



*République algérienne démocratique et populaire*

*Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique*

*Université de Constantine 3*

*Faculté de médecine*

*Département de médecine dentaire*

*Service de parodontologie*

**Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de  
docteur en médecine dentaire**



**Thème**

# **La parodontite agressive**

**Savoir diagnostiquer pour bien traiter.. !**

**Réalisé par :**

**BELHOCINE Bariza**

**BABOUCHE Salima**

**ABDELLI Imene**

**AKAKBA Besma**

**ABID Imane**

**BENLARJBI Meymouna**

**ABID Soumia**

**AIECHI Nawel**



**Encadré par :**

**Dr. DEMIGHA Fouad**

**Promotion : 2013/2014**

# Plan de travail

<b>Introduction</b> .....	<b>08</b>
<b>I. Rappel</b> .....	<b>09</b>
1. Le parodonte sain .....	09
1.1. Définition .....	09
1.2. Constituants du parodonte .....	10
1.2.1. La gencive .....	10
1.2.2. Le desmodonte .....	16
1.2.3. Le ciment .....	19
1.2.4. L'os alvéolaire .....	21
1.3. Vascularisation et innervation .....	25
2. Le biofilm bactérien .....	28
2.1. Définition .....	28
2.2. Structure et composition .....	28
2.3. Formation .....	31
2.3.1. Pellicule exogène acquise .....	31
2.3.2. Colonisation .....	31
2.3.3. Détachement cellulaire .....	33
3. La maladie parodontale .....	34
<b>II. La parodontite agressive</b> .....	<b>35</b>
1. Historique .....	35
2. Classification .....	38
3. Epidémiologie de PA .....	42
4. Etiopathogénie .....	44
4.1. Conditions de développement de la maladie parodontale .....	44
4.1.1. Présence des bactéries virulentes .....	45
4.1.2. Absence des bactéries protectrices .....	47
4.1.3. Environnement dento-gingivale défavorable .....	47
4.1.4. Défaillance du système immunitaire .....	48
a. Prédisposition génétique .....	48
b. Déficits immunitaires congénitaux .....	50
c. Déficits immunitaires acquis .....	52
4.1.5. Autres facteurs .....	54
a. L'âge .....	54
b. Le sexe .....	55
c. Facteurs ethniques .....	55
d. Stress psychosocial .....	57
e. Niveau socio-économique .....	58

f. Le tabagisme .....	58
g. Le diabète .....	60
4.2. Pathogénie .....	60
4.2.1. Interaction hôte-bactéries et pathogénèse .....	60
4.2.2. Changements histologiques et destruction tissulaire .....	61
5. Formes cliniques .....	62
5.1. Parodontites agressives généralisées .....	62
5.1.1. Parodontite agressive de type A .....	62
5.1.2. Parodontite agressive de type B .....	66
5.1.3. Parodontites juvéniles généralisées .....	68
5.2. Parodontite agressive localisée .....	68
<b>III. Diagnostic .....</b>	<b>72</b>
1. Examen clinique .....	73
2. Examen radiologique .....	77
3. Examen microbiologique .....	77
<b>IV. Pronostic .....</b>	<b>81</b>
1. Pronostic général .....	81
2. Pronostic local d'ensemble .....	81
3. Pronostic local par dent .....	82
<b>V. Démarche thérapeutique de la parodontite agressive .....</b>	<b>83</b>
1. Traitement d'urgence .....	83
1.1. Traitement de la mobilité dentaire .....	83
1.2. Traitement de l'abcès parodontal .....	89
2. Thérapeutique étiologique/ traitement initiale .....	91
2.1. Motivation à l'HBD .....	91
2.1.1. Cadre relationnel du TRT .....	91
2.1.2. Brossage dentaire .....	93
2.2. Traitement conventionnel.....	102
2.2.1. Traitement mécanique .....	102
a. Détartrage supra/sous gingiva! et surfaçage radiculaire .....	102
b. Polissage .....	111
2.2.2. Traitement chimique .....	112
→ Antibiotique .....	112
→ Antiseptique .....	119
2.3. Désinfection globale .....	124
3. Réévaluation .....	127

4. Traitement chirurgical .....	130
4.1. Traitements de la poche .....	130
4.1.1. La poche supra osseuse .....	131
a. Curetage à l'aveugle .....	131
b. Curetage à ciel ouverte .....	133
→ Lambeau de Widman modifié .....	133
→ Lambeau d'accès palatin .....	134
4.1.2. La poche infra osseuse .....	134
a. Lésions osseuses superficielles (osteotomie/osteotomie) .....	135
b. Lésions osseuses profondes .....	135
→ RTG .....	136
→ Comblement osseux .....	137
4.1.3. Traitement de la poche par laser .....	139
4.2. Affection et traitement des atteintes de furcation .....	140
4.3. Traitement de la récession .....	143
4.4. La réévaluation .....	145
<b>VI. Traitement inter disciplinaire .....</b>	<b>145</b>
1. Thérapeutique orthodontique .....	146
2. Thérapeutique implantaire .....	146
<b>VII. La maintenance .....</b>	<b>147</b>
1. Définition .....	147
2. Objectif .....	147
3. Types de la maintenance .....	147
4. Intérêt de la maintenance pour la santé parodontale .....	148
5. Mise en œuvre des soins parodontaux de soutien .....	148
6. Séquences des visites .....	152
7. Récidive des maladies parodontales .....	152
8. Recommandations cliniques .....	157
<b>VIII. La prévention .....</b>	<b>157</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>164</b>
<b>Cas cliniques .....</b>	<b>165</b>
<b>Références bibliographique .....</b>	<b>I</b>

**Thème :**  
***La parodontite agressive***  
***Savoir diagnostiquer pour bien traiter.. !***

***Résumé :***

La parodontite est une maladie inflammatoire d'origine infectieuse, elle fait toujours partie des maladies très répandues, mais heureusement, seuls 5 à 10% environ de tous les cas sont des formes agressives. L'infection dans la parodontite agressive est complexe, elle associe la susceptibilité de l'hôte et la présence d'espèce parodontopathogène spécifique.

Elles affectent des sujets le plus souvent en bonne santé et il peut y avoir un caractère familial, leur progression est généralement rapide. Elles peuvent présenter des formes localisées ou généralisées.

Un diagnostic précoce est souvent la clé pour éviter des alvéolyses sévères et limiter les conséquences relatives à cette pathologie.

Les objectifs du traitement sont d'altérer ou d'éliminer l'étiologie microbienne et les facteurs de risque prédisposants, d'arrêter ainsi la progression de la maladie et de prévenir la récurrence. La régénération du système d'attache doit être tentée quand les conditions sont favorables.

La maintenance doit être plus intense et le recours au contrôle microbien plus fréquent.

Un traitement multidisciplinaire est généralement nécessaire dans les formes agressives, il permet d'assurer au patient un résultat optimum en lui évitant toute « Perte de chance » face à son problème dento-parodontal initial.

Les efforts des chirurgiens-dentistes formés à la parodontie devront donc être concentrés en priorité sur le dépistage, le traitement et la prévention des gingivites à risque de se transformer en parodontite agressive.

**Présidente : Pr. NEZZAL.M**  
**Encadreur : Dr .DEMIGHA.F**  
**Assesseur : Dr .LEBEZE.I**