



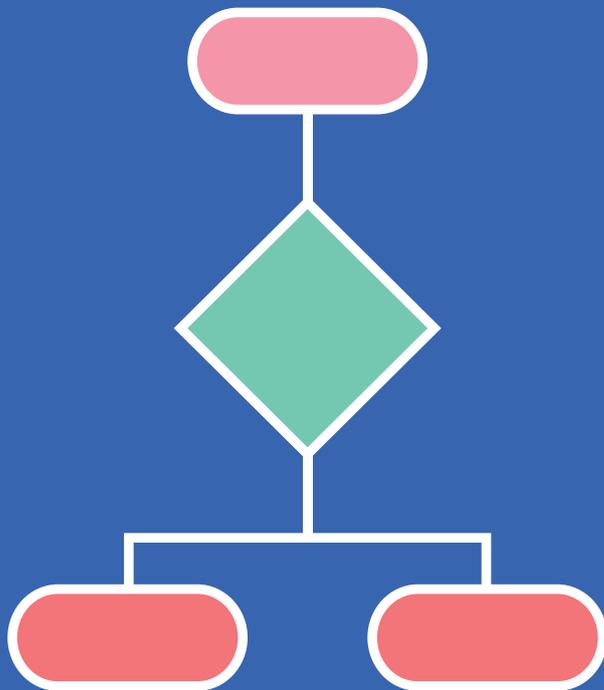
EFP

New Classification

of periodontal and peri-implant diseases

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



Publié en mars 2019

© European Federation of Periodontology

European
Federation of
Periodontology

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

Basé sur :

Tonetti, MS & Sanz M.

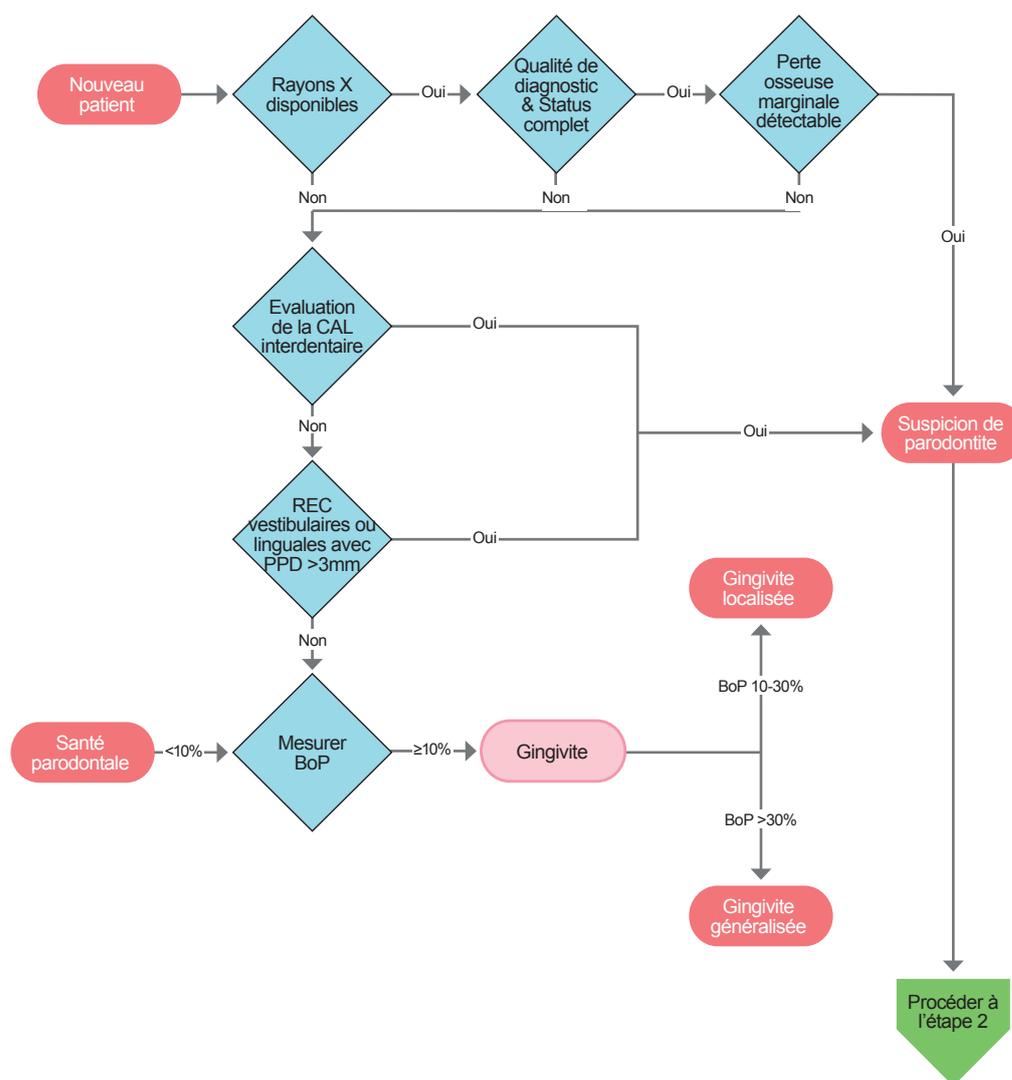
Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education.

Journal of Clinical Periodontology, 2019.

ÉTAPE 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.

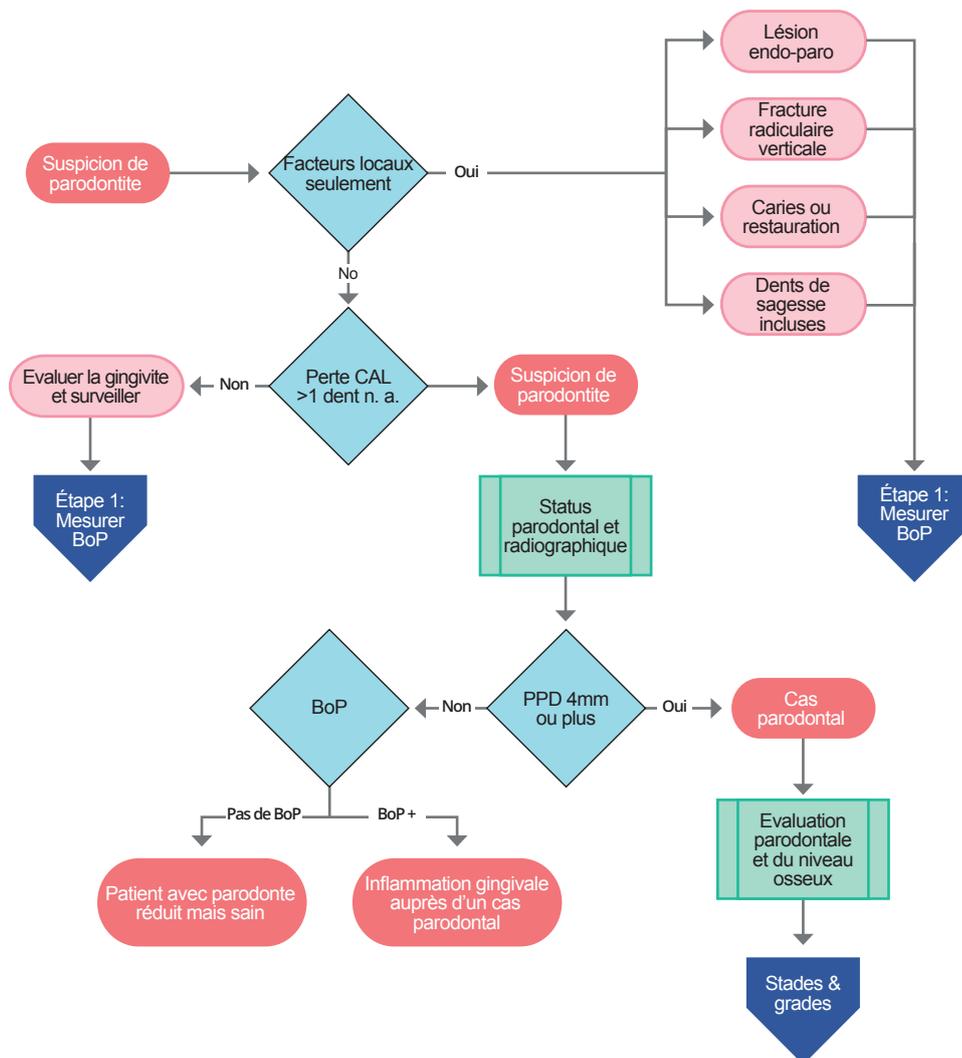
Si une CAL interdentaire n'est pas détectée, il faut évaluer la présence de récessions vestibulaires qui présentent des profondeurs de sondage de poches (PPD) supérieures à 3 mm. Si de telles récessions sont présentes, le patient est un cas parodontal potentiel. S'il n'y a pas de PPD vestibulaires supérieures 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.





ÉTAPE 2 Patient avec suspicion de parodontite

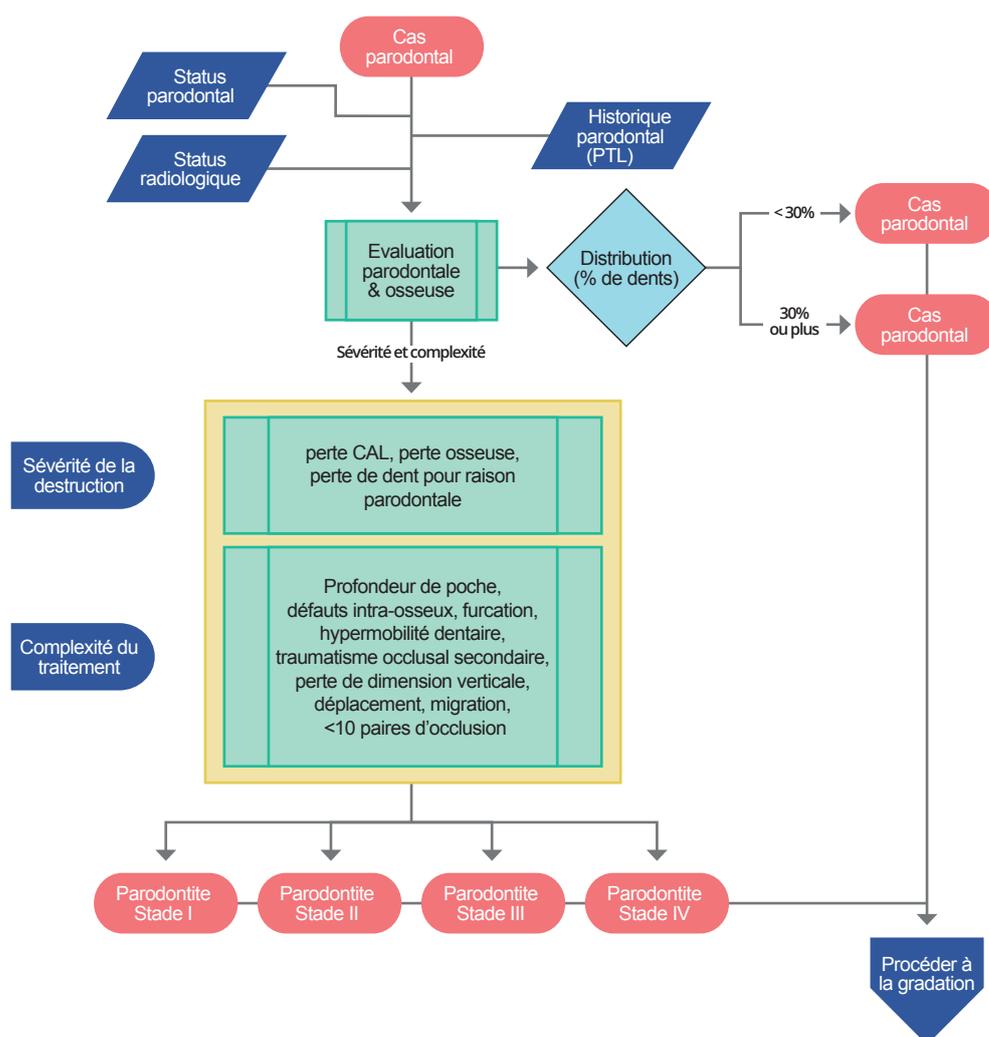
Si la présence de CAL interdentaire lors de l'examen clinique permet de suspecter une parodontite, nous devons vérifier si cette CAL est causée par des facteurs locaux exclusivement - lésions endo-paro, fractures verticales profondes, caries, restaurations ou troisième molaires incluses. Dans le cas 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

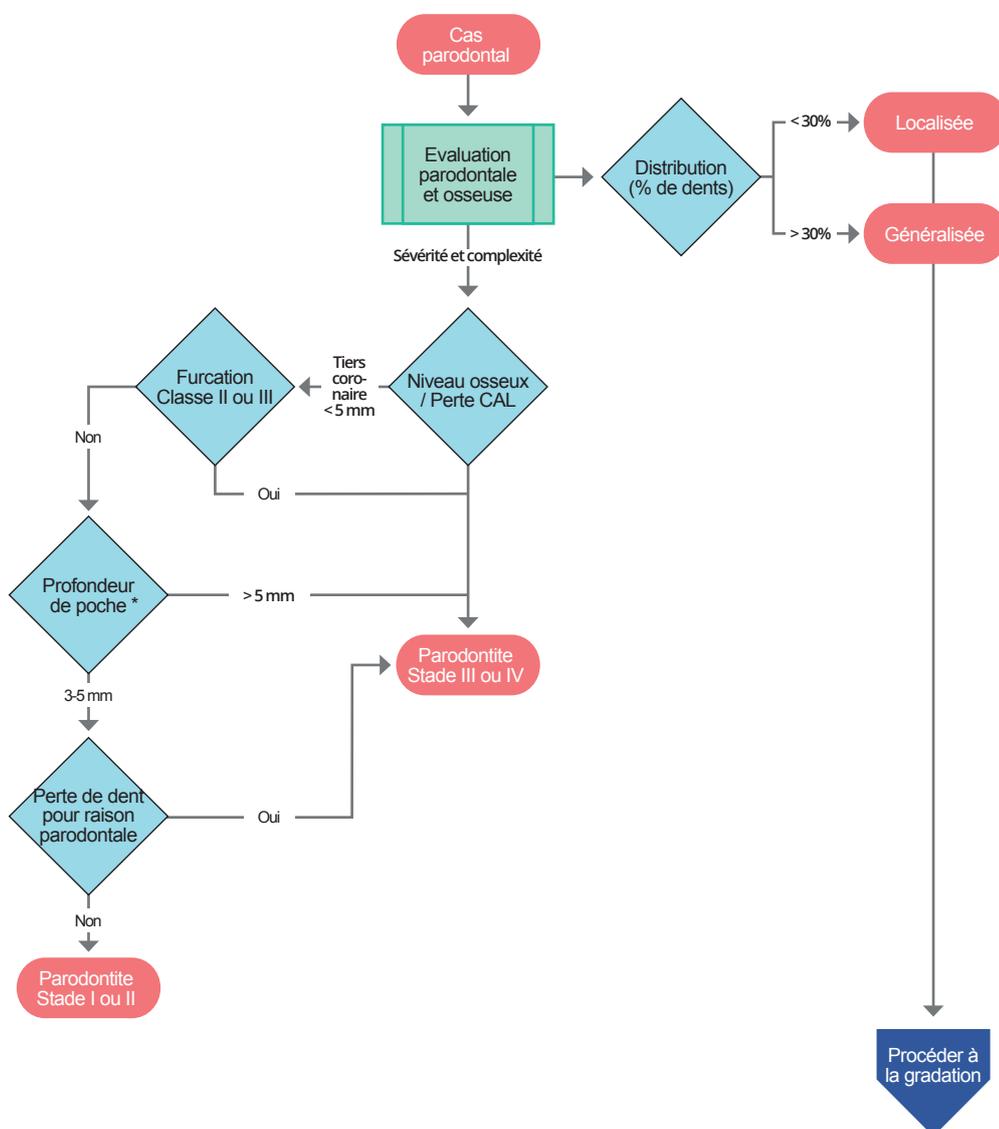
Pour déterminer le stade d'un cas parodontal, les informations suivantes sont nécessaires: status radiographique complet, status parodontal et une historique de perte de dents pour raisons parodontales (PTL). En premier lieu, nous évaluons la distribution de la maladie, en évaluant si CAL / BL touche 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

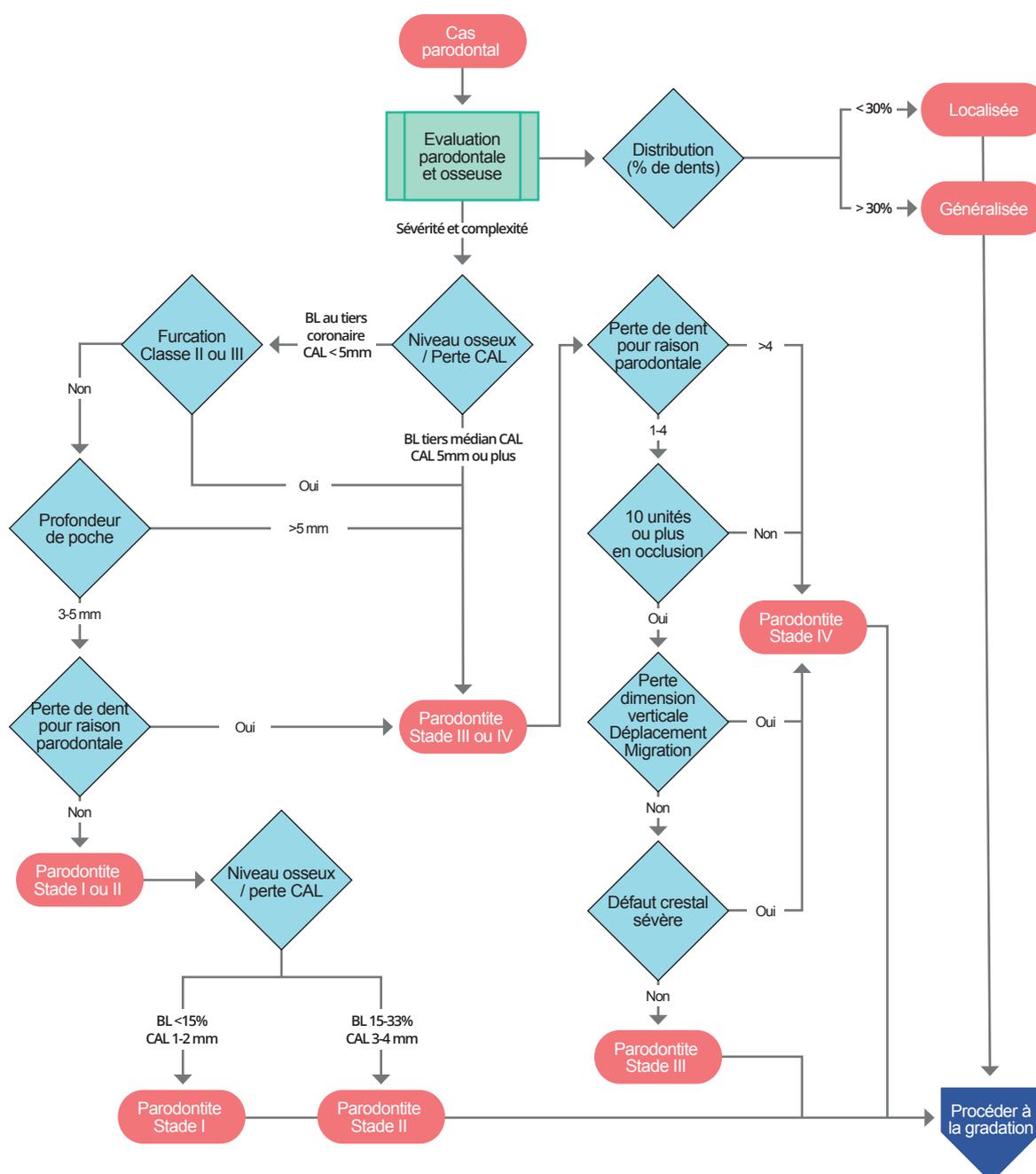
Si la CAL est supérieure à 5 mm ou si le BL affecte le tiers moyen de la racine ou au-delà sur plus de deux dents adjacentes, le diagnostic est soit le stade III ou IV. Si la CAL est de 5 mm ou moins sur moins de deux dents, nous recherchons des atteintes de furcation (degrés II et III). Si celle-ci 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

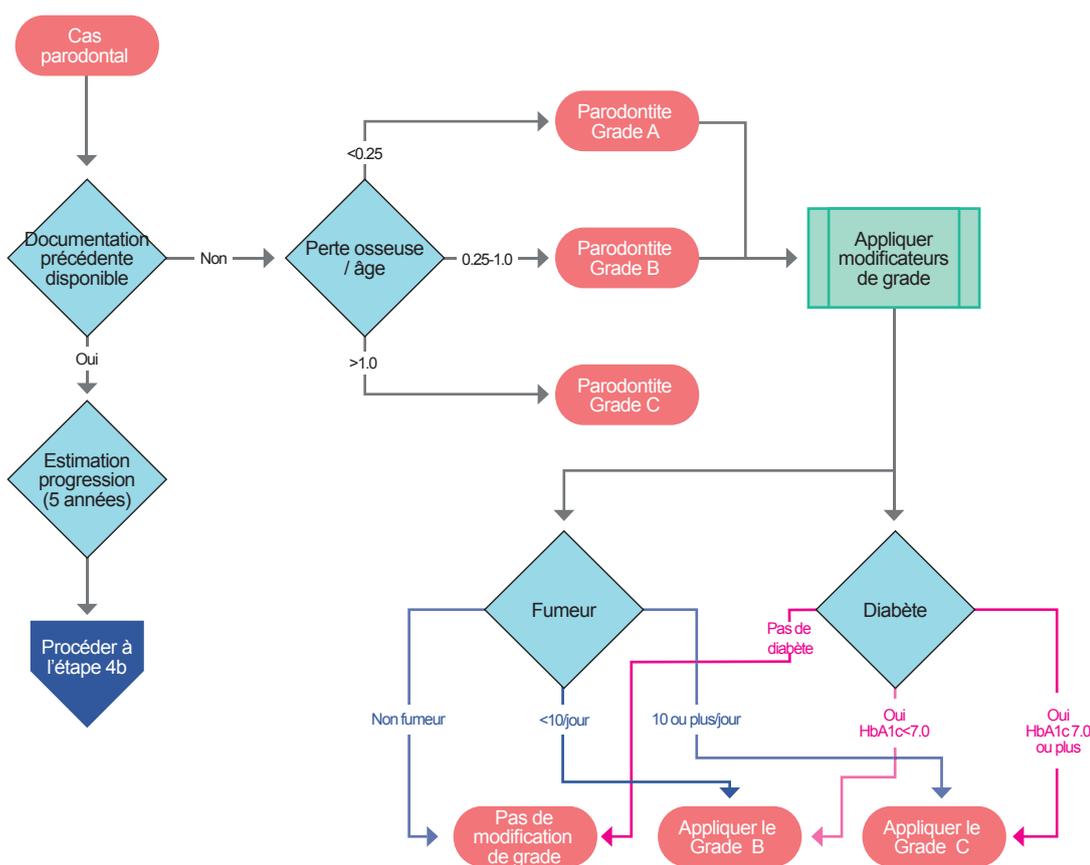
Les stades I et II sont basés sur le niveau de CAL et BL. Le diagnostic est un stade I si : (a) BL est inférieur à 15% et (b) et CAL compris entre 1-2mm. Le diagnostic est le stade II si : (a) BL est compris entre 15% et 33%, et (b) CAL est compris entre 3-4mm. Le diagnostic est la stade III si : (a) 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

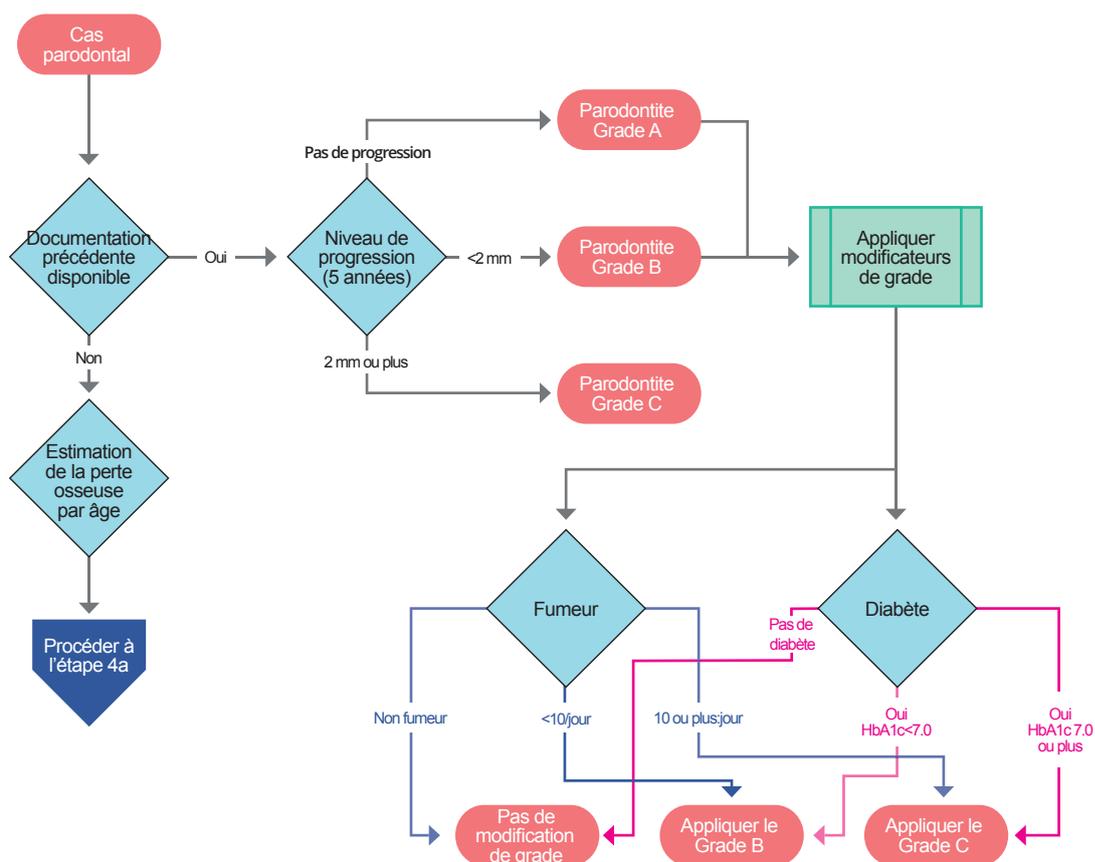
Lorsque la documentation parodontale préalable fait défaut, le rapport perte osseuse / âge (BL / A) doit être calculé à partir du status radiographique. Si le rapport BL / A est compris entre 0,25 et 1,0, le diagnostic est celui d'une parodontite de grade B. S'il est de moins de 0,25, le diagnostic est 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 fumeur. 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, 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