



EFP

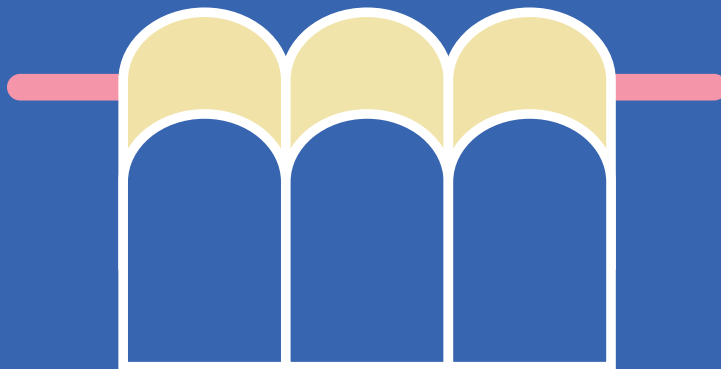
New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

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



Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology

European
Federation of
Periodontology



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**
Traducteur *Patrick Gugerli*

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.

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

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 ≥ 2 dents non adjacentes, ou
- CAL vestibulaire /linguale de ≥ 3 mm avec présence de poche de > 3 mm est détectable sur ≥ 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,

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 ≥ 4 mm et ≥ 6 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 :

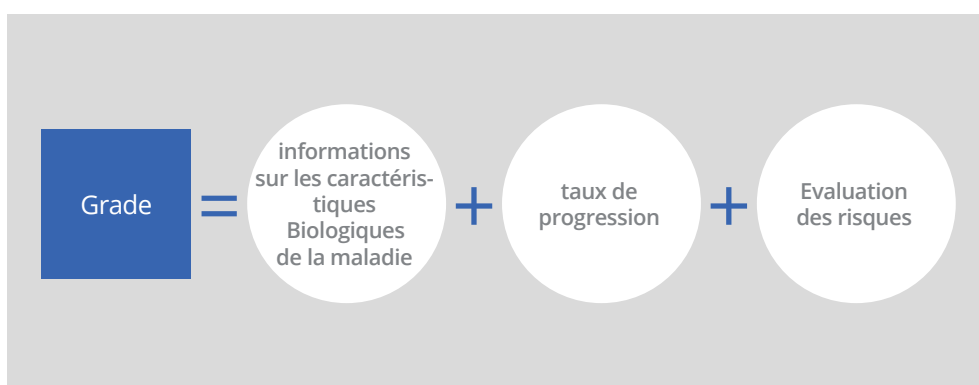
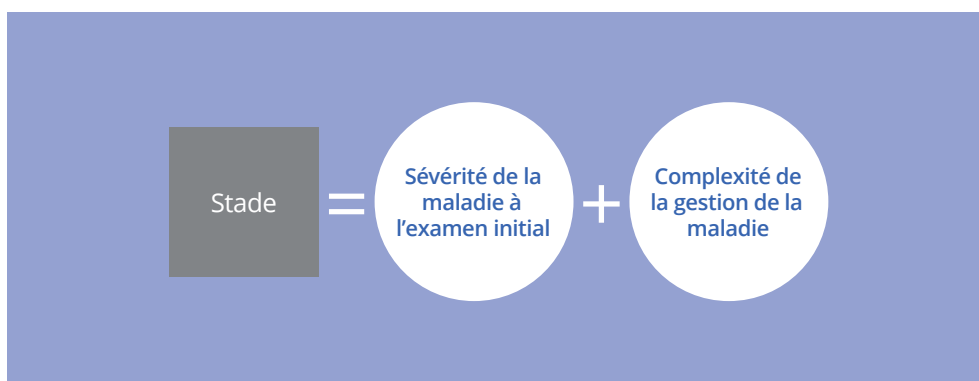
1. Parodontite ;
2. Parodontite nécrosante ;
3. Parodontite comme manifestation directe de maladies systémiques.

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).

**Un système
multi-
dimensionnel
de stades et
de grades
a été conçu**



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

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.



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.

Les deux éléments qui déterminent les stades sont la sévérité et la complexité



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.



 **EFP**

New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

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

La nouvelle classification est le produit du workshop mondial sur la classification des maladies et des affections parodontales et périimplantaires, qui s'est tenu à Chicago en Novembre 2017. Ce workshop 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 du workshop 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.



EFP

European
Federation of
Periodontology

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
www.efp.org/newclassification

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



 **EFP**

New Classification

of periodontal and peri-implant diseases



European
Federation of
Periodontology