

I.1. Le parodonte

I.1.1 Définitions

I.1.1.1. Le parodonte

Le parodonte (du grec para : « à côté de » et odous, odontos : « dent »), est un appareil d'ancrage de la dent aux maxillaires, composé de l'ensemble des tissus qui entourent et soutiennent les dents, Il comprend la gencive, l'os alvéolaire, le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte et le cément. (1) . « Image.1. a » et a pour rôles :

- Insertion de la dent dans l'alvéole.
- Résister et absorber les forces générées par la mastication, la déglutition et la phonation.
- Adaptation aux changements structurels associés aux stimuli et au vieillissement par remodelage et régénération continus.
- Défense contre les influences nocives du milieu buccal. (2)

I.1.1.2. Parodonte sain

Un facteur clé qui définit la santé parodontale est Reconnaître que la santé parodontale peut exister sur un 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. (3)

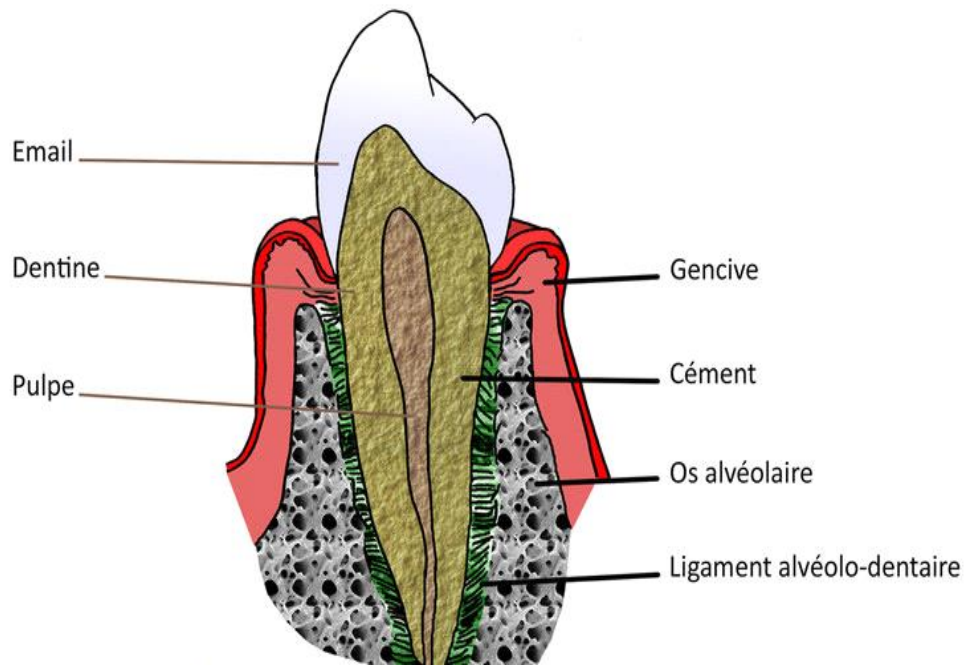


FIGURE 1 : Anatomie de la dent (10)

I.1.2. Les différents éléments du parodonte

I.1.2.1. La gencive

C'est le principal Tissu de la muqueuse buccale recouvrant les surfaces internes et externes des mâchoires (4). Elle est divisée anatomiquement en 04 zones :

- **La gencive libre ou marginale**

Elle entoure toute la dent en suivant une ligne sinueuse parallèle à la jonction amélo-cémentaire. Le bord cervical de la gencive libre recouvre l'émail. Cette partie de la gencive n'est pas attachée mécaniquement à la dent : elle est fixée par simple adhérence.

- **Papille gingivale**

La gencive interdentaire forme ce qu'on appelle la papille gingivale. Elle occupe l'embrasure gingivale et se présente sous forme de deux pyramides dans les régions postérieures. Dans la région antérieure, elle prend un aspect lancéolé. (1)

- **La gencive attachée**

Cette portion de gencive est située amicalement à la gencive libre ou au sillon marginal. Elle constitue donc une prolongation de la gencive libre. Elle adhère à la dent d'une part

et à l'os alvéolaire d'autre part. Sa hauteur varie de 0,5 mm à 7 à 8 mm et est très variable d'une zone à l'autre de la bouche.

- **Le sillon marginal (sillon gingivo-dentaire)**

Ce sillon d'une profondeur de 0,5 à 2 mm est mesuré à partir de l'extrémité coronaire de la gencive. Il comprend l'espace, le plus souvent virtuel, situé entre l'émail d'une part et la partie interne de l'épithélium gingival d'autre part.

- **Muqueuse alvéolaire**

La gencive se termine au niveau de la jonction muco-gingivale et se continue, du côté alvéolaire, par la muqueuse alvéolaire qui recouvre la face interne des lèvres et des joues. Du côté lingual, la gencive se continue par la muqueuse du plancher buccal.

I.1.2.2. L'os alvéolaire

C'est l'os qui entoure et maintient les dents sur l'arcade dentaire. Tout au long de sa vie, il subit un remodelage osseux en fonction des forces ou contraintes qu'il subit. Sa taille a tendance à augmenter (éruption dentaire, extrusion dentaire) ou à diminuer (résorption physiologique ou pathologique). "L'os alvéolaire naît et meurt avec la dent », il se forme et se développe autour des germes dentaires, lorsque la dent est absente, elle se résorbe progressivement et forme la « crête alvéolaire ». Il est en continuité avec l'os basal des maxillaires. La dent est reliée à l'os alvéolaire par le ligament «aléolo-dentaire" ou desmodonte. Il s'agit donc d'une articulation, de type fibreuse , avec des micromouvements possibles (même si ceux-ci sont difficilement observables à l'œil nu), la dent n'est pas soudée à l'os, sauf en cas d'ankylose où le ciment et l'os se fusionnent. (5)

I.1.2.3. Le desmodonte

Le desmodonte ou périodonte ou ligament alvéolo-dentaire est le tissu conjonctif spécialisé, constituée par l'ensemble des éléments contenus dans l'espace délimité entre la corticale interne de l'os alvéolaire et le ciment (6), il contient les fibres de Sharpey, l'épaisseur du desmodonte normal varie entre 0,15 à 0,4 mm selon l'âge et la fonction occlusale , un élargissement exagéré est pathologique. Il présente la forme en sablier (léger rétrécissement au niveau du 1/3 apical), correspondant au centre de gravité et de rotation de la dent. (7). Ce tissu conjonctif est constitué de fibres, cellules, nerfs, et vaisseaux sanguins. Les fibres sont principalement des fibres de collagène groupées en transversales, obliques, apicales, ou cervicales. La vascularisation est assurée par les artères dentaires supérieures et inférieures.

(7) L'innervation est très abondante et vient du trijumeau par l'intermédiaire des nerfs dentaires. Elle assure la proprioception et les sensations de douleur.

I.1.2.4. Le ciment

Le ciment est un tissu conjonctif minéralisé et avasculaire. Il recouvre la surface externe de la racine dentaire et permet l'ancrage à la dent des fibres du ligament alvéolo-dentaire. (8)

Il est composé par :

Une Fraction minérale : 46 % des constituants du ciment représentée par les phosphates de calcium sous formes de cristaux d'hydroxyapatite.

Une Fraction organique : 22 % des constituants à prédominance collagénique, des glycoprotéines et des protéoglycanes.

Eau : 32% des constituants du ciment. On trouve Le ciment acellulaire à fibres extrinsèques et intrinsèques recouvre environ la moitié supérieure de la racine, tandis que le ciment cellulaire occupe et prolonge le tiers inférieur. (8')

I.2. La maladie parodontale

La maladie parodontale, également connue sous le nom de parodontite, est une maladie évolutive, multifactorielle qui affecte les tissus de soutien des gencives et le tissu osseux sous-jacent. En absence de traitement, cette maladie peut entraîner une perte de dents. La maladie parodontale commence lorsque les toxines de la plaque dentaire attaquent les tissus mous ou les gencives entourant les dents. Ces colonies bactériennes se déposent au niveau de la gencive et se développent rapidement, entraînant des infections bactériennes. Au fur et à mesure que l'infection progresse, elle commence à pénétrer profondément dans les tissus, provoquant une inflammation gingivale. (9)

I.2.1. Etiopathogénie

I.2.1.1. Facteurs locaux

Les causes des maladies parodontales sont multiples. La conjonction de plusieurs facteurs est donc nécessaire au développement de ces pathologies.

En parlent d'abord sur la plaque dentaire et le tartre :

La plaque dentaire est constituée de bactéries et de débris alimentaires, Elle se dépose à la surface des dents. Cette plaque est normalement éliminée par le brossage qui doit être au moins biquotidien.

Si le brossage n'est pas suffisant pour jouer efficacement son rôle, la plaque va se calcifier et se transformer en tartre qui ne peut être supprimé que par un détartrage réalisé en cabinet

dentaire. La plaque dentaire et le tartre sont donc les causes essentielles de la maladie parodontale.

La présence de bactéries pathogènes ainsi que l'absence de bactéries protectrices dans la flore bucco-dentaire sont parmi les causes rares de la maladie parodontale.

La présence de mauvaises positions dentaires, obturations défailtantes, caries, trauma occlusal, lésions endo-parodontales et couronnes mal adaptées peuvent être derrière la maladie parodontale. (11)

I.2.1.2. Facteurs généraux

- **L'Age** : La prévalence des parodontites (parodontite chronique) a été corrélée avec l'âge, mais il n'est cependant pas établi que son augmentation soit associée à celle du risque de maladie, mais qu'elle résulte plutôt d'un effet cumulatif de la maladie.
- **Le sexe** : En moyenne, les hommes avaient significativement plus de plaque, de gingivite et de poches parodontales que les femmes. Cette différence reste très minime.
- **Le patrimoine génétique** : Une déficience génétique d'un composant cellulaire du système immunitaire peut augmenter le risque d'exposition à la parodontite. Le phénotype hyper-inflammatoire est une autre particularité génétique très répandue.
- **La race** : ALBANDAR et son équipe dans leur étude sur de jeunes Américains ont trouvé une très forte prévalence de parodontites agressives chez les individus noirs, comparativement aux Hispaniques, et aux blancs où la plus faible prévalence est retrouvée.

I.2.1.3. Les facteurs acquis

- **Le tabagisme** : La fumée de tabac altère la réponse inflammatoire et immunologique aux bactéries parodontales. Le tabagisme est un facteur de risque de gingivite ulcéro-nécrotique aiguë et est associé à une augmentation de la profondeur des poches parodontales, de la perte d'attache parodontale et de la perte d'os alvéolaire (les fumeurs ont 6 fois plus de risque de développer une parodontite que les non-fumeurs).
- **Le diabète** : Constitue un vrai facteur de risque et les études concernant les liens interactifs entre diabète et maladies parodontales sont maintenant bien documentées.

Les parodontites sont plus sévères chez les diabétiques de type I et de type II (Taylor et al. 1998).

- **Le VIH** : Chez les patients infectés par le VIH, les lésions buccales constituent souvent la première expression clinique. La gingivite chez ces patients est irréversible et ne disparaît