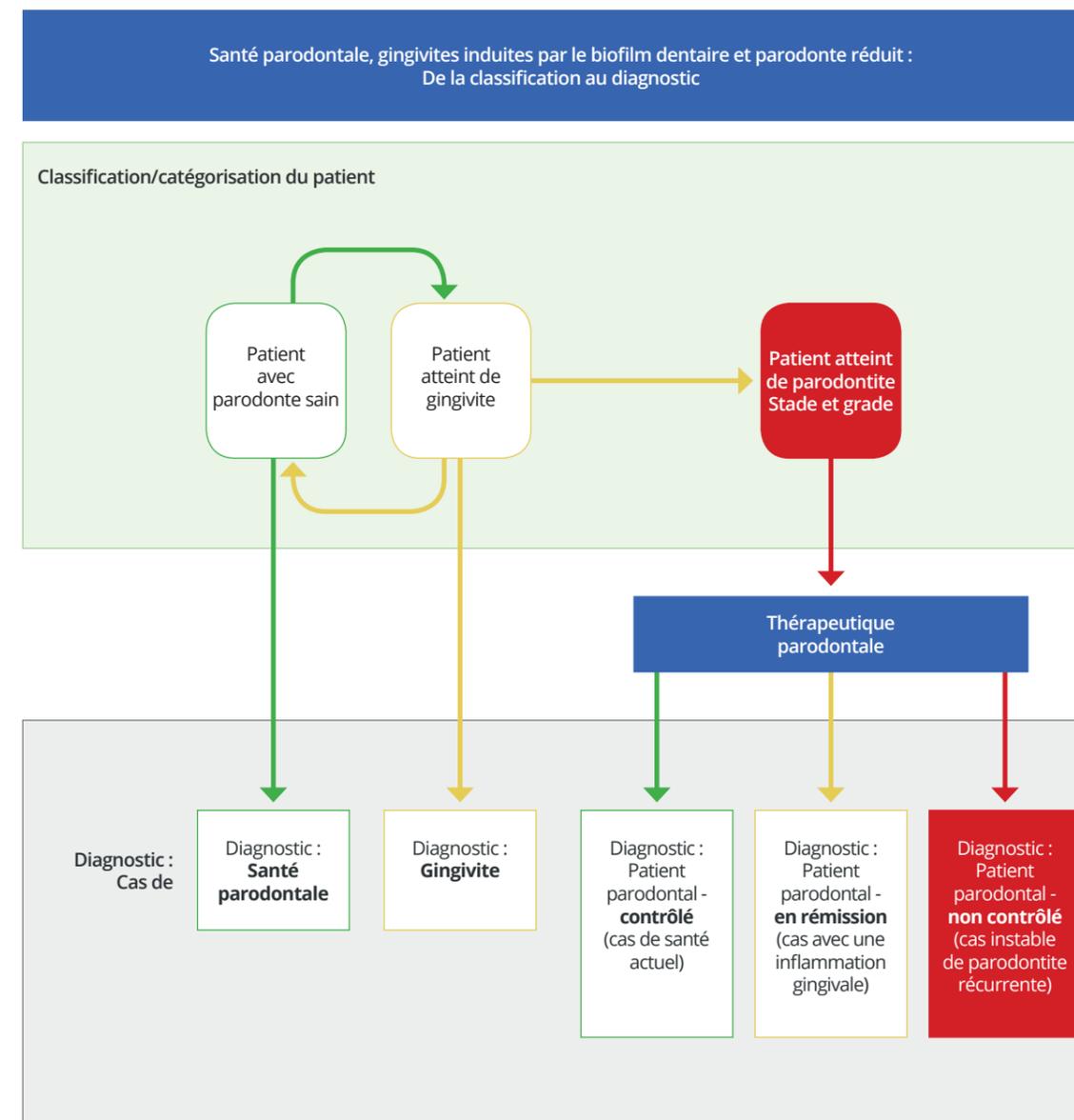
- a. Troubles génétiques / développementaux ;
- b. Infections spécifiques ;
- c. Maladies inflammatoires et immunitaires ;
- d. Processus réactionnels ;
- e. Les néoplasmes ;
- f. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ;
- g. Lésions traumatiques ;
- h. Pigmentation gingivale.

### Besoin de sondes standardisées

Le groupe 1 du workshop a également reconnu qu'il était nécessaire de développer une sonde parodontale à force constante conforme à la norme ISO, car la profondeur de sondage variait en fonction de la pression de sondage : sans cela, les définitions de cas basées sur des différences de sondage d'à peine 1 mm seraient inutiles.

**Il est nécessaire de développer une sonde parodontale à force constante conforme à la norme ISO**

Classification du parodonte sain et des affections gingivales		
<b>1. Santé parodontale et gingivale</b> a. Gencive saine avec parodonte intact ; b. Gencive saine sur parodonte réduit : i. Avec antécédent de maladie parodontale traitée ; ii. Sans antécédent de maladie parodontale.	<b>2. Gingivite induite par le biofilm dentaire*</b> a. Seulement associée au biofilm ; b. Modifiée par des facteurs de risque locaux ou systémiques ; c. Accroissement gingival médicamenteux.	<b>3. Maladies gingivales non induites par le biofilm dentaire</b> a. Troubles génétiques/développementaux ; b. Infections spécifiques ; c. Maladies inflammatoires et immunitaires ; d. Processus réactionnels ; e. Les néoplasmes ; f. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques ; g. Lésions traumatiques ; h. Pigmentations gingivales.
<b>* Facteurs prédisposants (facteurs de risque locaux)</b> 1. Facteurs de rétention de la plaque dentaire (p. ex. couronnes, appareils orthodontiques) ; 2. Sécheresse orale.		
<b>* Facteurs modifiants (facteurs de risque systémiques)</b> 1. Tabagisme ; 2. Hyperglycémie (chez des patients souffrants de diabète) ; 3. Faible teneur en micronutriments anti-oxydant (p. ex. vitamine C) ; 4. Prise de médicaments, en particulier les immuno-modulateurs ; 5. Niveaux élevés d'hormones stéroïdiennes ; 6. Troubles hématologiques (p. ex. neutropénie).		



**Lectures  
complémentaires**

Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions, co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti. *Journal of Clinical Periodontology*, Volume 45, Issue S20, June 2018.

**Proceedings include:**

- Chapple ILC, Mealey BL, et al. [Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions: S68-S77.](#)
- Lang MP, Bartold PM. [Periodontal Health: S9-S16.](#)
- Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. [Dental plaque-induced gingival conditions: S17-S27.](#)
- Holmstrup P, Plemons L, Meyle J. [Non-plaque-induced gingival diseases: S28-S43.](#)
- Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. [Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations: S44-S67.](#)

Chapple ILC, Hamburger J. *Periodontal Medicine – A Window on the Body*. London: Quintessence; 2004: 250.

**Auteur**



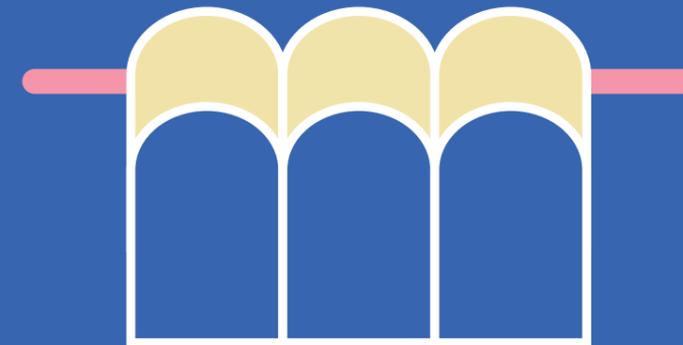
Iain Chapple

Iain Chapple est professeur de parodontologie et doyen de la faculté de médecine dentaire de l'université de Birmingham (Royaume-Uni). Ancien éditeur scientifique du *British Dental Journal*, ancien éditeur associé du *Journal of Periodontal Research* et actuellement éditeur associé du *Journal of Clinical Periodontology*. Il a écrit huit manuels et plus de 20 chapitres dans différents livres. À la Fédération européenne de parodontologie (EFP), le professeur Chapple était trésorier (2007-2013), coorganisateur des Workshops Paro, président du comité consultatif scientifique et éditeur du JCP Digest (2014-2016) et secrétaire général (2016- 2019). En 2012, il a reçu la médaille Tomes du Collège royal des chirurgiens d'Angleterre et, en 2018, le prix IADR pour ses recherches en parodontologie.

## 02. Parodontites

### Guide à l'attention des cliniciens

- Les tentatives de classer les parodontites ont eu du mal à déterminer s'il s'agit de diverses maladies ou de variations d'une seule maladie.
- Il n'y a aucune preuve qui permette une différenciation entre parodontite « chronique » et « agressive ».
- Trois formes de parodontite ont été identifiées : (1) parodontite, (2) parodontite nécrosante, (3) parodontite comme manifestation directe de maladies systémiques.
- Un système de classification doit inclure les facteurs de complexité et de risque ainsi que la sévérité de la maladie.
- Les cas individuels de parodontite doivent être caractérisés en fonction d'un stade et d'un grade de la maladie.



Auteurs Mariano Sanz et Maurizio Tonetti  
Traduit de l'anglais par Patrick Gugerli  
Société Suisse de parodontologie SSP  
[www.parodontologie.ch](http://www.parodontologie.ch)

Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology



European  
Federation of  
Periodontology

## Introduction : classification des parodontites

Les précédentes tentatives de classer les parodontites se préoccupaient de savoir si des manifestations de cas phénotypiquement différents représentaient différentes maladies ou des variations d'une seule maladie.

La classification internationalement acceptée des parodontites, publiée en 1999, a fourni un cadre pratique qui a été largement utilisé dans la pratique clinique et la recherche scientifique. Mais ce système souffre de lacunes importantes, de recouvrements multiples, de l'absence d'une distinction basée sur une biopathologie claire entre les catégories, de diagnostic imprécis et de difficultés dans la mise en application.

La nouvelle classification du World Workshop 2017 sur les maladies et conditions parodontales et péri-implantaires (« le World Workshop») a examiné l'évidence scientifique à disposition et a abouti à quatre principales conclusions :

1. Il n'y a aucune preuve de l'existence d'une physiopathologie spécifique qui permet la différenciation entre les cas de parodontite « agressive » et « chronique » ni qui permette de fournir des conseils pour différents types d'intervention.
2. Il y a peu d'évidence que la parodontite agressive et chroniques soient des maladies différentes. Mais il est évident que de multiples facteurs, ainsi que les interactions entre eux, influencent la manifestation clinique (phénotypes) au niveau individuel.
3. Au niveau d'une population, le taux moyen de la progression de la parodontite est en corrélation avec celui de l'ensemble des populations observées dans le monde. Cependant, il apparaît que certains segments de la population présentent des niveaux différents de progression de la maladie.
4. Un système de classification basé uniquement sur la sévérité de la maladie ne permet pas de mettre en évidence des particularités importantes de la maladie à l'échelle d'un individu, notamment sa complexité (qui influence les approches thérapeutiques) et ses facteurs de risque (qui influencent son évolution).

Sur la base de ces conclusions, un nouveau système de classification des parodontites a été adopté. Les formes de maladie précédemment dénommée « chronique » ou « agressive » sont à présent décrites dans une catégorie unique de « parodontite ». Trois formes de parodontite ont été identifiées :

1. Parodontite ;
2. Parodontite nécrosante ;
3. Parodontite comme manifestation directe de maladies systémiques.

Un système multidimensionnel de stades et de grades a été conçu pour décrire plus en détail les différentes manifestations de la parodontite dans des cas individuels. Les stades décrivent la gravité et l'étendue de la maladie, les grades décrivent le taux probable de progression.

## Définition clinique de la parodontite

La parodontite est une maladie inflammatoire chronique associée à un biofilm (plaque) dysbiotique et caractérisée par la destruction progressive de l'appareil de support de la dent. La parodontite se manifeste par une inflammation qui se traduit par une perte d'attache parodontale. Alors que la formation d'un biofilm bactérien déclenche l'inflammation gingivale, la maladie parodontale se caractérise par trois facteurs :

- La perte des tissus de support parodontaux, qui se manifeste par la perte d'attache clinique (CAL) et une perte de l'os alvéolaire radiologiquement observable.
- La présence de poches parodontales ;
- Le saignement gingival.

L'évidence actuelle démontre l'influence d'éléments multifactoriels - y compris le tabagisme - sur plusieurs réponses immuno-inflammatoires. Cela rend les modifications du microbiome dysbiotique plus probable chez certains patients que chez d'autres et pourrait bien jouer un rôle sur la sévérité de la maladie auprès de ces individus.

Un système de classification des parodontites devrait comprendre trois éléments :

- Identification d'un patient comme cas parodontal ;
- Identification du type de parodontite ;
- Description de la présentation clinique et d'autres éléments qui influencent la gestion thérapeutique, le pronostic et les répercussions potentiellement plus larges à la fois sur la santé bucco-dentaire et systémique.

Dans le contexte clinique, un cas de parodontite est défini par une caractéristique principale qui apparaît lors de la destruction des tissus parodontaux par l'inflammation. La perte d'attache clinique (CAL) est calculée par une mesure circonférentielle des dents à l'aide d'une sonde parodontale standardisée avec la jonction émail ciment (JEC) comme référence.

Un patient est un cas de parodontite lorsque :

- CAL interdentaire est détectable sur  $\geq 2$  dents non adjacentes, ou
- CAL vestibulaire /linguale de  $\geq 3$ mm avec présence de poche de  $> 3$  mm est détectable sur  $\geq 2$  dents ;
- CAL observée ne peut être attribuée à des causes non parodontales telles que :
  1. Une récession gingivale d'origine traumatique ;
  2. Une carie dentaire s'étendant dans la région cervicale de la dent ;
  3. La présence d'une CAL sur la face distale d'une seconde molaire et associée à une malposition ou l'extraction d'une troisième molaire ;
  4. Une lésion endodontique se drainant par le parodonte marginal ;
  5. La survenue d'une fracture radiculaire verticale.

### Mesure de la CAL

Compte tenu de l'erreur de mesure de la CAL avec une sonde parodontale standard, un degré d'erreur de classification au stade initial de la parodontite est inévitable,

**Il n'y a aucune preuve de l'existence d'une physiopathologie spécifique qui permet la différenciation entre cas de parodontite « agressive » et « chronique »**

**Un système de classification doit inclure la complexité et les facteurs de risque**

ce qui affecte la précision du diagnostic. Il est reconnu que la perte d'attache interdentaire « détectable » peut représenter différentes valeurs de CAL en fonction de la compétence de l'opérateur (par exemple spécialiste ou omnipraticien) et des conditions locales qui peuvent faciliter ou nuire à la détection de la JEC (notamment, la position du bord marginal de la gencive par rapport à la JEC, la présence de tartre, et les limites de restauration).

#### Saignement au sondage

Une description clinique de la parodontite devrait inclure le pourcentage de sites qui saignent au sondage ainsi que le nombre et la distribution de dents avec une profondeur de sondage au-dessus de certains seuils (communément  $\geq 4\text{mm}$  et  $\geq 6\text{mm}$ ). Il convient de noter que l'inflammation parodontale - généralement définie par le saignement au sondage (BOP) - est un paramètre clinique important par rapport à l'évaluation des résultats du traitement parodontal et du risque de maladie résiduelle après traitement. Cependant, le BOP lui-même ne change pas la définition initiale du cas telle que déterminée par la CAL, ni ne change la classification de la sévérité de la parodontite.

#### Sévérité de la maladie

Le degré de destruction présent au moment du diagnostic parodontal décrit la sévérité de la maladie, qui est mesurée par l'étendue de la perte d'attache ou de la perte osseuse parodontale. La sévérité doit intégrer la perte de dents attribuable à la parodontite. Une autre dimension de la sévérité de la maladie est la complexité du traitement. Des facteurs tels que les profondeurs de sondage, le type de perte osseuse (verticale ou horizontale), les atteintes de furcation, la mobilité dentaire, le nombre de dents manquantes, la perte de la dimension verticale, l'augmentation des besoins en traitements et de leur complexité doivent être intégrés dans la classification diagnostique. De même, la distribution de la maladie - définie par le nombre et la répartition des dents avec une destruction parodontale détectable - doit également être incorporé dans la classification.

#### Formes de parodontite

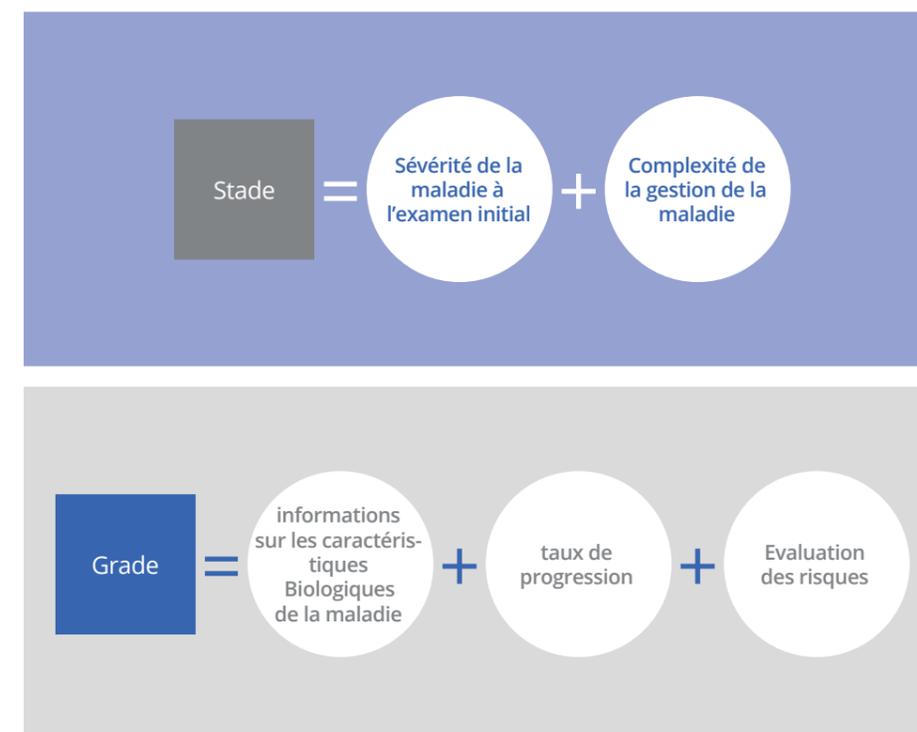
Sur la base de la physiopathologie, trois formes de parodontite clairement différentes ont été identifiées :

1. Parodontite ;
2. Parodontite nécrosante ;
3. Parodontite comme manifestation directe de maladies systémiques.

Le diagnostic différentiel, permettant d'établir quelle forme de maladie est présente, se base sur l'historique du patient, les signes et les symptômes spécifiques de la parodontite nécrosante, et la présence ou l'absence d'une maladie systémique susceptible de modifier définitivement la réponse immunitaire de l'hôte.

La parodontite nécrosante se caractérise par un historique de douleur, la présence d'une ulcération du bord marginal de la gencive ou de dépôts de fibrine sur des sites caractérisés par des papilles décapitées et, dans certains cas, l'exposition de l'os alvéolaire marginal.

Concernant la parodontite comme manifestation directe de maladie systémique, il est recommandé que le clinicien suive la classification de la maladie primaire selon la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (ICD).



#### Stade et grade

Un cas particulier de parodontite doit être caractérisé en utilisant une matrice simple en quatre étapes (voir: *Parodontite : arbre décisionnel clinique pour l'attribution des stades et des grades*, inclus dans ce guide) qui décrit le stade et le grade de la maladie. Il y a quatre étapes et trois grades.

L'établissement des stades repose sur des mesures standards de la sévérité et de l'étendue de la parodontite en présence, auxquelles s'ajoutent la complexité de la gestion du patient. Les informations provenant de l'évaluation des stades de la parodontite doivent être complétées par des informations sur le grade biologique inhérent à la maladie. Celui-ci repose sur trois ensembles de paramètres :

1. Le taux de progression de la parodontite ;
2. Les facteurs de risque reconnus pour la progression de la parodontite ;
3. Le risque que la situation d'un individu affecte sa santé systémique.

Dans le cadre de cette classification, l'établissement des stades est en grande partie fonction de la sévérité de la maladie et de la complexité de sa gestion, alors que l'établissement des grades fournit des informations supplémentaires sur les caractéristiques biologiques de la maladie. Ces caractéristiques comprennent une analyse basée sur l'historique du taux de progression de la parodontite, l'évaluation de son risque de progression, la prédiction d'un résultat de traitement potentiellement diminué et de l'évaluation du risque que la maladie ou son traitement puisse nuire à la santé générale du patient.

**Les stades décrivent la sévérité et la complexité de la maladie tandis que les grades fournissent des indications supplémentaires sur ses caractéristiques biologiques.**

**Stades**

Il y a deux éléments dans le processus d'attribution des stades de la parodontite chez un patient : la sévérité et la complexité.

**Sévérité :**

L'objectif principal est de classer la sévérité et la distribution de la destruction ou des dommages causés aux tissus par la parodontite. Cela se fait par la mesure de CAL à l'aide d'un sondage clinique et de l'évaluation de la perte osseuse radiologique. Ces mesures doivent inclure le nombre de dents dont la perte peut être attribuée à la parodontite.

**Complexité :**

L'objectif secondaire est de déterminer la complexité liée au contrôle de la maladie et de la gestion fonctionnelle et esthétique à long terme de la dentition du patient.

**Etablissement des stades :**

Le score de sévérité est principalement basé sur la perte d'attache interdentaire attribuable à la parodontite (CAL) et sur la perte osseuse marginale. Il est attribué en fonction de la dent la plus affectée. Le score de complexité est basé sur la complexité du traitement du cas. Il tient compte de facteurs incluant la présence de profondeurs de sondage augmentée, de défauts verticaux, d'atteintes de furcation, d'hypermobilité dentaires, de déplacement ou de migration des dents, de la perte de dents, d'un défaut crestal et de la perte de la fonction masticatoire.



**Grades**

L'attribution d'un grade à un patient atteint de parodontite consiste à estimer le risque de progression de la parodontite ainsi la réponse attendue au traitement standard. Cette estimation permet de donner des indications sur les besoins en traitements nécessaires ainsi que sur la prévention secondaire après traitement. L'attribution de grade ajoute une autre dimension et permet de déterminer le taux de progression, en utilisant des indices d'évidences directes ou indirectes.

*Les indices directs* se basent sur l'observation longitudinale à disposition: par exemple, sous la forme de radiographies de qualité diagnostique antérieures.

*Les indices indirects* se basent sur la corrélation entre la perte osseuse au niveau de la dent la plus touchée de la dentition et l'âge (calculée selon le pourcentage de perte osseuse radiographique relative à la longueur des racines divisée par l'âge du sujet). Le grade de la parodontite peut être modifié par la présence de facteurs de risque.

Les cliniciens devraient aborder le classement en supposant un taux modéré de progression (grade B) et rechercher des indices directs ou indirects d'un taux de progression élevé de la maladie qui justifieraient l'application de la note C. Le grade A est appliqué une fois la maladie arrêtée.

Si le patient présente des facteurs de risque qui sont associés à une plus grande progression de la maladie ou une réponse moindre aux traitements anti-infectieux, un grade plus élevé doit être attribué, indépendamment du critère principal représenté par le taux de progression.

Par exemple, un cas pourrait être caractérisée par une perte d'attache modérée (stade II), où l'hypothèse d'un taux modéré de progression (grade B) est modifié par la présence d'un diabète de type 2 mal-contrôlé, représentant un facteur de risque qui pourrait changer le grade vers celui de progression rapide (grade C).



**Les grades incluent l'estimation du risque de progression de la parodontite ainsi que la réponse attendue au traitement**

**Lectures complémentaires**

[Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#), co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti. *Journal of Clinical Periodontology*, Volume 45, Issue S20, June 2018.

**Proceedings include:**

- Papapanou PN, Sanz M, et al. [Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#), S162-S170.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. [Acute periodontal lesions \(periodontal abscesses and necrotising periodontal diseases\) and endo-periodontal lesions](#), S78-S94.
- Fine DH, Patil AG, Loos BG. [Classification and diagnosis of aggressive periodontitis](#), S95-S111.
- Needleman I, Garcia R, Gkraniias N, et al. [Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review](#), S112-S129.
- Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. [Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012](#), S130-S148.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. [Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition](#), pages S149-S161.

Tonetti, MS & Sanz M. [Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education](#). *Journal of Clinical Periodontology*, 2019.

**Auteurs**



Mariano Sanz



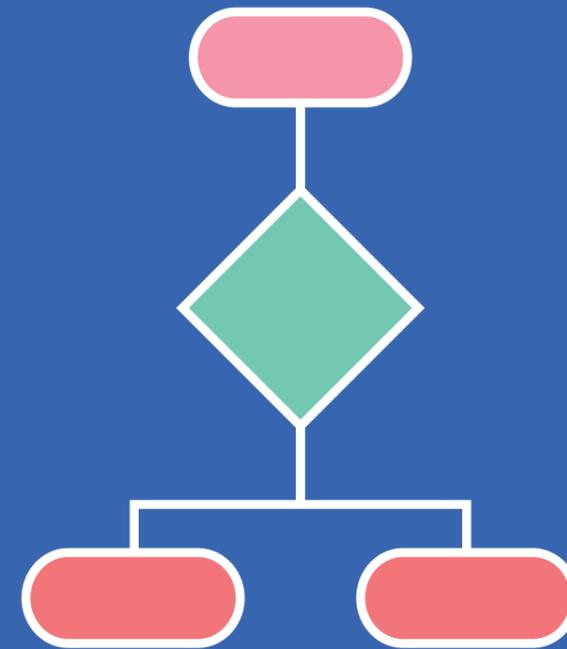
Maurizio Tonetti

**Mariano Sanz** est professeur et président de parodontologie à l'Université Complutense de Madrid et professeur à la faculté d'odontologie de l'Université d'Oslo (Norvège). Il est président du comité du Workshop EFP, membre du comité exécutif EFP, et président de la Osteology Fondation.

**Maurizio Tonetti** est professeur clinique de parodontologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Hong Kong et directeur exécutif du groupe européen de la recherche sur la parodontologie (ERGOPerio). Il est le rédacteur en chef du *Journal of Clinical Periodontology* et membre du comité exécutif de l'EFP.

## 02. Parodontite : arbre décisionnel clinique pour l'établissement des stades et des grades

### Guide à l'attention des cliniciens



Auteurs Mariano Sanz et Maurizio Tonetti  
Traduit de l'anglais par Patrick Gugerli  
Société Suisse de parodontologie SSP  
[www.parodontologie.ch](http://www.parodontologie.ch)



Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology

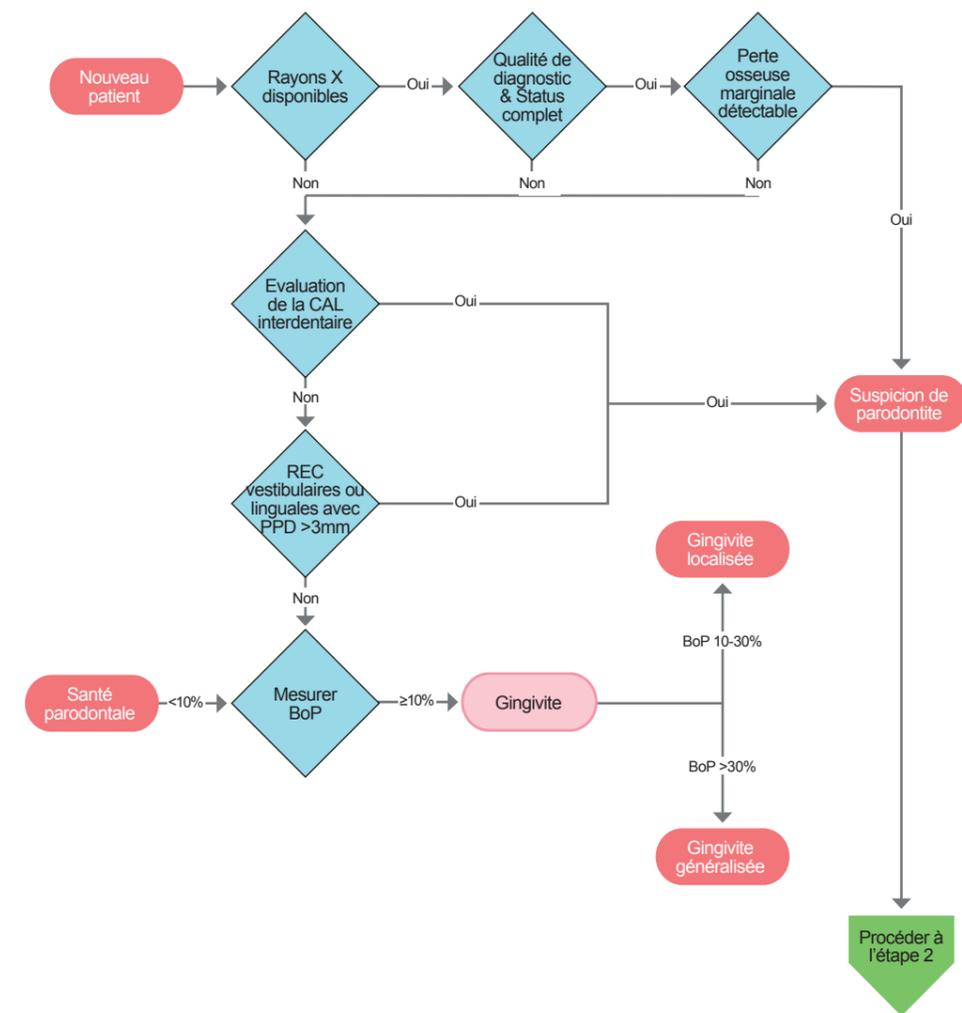


European Federation of Periodontology

## ÉTAPE 1 Nouveau patient

En voyant un patient pour la première fois, il faut d'abord se demander s'il existe un status radiologique complet et de qualité adéquat. Si oui, nous devons évaluer la présence d'une perte d'os marginale dans une quelconque zone de la dentition. Si la perte osseuse (BL) est détectable, le patient est soupçonné d'avoir une parodontite. En parallèle et indépendamment des examens radiologiques, nous devons examiner cliniquement le patient et évaluer la perte d'attache clinique interdentaire (CAL). Si une CAL est détectable, le patient est un cas parodontal potentiel.

Si une CAL interdentaire n'est pas détectée, il faut évaluer la présence de récessions vestibulaires qui présentent des profondeurs de sondage de poches (PPD) supérieures à 3 mm. Si de telles récessions sont présentes, le patient est un cas parodontal potentiel. S'il n'y a pas de PPD vestibulaires supérieures à 3 mm, il faut évaluer le saignement au sondage sur l'ensemble de la dentition (BoP). Si le BoP est présent dans plus de 10% des sites, le patient est diagnostiqué avec une gingivite et s'il l'est dans moins de 10% des sites, le patient est diagnostiqué avec un parodonte sain.

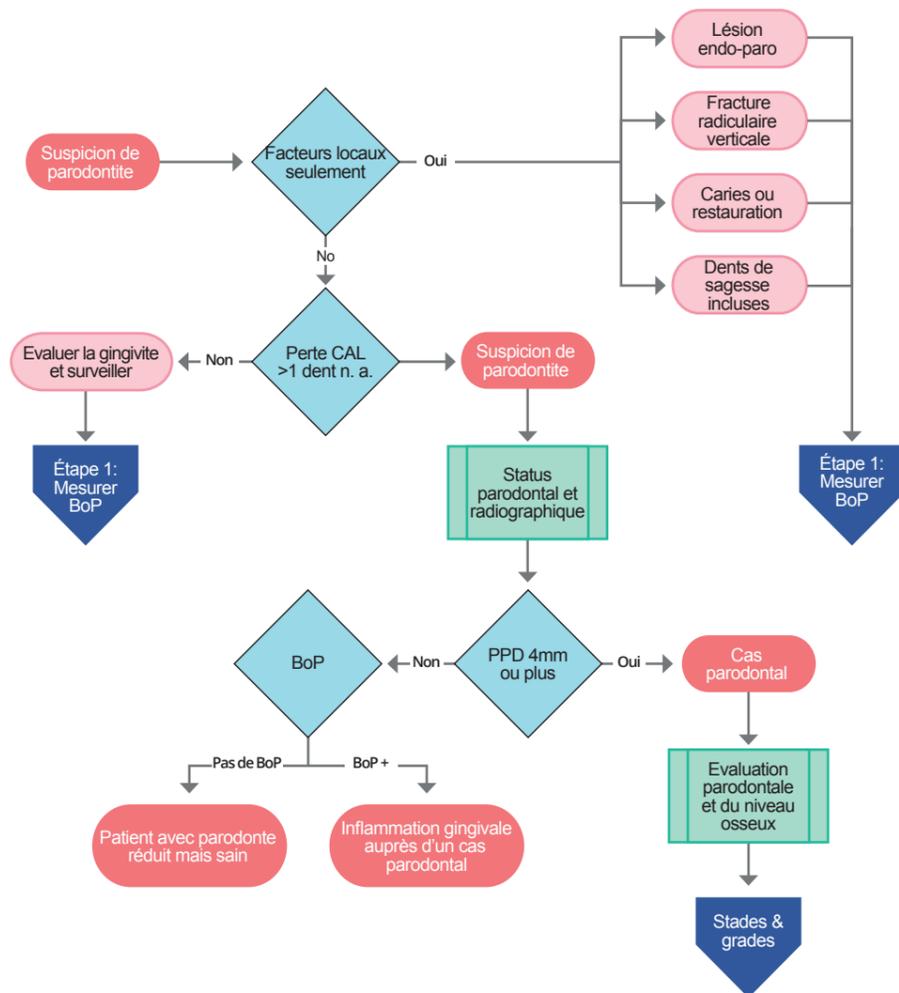


Parodontite : arbre décisionnel clinique pour l'établissement des stades et des grades

Basé sur :  
Tonetti, MS & Sanz M.  
Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education.  
*Journal of Clinical Periodontology*, 2019.

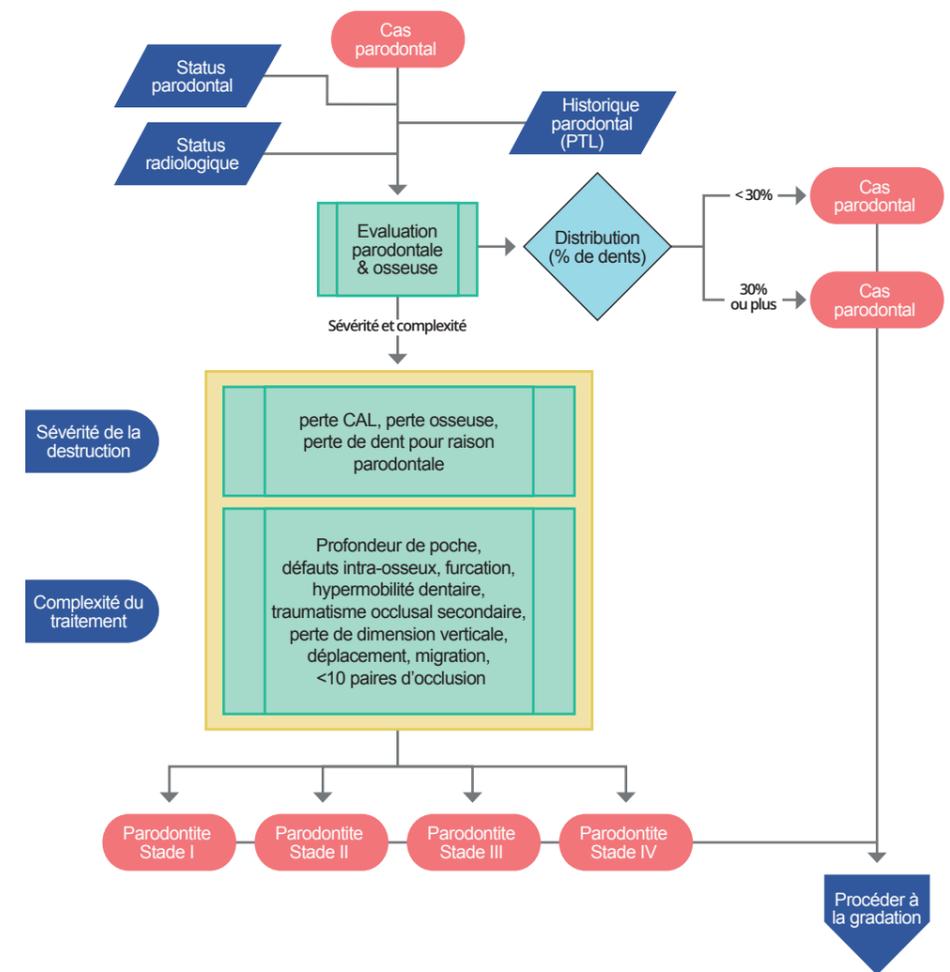
## ÉTAPE 2 Patient avec suspicion de parodontite

Si la présence de CAL interdentaire lors de l'examen clinique permet de suspecter une parodontite, nous devons vérifier si cette CAL est causée par des facteurs locaux exclusivement - lésions endo-paro, fractures verticales profondes, caries, restaurations ou troisième molaires incluses. Dans le cas contraire, nous devons nous assurer que la CAL interdentaire est présente sur plus d'une dent non adjacente. Si tel est le cas, nous avons affaire à un cas parodontal et nous avons besoin de procéder à un diagnostic parodontal détaillé en établissant un status parodontal et radiographique complet. Si l'examen parodontal ne montre pas PPD de 4 mm ou plus, nous devons évaluer le BoP. Si le BoP est supérieur à 10%, le diagnostic est celui d'une inflammation gingivale dans un cas parodontal ; quand il est inférieur à 10%, le diagnostic est celui de parodontite réduite, mais saine.



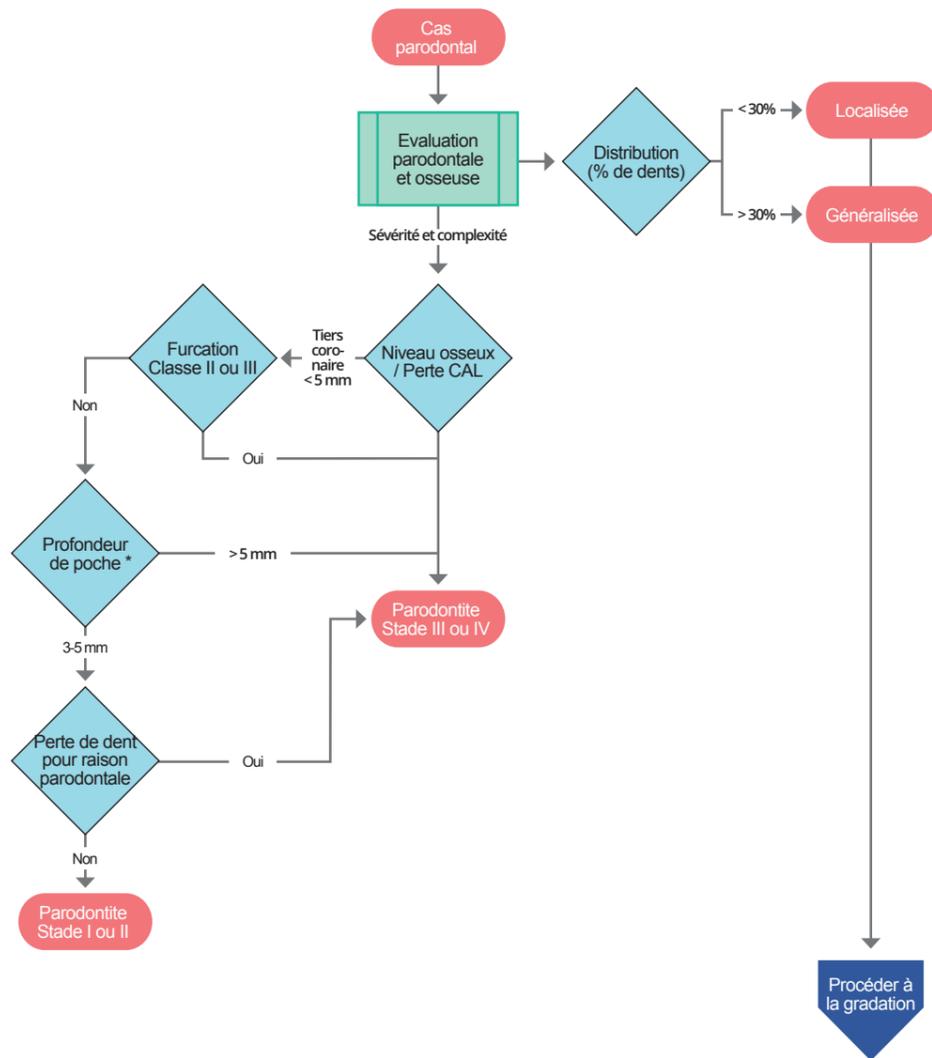
## ÉTAPE 3a Le patient est un cas parodontal dont le stade doit être déterminé

Pour déterminer le stade d'un cas parodontal, les informations suivantes sont nécessaires: status radiographique complet, status parodontal et une historique de perte de dents pour raisons parodontales (PTL). En premier lieu, nous évaluons la distribution de la maladie, en évaluant si CAL / BL touche moins de 30% des dents (localiséE) ou 30% ou plus (généraliséE). Ensuite, nous définissons le stade de la maladie par l'évaluation de la sévérité (en utilisant CAL, BL, et PTL) et la complexité (en évaluant PPD, les atteintes de furcation, les lésions intra-osseux, les hypermobilités dentaires, un traumatisme occlusal secondaire, une perte de la dimension verticale, les déplacement et migrations dentaires et la présence de moins de 10 paires de dents en occlusion).



### ÉTAPE 3b Stades III et IV par rapport à I et II

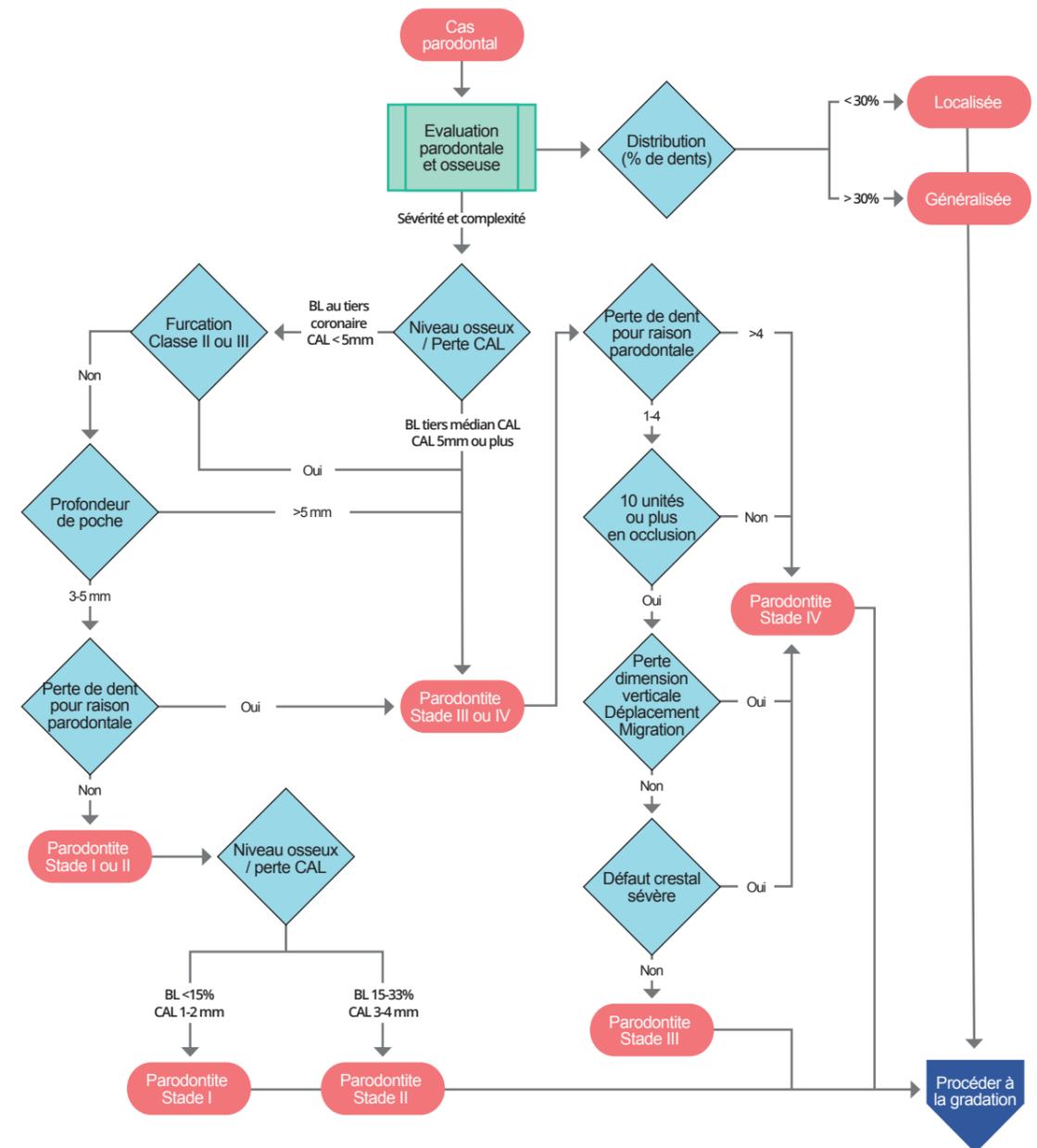
Si la CAL est supérieure à 5 mm ou si le BL affecte le tiers moyen de la racine ou au-delà sur plus de deux dents adjacentes, le diagnostic est soit le stade III ou IV. Si la CAL est de 5 mm ou moins sur moins de deux dents, nous recherchons des atteintes de furcation (degrés II et III). Si celle-ci sont présentes, le diagnostic est soit le stade III ou IV. Sinon, nous vérifions les PPD et si celles-ci sont supérieures à 5 mm sur plus de deux dents adjacentes, le diagnostic est soit le stade III ou IV. Si les PPD sont entre 3-5 mm, nous devrions évaluer la PTL. S'il y a une PTL, le diagnostic est soit de stade III ou IV. Dans le cas contraire, le diagnostic est le stade I ou II. En ce qui concerne la profondeur de poche, il convient de faire preuve de jugement clinique pour augmenter un stade I & II au stade III. Par exemple, en présence de pseudo-poches, un cas parodontal doit rester au stade II.



\* Il convient de faire preuve de jugement clinique pour augmenter un stade I & II au stade III. Par exemple, en présence de pseudo-poches, le cas parodontal doit rester au stade II.

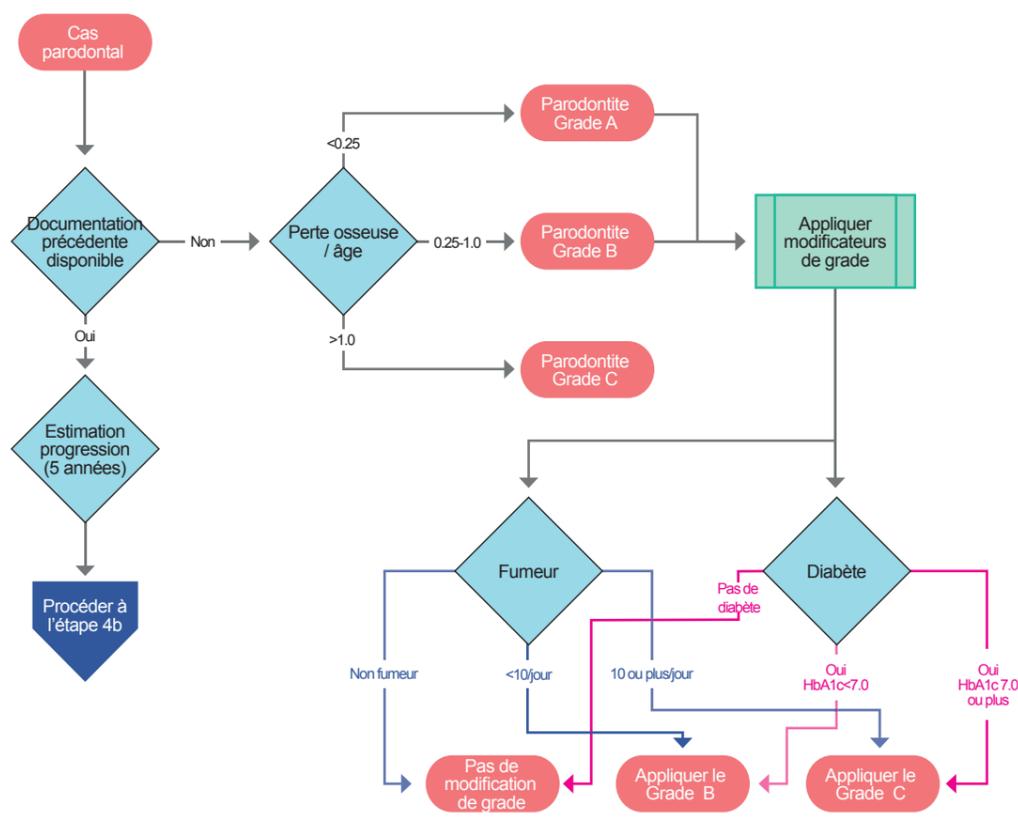
### ÉTAPE 3c Stades I, II, III et IV

Les stades I et II sont basés sur le niveau de CAL et BL. Le diagnostic est un stade I si : (a) BL est inférieur à 15% et (b) et CAL compris entre 1-2mm. Le diagnostic est le stade II si : (a) BL est compris entre 15% et 33%, et (b) CAL est compris entre 3-4mm. Le diagnostic est la stade III si : (a) BL affecte le tiers moyen de la racine ou au-delà, (b) CAL est de 5 mm ou plus, (c) PTL est de quatre dents ou moins, (d) au moins 10 paires de dents en occlusion sont présentes et (e) en l'absence de perte de la dimension verticale, de déplacement ou de migration, ou d'un défaut crestal sévère. Le diagnostic est le stade IV si : (a) BL affecte le tiers moyen de la racine ou au-delà, (b) CAL est de 5 mm ou plus, (c) PTL est plus de quatre dents, (d) il y a moins de 10 paires de dents en occlusion ou (e) quand il y a une perte de la dimension verticale, des déplacements ou migrations dentaires ou un défaut crestal sévère.



### ÉTAPE 4a Gradation en cas d'absence de documentation

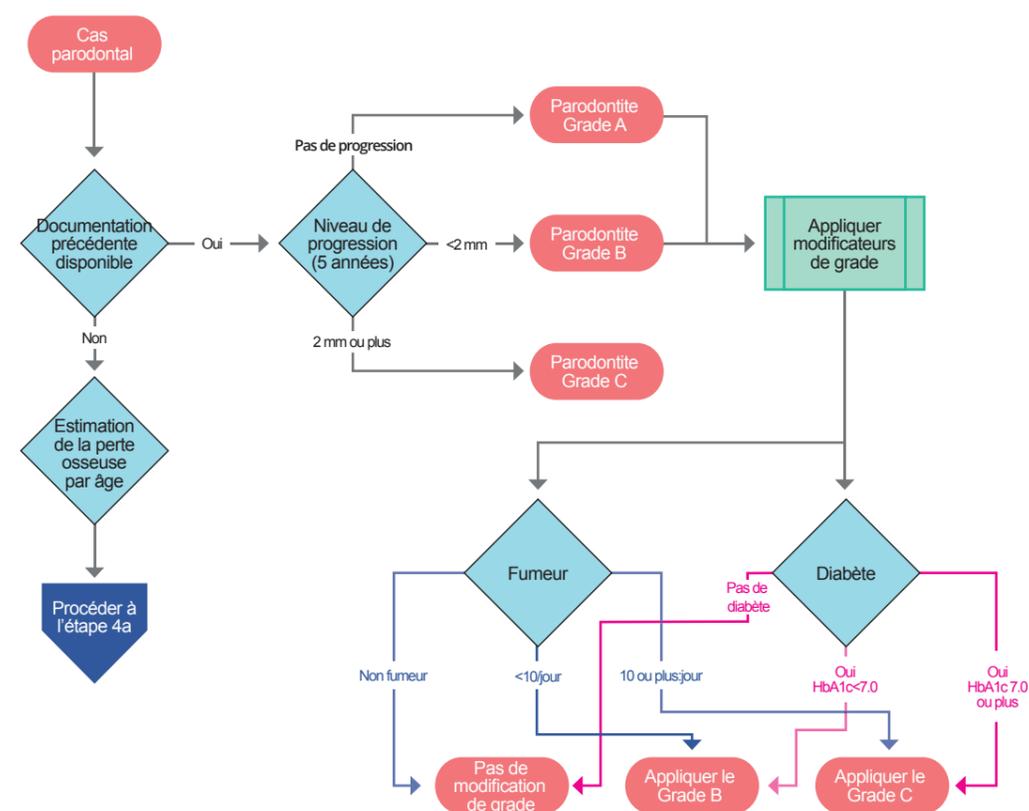
Lorsque la documentation parodontale préalable fait défaut, le rapport perte osseuse / âge (BL / A) doit être calculé à partir du status radiographique. Si le rapport BL / A est compris entre 0,25 et 1,0, le diagnostic est celui d'une parodontite de grade B. S'il est de moins de 0,25, le diagnostic est celui d'une parodontite de grade A : si elle est supérieure à 1,0, le diagnostic est celui d'une parodontite de grade C. Les grades A et B peuvent être modifiés si le patient fume ou est diabétique. Un patient qui fume plus de 10 cigarettes par jour permet de classer dans un grade C, tandis que celui qui fume moins de 10 cigarettes permet de classer au grade B. De même, un patient diabétique avec une hémoglobine glyquée ou glycosylée (HbA1c) inférieure à 7 % permet de classer dans le grade B et avec une HbA1c égale ou supérieure à 7 % permet de classer dans le grade C.



### ÉTAPE 4b Gradation en présence d'une documentation préalable

Lorsque les documentations parodontales précédentes d'un patient sont disponibles, le taux de progression de la parodontite au cours des cinq dernières années devrait être calculé. Si la progression est inférieure à 2 mm, le diagnostic est celui de parodontite de grade B. S'il n'y a pas eu de progression en cinq ans, le diagnostic correspond à une parodontite de grade A.

Lorsque la progression est de 2 mm ou plus, le diagnostic est celui de parodontite de grade C. Les grades A et B peuvent être élevés à un niveau supérieur si le patient est diabétique ou fume. Un grade C sera attribué à un patient qui fume plus de 10 cigarettes par jour, tandis qu'un grade B sera octroyé à un patient qui fume moins de 10 cigarettes. De même, un patient diabétique qui présente une HbA1c inférieure à 7% sera attribué à un grade B tandis qu'avec une HbA1c de 7% ou plus un grade C lui sera octroyé.



**Lectures complémentaires**

[Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#), co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti. *Journal of Clinical Periodontology*, Volume 45, Issue S20, June 2018.

**Proceedings include:**

- Papapanou PN, Sanz M, et al. [Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#), S162-S170.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. [Acute periodontal lesions \(periodontal abscesses and necrotising periodontal diseases\) and endo-periodontal lesions](#), S78-S94.
- Fine DH, Patil AG, Loos BG. [Classification and diagnosis of aggressive periodontitis](#), S95-S111.
- Needleman I, Garcia R, Gkranias N, et al. [Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review](#), S112-S129.
- Billings M, Holtfreter B, Papapanou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. [Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012](#), S130-S148.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. [Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition](#), pages S149-S161.

Tonetti, MS & Sanz M. [Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education](#). *Journal of Clinical Periodontology*, 2019.

**Auteurs**



Mariano Sanz



Maurizio Tonetti

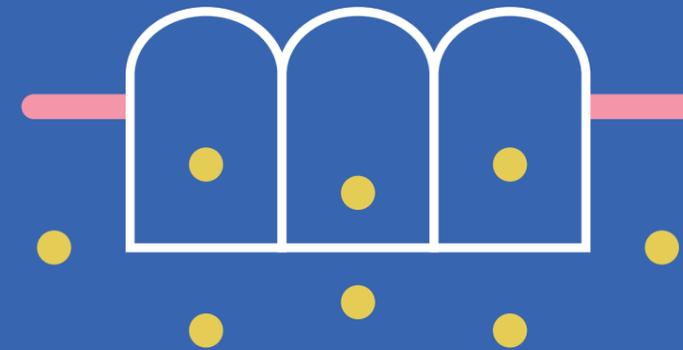
**Mariano Sanz** est professeur et président de parodontologie à l'Université Complutense de Madrid et professeur à la faculté d'odontologie de l'Université d'Oslo (Norvège). Il est président du comité du Workshop EFP, membre du comité exécutif EFP, et président de la Osteology Fondation.

**Maurizio Tonetti** est professeur clinique de parodontologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Hong Kong et directeur exécutif du groupe européen de la recherche sur la parodontologie (ERGOPerio). Il est le rédacteur en chef du *Journal of Clinical Periodontology* et membre du comité exécutif de l'EFP.

# 03. Maladies systémiques et problèmes parodontaux

## Guide à l'attention des cliniciens

- De nombreux troubles systémiques peuvent influencer sur l'apparition et la progression des parodontites, ou peuvent affaiblir les structures parodontales.
- La nouvelle classification des récessions gingivales est basée sur la perte d'attache interproximale et y associe différents paramètres cliniques, comme le phénotype gingival, ou les caractéristiques de la surface radiculaire exposée.
- Les forces occlusales peuvent endommager les dents et le système d'attache parodontale.
- Les affections développementales ou acquises associées aux dents ou aux prothèses peuvent prédisposer aux maladies du parodonte.
- Les abcès parodontaux et les lésions endo-parodontales peuvent également affecter le parodonte.



Auteur Søren Jepsen  
Traduit de l'anglais par la Société Française SFPIO  
Sébastien Melloul, Virginie Monnet-Corti,  
Martin Biosse-Duplan et David Nisand - [www.sfpio.com](http://www.sfpio.com)



Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology



## Introduction

Les maladies parodontales humaines englobent un large éventail de pathologies, en plus des maladies gingivales et de la parodontite. Certaines d'entre elles sont liées au biofilm dentaire, tandis que d'autres sont indépendantes de l'accumulation de celui-ci et peuvent ou pas être modifiées par ce biofilm.

Le groupe de travail 3 du Workshop mondial de 2017 avait pour mission de passer en revue et de mettre à jour la classification de 1999 sur les manifestations parodontales des maladies systémiques et des affections développementales et acquises, d'élaborer des définitions, et de donner des critères diagnostiques.

## Manifestations parodontales de maladies et troubles systémiques

De rares troubles systémiques, tels que le syndrome de Papillon – Lefèvre, entraînent l'apparition précoce d'une parodontite sévère. Ils ont un impact majeur sur la perte des tissus parodontaux en influençant le processus inflammatoire parodontal. Ces affections sont regroupées sous le terme de « parodontite en tant que manifestation d'une maladie systémique » et leur classification repose sur la présence d'une maladie systémique primitive /primaire/initiale (utilisant les codes de la CIM-10).

Il existe des maladies systémiques plus courantes - telles que le diabète - qui modifient considérablement l'évolution de la parodontite. Cependant, la parodontite associée au diabète ne doit pas être considérée comme un diagnostic distinct. Le diabète est désormais inclus dans la nouvelle classification clinique de la parodontite comme facteur descriptif dans le processus de gradation. De la même manière, la consommation de tabac – considérée à présent comme une dépendance à la nicotine et comme un trouble médical récurrent chronique ayant des effets négatifs majeurs sur le parodonte - est désormais également incluse en tant que facteur descriptif dans le processus de gradation.

D'autres affections systémiques, telles que les maladies néoplasiques, peuvent affecter les tissus parodontaux indépendamment de l'inflammation induite par le biofilm. Elles sont également classées en fonction de la maladie systémique sous-jacente (utilisant les codes de la CIM-10) et sont maintenant regroupées dans la catégorie « maladies ou troubles systémiques qui affectent les tissus parodontaux ».

Un cas de « parodontite »  
Chez un patient atteint de diabète non contrôlé.  
Ce n'est pas un cas de « parodontite en tant que manifestation directe d'une maladie systémique »



### Parodontites étant des manifestations d'une maladie systémique

#### Troubles systémiques ayant un impact majeur sur la perte de tissus parodontaux en agissant sur l'inflammation parodontale :

- Les troubles génétiques
  - Maladies associées à des troubles immunologiques (p. ex. syndrome de Papillon-Lefèvre)
  - Maladies touchant la muqueuse buccale et le tissu gingival (p. ex., l'épidermolyse bulleuse)
  - Maladies affectant les tissus conjonctifs (p. ex. les syndromes d'Ehlers-Danlos)
  - Troubles métaboliques et endocriniens (p. ex. l'hypophosphatasie)
- Maladies d'immunodéficience acquise (p. ex. l'infection par le VIH)
- Maladies inflammatoires (p. ex. maladie intestinale inflammatoire)

#### Autres troubles systémiques qui influencent la pathogenèse des maladies parodontales :

- Diabète sucré
- Obésité
- Tabagisme (dépendance à la nicotine)

### Maladies ou affections systémiques affectant les tissus de soutien parodontaux

#### Troubles systémiques pouvant entraîner une perte de tissus parodontaux indépendamment des maladies parodontales :

- Tumeurs (par exemple, carcinome épidermoïde oral)
- Autres troubles pouvant affecter les tissus parodontaux (par exemple, l'histiocytose à cellules de Langerhans)

**L'importance du phénotype gingival est maintenant reconnue**

## Etat muco-gingival

L'importance du phénotype gingival - incluant l'épaisseur et la hauteur des tissus gingivaux – est maintenant prise en compte et une nouvelle classification des récessions gingivales a été mise en place.

Cela combine des paramètres cliniques tels que le phénotype gingival, la perte d'attache interproximale et les caractéristiques de la surface radiculaire exposée.

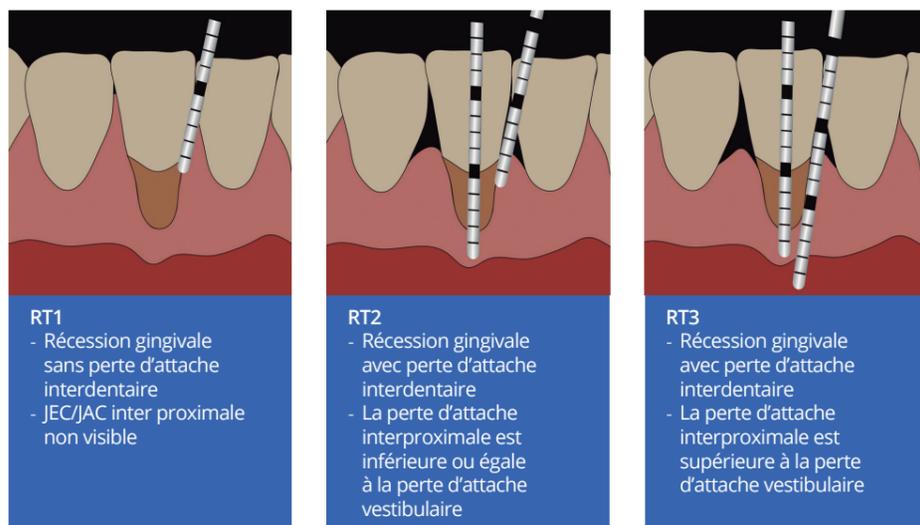
### Classification des conditions muco-gingivales (phénotype gingival) et des récessions gingivales

	Gingival site			Tooth site	
	Hauteur de récession	Épaisseur gingivale	Hauteur de gencive kératinisée	JEC/JAC A/B	Encoche +/-
Pas de récession					
RT1					
RT2					
RT3					

RT = Type de Récession gingivale (Cairo et al. 2011)

JEC/JAC = Jonction Email Cément/ Jonction Amélo-Cémentaire (Classe A = détectable, Classe B = indétectable)

Marche/Encoche = concavité de la surface radiculaire (+ = présence d'une marche/encoche > 0.5mm. - = absence marche/encoche > 0.5mm) (Pini Prato et al. 2010)



**RT1**  
- Récession gingivale sans perte d'attache interdentaire  
- JEC/JAC inter proximale non visible

**RT2**  
- Récession gingivale avec perte d'attache interdentaire  
- La perte d'attache interproximale est inférieure ou égale à la perte d'attache vestibulaire

**RT3**  
- Récession gingivale avec perte d'attache interdentaire  
- La perte d'attache interproximale est supérieure à la perte d'attache vestibulaire



Une patiente présente des récessions gingivales multiples avec différents types de récession, phénotypes gingivaux et états de surface radiculaire. L'évaluation individuelle du cas (dent par dent) est nécessaire pour permettre d'établir un plan de traitement adapté. (Photo: K. Jepsen).

Graphiques RT1, RT2, RT3 courtesy H. Dommisch.

### Traumatismes occlusaux et forces occlusales traumatiques

La force occlusale traumatique, qui remplace le terme de « force occlusale excessive » de la classification précédente (1999), désigne toute force occlusale entraînant des dommages aux dents (telles qu'une usure excessive ou une fracture) et/ou au système d'attache parodontal.

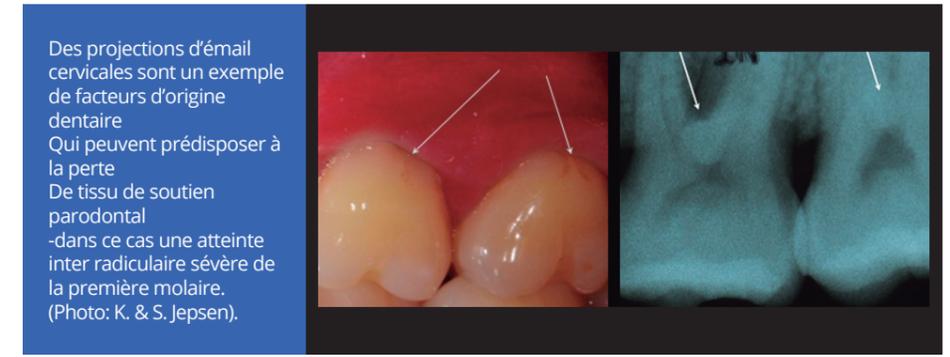
Le traumatisme occlusal est un terme histologique décrivant la lésion de l'attache parodontale.

La présence de forces occlusales traumatiques et de traumatismes occlusaux peut être indiquée par un ou plusieurs des facteurs suivants : (a) frémitus (mobilité dentaire adaptative), (b) mobilité dentaire progressive, (c) sensibilité thermique, (d) usure excessive des faces occlusales, (e) migration dentaire, (f) inconfort / douleur à la mastication, (g) fracture dentaire, (h) élargissement du ligament parodontal visible radiographiquement, (i) résorption radiculaire, (j) hypercémentose.

Il convient de noter que certains de ces signes et symptômes peuvent également être associés à d'autres conditions. Par conséquent, un diagnostic différentiel approprié doit être mené pour exclure d'autres facteurs étiologiques. Les forces

occlusales traumatiques conduisent à une mobilité adaptative des dents présentant des tissus de soutien normaux (traumatisme occlusal primaire) et à une mobilité progressive des dents avec des tissus de soutien réduits (traumatisme occlusal secondaire), nécessitant généralement une attelle de contention.

Il n'existe aucune étude réalisée chez l'homme indiquant que les forces occlusales traumatiques accélèrent la progression de la parodontite ou qu'elles peuvent causer des lésions cervicales non carieuses ou des récessions gingivales.



Des projections d'émail cervicales sont un exemple de facteurs d'origine dentaire Qui peuvent prédisposer à la perte De tissu de soutien parodontal -dans ce cas une atteinte inter radiculaire sévère de la première molaire. (Photo: K. & S. Jepsen).

### Facteurs liés aux dents ou à une restauration prothétique

Classification des facteurs liés aux dents et aux prothèses dentaires pouvant affecter le parodonte
<b>A. Facteurs localisés liés aux dents qui modifient ou prédisposent aux maladies gingivales / parodontites induites par les biofilms</b>
1. Anatomie dentaire
2. Fractures radiculaires
3. Résorption radiculaire cervicale, érosion cémentaire
4. Proximité radiculaire
5. Éruption passive altérée
<b>B. Facteurs localisés liés à une prothèse dentaire</b>
1. Limites de restauration placées dans l'attache supra crestale
2. Procédures cliniques liées à l'élaboration de restaurations indirectes
3. Réaction d'hypersensibilité ou toxique à un matériau dentaire

Cette section est développée dans la nouvelle classification. Elle comprend tous les facteurs qui modifient ou prédisposent aux parodontites ou aux maladies gingivales induites par le biofilm.

- Le terme « espace biologique » est remplacée par « attache supracrestale », consistant en un épithélium jonctionnel et un tissu conjonctif supracrestal.
- Une violation de cette attache par des limites de restauration situées dans le tissu conjonctif supracrestal est associée à une inflammation et à la perte d'attache parodontale.

La « force occlusale traumatique » remplace le terme de « force occlusale excessive »

- Les procédures de réalisations prothétiques, la mise en place, les matériaux et les restaurations prothétiques fixes elles-mêmes peuvent être associés à de la rétention de plaque, à des récessions gingivales et à des pertes d'attache.
- Les facteurs anatomiques dentaires (projections d'émail cervical, perles d'émail, stries de développement), la proximité des racines, les anomalies, les fractures, ainsi que les malpositions dentaires sont liées à l'inflammation gingivale induite par le biofilm et à la perte des tissus de support parodontal.

### Abcès parodontaux

**Définition :** Un abcès parodontal est une accumulation localisée de pus située dans la paroi gingivale de la poche parodontale ou du sulcus, entraînant une dégradation importante des tissus. Les principaux signes ou symptômes détectables associés à un abcès parodontal peuvent comprendre une élévation ovoïde de la gencive, le long de la partie latérale de la racine, et des saignements au sondage. Parmi les autres signes et symptômes, notons la douleur, la suppuration au sondage, les poches parodontales profondes et une mobilité accrue des dents.

Un abcès parodontal peut se développer dans une poche parodontale préexistante – par exemple, chez des patients atteints de parodontite non traitée, sous traitement de soutien, après desquamation et surfaçage radiculaire, ou après un traitement antimicrobien systémique. Un abcès parodontal sur un site qui était auparavant en bonne santé parodontale est généralement associé à des antécédents d'impaction ou d'habitudes néfastes.

Classification des abcès parodontaux basée sur les facteurs étiologiques associés				
Abcès parodontal chez les patients atteints de parodontite (au niveau d'une poche parodontale préexistante)	Exacerbation Aiguë	Parodontite non traitée		
		Mauvaise réponse à la Thérapeutique Parodontale		
		Thérapie parodontale de soutien		
	Après Traitement parodontal	Après surfaçage radiculaire		
Après chirurgie parodontale				
Après prescription médicamenteuse		Antibiotiques par voie générale Autres médicaments		
Abcès parodontal chez les patients ne présentant pas de parodontite (pas d'obligatoire de présenter une poche parodontale préexistante)	Impaction	Fil dentaire, élastique orthodontique, bâtonnets interdentaire, cure-dent, brosse à dents, digue ou pop-corn		
	Habitudes néfastes	Onychophagie, Serrement de dents ...		
	Facteurs orthodontiques	Force orthodontique ou inversé d'articulé		
	Accroissement gingival			
	Altération de la surface radiculaire	Altérations anatomiques sévères	Dent invaginée Dens evaginatus Dysplasie dentaire	
		Altérations anatomiques mineures	Perles d'émail Érosions cémentaires Stries de développement	
Conditions iatrogènes		Perforations		
Domages radiculaires sévères		Fêlure ou fracture Syndrome des dents fissurées		
Après chirurgie parodontale				

### Lésions Endo Parodontales

Les lésions endo-parodontales doivent être classées en fonction des signes et des symptômes qui ont une incidence directe sur le pronostic et le traitement (telles que la présence ou non de fractures et de perforations, et la présence ou non de parodontites).

**Définition :** Une lésion endo-parodontale est une communication pathologique entre les tissus pulpaire et parodontaux au niveau d'une dent donnée pouvant survenir sous une forme aiguë ou chronique. Les principaux signes associés à cette lésion sont des poches parodontales profondes s'étendant jusqu'à l'apex de la racine et / ou une réponse négative ou modifiée aux tests de vitalité pulpaire.

Les autres signes et symptômes peuvent inclure : (a) signes radiographiques de perte osseuse dans la région apicale ou dans la zone inter radulaire, (b) douleur spontanée ou douleur à la palpation / percussion, (c) exsudat purulent ou suppuration, (d) mobilité des dents, (e) tractus sinusal ou fistule, (f) altérations de la couleur de la couronne dentaire et/ou de la gencive.

Les signes observés dans les lésions endo-parodontales associées à des facteurs traumatiques et / ou iatrogènes peuvent inclure une perforation de la racine, une fracture ou fêlure, ou une résorption externe de la racine. Ces conditions compromettent considérablement le pronostic de la dent impliquée.

**Les lésions endo-parodontales surviennent sous une forme aiguë ou chronique**

Classification Des lésions Endo-parodontales		
Lésions endo-parodontales Avec atteinte radulaire	Fracture ou fêlure radulaire	
	Perforation canal radulaire ou du plancher pulpaire	
	Résorption externe de la racine	
Lésions endo-parodontales sans atteinte radulaire	Lésions endo-parodontales Chez patients atteints de parodontite	Grade 1 - poche parodontale étroite et profonde sur une seule face de la dent
		Grade 2 - poche parodontale large et profonde sur une seule face de la dent
		Grade 3 - poche parodontale profonde sur plus d'une face de la dent
	Lésions endo-parodontales Chez patients sans parodontites	Grade 1 -poche parodontale étroite et profonde sur une seule face de la dent
		Grade 2 - poche parodontale large et profonde sur une seule face de la dent
		Grade 3 - poche parodontale profonde sur plus d'une face de la dent



**Lectures complémentaires**

[Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#), co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti. *Journal of Clinical Periodontology*, Volume 45, Issue S20, June 2018.

**Proceedings include:**

- Jepsen S, Caton JG, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions: S219-S229.
- Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: case definitions and diagnostic considerations: S171-S189.
- Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: narrative review, case definitions and diagnostic considerations: S190-S198.
- Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: narrative review, case definitions, and diagnostic considerations: S199-S206.
- Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors: S207-S218.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotising periodontal diseases) and endo-periodontal lesions: S78-S94.
- Papapanou PN, Sanz M, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions, S162-S170.

Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol.* 2011; **38**: 661-666.

Pini-Prato G, Franceschi D, Cairo F, Nieri M, Rotundo R. Classification of dental surface defects in areas of gingival recession. *J Periodontol.* 2010; **81**: 885-890.

**Auteur**



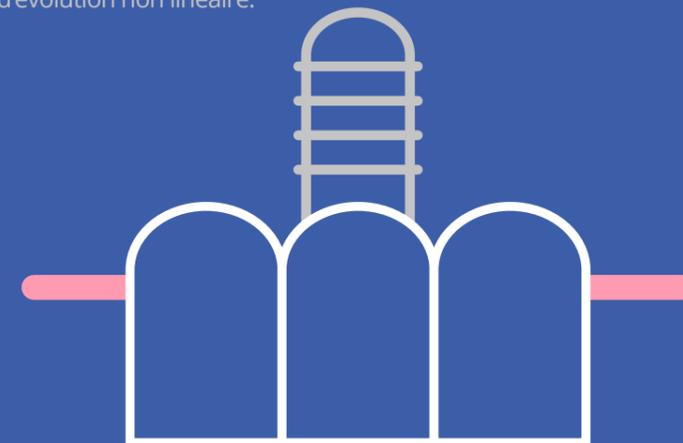
Søren Jepsen

Søren Jepsen est professeur et doyen du département de Parodontologie, de prévention et de Chirurgie dentaire de l'Université de Bonn en Allemagne. Il a fait parti du Comité exécutif de la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) comme président du comité Recherche (2004-2010), comme membre du bureau (2012-2017) et comme président (2015-2016). Il a également co-présidé le comité d'organisation du workshop mondial sur la classification des maladies et des affections parodontales et périimplantaires pour l'AAP/EFP (2017) et a été président scientifique du congrès EuroPerio9 (2018). Professeur Jepsen a donné des conférences et publié de nombreux articles, a reçu de nombreux prix et est rédacteur en chef adjoint du *Journal of Clinical Periodontology* (JCP) et membre du comité de rédaction des revues *Clinical Oral Implants Research*, *European Journal of Oral Implantology* et *Chinese Journal of Dental Research*.

# 04. État péri-implantaire sain, mucosite péri-implantaire et péri-implantite

## Guide à l'attention des cliniciens

- La précédente version (1999) de la classification des maladies parodontales ne couvrait pas les maladies et affections péri-implantaires.
- Le workshop mondial organisé par l'EFP en 2017 s'est attaché à présenter des définitions de cas et à examiner les caractéristiques de l'état péri-implantaire sain, de la mucosite péri-implantaire et de la péri-implantite.
- Le saignement au sondage est utilisé pour distinguer la muqueuse péri-implantaire saine de la muqueuse péri-implantaire enflammée.
- La perte osseuse permet de différencier la mucosite péri-implantaire de la péri-implantite.
- La péri-implantite progresse plus vite que la parodontite et obéit à un modèle d'accélération et d'évolution non linéaire.



Auteur Tord Berglundh  
Traduit de l'anglais par la Société Belge de Parodontologie  
France Lambert et Peter Garmyn - [www.parodontologie.be](http://www.parodontologie.be)

Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology

# État péri-implantaire sain, mucosite péri-implantaire et péri-implantite

## Introduction

Bien que la problématique de la classification des maladies et des affections péri-implantaires n'ait été abordée pour la première fois qu'en 2017, lors du workshop mondial de l'EFP, des définitions de ces maladies avaient déjà été présentées à plusieurs reprises lors de précédentes éditions de workshops européens de parodontologie de l'EFP.

Le terme « définition » a néanmoins souvent engendré des malentendus et il est apparu clairement nécessaire d'établir une distinction entre la définition d'une maladie et la définition d'un cas. La première est descriptive et présente les caractéristiques typiques de la maladie ou de l'affection, tandis que la seconde est destinée à guider le praticien dans la pose du diagnostic (c.-à-d. à expliquer comment évaluer la maladie).

Lors du workshop mondial sur la parodontologie qui s'est tenu en 2017, le groupe de travail 4 a présenté des définitions de cas et a traité des aspects bien déterminés de l'état péri-implantaire sain, de la mucosite péri-implantaire et de la péri-implantite.

La partie la plus importante des définitions de cas consiste à découvrir l'existence d'un saignement ou d'une suppuration au sondage et à déterminer la perte osseuse sur base de radiographies. Le saignement au sondage est le critère essentiel pour établir une distinction entre la muqueuse péri-implantaire saine et la muqueuse péri-implantaire enflammée, tandis que la perte osseuse est un critère utilisé pour différencier la mucosite péri-implantaire de la péri-implantite. Dans ce contexte, la perte osseuse devrait être supérieure aux variations au niveau de l'os crestal qui résultent du premier remodelage osseux effectué après la pose de l'implant.

## L'état péri-implantaire sain

Des tissus durs et des tissus mous péri-implantaires se forment dans le cadre d'un processus de cicatrisation après la pose de l'implant. La formation d'un nouvel os en contact avec l'implant est une ostéointégration, tandis que la fusion d'un épithélium jonctionnel et d'une zone de tissu conjonctif en contact avec les composants de l'implant établit la muqueuse péri-implantaire.

L'état péri-implantaire sain se caractérise par l'absence de signes cliniques d'inflammation tels que l'enflure, la rougeur et le saignement au sondage. Il n'est toutefois pas possible de définir une gamme de profondeurs de sondage qui soient compatibles avec l'état sain. Par ailleurs, il est également possible d'avoir un état péri-implantaire sain autour d'implants qui bénéficient d'un soutien osseux réduit.

Il existe en outre diverses situations dans lesquelles un état péri-implantaire sain peut coïncider avec un soutien osseux réduit, car il est possible de garantir la santé péri-implantaire sur des sites de péri-implantite qui ont été traités avec succès. La cicatrisation post-implantation de l'implant à des endroits où la crête présente des anomalies peut, par ailleurs, avoir pour conséquence que l'os s'étend sur le plan apical du bord de l'implant et que des parties de la muqueuse péri-implantaire fassent face à la partie intraosseuse de l'implant.

Définition de cas de l'état péri-implantaire sain dans la pratique clinique quotidienne :

- pas de signe clinique d'inflammation,
- pas de saignement/suppuration lors du sondage délicat,
- pas d'augmentation de la profondeur de sondage par rapport aux examens antérieurs,
- pas de perte osseuse.

Image 1

Santé péri-implantaire



**Il apparaît clairement nécessaire d'établir une distinction entre la définition d'une maladie et la définition d'un cas**

## La mucosite péri-implantaire

La mucosite péri-implantaire est caractérisée par une lésion inflammatoire dans les tissus mous entourant un implant en l'absence de perte d'os de soutien. La lésion se situe latéralement par rapport à l'épithélium jonctionnel/poche, mais ne s'étend pas dans la zone de tissu conjonctif supracrestal se trouvant dans le plan apical de l'épithélium jonctionnel/poche.

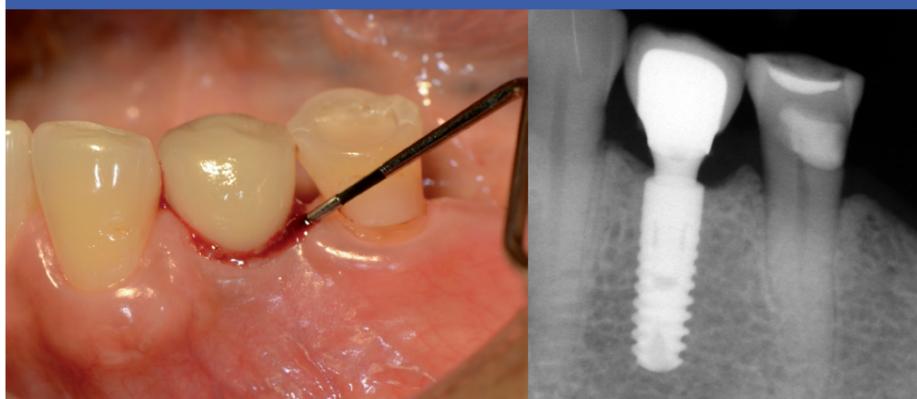
La principale caractéristique clinique de la mucosite péri-implantaire est le saignement lors du sondage délicat, mais d'autres signes cliniques d'inflammation, tels que l'érythème et l'enflure, peuvent aussi être présents. Une augmentation de la profondeur de sondage est souvent observée en présence d'une mucosite péri-implantaire. Cette augmentation est due au gonflement ou à une diminution de la résistance au sondage. Il existe de solides preuves que la plaque est le facteur étiologique impliqué dans la mucosite péri-implantaire. Il est également prouvé que les lésions liées à une mucosite péri-implantaire peuvent se résorber après la réinstitution de procédures permettant de contrôler la plaque.

Définition de cas de la mucosite péri-implantaire dans la pratique clinique quotidienne :

- saignement et/ou suppuration lors du sondage délicat,
- pas de perte osseuse.

Image 2

Mucosite péri-implantaire



**Le saignement au sondage est le critère essentiel pour établir une distinction entre la muqueuse péri-implantaire saine et la muqueuse péri-implantaire enflammée, tandis que la perte osseuse est un critère utilisé pour différencier la mucosite péri-implantaire de la péri-implantite**

## La péri-implantite

La péri-implantite est un état pathologique associé à la plaque dentaire qui se forme dans les tissus entourant des implants dentaires. Elle se caractérise par une inflammation de la muqueuse péri-implantaire et une perte d'os de soutien. Les sites de péri-implantite présentent des signes cliniques d'inflammation, notamment un saignement et/ou une suppuration au sondage, une profondeur de sondage accrue et/ou une récession de la marge muqueuse, ainsi qu'une perte osseuse visible à la radiographie, en comparaison avec d'anciennes observations. Les lésions de la péri-implantite s'étendent au plan apical de l'épithélium jonctionnel/de poche et sont plus vastes que les lésions présentes sur les sites de mucosite péri-implantaire et de parodontite.

On part du principe que la mucosite péri-implantaire précède la péri-implantite. Selon les données disponibles, les patients chez qui une mucosite péri-implantaire a été diagnostiquée courent un risque de développer une péri-implantite, en particulier si aucun traitement de maintenance régulier n'est appliqué. La péri-implantite progresse plus vite que la parodontite et obéit à un modèle d'accélération et d'évolution non linéaire.

Le lien entre la plaque dentaire et la péri-implantite est étayé par des données probantes démontrant, d'une part, que les patients dont la plaque dentaire est mal contrôlée et qui ne se soumettent pas à un traitement de maintenance régulier courent un plus grand risque de développer une péri-implantite et, d'autre part, que les stratégies de traitement anti-infectieux sont efficaces

Image 3

Péri-implantite



**La péri-implantite progresse plus vite que la parodontite et obéit à un modèle d'accélération et d'évolution non linéaire**

pour arrêter la progression de la maladie. De solides preuves montrent que le risque de péri-implantite est accru chez les patients qui ont des antécédents de parodontite sévère. Les données cliniques suggérant que le tabagisme et le diabète sont des indicateurs de risque potentiel de péri-implantite ne sont pas concluantes.

**Définition de cas de la péri-implantite dans la pratique clinique quotidienne :**

- saignement et/ou suppuration lors du sondage délicat,
- profondeur de sondage accrue par rapport aux examens antérieurs,
- perte osseuse.

**Tableau 1. Définitions de cas dans la pratique clinique quotidienne pour l'état péri-implantaire sain, la mucosite péri-implantaire et la péri-implantite**

État péri-implantaire sain	Mucosite péri-implantaire	Péri-implantite
Pas de saignement au sondage	Saignement au sondage	Saignement au sondage
Pas de perte osseuse*	Pas de perte osseuse*	Perte osseuse*
*Au-delà des changements au niveau de l'os crestal résultant d'un remodelage osseux initial		

En l'absence de données d'examens antérieurs, un diagnostic de péri-implantite peut être fondé sur la combinaison des éléments suivants :

- saignement et/ou suppuration lors du sondage délicat,
- profondeurs de sondage  $\geq 6$  mm,
- niveaux osseux  $\geq 3$  mm sur le plan apical de la partie la plus coronaire de la partie intraosseuse de l'implant.

## Définitions de cas dans les études épidémiologiques

Les critères utilisés pour définir l'état péri-implantaire sain et la mucosite péri-implantaire dans la pratique clinique quotidienne devraient aussi être appliqués dans les études épidémiologiques. De même, la définition de cas de la péri-implantite à retenir dans les études épidémiologiques doit être la suivante :

- saignement et/ou suppuration lors du sondage délicat,
- profondeur de sondage accrue par rapport aux examens antérieurs,
- perte osseuse.

Les études épidémiologiques doivent tenir compte des potentielles erreurs de mesure du remodelage osseux. La perte osseuse doit être analysée en utilisant les seuils supérieurs à l'erreur de mesure (0,5 mm en moyenne). Idéalement, les études épidémiologiques doivent comprendre les examens préalables à la première année de mise en charge de l'implant.

En l'absence de données radiographiques antérieures, des pertes osseuses cervicales de plus de 3mm par rapport à la partie intra-osseuse de l'implant et le saignement et/ou la suppuration au sondage coïncident avec le diagnostic de péri-implantite.

## Conclusion

Les définitions de cas proposées doivent être examinées en tenant compte du fait qu'il n'existe pas d'implant « générique ». Au contraire, les implants peuvent prendre diverses formes et présenter des caractéristiques de surfaces différentes. Les protocoles chirurgicaux et de mise en charge sont également variables.

Il est nécessaire de sonder les tissus péri-implantaires afin d'évaluer tout changement au niveau des critères de saignement au sondage et de profondeur de sondage. Il est recommandé aux praticiens d'obtenir des données radiographiques et des mesures de sondage de référence dès que la prothèse implanto-portée est en place.

**Idéalement, les études épidémiologiques doivent comprendre les examens antérieurs réalisés après la première année de mise en charge de l'implant**

**La définition de cas de la péri-implantite inclut le saignement au sondage et la perte osseuse**

**Lectures  
complémentaires**

[Proceedings of the World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions](#),  
co-edited by Kenneth S. Kornman and Maurizio S. Tonetti.  
*Journal of Clinical Periodontology*, Volume 45, Issue S20, June 2018.

**Proceedings include:**

- Berglundh T, Armitage G, et al. [Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions](#), pages S286-S291.
- Araujo MG, Lindhe J. [Peri-implant health](#), pages S230-S236
- Heitz-Mayfield LJA, Salvi G. [Peri-implant mucositis](#), pages S237-S245.
- Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang H-L. [Peri-implantitis](#), pages S246-S266.
- Hämmerle CHF, Tarnow D. [The etiology of hard- and soft-tissue deficiencies at dental implants: A narrative review](#), pages S267-S277.
- Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. [Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations](#), pages S278-S285.

**Auteur**



**Tord Berglundh**

**Tord Berglundh** est professeur et doyen du département de parodontologie de l'institut d'odontologie de l'académie de Sahlgrenska de l'Université de Gothenburg, en Suède. Il est co-éditeur du manuel *Clinical Periodontology and Implant Dentistry* et rédacteur adjoint des revues *Clinical Oral Implants Research* et du *Journal of Clinical Periodontology* de l'EFP. Il est membre du comité de rédaction du *Journal of Dental Research* et arbitre pour plusieurs autres revues. Il a reçu de nombreux prix scientifiques et a produit environ 230 publications scientifiques dans le domaine des implants dentaires, des maladies parodontales et péri-implantaires, de l'immunologie, de la génétique, de l'intégration des tissus et de la régénération.

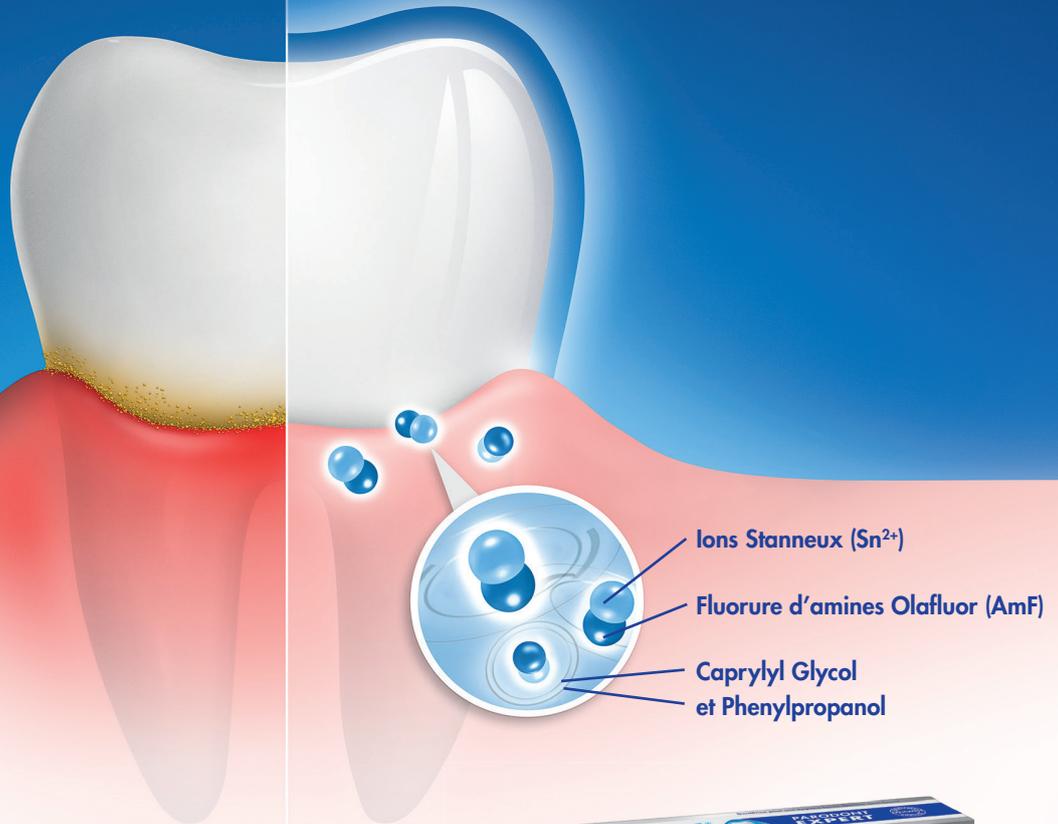


**EFP**  
**New Classification**  
of periodontal and peri-implant diseases



European  
Federation of  
Periodontology

Parce que les gencives sujettes au risque de parodontite ont à la fois besoin  
**d'une élimination efficace de la plaque dentaire**  
**et d'une action anti-bactérienne supérieure<sup>1</sup>**



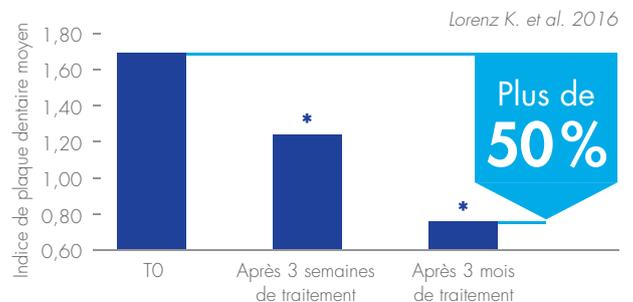
## meridol® PARODONT EXPERT – efficacité cliniquement prouvée

- Réduit la plaque de plus de 50 %<sup>2</sup>
- Garantit une action anti-bactérienne supérieure et de longue durée<sup>1</sup>
- Aide à maîtriser la réapparition du biofilm entre deux visites chez le dentiste<sup>3</sup>

Service Commercial : 02-37-51-67-59

<sup>1</sup> Par rapport à une technologie utilisant du bicarbonate de soude (1400 ppm F-). Müller-Breitenkamp F. et al. Poster présenté au congrès DG PARO 2017 de Münster, Allemagne ; P-35.  
<sup>2</sup> Comparaison avant et après 3 mois de traitement. Lorenz K. et al. Poster présenté au congrès DG PARO 2016 de Münster, Allemagne ; P-27.  
<sup>3</sup> Recommandation pour les patients souffrant de parodontite: une visite chez le dentiste tous les 3 mois.

## Réduction significative de la plaque dentaire



■ Dentifrice meridol® PARODONT EXPERT

\* p < 0,001 par rapport à T0 Seules les données pertinentes sont représentées

