



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de La Recherche Scientifique

Université Salah Boubnider Constantine 3

Faculté de médecine

Département de médecine dentaire



N° d'ordre.....

N° de série.....

Mémoire De Fin d'Etudes

Pour L'obtention Du Diplôme De Docteur En Médecine Dentaire

Thème

**PROFIL PARODONTAL CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DES MALADIES
INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN " MICI "**

Soutenue publiquement le : 29/06/2025 par :

- CHENNI SIHAM

-MEDJADER ABDELHADI

- MOUDA SAWSENE

- SABRI OUMAIMA

- SATOUH BOUCHRA

- TEBBAKH KHALED

Encadré par :

Dr. DEFFOUS K Maitre Assistante En Parodontologie

CHU Constantine

Membres de jury :

Présidente : Dr. LEBEZE I

Maitre Assistante En Parodontologie

CHU Constantine

Assesseur : Dr. FERMES

Maitre Assistante En Hépto-Gastro-Entérologie

CHU Constantine

Assesseur : Dr. ZAHOUINE K

Maitre Assistante En Parodontologie

CHU Constantine

Année universitaire : 2024-2025

Table de matières

REMERCIEMENTS	2
DEDICACES.....	3
DEDICACES.....	4
DEDICACES.....	5
DEDICACE	6
DEDICACES.....	7
DEDICACE	8
LISTE DES ABREVIATIONS	IX
LISTE DES FIGURES	XI
LISTE DES TABLEAUX.....	XVI
TABLE DE MATIERES.....	XVII
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 01 : LES MALADIES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES DE L'INTESTIN (MICI)	2
1. DEFINITION.....	3
1.1. Maladie de Crohn	3
1.2. Rectocolite Hémorragique	4
1.3. Colite indéterminée.....	6
2. EPIDEMIOLOGIE	6
2.1. Au monde	6
2.2. En ALGERIE.....	7
3. ETIOPATHOGENIE :	8
3.1 Étiologie	8
3.1.1.Génétique :.....	8
3.1.2 Environnementaux :.....	9
3.1.2.1. Le tabagisme :.....	9
3.1.2.2. L'alimentation :	10
3.1.2.3. Les médicaments :	10
3.1.2.4. Le stress :	10
3.1..5. L'appendicectomie :	10
3.1.3 Dysfonction immunitaire:.....	11
3.1.4 Le microbiote intestinal	12
3.2 Mise en place d processus inflammatoire dans les MICI:	12
4. SIGNES CLINIQUES	12
4.1. Les symptômes digestifs.....	12
4.1.1. La diarrhée:.....	13

4.1.2. Douleurs abdominales:	13
4.1.3. Manifestations périnéales :	13
4.2 Les symptômes extra-digestifs	13
4.2.1. Articulaires :	13
4.2.2. Oculaires :	13
4.2.3. Hépto-biliaires :	13
4.2.4 Rénales :	13
4.2.5. Cutanées :	14
4.2.6. thrombo-emboliques:	14
4.2.7. Manifestations osseuses :	14
4.3. Les manifestations bucco-dentaires	14
4.3.1. Maladie parodontale :	14
4.3.2. Caries :	15
4.3.3. Aphtes :	15
4.3.4. Ulcérations	15
4.3.5. Autres lésions :	16
5. DIAGNOSTIC DES MICI	17
5.1. Anamnèse	17
5.2. L'examen clinique	17
5.2.1. Examen physique :	17
5.2.2. Évaluation des symptômes :	18
5.2.3. Signes extra-intestinaux :	18
5.3 Les bilans biologiques	18
5.4. Les examens endoscopiques	19
5.5. Les examens histologiques	19
5.6. Imagerie	20
6. EVOLUTION ET COMPLICATION	20
6.1. Evolution	20
6.2. Complications	21
6.2.1. Complications de la MC	21
6.2.1.1. Sténose digestive et occlusion	21
6.2.1.2. La colite aiguë grave	22
6.2.1.3. Perforations, abcès, fistules	22
6.2.1.4. Les lésions ano-périnéales	23

6.1.2.5. Cancer colo-rectal.....	23
6.1.2.6. Complications nutritionnelles.....	23
6.2.2. Complications de la de RCH	23
6.2.2.1. Le mégacôlon toxique	23
6.2.2.2. La perforation	24
6.2.2.3. L'hémorragie profuse Saignement abondant provenant des ulcères (8).	24
6.2.2.4. Le risque d'adénocarcinome rectocolique	24
6.2.2.5. Sténose et obstruction.....	24
7. TRAITEMENT.....	24
7.1. Objectifs	24
7. 2. Traitements pharmacologiques.....	24
7.2.1. Traitement symptomatique	24
7.2.2. Dérivés salicylés	25
7.2.2.1. La mésalazine (Pentasa®, Rowasa®).....	25
7.2.2 .2. La salazopyrine (Salazopyrine®)	25
7.2.3. Corticothérapie	25
7.2.3.1. Forme orale :.....	25
7.2.3.2. Forme intraveineuse :	25
7.2.4. Antibiothérapie	26
7.2.4.1. Métronidazole:.....	26
7.2.4.2 . Ciprofloxacine:	26
7.2.5. Immunosuppresseurs	26
7.2.5.1. Les analogues de la thiopurine :	26
7.2.5.2. Le méthotrexate :	26
7.2.6. Anti-TNF alpha	27
7.2.6.1. L'infliximab (Remicade ®)	27
7.2.6.2. L'adalimumab (L'Humira ®).....	27
7.3. Traitement chirurgical	27
7.3.1. De MC	27
7.3.2. De RCH	27
7.4. Modification du mode de vie.....	27
7.4.1. Alimentation	27
7.4.2. Arrêt du tabac	28
7.4.3. Prise en charge psychologique	28

7.5. Suivi.....	28
CHAPITRE 02 : LA MALADIE PARODONTALE.....	29
1. RAPPEL SUR LE PARODONTE SAIN	29
1.1. La gencive.....	29
1.2. Le ligament alvéolo-dentaire	29
1.3. Le cément	29
1.4. L'os alvéolaire	29
2. DEFINITION DE LA MALADIE PARODONTALE	30
2.1. Les gingivites.....	30
2.2. Les parodontites.....	30
3. ÉPIDEMIOLOGIE	31
3.1. Prévalence mondiale.....	31
3.2. Prévalence régionale.....	31
4. ETIOLOGIES	31
4.1. Facteurs Locaux.....	31
4.1.1. Facteur déclenchant (biofilm).....	31
4.1.2. Facteurs prédisposants	32
4.1.3. Facteurs locaux fonctionnels	34
4.2. Facteurs généraux	36
4.2.1. Facteurs endocrines (hormonaux)	36
4.2.2. Maladie endocrine (métabolique).....	36
4.2.3. Déséquilibres et déficiences nutritionnelles	36
4.2.4. Médicaments.....	37
4.2.5. Maladies hématologiques	37
4.2.6. Stress.....	37
4.2.7. Troubles immunitaires	37
4.3. Facteurs constitutionnels	37
5. MALADIES PARODONTALES ET MALADIES GENERALES.....	38
5.1. Diabète.....	38
5.2. Maladies cardiaques	39
5.3. Les maladies inflammatoires	39
5.3.1. La polyarthrite rhumatoïde	39
5.3.2. MICI	40
5.3.2.1. Microbiote orales des patients MICI	40

5.3.2.2. Axe oro-intestinal	40
5.3.2.3. Inflammation et réponse de l'hôte	41
5.3.2.4. Facteurs de risque et facteurs génétiques	41
5.4. Obésité	42
5.5. Maladie rénale chronique	42
6. CLASSIFICATIONS	43
6.1. AAP 1999	43
6.2. CATON 2018	44
6.2.1. sante gingivale :	44
6.2.1.1. Santé gingivale clinique (parfaite santé)	45
6.2.1.2. Santé gingivale sur parodonte intact.....	45
6.2.1.3. Santé gingivale sur parodonte réduit (après traitement parodontal).....	45
6.2.2. Maladies gingivales non induite par la plaque :	45
6.2.3. Maladies gingivales induite par la plaque modifie par des facteurs locaux	45
6.2.3.1. Lichen plan oral (LPO) avec atteinte gingivale.....	45
6.2.3.2. Hyperplasie gingivale induite par les inhibiteurs calciques	46
6.2.4. Maladies gingivales induite seulement par la plaque :	46
6.2.4. Maladies gingivales induite par la plaque modifie par des facteurs locaux	47
6.2.5. Les parodontites :	47
6.2.6. Les maladies ulcéro- nécrotiques :	48
7. DIAGNOSTIC	50
7.1. Diagnostic clinique	50
7.1.1. Le questionnaire médical.....	50
7.1.2. L'examen clinique	50
7.1.2.1. Les dents.....	51
7.1.2.2. Les gencives	51
7.1.2.3. La mobilité des dents.....	51
7.1.2.5. Sondage parodontal	52
7.2. Diagnostic radiographique.....	53
7.3. Diagnostic biologique.....	54
7.3.1 Tests microbiologiques.....	54
7.3.2 Marqueurs biologiques :	55
7.3.3 Tests génétiques.....	55
7.4 Diagnostic moléculaire	55

8. LE PRONOSTIC.....	55
8.1.Facteurs influençant le pronostic global.....	56
8.1.1. Âge du patient.....	56
8.1. 2. État général.....	56
8.1. 3. Motivation du patient.....	57
8.1. 4. Stress.....	57
8.1. 5. Handicap mental ou psychomoteur	57
8.1. 6. Nutrition	57
8.1. 7. Facteur socio-économique.....	58
8.1. 8. Tabagisme.....	58
8.1.9. Forme de la maladie parodontale.....	58
8.1.10. Nombre de dents restantes :.....	58
8.1.11. Saignement au sondage	58
8.1.12. Malocclusion	58
8.2.Facteurs influençant le pronostic unitaire.....	59
8.2.1. Perte d'attache	59
8.2.2. Quantité et qualité des défauts osseux.....	59
8.2.3. Atteinte de furcation	59
8.2.4. Mobilité dentaire	60
8.2.5. Morphologie dentaire	60
8.2.6. Dents adjacentes à des zones édentées	60
8.2.7. Rapport avec les dents voisines	60
9. TRAITEMENT PARODONTALES.....	60
9.1 . La thérapeutique non chirurgicale	61
9.1.1 Le contrôle de plaque	61
9.1.2 Détartrage, débridement parodontal et polissage :	62
9.1.2.1 Le détartrage	62
9.1.2.2.Le débridement parodontal.....	62
9.1.2.3. Le polissage	63
9.1.3 Élimination des facteurs favorisants et maintien de l'hygiène	63
9.1.4. L'antibiothérapie et traitement antiseptique :.....	64
9.2. La réévaluation	64
9.3. Traitement chirurgical en parodontologie	65
9.4. La maintenance.....	65

CHAPITRE 03 : RELATION ENTRE « LA MICI ET LA MALADIE PARODONTALE » (REVUE DE LITTÉRATURE).....	66
1. PREVALENCE ET RISQUE GLOBAL DE PARODONTITE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE MICI	67
2. SEVERITE DE LA MALADIE PARODONTALE CHEZ LES PATIENTS MICI	69
2.1. Poche parodontale.....	70
2.2. Perte d'attache parodontale	70
2.3. Aspect de la gencive	70
2.4. Indice de plaque.....	71
3. ASSOCIATION ENTRE LE TRAITEMENT DES MICI ET LE RISQUE PARODONTAL.....	71
3.1. Dérivés salicylés	71
3.3. Antibiothérapie	72
3.4. Immunosuppresseurs	72
3.4.1. Thiopurines :.....	72
3.4.2. Méthotrexate	72
3.4.3. Ciclosporines	73
3.5. Les anti-TNF- α	73
4. IMPACT DU TRAITEMENT PARODONTAL SUR L'EVOLUTION DES MICI.....	74
CHAPITRE 04 : LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS ATTEINTS DE MICI	76
1. PRECAUTIONS GENERALES.....	77
1.1. Précautions à l'égard de traitement MICI.....	77
1.1.1. Prise de dérivés salicylés, de corticoïdes ou d'immunosuppresseurs.....	77
1.1.1.1. En cas de neutropénie sévère.....	77
1.1.1.2. Si les polynucléaires neutrophiles sont compris entre 500 et 1000 par mm ³ ,	77
1.1.1.3. En cas de thrombopénie sévère	77
1.1.1.4. Si la thrombopénie est modérée	78
1.1.1.5. En cas d'anémie sévère.....	78
1.1.2. Prise de Méthotrexate	78
1.1.3. Prise d'Anti TNF alpha	78
1.2. Antibioprophylaxie.....	78
1.3. Précautions à l'égard de prescription médicamenteux.....	79
1.4. Précautions à l'égard du stress	79
1.5. Précautions à l'égard du risque hémorragique	80

1.6. Précautions à l'égard de l'anesthésie	80
2. PRISE EN CHARGE PARODONTAL	80
3. CONDUITE A TENIR DES LESIONS ORALES SPECIFIQUES DE MICI	81
3.1. Traitements locaux	82
3.1.1. Les corticostéroïdes topiques par injections intra-lésionnelles	82
3.1.2. Les corticostéroïdes topiques non injectables	82
3.1.2.1. Pommade 1 % d'hydrocortisone	82
3.1.2.2. Le Beclométhasone.....	82
3.1.2.3. Le Fluocinonide	82
3.1.2.4. La Dexaméthasone	83
3.1.3. Les immunosuppresseurs topiques	83
3.1.3.1. Le Tacrolimus.....	83
3.1.3.2. Des onguents ou sprays de 5-aminosalicylique.....	83
3.1.3.3. Lidocaïne 2%, gel pour soulager la douleur(200).	83
3.1.4. Autres traitement	83
3.2. Traitements systémiques.....	84
3.2.1. Les corticoïde	84
3.2.2. Les immunosuppresseurs.....	84
3.2.3. Les antibiotiques.....	84
3.2.4. Médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).....	84
3.2.5. Les médicaments anti-lépreux	84
3.2.5.1. La Clofazimine (Lamprene®)	84
3.2.5.2. La Dapsone ,traiter	84
3.3. Traitements chirurgicaux.....	85
4. CONDUITE A TENIR FACE AUX COMPLICATIONS ORALES LIEES AUX EFFETSSECONDAIRES DES TRAITEMENTS SYSTEMIQUES	85
4.1. Les Pétéchies	85
4.2. Candidose	85
4.3. Erythèmes polymorphes	86
4.4. Hypertrophies gingivales.....	86
5. TRAITEMENT DES LESIONS DENTAIRES.....	86
CHAPITRE 05 : LA PARTIE PRATIQUE.....	87
1. OBJECTIFS.....	88
1.1. Objectif principale	88

1.2. Objectifs Secondaires	88
2. TYPE D'ETUDE	88
3. METHODES ET MATERIELS	88
3.1. Lieu.....	88
3.2. Période.....	88
3.3. Population cible	88
3.4. Critères d'inclusion	89
3.5. Critères non inclusion.....	89
3.6. limites	89
3.7. Considération éthiques	89
3.8. Moyens	89
3.8.1. Personnel	89
3.8.2. Matériels	90
3.8.3. Déroulement de l'étude	92
3.8.4. Examen clinique	93
3.8.4.1. Questionnaire médical	93
3.8.4.2. Bilan général.....	94
3.8.4.3. Bilan dentaire.....	95
3.8.4.4. Bilan parodontal	99
3.8.4.5. Examen occlusal.....	103
3.8.4.6. Examen radiologique.....	104
3.8.4.7. Evaluation clinique globale du patient MICI	105
4. CRITERES DU JUGEMENT	107
4.1. Critères du jugement principal	107
4.2. Critères du jugement secondaires	107
5. RESULTATS.....	108
5.1. Caractéristiques de la population générale	108
5.1.1 répartition selon l'âge.....	108
5.1.2 répartition selon le sexe	108
5.1.3 répartition selon la wilaya	109
5.2. caractéristiques de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)	110
5.2.1 selon le diagnostic	110
5.2.3 selon le traitement.....	111
5.2.4 selon l'action de la maladie	112

5.2.4.1 selon Crohn's Disease Activity Index (CDAI)	112
5.3. Facteurs de risque	113
5.3.1 selon le tabac	113
5.3.1.1 consommation de tabac	113
5.3.1.2 nombre de cigarettes.....	114
5.3.1.3 ancienneté en tabagisme	114
5.3.2 selon le stress	115
5.4. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire.....	116
5.4.1. Brossage	116
5.4.2 type de brosse à dents	117
5.4.3 fréquence de brossage.....	117
5.5. Caractéristiques de l'état bucco-dentaire	118
5.5.1 selon l'hygiène buccale	118
5.5.1.1 selon l'indice de plaque.....	118
5.5.1.2 selon le tartre	119
5.5.2 selon l'état dentaire	120
5.5.2.1 les antécédents buccaux.....	120
5.5.2.2 indice CAO.....	120
5.5.2.3 Abrasion	121
5.5.2.4 Erosion.....	122
5.5.3 selon l'état de la muqueuse buccale	122
5.5.4 l'état parodontal	123
5.5.4.1 les paramètres parodontaux	123
5.5.4.1.1 selon l'inflammation gingivale	123
5.5.4.1.2 le saignement	126
5.5.4.1.3 profondeur de poche	126
5.5.4.1.4 perte d'attache	127
5.5.4.1.5 Classe de récession	128
5.5.4.1.7 Alvéolyse	129
5.5.4.2 selon le diagnostic parodontale.....	129
5.5.4.3. selon les stades	130
5.5.4.3 selon les grades.....	131
5.6.General oral Health Assessment (GOAi)	131
5.6.1 la moyenne de General oral Health Assessment (Goai)	131

5.6.2 General oral Health Assessment (goai) et caractéristiques généraux.....	132
5.6.2.1 âge.....	132
5.6.2.2 sexe	133
5.6.2.3 le brossage	133
5.6.2.4 le stress.....	134
5.6.2.5 indice de masse corporelle (IMC)	135
5.6.2.6 ancienneté de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)	135
5.6.2.7 Crohn's Disease Activity Index (CDAI) et Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDAI).....	136
5.6.2.8 complication	138
5.6.2.9 traitement.....	138
5.7. Sévérité parodontale et sévérité de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).....	139
5.7.1 perte d'attache	139
5.7.1.1 moyenne de perte d'attache en millimètres.....	139
5.7.1.2 pourcentage de perte d'attache	141
5.7.2 profondeur de poche	143
5.7.2.1 Crohn's Disease Activity Index (CDAI).....	143
5.7.2.3 Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDA).....	143
5.7.3 Saignement	144
5.7.3.1. Crohn's Disease Activity Index (CDAI).....	144
5.7.3.2 Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDA).....	145
6. DISCUSSION	146
1. DISCUSSION SELON LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION GENERALES	146
1.1 selon l'âge.....	146
1.2. selon le sexe.....	146
3. DISCUSSION SELON LA WILAYA	146
6.2. Discussion selon les caractéristiques de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin.....	147
6.2.1. Diagnostic.....	147
6.2.2. Ancienneté	147
6.2. 3. Traitement.....	148
6.2.4. Complications.....	148
6.2. 5. Pathologies associées.....	148

6.2.6. l'activité de la maladie.....	149
6.3. Facteurs de risque	150
6.3.1. Selon le tabac.....	150
6.3.2. Selon le stress	151
6.3.3. Selon IMC	151
6.4. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire	152
6.4.1. Type de brosse à dent	152
6.4.2. La fréquence de brossage	152
6.5. Caractéristiques de l'état bucco-dentaire.....	153
6.5.1 Selon l'hygiène bucco-dentaire	153
6.5.1.1. l'indice de plaque.....	153
6.5.1.2. Le tartre.....	153
6.5.2. Selon l'état dentaire	154
6.5.3. Selon la muqueuse buccale.....	156
6.5.4 l'état parodontal	156
6.5.4.1 les paramètres parodontaux	156
6.5.4.2 Selon le diagnostic parodontal.....	163
6.6. General oral Health Assessment (GOHAI)	164
6.6.1 La moyenne de General oral Health Assessment (GOHAI).....	164
6.6.2 General oral Health Assessment (GOHAI) et caractéristiques généraux.....	164
6.6.2.1 Âge	164
6.6.2.2. Sexe	165
6.6.2.3 Le brossage.....	165
6.6.2.4 Le stress	166
6.6.2.5 Indice de masse corporelle (IMC)	167
6.6.2.6 Ancienneté de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)	167
6.6.2.7 Crohn's Disease Activity Index (CDAI) et Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDA)	168
6.6.2.8 Complication	169
6.6.2.9 Traitement.....	170
6.7. Sévérité parodontale et sévérité de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI).....	170
6.7.1 Perte d'attache.....	170
6.7.1.1 Moyenne de perte d'attache en millimètres	170

6. 7.1.2 Pourcentage de perte d'attache.....	172
6.7.2 Profondeur de poche.....	173
6.7.2.1 Crohn's Disease Activity Index (CDAI).....	173
6. 7.2.3 Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDA).....	174
6.7.3 Saignement	175
6. 7.3.1. Crohn's Disease Activity Index (CDAI).....	175
6.7.3.2 Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDA).....	175
7. CAS CLINIQUES.....	176
CONCLUSION	209
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	209
RESUME.....	247
RESUME:.....	247
ABSTRACT:.....	248
الملخص:	249

Résumé:

Objectif

Évaluer le profil parodontal des patients atteints de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI).

Méthodologie

Une étude épidémiologique transversale, rétrospective et prospective, a été menée auprès de 147 patients (hommes et femmes) consultants au service d'hépatogastroentérologie du CHU de Constantine.

Ces patients ont bénéficié d'un examen clinique bucco-dentaire complet et ont été interrogés à l'aide du questionnaire Global Oral Assessment Index (GOAI).

Les scores d'activité de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) – le Crohn's Disease Activity Index et l'Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDAI) – ont été calculés pour chaque patient. La collecte des données s'est déroulée du 24 septembre 2024 au 16 février 2025. Les données ont été traitées avec Microsoft Excel et analysées avec SPSS.

Résultats

Dix-huit pour cent (18%) des participants présentaient une santé gingivale, tandis que sept pour cent (7%) avaient une gingivite. Soixante-cinq pour cent (65%) souffraient de parodontite à différents stades.

Une corrélation a été trouvée entre la sévérité de la perte d'attache et la sévérité de la maladie inflammatoire chronique de l'intestin. De plus, cinquante-six pour cent (56%) de notre population présentait une mauvaise qualité de vie, attestée par un Global Oral Assessment Index (GOAI) inférieur à 50.

Conclusion

La majorité des patients atteints de MICI présentent une parodontite et une mauvaise qualité de vie.

Abstract:**Objective:**

To assess the periodontal profile of patients with inflammatory bowel disease (IBD).

Methodology:

A cross-sectional, retrospective, and prospective epidemiological study was conducted on 147 patients (both men and women) attending the Hepato-Gastroenterology Department of the University Hospital of Constantine.

These patients underwent a complete oral and dental clinical examination and were interviewed using the Global Oral Assessment Index (GOAI) questionnaire.

The disease activity scores—Crohn's Disease Activity Index (CDAI) and Ulcerative Colitis Disease Activity Index (UCDAI)—were calculated for each patient.

Data collection took place between September 24, 2024, and February 16, 2025. Data were processed using Microsoft Excel and analyzed with SPSS software.

Results:

Eighteen percent (18%) of participants had healthy gingiva, while seven percent (7%) had gingivitis. Sixty-five percent (65%) suffered from periodontitis at various stages.

A correlation was found between the severity of clinical attachment loss and the severity of inflammatory bowel disease.

Moreover, fifty-six percent (56%) of the studied population had a poor quality of life, as evidenced by a Global Oral Assessment Index (GOAI) score below 50.

Conclusion:

The majority of IBD patients suffer from periodontitis and impaired quality of life

المخلص:

الهدف :

تقييم الحالة الصحية للنسج الداعمة للأسنان لدى المرضى المصابين بالأمراض الالتهابية المزمنة (MICI) للأمعاء.

المنهجية :

أُجريت دراسة وبائية مستعرضة، استرجاعية واستشراعية، شملت 147 مريضاً (رجال ونساء) استشاروا مصلحة أمراض الكبد والجهاز الهضمي في المركز الاستشفائي الجامعي بقسنطينة.

استفاد هؤلاء المرضى من فحص سريري شامل للفم والأسنان، وتم استجوابهم باستخدام استبيان (GOAI) المؤشر العالمي لتقييم صحة الفم.

تم حساب مؤشرات نشاط مرض الأمعاء الالتهابي المزمن لكل مريض، وهما مؤشر نشاط مرض (UCDAI) ومؤشر نشاط التهاب القولون التقرحي (CDAI) كرون.

تم جمع البيانات خلال الفترة الممتدة من 24 سبتمبر 2024 إلى 16 فبراير 2025، وتمت معالجتها SPSS وتحليلها إحصائياً بواسطة Microsoft Excel باستخدام برنامج.

النتائج:

ثمانية عشر بالمائة (18%) من المشاركين كانت لديهم لثة سليمة، في حين أصيب سبعة بالمائة (7%) بالتهاب اللثة. خمسة وستون بالمائة (65%) كانوا يعانون من التهاب دواعم الأسنان بدرجات متفاوتة.

تمت ملاحظة علاقة ارتباط بين شدة فقدان التثبيت السريري وشدة مرض الأمعاء الالتهابي المزمن.

علاوة على ذلك، كان ستة وخمسون بالمائة (56%) من المرضى يعانون من ضعف جودة الحياة،

أقل من 50 GOAI وهو ما يتضح من خلال مؤشر

الاستنتاج :

الغالبية العظمى من المرضى المصابين بـ MICI يعانون من التهاب دواعم الأسنان ومن تدهور جودة

الحياة