

# J'ai peur de perdre mes dents : que faire Docteur ?

Soigner un déchaussement ?

Poser des implants ?

Par Caroline Fouque, Patrick Boulange, Stéphane Duffort, Laure Garbarini, Marjolaine Gosset, Corinne Lallam, David Nisand, Nicolas Picard, Yves Reingewirtz.

mes.  
Gencives  
mes Implants



# mes. Gencives mes Implants

## J'ai peur de perdre mes dents : que faire Docteur ? Soigner un déchaussement ? poser des implants ?

« J'ai les dents longues, j'ai des trous noirs entre les dents, je n'ose plus manger, je n'ose plus sourire ; Docteur, j'ai peur de perdre mes dents », voilà ce que nous entendons quotidiennement en consultation.

Voltaire disait « Je perds mes dents. Je meurs en détail ». En quelques siècles, la science a fait de tels progrès que perdre une dent pourrait paraître anodin puisque nous savons la remplacer. Et pourtant, nous restons profondément attachés à nos dents... à nos racines, et c'est bien légitime !

Outre le traumatisme psychologique de voir nos dents bouger puis tomber, c'est toute la vie qui est altérée. Difficulté à s'alimenter, gêne dans la vie intime, familiale, amicale ou encore professionnelle. Sans compter les conséquences sur la santé générale.

Les dents ne devraient jamais tomber, ce n'est ni un processus lié au vieillissement ni une fatalité.

Il s'agit de maladies qui doivent être dépistées et traitées.

Cet ouvrage écrit par des chirurgiens-dentistes, membres de la Société Française de Parodontologie et d'implantologie Orale (SFPIO), s'adresse à tous nos patients, ceux qui craignent de perdre leurs dents et ceux qui s'interrogent sur la meilleure façon de garder une bouche saine. Après le succès de la première édition, sous l'impulsion du Dr Jean-Luc Ardouin, cette seconde édition reprend vos principales interrogations concernant les maladies parodontales et leurs traitements, les indications des implants dentaires et leur fiabilité, et apporte des réponses actualisées sur ces questions essentielles. Un traitement bien conduit passe nécessairement par une information claire.

Nous avons conçu ce livret sous forme de questions-réponses courtes. Vous pourrez ainsi le parcourir au gré des questions que vous vous posez.

Bonne lecture !

Caroline Fouque  
Présidente de la SFPIO

# J'ai peur de perdre mes dents : que faire Docteur ?

<b>Introduction</b> .....	<b>p. 6</b>
<b>01. Qu'est-ce que le parodontite ?</b> .....	<b>p. 7</b>
1.1 La gencive .....	p. 7
1.2 À quoi ressemble une gencive saine ? .....	p. 8
1.3 Le ligament parodontal.....	p. 8
1.4 L'os alvéolaire.....	p. 8
1.5 Le cément .....	p. 8

<b>02. Qu'est-ce qu'une gingivite ?</b> .....	<b>p. 9</b>
2.1 Qu'est-ce qu'une gingivite ? .....	p. 9
2.2 Quels sont les signes de la gingivite ? .....	p. 9
2.3 Comment se diagnostique une gingivite ? .....	p. 9
2.4 Pourquoi ai-je les gencives qui saignent ? .....	p. 10
2.5 Qu'est-ce que la plaque dentaire ? .....	p. 10
2.6 Le tartre c'est quoi ? .....	p. 11
2.7 Comment puis-je traiter ma gingivite ? .....	p. 11
2.8 En quoi consiste un détartrage ? .....	p. 12
2.9 Comment puis-je prévenir la gingivite ? .....	p. 12
2.10 Depuis que je suis enceinte, mes gencives saignent : que dois-je faire ? .....	p. 13
2.11 Pour en savoir plus sur les gingivites .....	p. 13

<b>03. Les brossages. Y-en-a-t'il de meilleurs que d'autres ?</b> .....	<b>p. 15</b>
3.1 Comment bien se brosser les dents ? .....	p. 15
3.2 Que penser du brossage électrique ? .....	p. 16
3.3 Est-ce que je dois utiliser une brosse medium ou dure ? .....	p. 17
3.4 Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents ? .....	p. 17
3.5 Comment nettoyer entre mes dents ? .....	p. 17
3.6 Que puis-je utiliser en complément de la brosse à dents .....	p. 17

<b>04. Qu'est-ce qu'une parodontite ?</b> .....	<b>p. 19</b>
4.1 Parodontite (déchaussement dentaire) : de quoi s'agit-il ? .....	p. 19
4.2 Une parodontite est-elle irréversible ? .....	p. 19
4.3 Mes gencives saignent et sont gonflées : est-ce une gingivite ou une parodontite ? .....	p. 20
4.4 Comment mon chirurgien-dentiste peut-il diagnostiquer ma parodontite ? .....	p. 20
4.5 Certaines de mes dents bougent : dois-je m'en inquiéter ? .....	p. 20
4.6 Mes dents se sont déplacées et des espaces entre elles sont apparus : comment réagir ? .....	p. 21

4.7 Est-ce que je peux transmettre ma parodontite ? .....	p. 21
4.8 La parodontite peut-elle interférer avec le développement d'autres maladies ? .....	p. 21
4.9 La parodontite peut-elle être favorisée par d'autres maladies ? .....	p. 21

<b>05. Ai-je davantage de risque de perdre mes dents si... ?</b> .....	<b>p. 22</b>
5.1 Mes parents ont perdu des dents jeunes .....	p. 22
5.2 Je suis diabétique .....	p. 22
5.3 Je fume .....	p. 22
5.4 Je vapote .....	p. 23
5.5 Je fume des joints .....	p. 23

<b>06. Comment traiter la parodontite ?</b> .....	<b>p. 24</b>
6.1 Je prends régulièrement des antibiotiques pour traiter des abcès : est-ce la solution ? .....	p. 24
6.2 Peut-on traiter les parodontites avec des médicaments ? .....	p. 24
6.3 Est-ce qu'un détartrage est suffisant pour traiter la parodontite ? .....	p. 24
6.4 En quoi consiste un surfaçage radiculaire ? .....	p. 24
6.5 Qu'est-ce que je ressens après un surfaçage radiculaire ? .....	p. 25
6.6 Mes dents sont devenues très sensibles, que puis-je faire ? .....	p. 25
6.7 Le surfaçage radiculaire peut-il faire revenir la gencive à sa place ? .....	p. 25
6.8 Le laser est-il utile pour traiter une parodontite ? .....	p. 25
6.9 Doit-on obligatoirement m'opérer ? .....	p. 26
6.10 Est-ce que je risque une infection suite au traitement chirurgical ? .....	p. 26
6.11 Est-ce que je dois faire des bains de bouche régulièrement ? .....	p. 27
6.12 Dois-je utiliser un dentifrice spécial ? .....	p. 27
6.13 Après traitement de la parodontite, comment améliorer mon hygiène bucco-dentaire ? .....	p. 27
6.14 Est-ce que la parodontite peut récidiver ? .....	p. 27
6.15 Comment faire pour conserver un parodontite assaini ? .....	p. 27
6.16 Une dent mobile doit-elle être forcément extraite ? .....	p. 28
6.17 En quoi consiste une séance de maintenance parodontale ? .....	p. 28

6.18 J'ai une parodontite, puis-je faire de l'orthodontie ? .....	p. 28
6.19 Est-ce que ces traitements sont pris en charge par la sécurité sociale ? .....	p. 28
<b>Pour en savoir plus</b> .....	<b>p. 29</b>

<b>07. Les racines de mes dents se découvrent : vais-je perdre mes dents ?</b> .....	<b>p. 30</b>
7.1 Qu'est-ce qu'une récession gingivale ? .....	p. 30
7.2 Je me brosse les dents 3 fois par jour et pourtant mes gencives se rétractent ? .....	p. 31
7.3 Mes dents sont très sensibles au froid ! .....	p. 31

<b>08. Comment traiter les récessions gingivales ?</b> .....	<b>p. 32</b>
8.1 La gencive peut-elle retrouver sa place spontanément ou avec l'aide d'une méthode de brosseage particulière ? .....	p. 32
8.2 Mes récessions gingivales rendent mon sourire disgracieux : existe-t-il un traitement ? .....	p. 32
8.3 Je vois la racine de ma dent, suis-je obligée de faire une greffe ? .....	p. 32
8.4 Est-ce que la greffe va se voir ? .....	p. 33
8.5 Où la greffe est-elle prélevée ? .....	p. 33
8.6 La chirurgie est-elle douloureuse ? .....	p. 34
8.7 Mon corps peut-il rejeter la greffe ? .....	p. 34
8.8 Mes récessions gingivales risquent-elles de réapparaître ? .....	p. 34
8.9 La greffe peut-elle soigner la parodontite ? .....	p. 35
8.10 Est-ce que ces traitements sont pris en charge par la sécurité sociale ou par les mutuelles ? .....	p. 35
8.11 Faut-il prévoir un arrêt de travail après ces chirurgies ? .....	p. 35
8.12 Dois-je arrêter certains de mes médicaments le jour de la greffe ? .....	p. 35

<b>09. Et les implants ?</b> .....	<b>p. 36</b>
9.1 L'implantologie, ça existe depuis quand ? .....	p. 36
9.2 Un implant dentaire, c'est quoi exactement ? .....	p. 36
9.3 Quelles sont les indications des implants ? .....	p. 37
9.4 Quels sont les intérêts et les avantages des implants ? .....	p. 37
9.5 Quels sont les pré-requis indispensables avant de pouvoir placer des implants ? .....	p. 37
9.6 Quelles sont les contre-indications des implants ? .....	p. 38
9.7 Comment se passe la mise en place d'un implant ? .....	p. 38
9.8 Est-ce une intervention douloureuse ? .....	p. 38
9.9 Quelle est la chronologie du traitement ? .....	p. 39
9.10 Quel est le taux de succès des implants dentaires ? .....	p. 39
9.11 Peut-on rejeter un implant ? .....	p. 39

9.12 Si on perd un implant plus tard ? .....	p. 39
9.13 Existe-t-il d'autres complications ? .....	p. 40
9.14 Comment nettoyer autour des implants ? .....	p. 40
9.15 Qui place les implants ? .....	p. 40
9.16 Est-ce que les implants sont meilleurs que nos dents ? .....	p. 40
9.17 Faut-il extraire les dents préventivement pour conserver le potentiel osseux ? .....	p. 41
9.18 Une dent qui bouge est-elle forcément une dent condamnée ? .....	p. 41
9.19 Est-ce que les implants sont remboursés ? .....	p. 41
9.20 Pourquoi les implants sont-ils onéreux ? .....	p. 41
9.21 Faut-il aller à l'étranger pour faire des économies ? .....	p. 41
9.22 Peut-on placer la couronne le jour de la mise en place de l'implant ? .....	p. 42
<b>Pour en savoir plus</b> .....	<b>p. 42</b>
9.23 Est-il possible de reconstruire de l'os en cas de volume osseux insuffisant ? .....	p. 42
9.24 Est-il possible d'augmenter la hauteur osseuse dans les secteurs maxillaires (supérieurs) postérieurs ? .....	p. 43
9.25 Quelles solutions de remplacement en attendant la couronne sur les implants ? .....	p. 43

<b>10. Voyage au centre de l'haleine</b> .....	<b>p. 44</b>
10.1 Je pense avoir mauvaise haleine : est-ce que je dois m'inquiéter ? .....	p. 44
10.2 L'halitose (mauvaise haleine) est-elle un symptôme fréquent ? .....	p. 44
<b>Pour en savoir plus :</b> comment parler à mon dentiste de mon problème d'haleine ? .....	<b>p. 45</b>
10.3 Mon alimentation est-elle responsable de l'odeur de mon haleine ? .....	p. 45
10.4 Les mauvaises odeurs remontent-elles de mon estomac ? .....	p. 46
10.5 Que dois-je faire pour ne pas risquer d'avoir mauvaise haleine ? .....	p. 46
<b>Pour en savoir plus :</b> est-ce que ma brosse à dents suffit à accéder à tous ces pièges ? .....	<b>p. 47</b>
10.6 Faut-il prendre des antibiotiques pour supprimer les mauvaises odeurs ? .....	p. 47
10.7 Est-ce que je dois prendre d'autres médicaments ? .....	p. 47
<b>Pour en savoir plus :</b> quelle est la principale source de composés malodorants dans la bouche ? .....	<b>p. 47</b>
10.8 Et si ma bouche n'est pas à l'origine de l'halitose ? .....	p. 47
<b>Conclusion</b> .....	<b>p. 48</b>

# Introduction

Le parodonte est l'ensemble des tissus qui soutient nos dents. Il est composé de la gencive, de l'os et du ligament qui relie l'os à la racine de la dent. Dans le monde, 80 % de la population a des problèmes de gencive. Plus précisément, on distingue d'une part les pathologies d'origine bactérienne que sont les gingivites et les parodontites, et d'autre part, les récessions gingivales (racines découvertes), d'origine mécanique ou traumatique et qui donnent cet aspect de « déchaussement » qui inquiète.

Les gingivites se caractérisent par une inflammation uniquement de la gencive. Elles concernent le parodonte superficiel. Les tissus sous-jacents sont préservés. Le niveau de l'os est intact. Elles sont provoquées par l'accumulation de plaque dentaire et de tartre sur les dents au contact de la gencive.

Les parodontites se caractérisent, quant à elles, par un état inflammatoire qui se propage au ligament parodontal, à l'os alvéolaire et au ciment. Le parodonte profond est altéré. C'est tout le système d'attache de la dent qui est concerné. Les fondations de la dent sont en quelque sorte attaquées. Les parodontites sont favorisées par des facteurs de risques tels que le tabac, le diabète, une prédisposition héréditaire ou à un moindre degré le stress ou une vie sédentaire. Elles peuvent avoir un effet important sur la santé générale. Elles ont notam-

ment un lien avec le diabète et d'une façon plus générale, avec bon nombre de maladies inflammatoires (polyarthrite, maladies inflammatoires de l'intestin...).

Les récessions gingivales sont aussi appelées dénudations radiculaires ou déhiscences. Elles se définissent comme la dénudation partielle de la surface radiculaire due à la migration de la gencive. Elles se caractérisent par un aspect inesthétique des racines ainsi que par des sensibilités de la racine et des gencives.

Toutes ces maladies, mais aussi les récessions gingivales se soignent. Savoir en déceler les signes permet de consulter rapidement un chirurgien-dentiste.

Une gencive qui saigne au brossage ou spontanément, une mauvaise haleine, des dents qui bougent ou qui s'écartent, l'apparition de « trous noirs » entre les dents, des tassements alimentaires, des dents qui deviennent sensibles au froid, une gencive qui se rétracte, ou encore des abcès réguliers sont autant de signes qui doivent vous alerter et vous inciter à consulter.

L'enjeu est de conserver ses dents, une bouche saine et contribuer à sa santé en générale.

# 01.

## Qu'est-ce que le parodonte ?

Le parodonte, ou périodonte est l'ensemble des tissus de soutien de la dent (odonte).

Il comprend : l'os alvéolaire du maxillaire (mâchoire supérieure) ou de la mandibule (mâchoire inférieure), le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte, la gencive, le ciment de la racine dentaire, des éléments nerveux et des vaisseaux sanguins.

Les deux tissus minéralisés, le ciment et l'os alvéolaire, sont les piliers sur lesquels les fibres du ligament parodontal maintiennent les dents au squelette. La gencive est le tissu de recouvrement du parodonte. Elle protège les tissus sous-jacents des agressions extérieures.

### 1.1 LA GENCIVE

C'est un tissu de recouvrement. Elle est en continuité avec la peau des lèvres, la muqueuse du palais mou et du pharynx. Elle est composée d'un tissu épithélio-conjonctif qui forme un bandeau de muqueuse masticatrice autour des dents. Les tissus gingivaux sont classiquement divisés en différentes zones topographiques (la gencive libre, la gencive attachée et la gencive papillaire).

► **Gencive marginale ou gencive libre**  
En direction coronaire, la gencive se termine par le bord gingival libre aux contours festonnés. Cette gencive délimite, entre elle-même et la dent, un sillon appelé sulcus. C'est en s'accumulant dans ce sillon que les bactéries pourront atteindre la racine de la dent.

► **Gencive attachée**  
Cette gencive est attachée à l'os alvéolaire sous-jacent.

► **Muqueuse libre**  
En direction apicale, la gencive se continue avec la muqueuse alvéolaire lâche, de couleur rouge plus foncé, dont elle est séparée par une ligne de démarcation : la ligne muco-gingivale.

► **Papille gingivale**  
C'est la gencive située dans l'espace entre chaque dent. Elle forme idéalement un triangle rose.

La gencive peut être plus ou moins épaisse, plus ou moins kératinisée. On observe une hyperkératinisation de la gencive chez le fumeur.

## 1.2 À QUOI RESSEMBLE UNE GENCIVE SAIN ?

Une gencive saine est de couleur rose pâle, d'aspect piqueté comme une peau d'orange. Mais attention, chez les fumeurs, la diminution de sa vascularisation (le tabac réduit le diamètre des vaisseaux) peut lui donner à tort un aspect sain en masquant les signes de l'inflammation décrit dans les chapitres suivants.

## 1.3 LE LIGAMENT PARODONTAL

Le ligament parodontal est un tissu conjonctif qui relie les dents aux os maxillaires par des fibres insérées dans le cément (tissu qui recouvre la racine) d'une part et l'os alvéolaire d'autre part. Le ligament parodontal est nommé aussi desmodonte ou ligament desmodontal.

En effet la dent n'est pas soudée à l'os, contrairement aux implants dentaires. Il existe toujours un espace entre la

dent et l'os, visible à la radiographie. Le ligament confère à la dent une mobilité infime. Les nombreux capteurs nerveux qu'il contient permettent à la dent de s'adapter aux chocs qu'elle reçoit.

## 1.4 L'OS ALVÉOLAIRE

L'os alvéolaire est l'os qui entoure et maintient la dent en place. Il se forme et se développe en même temps que la dent. Quand la dent disparaît, l'os alvéolaire va progressivement se remodeler et se résorber.

## 1.5 LE CÉMENT

Le cément dentaire est le tissu calcifié, fin et dur qui recouvre la dentine au niveau de la racine. Il permet l'ancrage des fibres du ligament parodontal à la surface radiculaire. Il ressemble dans sa composition à l'os alvéolaire mais se comporte différemment. Cela en fait un tissu spécifique propre au système d'attache de la dent.

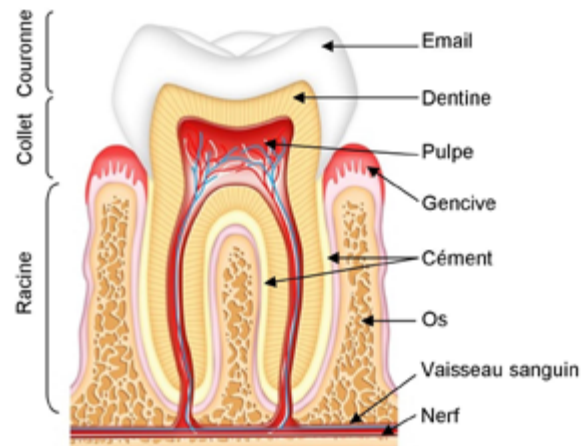


Figure 1.1: Anatomie de la dent et de son parodonte.

# 02.

## Qu'est-ce qu'une gingivite ?

### 2.1 QU'EST-CE QU'UNE GINGIVITE ?

La gingivite est l'inflammation de la gencive. Elle est due à l'accumulation de la plaque dentaire à la surface des dents. Cette plaque apparaît comme un dépôt mou et adhérent. Si elle n'est pas éliminée régulièrement, elle se minéralise et forme du tartre d'aspect blanchâtre puis qui se colore avec le temps et au contact de certains aliments (thé, café) ou encore du tabac.

La gingivite est un phénomène réversible. En effet, après l'élimination de ces bactéries et la reprise d'une hygiène bucco-dentaire correcte, la réaction inflammatoire disparaît et la gencive retrouve son aspect normal.

### 2.2 QUELS SONT LES SIGNES DE LA GINGIVITE ?

Le symptôme principal d'une gingivite est le saignement. C'est le premier moyen de la gencive pour avertir le patient qu'il se passe quelque chose d'anormal : on ne saigne pas sans raison. Ce saignement au début provoqué par le brossage peut devenir spontané, le plus

souvent la nuit, lorsque la gingivite s'installe et se généralise.

La gencive perd peu à peu sa teinte rose pâle et son aspect piqueté en « peau d'orange » pour devenir gonflée, lisse, rouge voire même violacée.

Il est important de noter que le saignement est fortement réduit chez les fumeurs car la gencive est moins bien vascularisée. De ce fait les signes de l'inflammation sont atténués ou même masqués.

Ainsi, les fumeurs ont-ils tendance à consulter plus tard, lorsque la gingivite aura peut-être évolué en parodontite, entraînant des pertes osseuses irréversibles.

L'un de ces signes doit vous inciter à consulter votre chirurgien-dentiste.

**« Un saignement de gencive doit conduire le patient à consulter un chirurgien-dentiste. »**

### 2.3 COMMENT SE DIAGNOSTIQUE UNE GINGIVITE ?

Le diagnostic précis d'une gingivite se fait au cabinet dentaire chez un omnipraticien qui va la traiter ou qui

vous adressera auprès d'un confrère dont l'exercice est orienté dans la prise en charge des patients souffrant de maladie parodontale, un parodontiste.

L'outil principal de diagnostic est une sonde parodontale qui permet d'évaluer le saignement gingival et la présence ou non de poche parodontale (espace entre la gencive et la dent). Cet examen n'est pas douloureux et permet d'emblée de poser un diagnostic différentiel entre santé parodontale, gingivite et parodontite. Dans le cas d'une gingivite: le sondage n'excède pas 3 mm.

L'examen complémentaire est un bilan radiographique (bilan rétro-alvéolaire) qui permet d'évaluer la perte osseuse autour des dents (en cas de parodontite). Une radiographie panoramique représente aussi un bon examen de dépistage. Dans le cas d'une gingivite, on n'observe pas de modification du niveau osseux à la radiographie.

## 2.4 POURQUOI AI-JE LES GENCIVES QUI SAIGNENT ?

Il convient de savoir si les gencives saignent au brossage ou spontanément. Il est plus grave que les saignements soient spontanés que provoqués.

► Si les gencives ne saignent qu'au brossage, ce saignement est provoqué par l'irritation mécanique de la brosse à dents contre la gencive. Dans presque tous les cas, ce saignement est l'un des premiers signes de l'inflammation (suivie le plus souvent par des rougeurs, gonflements et rarement douleurs).

En effet, lorsque la plaque dentaire s'accumule, c'est-à-dire lorsque le brossage est inadapté, insuffisant ou absent, la gencive est agressée par des bactéries en trop grand nombre. Les vaisseaux sanguins, qui sont des voies d'accès pour les cellules de défenses de l'organisme, se multiplient et la gencive se met à saigner au contact. Il s'agit là d'une inflammation totalement réversible qui disparaît à la reprise du brossage et avec un contrôle de la plaque adapté. Les gencives redeviennent roses et saines, sans saignement.

► Si la gencive saigne spontanément, en particulier la nuit, cela traduit une inflammation plus importante.

Dans ce cas, on peut rechercher une autre cause de ces saignements (ex. pathologies médicales associées, traitements médicaux en cours...).

## 2.5 QU'EST-CE QUE LA PLAQUE DENTAIRE ?

La plaque dentaire est également appelée plaque bactérienne ou biofilm. C'est un dépôt mou, blanchâtre, qui se forme naturellement dans la cavité buccale. Il est essentiellement composé de bactéries qui adhèrent aux surfaces buccales et s'accumulent pour former une plaque, le biofilm dentaire. La plaque est formée de communautés microbiennes complexes et structurées, capables d'héberger plusieurs espèces agressives en quantités importantes. Le biofilm dentaire est composé de substances (polysaccharides) qui forment une barrière physique,

protégeant les bactéries des effets des antibiotiques, des antiseptiques et des mécanismes de défense de l'organisme. Ces polysaccharides aident les bactéries à s'accrocher aux collets dentaires. La plaque dentaire nouvellement formée aura une composition différente d'une plaque mature très organisée. Si la plaque n'est pas régulièrement éliminée de la surface des dents, elle peut se transformer en tartre par combinaison avec les phosphates et le calcium de la salive.



Figure 2.1: Plaque bactérienne supra-gingivale.



Figure 2.2: Plaque dentaire accumulée à la base de la canine mandibulaire droite. C'est une zone dans laquelle, on passe souvent trop vite !

## 2.6 LE TARTRE C'EST QUOI ?

Le tartre résulte de la minéralisation de la plaque dentaire. Sans plaque, le tartre ne peut pas se former.

Si elle n'est pas régulièrement éliminée de la surface des dents, la plaque va devenir du tartre par combinaison avec les phosphates et le calcium de la salive.

Le tartre se forme prioritairement en regard de l'émergence des canaux salivaires, au niveau de la face linguale (du côté de la langue) des incisives inférieures puis sur la face vestibulaire (du côté de la joue) des premières molaires supérieures. Il se dépose plus lentement sur les autres dents, mais finit toujours par se former là où le brossage est imparfait.

Le tartre peut se situer au-dessus de la gencive, tartre supra-gingival, ou sous la gencive au niveau du sulcus ou d'une poche parodontale, on parle alors de tartre sous-gingival.



Figure 2.3: Inflammation de la gencive à cause d'un brossage insuffisant.



Figure 2.4: Du tartre est visible au niveau des jonctions dents-gencives.

## 2.7 COMMENT PUIS-JE TRAITER MA GINGIVITE ?

L'origine de la gingivite est la plaque dentaire. Il convient donc de tout mettre en œuvre pour éliminer cette plaque bactérienne, ce biofilm. Une fois la plaque

dentaire éliminée, l'inflammation va diminuer et les gencives vont pouvoir cicatriser.

L'élimination et le contrôle de la plaque bactérienne sont des éléments majeurs qui nécessitent des interventions mécaniques adaptées en fonction du stade et de la gravité de la maladie.

La première chose à faire est de retrouver une technique de brossage efficace. Il faut passer et repasser plusieurs fois aux mêmes endroits, même si les gencives saignent abondamment. Le passage successif de la brosse va éliminer davantage de dépôts, il y aura moins de plaque, l'inflammation va diminuer et les gencives pourront commencer à cicatriser. Sur la brosse à dents, un dentifrice contenant des agents antimicrobiens sera utile pour agir directement sur les bactéries.

D'autres moyens complémentaires existent et sont indispensables à mettre en place car permettent le nettoyage entre les dents, là où la brosse ne peut pas passer : brossettes interdentaires ou fil dentaire.

Le tartre est un support au développement de la plaque bactérienne et à son maintien. Un détartrage minutieux suivi d'un polissage des surfaces dentaires exposées favorisera la guérison. La fréquence des séances de détartrage varie en fonction de la capacité des patients à contrôler leur plaque. En prévention, il est conseillé de faire réaliser 1 à 2 détartrages par an.

Enfin, l'élimination des facteurs de rétention de la plaque, comme des obturations de caries, des couronnes mal adaptées, va accroître la guérison des gencives.

En résumé : un brossage et un détartrage associés, éventuellement à des bains de bouche antiseptiques de façon ponctuelle, permettent de traiter la gingivite.

## 2.8 EN QUOI CONSISTE UN DÉTARTRAGE ?

Le détartrage consiste à éliminer le tartre de toutes les surfaces dentaires.

Pour cela, le chirurgien-dentiste ou le parodontiste se sert d'instruments ultrasonores éventuellement complétés par des curettes manuelles pour éliminer les calculs de tartre.

Une anesthésie locale peut être réalisée dans les zones à détartrer qui s'avèrent sensibles.

Quand tout le tartre supra-gingival est ôté, le praticien réalise un polissage minutieux des surfaces dentaires. Il est en effet plus difficile pour des bactéries de se refixer sur des surfaces lisses que sur des surfaces rugueuses.

Après un détartrage, il est déconseillé de fumer ou de consommer du thé ou du café avant au moins 2 heures. C'est en effet ce délai qu'il faut à l'organisme pour reformer la première couche de protection qui viendra se fixer sur les dents. Cette couche est d'origine salivaire. Mâcher un chewing-gum sans sucre après un détartrage favorise les sécrétions de salive et la reformation de cette pellicule protectrice.

## 2.9 COMMENT PUIS-JE PRÉVENIR LA GINGIVITE ?

La plaque dentaire est le facteur déclenchant de l'inflammation des gencives. Afin de prévenir la gingivite, la quantité de plaque doit être la plus faible possible voire absente.

Cela passe par une méthode de brossage efficace. Peu importe la technique, toutes les dents et toutes leurs faces doivent être nettoyées. La brosse

à dents doit passer partout et suffisamment longtemps pour éliminer efficacement ce biofilm. Le brossage doit être au minimum biquotidien, le matin après le petit-déjeuner et le soir avant le coucher, et au mieux après chaque repas c'est-à-dire 3 fois par jour. Un brossage efficace préviendra aussi des caries.

« Une méthode de brossage efficace est la meilleure prévention des gingivites. »

Le brossage du déjeuner n'est parfois pas réalisable. Mâcher une gomme ou un chewing-gum sans sucre pendant cinq à dix minutes va favoriser la sécrétion de la salive qui contient des substances antimicrobiennes capables de réduire l'accumulation de la plaque dentaire.

En plus de la brosse à dents, l'utilisation du fil dentaire ou des brossettes est recommandée.

Par ailleurs, une à deux visites annuelles chez le chirurgien-dentiste sont conseillées. Au cours de ces séances, le praticien contrôlera la quantité de plaque dentaire présente à la surface des dents, redonnera des conseils pour l'éliminer plus facilement et procédera à un détartrage si cela est nécessaire.

## 2.10 DEPUIS QUE JE SUIS ENCEINTE, MES GENCIVES SAIGNENT : QUE DOIS-JE FAIRE ?

Dès le début de la grossesse, des modifications hormonales se mettent en place. Elles provoquent parfois une

réactivité accrue de la gencive. Cette « explosion » hormonale ne provoque pas à elle seule une gingivite mais renforce une inflammation déjà présente. La réaction des tissus est simplement exacerbée, elle est nommée gingivite gravidique. Sans traitement, la situation peut s'envenimer pour former

des proliférations de gencive entre les dents qu'on appelle épulis. Ils n'ont pas de caractère de gravité mais sont très gênants pour la mastication et très inesthétiques ! La chirurgie permet de les éliminer. Les effets s'estompent après l'accouchement, mais peuvent être prolongés lors d'un allaitement.

Il faut donc, à cette période, être encore plus vigilante lors de l'hygiène dentaire quotidienne, et consulter pour un détartrage soigneux et des conseils. Les traitements parodontaux sont tout à fait possibles pendant la grossesse.

D'autres périodes comme la puberté et le cycle menstruel peuvent provoquer des réactions similaires, mais les bactéries sont toujours à l'origine du problème.

## 2.11 POUR EN SAVOIR PLUS SUR LES GINGIVITES

### 2.11.a Leur découverte

C'est dans le milieu des années 1960 que l'on a montré l'origine bactérienne de la gingivite. En effet, on a réussi à induire une gingivite expérimentalement chez des patients qui, pendant 2 semaines, ne brossèrent pas leurs dents. La plaque dentaire accumulée provoqua l'inflammation des gencives. Dès la reprise d'une hygiène bucco-dentaire normale, cette réaction inflammatoire disparaît peu de temps après.

### 2.11.b Le rôle de la plaque dentaire et la réaction inflammatoire

La plaque dentaire supra-gingivale est composée majoritairement de bactéries rondes et non mobiles. Leur coloration est dite Gram positif.

La plaque dentaire sous-gingivale est composée majoritairement de bactéries allongées et mobiles. Leur coloration est dite Gram négatif.

Les bactéries les plus pathogènes sont essentiellement mobiles et Gram négatif. Parmi ces bactéries, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, ou encore *Tannerella forsythia* sont très fréquemment associées aux maladies parodontales.

Quel que soit le type de maladie parodontale, la destruction tissulaire est initiée d'une part par les bactéries et d'autre part par l'organisme lui-même.

- ▶ Les bactéries vont libérer des toxines (lipopolysaccharides, endotoxines, protéines et acides organiques...) qui traversent les tissus gingivaux à travers de micro-ulcérations dans le sillon gingivo-dentaire.

Face à cela, l'organisme met en place une réaction inflammatoire de défense via les médiateurs de l'inflammation qui arrivent au contact des bactéries grâce à la dilatation et la plus grande perméabilité des vaisseaux sanguins. La gencive change alors de couleur, elle devient rouge luisant. D'autres cellules de « nettoyage », les lymphocytes et les macrophages, éliminent les résidus bactériens. Le gonflement et l'aspect brillant de la gingivite résultent de la destruction des fibres de collagène qui ne s'attachent plus et de l'œdème lié à l'inflammation. Les « amarres » de la gencive sont rompues. L'aspect de la gencive saine piquetée en peau d'orange disparaît.

Dès la reprise d'une hygiène bucco-dentaire correcte, la plaque dentaire s'élimine, les fibroblastes retrouvent leur capacité à synthétiser du collagène, les signes inflammatoires diminuent et la gencive retrouve son aspect normal.

# 03.

## Les brossages

### Y-en-a-t 'il de meilleurs que d'autres ?

La prévention des maladies bucco-dentaires, la carie et les maladies parodontales, passent par une hygiène rigoureuse. Éliminer la plaque dentaire et éviter qu'elle se dépose trop rapidement, sont les objectifs du brossage.

#### 3.1 COMMENT BIEN SE BROSSER LES DENTS ?

Commençons par voir les principales erreurs que nous pouvons faire en nous brossant les dents.

- ▶ Brosser à l'horizontal avec une brosse dure ce qui a pour effet de gommer la gencive.
- ▶ Ne pas s'approcher des gencives par crainte de les faire saigner et ne plus brosser dès que ça saigne. C'est ainsi que la plaque dentaire s'accumule de plus en plus au joint dent gencive et peut migrer sous la gencive entraînant gingivite et un risque de parodontite.
- ▶ Oublier les faces dentaires à l'intérieur de la bouche. C'est bien sou-

vent autour de ces faces dentaires que l'inflammation de la gencive, voire la perte osseuse sont les plus marquées à cause de l'accumulation de la plaque dentaire.

Pour bien vous brosser les dents, vous pouvez retenir la méthode dite du rouleau qui va « du rose vers le blanc ». C'est le principe même du brossage manuel qui doit aller de la gencive vers la dent.

Ce mouvement de brossage est repris dans cette méthode la méthode B.R.O.S. (les 4 premières lettres du mot brossage...).

**B** : Les dents du haut et les dents du bas sont **B**rossées séparément. On commence par une des 2 mâchoires, l'ordre n'ayant pas d'importance, et on brosse minutieusement toutes les dents de cette arcade avant de nettoyer les dents opposées.

**R** : La brosse fait un mouvement **R**otatif ou de **R**ouleau, de la gencive vers la dent. C'est uniquement le poignet qui travaille, un peu comme une main qui tourne une clé dans une serrure, ou comme la cuillère dans un pot de crème glacée. On fait 6 à 8 fois le mouvement au même endroit avant de déplacer sa brosse à dents et d'avancer sur l'arcade.



○ : Les poils de la brosse sont orientés vers la gencive avant de faire le mouvement rotatif. On dirige la brosse vers la gencive et on fait ensuite le mouvement de rouleau. La brosse est **O**blique contre les dents. **S** : La brosse **S**uit un trajet pour ne pas oublier de dents. On commence par les dents du fond et on avance progressivement jusqu'à atteindre les dents de l'extrémité opposée.



Figure 3.1: Brosse à dents manuelle.

### 3.2 QUE PENSER DU BROSSAGE ÉLECTRIQUE ?

L'objectif du brossage est d'éliminer un maximum de plaque dentaire et de prévenir ainsi des maladies bucco-dentaires. Pour cela, il est indispensable d'avoir une certaine méthodologie pour être efficace.

Utilisé depuis de très nombreuses années, la qualité du brossage manuel n'est plus à démontrer. Si l'on suit les principes généraux de ce brossage, l'élimination de la plaque dentaire sera satisfaisante.

Brosse à dents manuelle ou électrique : les deux sont efficaces si on sait s'en servir. La brosse à dents électrique présente l'avantage d'avoir une tech-

nique plus facile à apprendre. De plus, dans certaines circonstances, difficulté d'accès, malposition dentaire, dextérité du patient, la brosse à dent manuelle n'atteindra pas toutes les surfaces dentaires. Dans ce cas, l'utilisation d'une brosse électrique peut aider le patient.

Ces brosses à dent ont des têtes plus petites que les brosses à dent manuelles. En suivant rigoureusement le contour des dents, la brosse électrique atteindra des zones oubliées par la brosse manuelle.

Si le patient a des difficultés pour réaliser le mouvement vertical, de la gencive vers la dent, l'utilisation d'une brosse à dent électrique va l'aider car c'est elle qui va réaliser ce geste grâce au mouvement alternatif de sa tête.

Parmi les brosses à dent électriques les plus performantes, certaines ont en plus un mouvement de « percussion » qui facilitera l'élimination de la plaque dentaire.

On peut trouver également des brosses à dent électriques qui ressemblent à une brosse manuelle. Dans ce cas, la tête de la brosse vibre et améliore ainsi considérablement l'élimination des dépôts présents à la surface des dents.



Figure 3.2: Brosse à dents électrique.

### 3.3 EST-CE QUE JE DOIS UTILISER UNE BROSSE MEDIUM OU DURE ?

Ni l'une ni l'autre ! Si vous cherchez un brossage efficace, non agressif pour vos gencives choisissez une tête de brosse suffisamment petite et souple. La souplesse est fonction du diamètre du poil. Nous vous recommandons d'éviter des diamètres de poils supérieurs à 20/100<sup>e</sup> de millimètre.

### 3.4 COMBIEN DE FOIS PAR JOUR FAUT-IL SE BROSSER LES DENTS ?

Il est nécessaire de se brosser les dents 2 fois par jour au minimum, au moins 2 minutes par brossage, soit après le petit-déjeuner et avant le coucher. Mais un brossage après chaque repas est conseillé, c'est-à-dire 3 fois par jour.

Si le brossage après le déjeuner n'est pas possible, mâcher un chewing-gum sans sucre va permettre de stimuler la sécrétion de la salive et retarder la formation de la plaque dentaire.

Votre praticien traitant sera le mieux placé pour vous conseiller sur la fréquence et le matériel d'hygiène à utiliser en fonction de votre état de santé parodontale.

### 3.5 COMMENT NETTOYER ENTRE MES DENTS ?

La brosse à dent permet d'accéder à 3 surfaces dentaires sur 5. Il est donc indispensable de nettoyer les faces entre les dents (faces proximales) à l'aide soit d'un fil dentaire soit de brossettes inter-dentaires que votre praticien vous conseillera en fonction de la taille des espaces entre vos dents.

### 3.6 QUE PUIS-JE UTILISER EN COMPLÉMENT DE LA BROSSE À DENTS ?

#### ► Les révélateurs de plaque :

Ce sont des colorants qui se fixent sur les bactéries de la plaque dentaire. Ils sont de différentes couleurs, en comprimés à croquer ou liquide à passer sur la surface des dents avec la langue. Le révélateur de plaque est appliqué après le brossage afin de vérifier son efficacité. Si les surfaces dentaires sont colorées, cela signifie qu'il reste de la plaque dentaire. Le brossage est à reprendre.

#### ► Le miroir buccal

Il sert à examiner les zones cachées : les faces arrière de dents par exemple.

#### ► L'éclairage

Sous forme d'une lampe de poche ou d'un petit éclairage directionnel, il permet de bien voir.



Figure 3.3: Brossette interdentaire adaptée à la morphologie de l'espace inter dentaire.



Figure 3.4: Passage du fil dentaire.

- **La pâte dentifrice** qui peut contenir un ou plusieurs principes thérapeutiques (fluor, chlorhexidine, agents de désensibilisation...).
- **Les agents chimiques antimicrobiens** sous forme de bains de bouche ou de gels (chlorhexidine, fluor, hémétidine...).
- **Les hydropulseurs** ou «jets dentaires» L'hydropulseur peut compléter le nettoyage inter-dentaire mais ne remplace pas le passage des brossettes.
- **Le gratte-langue**  
Cet instrument sert à nettoyer la langue: des bactéries peuvent rester entre les papilles linguales et être à l'origine d'une mauvaise haleine (halitose). Se reporter au chapitre 9.



Figure 3.5: Révélateur de plaque mettant en évidence un brossage dentaire insuffisant.



Figure 3.6: Hydropulseur.



Figure 3.7: Gratte-langue.

# 04.

## Qu'est-ce qu'une parodontite ?

### 4.1 PARODONTITE (DÉCHAUSSEMENT DENTAIRE) : DE QUOI S'AGIT-IL ?

La parodontite est le terme médical qui désigne le déchaussement dentaire.

La parodontite est une maladie. Elle est due à un déséquilibre entre les bactéries de la plaque dentaire et votre système de défense (système immunitaire) qui cohabite normalement en équilibre.

Dans un premier temps, une inflammation de la gencive s'installe en réponse à la présence de bactéries qui arrivent à passer entre la gencive et la dent et qui se collent sur la racine dentaire.

Elles forment alors du tartre sous gingival qui se comporte comme une épine sous la peau. La gencive devient gonflée, rouge et peut saigner au brossage ou même spontanément. Il est important de noter que ces signes sont beaucoup plus discrets chez les fumeurs car le tabac réduit fortement le saignement.

Progressivement, ces bactéries et la mauvaise réponse de votre système immunitaire attaquent l'os qui disparaît, laissant apparaître la racine de la dent, on observe alors un «déchaussement de la dent».



Figure 4.1: Parodontite à un stade avancé, liée à la présence d'importants dépôts de plaque dentaire et de tartre.

### 4.2 UNE PARODONTITE EST-ELLE IRRÉVERSIBLE ?

Oui, cette perte osseuse est irréversible, mais s'il n'est pas possible de retrouver l'os perdu autour des dents, cette maladie n'est pas une fatalité. On peut la traiter pour stabiliser la perte osseuse et conserver les dents si elle n'est pas prise en charge à un stade trop avancé. Il existe des parodontites de sévérité et de complexité variables.

### 4.3 MES GENCIVES SAIGNENT ET SONT GONFLÉES : EST-CE UNE GINGIVITE OU UNE PARODONTITE ?

Le saignement et l'œdème sont des signes communs à la gingivite et à la parodontite. Les examens cliniques et radiographiques réalisés par votre parodontiste ou votre chirurgien-dentiste permettront de poser le diagnostic différentiel.

### 4.4 COMMENT MON CHIRURGIEN-DENTISTE PEUT-IL DIAGNOSTIQUER MA PARODONTITE ?

Le diagnostic est posé après un examen clinique du parodonte superficiel (gencive) et profond (niveau osseux). L'examen de la gencive (inflammation, œdème, couleur) donne le degré d'inflammation du parodonte.



Figure 4.2: Le sondage révèle la présence d'une poche parodontale de 6 mm de profondeur, signe d'une perte osseuse. Rien n'est visible à l'œil nu.



Figure 4.3: Abscès parodontal: écoulement purulent d'aspect blanchâtre.

L'examen du parodonte profond se fait à l'aide d'une sonde parodontale graduée, qui pénètre dans l'espace entre la gencive et la dent (le sulcus).

Un sondage au-delà de 3 mm met en évidence la présence d'une poche parodontale et donc de la perte de l'intégrité osseuse avec la présence de bactéries et éventuellement de tartre sur la surface radiculaire.

Le bilan radiographique rétro-alvéolaire (13 à 15 petites radiographies faites au fauteuil) permet de quantifier la perte osseuse et d'en déterminer la forme (perte horizontale ou verticale).

### 4.5 CERTAINES DE MES DENTS BOUGENT : DOIS-JE M'EN INQUIÉTER ?

Toutes nos dents présentent une mobilité, conséquence de la présence du ligament dentaire (le desmodonte) entre la dent et l'os, mais cette mobilité est quasiment imperceptible. Si vous vous rendez compte qu'une ou plusieurs de vos dents bougent c'est le signe d'une mobilité pathologique. La parodontite à un stade avancé peut être à l'origine de cette mobilité par dégradation du support osseux. Elle touche en général plusieurs dents. La mobilité peut avoir également d'autres origines comme la fracture ou des contacts dentaires excessifs, seule situation pour laquelle elle est réversible.

### 4.6 MES DENTS SE SONT DÉPLACÉES ET DES ESPACES ENTRE ELLES SONT APPARUS : COMMENT RÉAGIR ?

La perte osseuse résultant de la parodontite peut entraîner des migrations dentaires consécutives aux contraintes musculaires ou fonctionnelles des contacts dentaires entre eux. Il est fréquent de voir apparaître un espace entre les incisives de la mâchoire supérieure.

L'alignement des dents ainsi perturbé devra inciter le patient à consulter un parodontiste avant tout traitement orthodontique visant à réaligner les dents.



Figure 4.4: Un espace disgracieux est apparu entre les dents par rétraction de la gencive, espace qui met en évidence la présence d'une parodontite.

### 4.7 EST-CE QUE JE PEUX TRANSMETTRE MA PARODONTITE ?

Non, la parodontite n'est pas une maladie transmissible.

### 4.8 LA PARODONTITE PEUT-ELLE INTERFÉRER AVEC LE DÉVELOPPEMENT D'AUTRES MALADIES ?

Une parodontite sévère (plus de la moitié de l'os perdu autour des dents et une gencive très inflammée) et installée depuis de nombreuses années peut favoriser l'installation ou l'aggravation d'autres maladies comme les maladies cardio-vasculaires, les rhumatismes inflammatoires chroniques, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou encore les maladies respiratoires. Elle peut aussi réduire l'efficacité du traitement médical de maladies comme le diabète par exemple et influencer sur des événements naturels comme la grossesse. Ceci s'explique car la parodontite sévère entraîne une inflammation généralisée de faible intensité. De plus, les bactéries orales en quantité excessive sont quotidiennement inhalées, avalées et diffusées dans le sang et agissent ainsi à distance.

### 4.9 LA PARODONTITE PEUT-ELLE ÊTRE FAVORISÉE PAR D'AUTRES MALADIES ?

L'existence d'une autre maladie (ex : le diabète, l'obésité), ou d'un traitement (ex : immunosuppresseurs) peuvent favoriser le développement d'une parodontite en raison de la modification des capacités du système immunitaire à cohabiter ou se défendre faces aux bactéries orales.

# 05.

## Ai-je davantage de risque de perdre mes dents si... ?

### 5.1 MES PARENTS ONT PERDU DES DENTS JEUNES

Il est avéré depuis longtemps que la parodontite, comme d'autres maladies a une composante héréditaire forte. Il existe des familles entières touchées par cette pathologie.

Des travaux ont permis d'identifier certains gènes responsables, liés à une réaction inappropriée du système immunitaire, notamment la production élevée de cytokines.

Mais ce n'est pas une fatalité, car un dépistage précoce, des traitements adaptés ainsi qu'un suivi régulier peuvent éviter une évolution de la maladie.

### 5.2 JE SUIS DIABÉTIQUE

La parodontite est reconnue comme l'une des complications du diabète, la 6<sup>e</sup>. Si vous êtes diabétique, les risques d'avoir des parodontites ainsi que leur sévérité augmentent.

Le contrôle de la glycémie et son équilibre dans le temps est un élément

essentiel pour les éviter. À l'inverse, le traitement d'une parodontite avérée, comme d'autres infections, permettra de stabiliser la glycémie. Si bien que diabète et parodontite ne peuvent être pris en charge séparément.

Aujourd'hui, les nouvelles mesures de la réforme de santé permettent le remboursement d'un bilan et de 2 séances de traitement chez votre spécialiste si vous êtes diabétique et que vous avez déclaré votre maladie à la sécurité sociale (ALD).

### 5.3 JE FUME

La sévérité d'une parodontite et la vitesse de progression de la maladie sont soumises à l'influence de différents facteurs appelés facteurs de risque dont le tabac est considéré comme le facteur majeur.

Les fumeurs présentent environ 4 fois plus de parodontites que les non-fumeurs. Un fumeur sur deux, d'un paquet de cigarettes ou plus par jour, présente une parodontite sévère qui

l'expose au risque de la perte d'une ou plusieurs de ses dents.

Cependant le tabac ne peut pas à lui seul initier la parodontite. Il va par contre diminuer les signes cliniques, qui sont en général des signaux d'alerte de la maladie parodontale, par une diminution de la vascularisation des tissus gingivaux et une modification du fonctionnement du système immunitaire.

### 5.4 JE VAPOTE

Une étude conduite par l'Université de New York et publiée en février 2020 dans la revue Science a montré que 43 % des personnes utilisant des cigarettes électroniques souffraient de maladies des gencives et d'infections buccales (contre 73 % chez les fumeurs et 28 % chez ceux qui ne fumaient ou ne vapotaient pas). Les chercheurs expliquaient alors que « l'utilisation de cigarettes électroniques modifie le microbiote (ensemble des bactéries qui vivent dans la bouche) de la bouche et rend les utilisateurs plus sujets aux inflammations et aux infections ».

La nicotine ne serait pas la seule responsable, mais aussi les autres produits chimiques contenus dans les liquides, dont les parfums. Il est donc aujourd'hui recommandé de n'utiliser la cigarette électronique que sur un temps limité, comme transition pour l'arrêt du tabac.

### 5.5 JE FUME DES JOINTS

Une étude récente de 60 millions de consommateurs (2018) montre que la toxicité de trois joints de cannabis fumés avec du tabac et un filtre en carton correspondent à celle d'un paquet de cigarettes. Un consommateur chronique fumant 10 joints par jour a donc une consommation équivalente à plus de 3 paquets de cigarettes par jour.

De plus, des études ont montré un effet immunodépresseur, diminuant la résistance de l'organisme aux infections. Le cannabis provoque également une hyposialie, c'est à dire une diminution du débit salivaire, qui débute rapidement et perdure plusieurs heures.

La conséquence est la modification de la consistance de la plaque dentaire, et des réactions gingivales importantes. Il y a une forte corrélation entre consommation de cannabis et aggravation de la perte osseuse.

Il faut également ajouter que la fumée de cannabis serait 3 à 5 fois plus cancérigène que celle du tabac.

# 06.

## Comment traiter la parodontite ?

### 6.1 JE PRENDS RÉGULIÈREMENT DES ANTIBIOTIQUES POUR TRAITER DES ABCÈS : EST-CE LA SOLUTION ?

L'abcès d'origine parodontale traduit une phase aiguë de la parodontite bien souvent localisée à une dent. Il se caractérise par un écoulement purulent (blanchâtre et épais) et un œdème au niveau de la bordure gingivale. Une gêne est plus souvent perceptible qu'une réelle douleur intense.

Le traitement de l'abcès est le débridement local. Cependant, il peut arriver que votre praticien vous prescrive des antibiotiques par voie orale qui vont réduire la masse bactérienne. La prise d'antibiotiques ne traitera pas à elle seule la parodontite à l'origine de l'abcès.

### 6.2 PEUT-ON TRAITER LES PARODONTITES AVEC DES MÉDICAMENTS ?

La majorité des parodontites se traitent sans la prise de médicaments. Il n'existe pas de traitement de fond pour prévenir ou traiter la maladie.

En revanche, nous pouvons décider de prescrire des antibiotiques en

complément du traitement mécanique par surfaçages radiculaires pour en améliorer les résultats et limiter le besoin de chirurgies complémentaires.

### 6.3 EST-CE QU'UN DÉTARTRAGE EST SUFFISANT POUR TRAITER LA PARODONTITE ?

Le détartrage élimine le tartre visible déposé au niveau des surfaces dentaires. Par conséquent, le seul détartrage n'est pas suffisant pour traiter la parodontite. Il faudra lui associer un surfaçage de la racine (surfaçage radiculaire).

### 6.4 EN QUOI CONSISTE UN SURFAÇAGE RADICULAIRE ?

Le surfaçage radiculaire vise à éliminer les débris bactériens présents sur la racine dentaire au sein de la poche parodontale (espace entre la gencive et la dent qui s'approfondit du fait de la maladie), c'est-à-dire sous la gencive. L'objectif est de débrider la surface de la racine dentaire pour permettre à la gencive de se réattacher dessus lors de la cicatrisation.

Le surfaçage radiculaire est réalisé à l'aide d'instruments (curettes) manuels et / ou d'inserts ultrasoniques en une à quatre séances. Il peut être réalisé sous anesthésie locale.

### 6.5 QU'EST-CE QUE JE RESSENS APRÈS UN SURFAÇAGE RADICULAIRE ?

Le surfaçage radiculaire des racines dentaires est un acte doux, qui reste peu invasif. Il peut être associé à de légères douleurs post-opératoires qui seront prises en charge par la prescription d'un antalgique type paracétamol, voire quelques petits saignements lors du brossage, durant les 24 heures qui suivront. Le brossage doit être repris dès le soir suivant ce soin.

### 6.6 MES DENTS SONT DEVENUES TRÈS SENSIBLES, QUE PUIS-JE FAIRE ?

Le surfaçage peut déclencher pendant les trois semaines qui suivent des sensibilités des dents au chaud et au froid, qu'on nomme sensibilités dentinaires. Cela est dû à l'instrumentation de la racine qui expose des petits trous à sa surface. Ces trous, qui existent naturellement sur les dents, sont une voie d'échange entre le milieu buccal et la pulpe dentaire par des canaux dans lesquels cheminent des fibres nerveuses.

Une obstruction de ces trous se fera naturellement dans les trois semaines qui suivent. Pour aider à ce mécanisme, votre chirurgien-dentiste pourra vous prescrire des dentifrices adaptés qui permettent de favoriser la fermeture de

ces orifices et de limiter le message douloureux conduit par la fibre nerveuse, voire une brosse à dents spéciale pour dents sensibles. En effet, il est capital de maintenir un brossage efficace, avec brosse à dents et bossettes interdentaires pour garantir le succès du traitement.

### 6.7 LE SURFAÇAGE RADICULAIRE PEUT-IL FAIRE REVENIR LA GENCIVE À SA PLACE ?

Malheureusement non. Le surfaçage radiculaire ni aucun autre traitement d'ailleurs ne permettent de faire « repousser » la gencive ni sur les faces visibles des dents (faces vestibulaires), ni entre les dents.

Au contraire, vous pouvez même constater après le traitement, l'apparition d'espaces plus larges entre vos dents ou encore apercevoir un peu plus la racine de vos dents.

Ce ne sont pas les conséquences d'un mauvais traitement mais celles de la parodontite qui a attaqué l'os, soutient de votre gencive.

Le surfaçage radiculaire en éliminant le tartre et l'organisation bactérienne sur vos racines fait disparaître l'inflammation de votre gencive qui, de fait, peut perdre un peu de son volume qui était pathologique et qui pouvaient masquer ou faire passer inaperçu la perte osseuse sous-jacente.

### 6.8 LE LASER EST-IL UTILE POUR TRAITER UNE PARODONTITE ?

Le laser est un outil et non un traitement. Il peut être utilisé lors du traitement mais comme d'autres instruments (ultrasons, curettes etc..). Il n'apporte pas de résultats supérieurs aux autres.

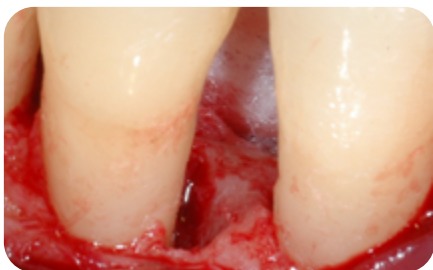


Figure 6.1.a : Lésion intra-osseuse favorable à un comblement avec un matériau ou de l'os du patient.

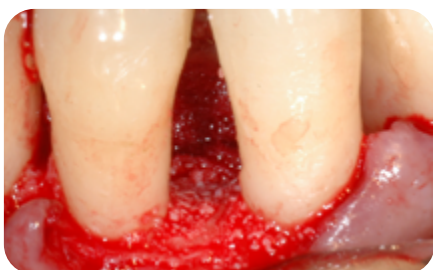


Figure 6.1.b : Comblement de la lésion intra-osseuse.

### 6.9 DOIT-ON OBLIGATOIREMENT M'OPÉRER ?

La chirurgie parodontale n'est pas pratiquée en première intention. Après avoir laissé un temps de cicatrisation suffisant à votre parodonte, quelques mois après les surfaçages radiculaires, votre praticien réévaluera votre état de santé parodontal.

Pour ce faire, il enregistrera notamment la présence de plaque dentaire sur les dents, les poches parodontales persistantes ou encore le saignement au sondage. La forme des pertes osseuses, horizontales ou plus angulées seront également des éléments qu'il prendra en compte pour poser une éventuelle indication de chirurgie. Une chirurgie est indiquée si elle peut améliorer de façon significative le bilan dressé lors de cette réévaluation, toujours dans le but de conserver les dents en

réduisant les profondeurs de poches, et donc en favorisant l'équilibre entre les bactéries et votre défense immunitaire. La chirurgie peut également être proposée pour aménager l'architecture de la gencive afin de faciliter les conditions de brossage et donc le maintien de la santé parodontale.

### 6.10 EST-CE QUE JE RISQUE UNE INFECTION SUITE AU TRAITEMENT CHIRURGICAL ?

Les complications post-opératoires sont très rares (1,88 % des cas). La prise d'un antibiotique afin d'éviter d'éventuelles complications post-opératoires est généralement inutile.

### 6.11 EST-CE QUE JE DOIS FAIRE DES BAINS DE BOUCHE RÉGULIÈREMENT ?

Les bains de bouche à base de chlorhexidine ont un effet antiseptique et sont prescrits sur une durée d'environ 10 jours à raison de 1 minute, 2 fois/jour pour diminuer le nombre de bactéries dans la cavité buccale lors du traitement parodontal chirurgical, et quelque fois après le traitement non chirurgical par surfaçages radiculaires.

Ces solutions ne doivent pas être utilisées de façon prolongée car elles risquent de rompre l'équilibre bactérien retrouvé au sein de la cavité buccale.

Les bains de bouche à base de fluor ou d'huiles essentielles n'ont pas le même pouvoir antiseptique, ils contribuent toutefois à réduire l'accumulation de plaque bactérienne sur les dents et facilitent une bonne hygiène bucco-dentaire. Ils peuvent être utilisés quotidiennement pendant plusieurs mois.

Les solutions à base de peroxyde d'hydrogène et d'eau oxygénée sont une « vieille recette », qui n'ont pas montré d'efficacité, et sont aujourd'hui remplacées par les solutions antiseptiques à base de chlorhexidine.

### 6.12 DOIS-JE UTILISER UN DENTIFRICE SPÉCIAL ?

Durant la phase de cicatrisation après un traitement chirurgical, il est conseillé d'utiliser un dentifrice à base de chlorhexidine pour une durée d'environ 10 jours.

Pour traiter les éventuelles sensibilités thermiques qui peuvent apparaître, il existe des dentifrices dont la teneur en fluor est plus élevée, de façon à diminuer les sensibilités progressivement.

### 6.13 APRÈS LE TRAITEMENT DE LA PARODONTITE, COMMENT AMÉLIORER MON HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE ?

L'une des conséquences du traitement des parodontites est l'apparition d'espaces visibles entre les dents, espaces qui nécessiteront du matériel d'hygiène spécifique en complément de la brosse à dents, du dentifrice et du fil dentaire. On utilisera essentiellement des brosses interdentaires pour nettoyer la surface des racines dentaires exposées par la maladie.

### 6.14 EST-CE QUE LA PARODONTITE PEUT RÉCIDIVER ?

Une parodontite est une maladie chronique. De ce fait, on ne peut pas en guérir (sauf pour certaines formes très débütantes). En revanche, on peut la stabiliser

en stoppant la progression de la perte osseuse autour des dents.

Un programme de soutien appelé maintenance parodontale est indispensable au maintien des résultats acquis.

Il faut considérer la maintenance comme une nouvelle phase de traitement.

### 6.15 COMMENT FAIRE POUR CONSERVER UN PARODONTE ASSAINI ?

Le maintien des résultats obtenus par l'assainissement parodontal dépend en grande partie de vous !

En effet, il est indispensable de réaliser quotidiennement un brossage minutieux complété par les instruments interdentaires afin que la plaque dentaire n'ait pas le temps de s'installer.

Toutefois, la parodontite est une maladie complexe qui nécessite un suivi professionnel particulier.

Votre parodontiste ou votre chirurgien-dentiste établira la fréquence de ces visites en fonction de votre niveau d'hygiène bucco-dentaire (le chevauchement des dents peut par exemple rendre le brossage plus difficile) et de votre niveau de risque à présenter une récurrence (tabac, diabète, hérédité, stade de la parodontite).

En l'absence de maintenance parodontale, le patient s'expose (quasi) systématiquement à une récurrence de sa maladie.

Enfin, l'hygiène de vie, l'absence de tabac, une alimentation équilibrée, sont essentielles pour garder un parodonte sain.

## 6.16 UNE DENT MOBILE DOIT-ELLE ÊTRE FORCÉMENT EXTRAITE ?

Toutes les dents présentent naturellement une mobilité infime, du fait de la présence du ligament entre la racine dentaire et l'os alvéolaire. Dès lors que le volume osseux est réduit par la parodontite, la mobilité est susceptible d'augmenter.

Pour autant, la dent n'est pas forcément à extraire. Par exemple, les dents antérieures de la mâchoire supérieure ou inférieure peuvent être assez facilement maintenues entre elles par un fil de contention qui supprime une mobilité souvent anxiogène et gênante à la mastication. La décision d'extraire une dent est prise en fonction de nombreux autres paramètres qui ne se limitent pas à la seule mobilité dentaire.

## 6.17 EN QUOI CONSISTE UNE SÉANCE DE MAINTENANCE PARODONTALE ?

Une séance de maintenance parodontale doit permettre d'évaluer l'état de santé du parodonte et de dépister une éventuelle récurrence.

Pour cela, votre chirurgien-dentiste examinera attentivement votre parodonte. L'aspect sain ou inflammatoire de la gencive, la présence de plaque dentaire sur les faces des dents y compris entre les dents seront recherchés. Le sondage parodontal permettra de comparer les profondeurs de poches à celles précédemment enregistrées lors de la phase de réévaluation ou lors de la séance de maintenance précédente. Cet examen dépistera tout début de récurrence avec la présence de nouvelles poches parodontales.

Le saignement au sondage est lui aussi un élément enregistré et comparé d'une séance à l'autre. Parfois, quelques radiographies pourront être prises pour suivre l'évolution du niveau osseux, mais ce n'est pas systématique.

Un détartrage est ensuite réalisé ainsi qu'un polissage. Il pourra être accompagné de surfaçages radiculaires ponctuels si cela s'avère nécessaire.

Cette séance est aussi l'occasion de faire le point sur tout ce qui pourrait rendre difficile votre entretien quotidien comme la survenue d'hypersensibilités dentaires qui peuvent être variables selon les périodes. De même, les diamètres des brossettes seront régulièrement vérifiés et ajustés à vos espaces interdentaires.

En fonction de la situation clinique, des traitements complémentaires pourront vous être proposés.

## 6.18 J'AI UNE PARODONTITE, PUIS-JE FAIRE DE L'ORTHODONTIE ?

Avec les parodontites, il y a souvent des migrations dentaires et les dents se sont déplacées. Il est tout à fait possible, et parfois même conseillé, de faire un traitement d'orthodontie pour replacer les dents ; à condition que la maladie parodontale soit stabilisée et que des séances de maintenances parodontales régulières soient assurées.

On déplace les dents uniquement sur un parodonte sain.

## 6.19 EST CE QUE CES TRAITEMENTS SONT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

La sécurité sociale rembourse 2 détartrages par an et le bilan radiographique rétroalvéolaire.

Pour les patients diabétiques, ayant déclaré leur pathologie à la sécurité sociale (en ALD), le bilan parodontal ainsi que deux séances de traitements sont pris en charge.

## POUR EN SAVOIR PLUS

Il existe différents types de parodontites. La classification internationale (2017) les distingue de la façon suivante :

### ► Les parodontites, définies

En stades (I à IV) selon leur sévérité et la complexité à les traiter.

En grades (A à C) selon le risque de progression de la maladie et la réponse au traitement attendue.

Selon l'étendue : localisée, généralisée ou concernant uniquement les molaires/incisives.

### ► Les parodontites ulcéro-nécrotiques sont une entité à part.

Assez rares, elles se caractérisent par une nécrose de la gencive et la destruction rapide de l'os sous-jacent. Elles sont douloureuses et associées à une mauvaise haleine ou une altération de l'état général.

Le tabagisme, un stress élevé, une période hivernale, la malnutrition, un problème de santé général peuvent être associés.

Il faut consulter en urgence pour une prise en charge rapide.



Figure 6.3.a : Parodontite chez un patient de 25 ans. La gencive n'est pas rétractée et seule une certaine inflammation des tissus est visible, alors que le cas est sévère.



Figure 6.3.b : Les lésions osseuses sont importantes et 80% du support osseux est détruit sur certaines dents.



Figure 6.2.a : Parodontite chez un patient de 45 ans. De nombreux dépôts de tartre et de plaque dentaire sont visibles à la surface des dents. La gencive présente une certaine inflammation.

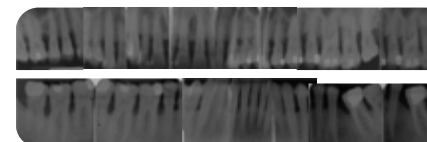


Figure 6.2.b : Sur ce même patient, les lésions osseuses sont visibles radiographiquement avec une perte osseuse horizontale d'environ 20%.



Figure 6.4 : Parodontite ulcéro-nécrotique qui se caractérise par des plages de nécrose au niveau du contour gingival, associées à des douleurs intenses.

# 07.

## Les racines de mes dents se découvrent : vais-je perdre mes dents ?

### 7.1 QU'EST-CE QU'UNE RÉCESSION GINGIVALE ?

Une récession gingivale, encore appelée dénudation radiculaire ou déhiscence est une dénudation partielle de la face extérieure des racines, nommée face vestibulaire (face visible) due à la migration de la gencive.

Elle n'est pas d'origine bactérienne mais plutôt traumatique. De fait, elle n'est pas un signe de parodontite.

Une gencive anatomiquement fine, soit naturellement, soit du fait d'une position excentrée de la dent sur l'arcade, associée à un brossage traumatique ou encore à des mouvements orthodontiques qui déplacent la dent vers



Figure 7.1: Récessions gingivales multiples.

l'extérieur pour permettre son alignement sont autant de causes d'apparition d'une récession gingivale.

En aucun cas, la récession gingivale ne peut être responsable à elle seule de la perte de la dent.

En revanche, elle peut rapidement rendre la dent hypersensible aux variations thermiques ou à certains aliments. Elle complique le brossage car la limite dent-gencive ne se trouve



Figure 7.2: Récessions gingivales sur les 2 incisives centrales mandibulaires. L'absence de gencive attachée sur les faces vestibulaires rend le brossage pénible et délicat. La gencive est inflammatoire. Une greffe est nécessaire pour recréer un bandeau de gencive kératinisée.

plus au même niveau que la dent adjacente. Une inflammation gingivale peut s'installer, rendant la zone sensible. Enfin elle peut être jugée inesthétique en donnant l'impression visuelle d'une dent très longue.

### 7.2 JE ME BROSSÉ LES DENTS 3 FOIS PAR JOUR ET POURTANT MES GENCIVES SE RÉTRACTENT ?

Effectivement, le brossage est le principal facteur à l'origine de l'apparition des récessions gingivales. Le brossage peut être efficace pour éviter l'accumulation de plaque dentaire et de tartre, mais s'il est mal réalisé, il peut être agressif vis-à-vis du parodonte.

Un brossage inadapté (tête de brosse trop dure, mauvaise technique de brossage, notamment un brossage

horizontal, ou encore un brossage trop énergique même avec une tête de brosse souple) sur une gencive fine entraînera fréquemment des récessions gingivales.

### 7.3 MES DENTS SONT TRÈS SENSIBLES AU FROID !

Les récessions gingivales entraînent la dénudation des racines dentaires. Celles-ci sont alors exposées aux variations thermiques et réagissent particulièrement au contact du froid ou de certains aliments et boissons acides comme sucrés. Les dents peuvent même être hypersensibles à l'air froid, voire au contact de la brosse à dents. Des brosses avec des poils effilés pourront alors vous être conseillées.



# 08.

## Comment traiter les récessions gingivales ?

### 8.1 LA GENCIVE PEUT-ELLE RETROUVER SA PLACE SPONTANÉMENT OU AVEC L'AIDE D'UNE MÉTHODE DE BROSSAGE PARTICULIÈRE ?

Non, la gencive qui a disparu ne peut pas se reformer naturellement et recouvrir à nouveau la racine. Pour cela, une intervention chirurgicale est nécessaire.

### 8.2 MES RÉCESSIONS GINGIVALES RENDENT MON SOURIRE DISGRACIEUX : EXISTE-T-IL UN TRAITEMENT ?

Lorsque le niveau osseux autour de la dent est intact, le recouvrement complet de la récession gingivale peut être obtenu par une intervention chirurgicale.

Le parodontiste choisira entre différentes techniques chirurgicales en fonction du nombre de dents à traiter, de l'importance des récessions et de la qualité de l'environnement tissulaire.

Il peut recouvrir la récession soit en déplaçant la gencive environnante, soit en prélevant un greffon (tissu d'environ 1 mm d'épaisseur) au niveau du palais pour recouvrir la récession ou encore en combinant les 2 techniques.



Figure 8.1.a : Situation préopératoire : récessions gingivales multiples.

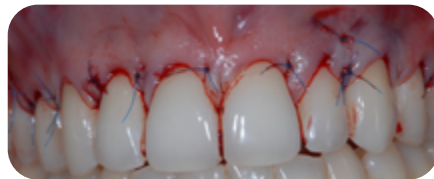


Figure 8.1.b : Situation en fin d'intervention après un déplacement de la gencive sur la racine, associé à une greffe de tissu conjonctif.



Figure 8.1.c : Résultat à 3 mois.

### 8.3 JE VOIS LA RACINE DE MA DENT, SUIS-JE OBLIGÉE DE FAIRE UNE GREFFE ?

Le fait d'avoir une partie de la racine visible dénudée ne signifie pas que vous risquez de perdre votre dent. La

greffe de recouvrement de cette récession gingivale est indiquée pour une raison esthétique, si votre racine est sensible malgré des dentifrices adéquats ou si vous ne parvenez pas à brosser efficacement vos dents dans la zone.

### 8.4 EST-CE QUE LA GREFFE VA SE VOIR ?

Il existe différents types de greffes. Le choix de la technique de greffe et du type de greffon se fait en fonction notamment de la quantité de gencive présente autour de la récession gingivale.

- ▶ Si la quantité de gencive est suffisante, une greffe de tissu conjonctif est privilégiée.

Cette greffe est avant tout à visée esthétique même si elle a aussi pour vocation de renforcer le parodonte. Elle est positionnée sur la récession gingivale et recouverte par le tissu gingival environnant. Le résultat est très naturel.

- ▶ Si la gencive n'est plus présente en quantité ou en épaisseur suffisante, une greffe épithélio-conjonctive est indiquée. Il s'agit d'une greffe de la peau superficielle du palais. Elle gardera la couleur et l'aspect d'origine, plus rose pâle et nacré que la gencive des dents adjacentes.

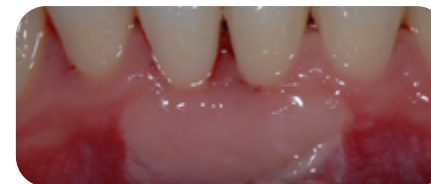


Figure 8.2: Aspect « de rustine » d'une greffe épithélio-conjonctive.

« On peut considérer qu'une douleur très modérée peut survenir lorsque l'anesthésie locale disparaît. »

Elle est généralement réservée à la mâchoire inférieure, là où la gencive ne se remarque pas.

### 8.5 OÙ LA GREFFE EST-ELLE PRÉLEVÉE ?

La greffe est le plus souvent prélevée au niveau du palais, à quelques millimètres des dents. Dans cette zone, la muqueuse du palais est suffisamment épaisse et un prélèvement est toujours possible.

Lorsque la situation anatomique le permet, elle pourra être prélevée sur une zone édentée ou en arrière des dernières molaires de la mâchoire maxillaire (du haut).

La greffe conjonctive, d'environ 1 mm d'épaisseur est prélevée sous la peau du palais à partir d'un simple trait d'incision qui sera ensuite suturé.

La greffe épithélio-conjonctive quant à elle est prélevée sur la peau du palais sur une épaisseur d'environ 1,5 mm. Le site sera alors protégé par un tissu synthétique résorbable fixé par des points de suture. Le port d'une plaque en résine qui protège le palais améliore le confort et facilite l'alimentation dans les jours qui suivent l'intervention.

Quel que soit le type de prélèvement, la muqueuse du palais se régénère toujours entièrement et il n'en persiste aucune cicatrice. On peut d'ailleurs prélever plusieurs fois une greffe sur le même site.



Figure 8.3: Site de prélèvement de tissu conjonctif au palais lors de la dépose des points de suture.



Figure 8.4: Plaque palatine de protection du prélèvement épithélio-conjonctif.



Figure 8.5: Le palais est protégé par la plaque palatine après le prélèvement de la greffe épithélio-conjonctive.

### 8.6 LA CHIRURGIE EST-ELLE DOULOUREUSE ?

La douleur est un phénomène subjectif, très variable d'un patient à l'autre. Toutefois, on peut considérer qu'une douleur très modérée peut survenir lorsque l'anesthésie locale disparaît. La prise d'antidouleurs (type paracétamol) suffit généralement à la faire céder.

Dans le cas de greffes de tissu conjonctif, les suites opératoires se résument ensuite à une gêne attribuable notamment à la présence de points de suture. Afin d'améliorer le confort post-opératoire, le praticien pourra protéger le palais avec une plaque très fine en résine ou en plastique, parfaitement ajustée au palais du patient et que ce dernier pourra décider d'utiliser le temps qu'il jugera nécessaire en fonction de la gêne ressentie.

### 8.7 MON CORPS PEUT-IL REJETER LA GREFFE ?

Non, il n'y a pas de rejet de la greffe car elle est prélevée dans votre organisme. En revanche, elle peut mal cicatriser si les conseils post-opératoires ne sont pas respectés.

### 8.8 MES RÉCESSIONS GINGIVALES RISQUENT-ELLES DE RÉAPPARAÎTRE ?

Les techniques de greffes offrent des résultats stables dans le temps.

La greffe, quelle que soit la technique utilisée, épaissit les tissus parodontaux trop fins et réduit ainsi leur fragilité.

Néanmoins, des récives peuvent survenir si un brossage traumatique n'est pas abandonné.

### 8.9 LA GREFFE PEUT-ELLE SOIGNER LA PARODONTITE ?

Non, la greffe ne soigne pas la parodontite. Elle n'empêche pas les bactéries de progresser sur la racine et elle ne réduit pas non plus l'inflammation de la gencive.

Cependant, elle peut être conseillée secondairement au traitement parodontal, une fois le parodonte assaini, afin d'améliorer l'environnement gingival autour de certaines dents. Une quantité de gencive plus importante et surtout bien attachée autour des dents facilite le brossage et donc le maintien de la santé parodontale. Ce type d'aménagement par greffe gingivale est souvent indiqué

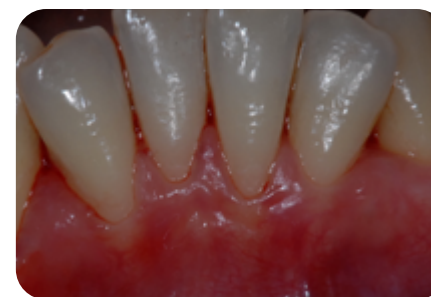


Figure 8.6.a : La gencive est très fine, on voit les racines par transparence. Les mouvements orthodontiques pour aligner les dents risqueraient d'aggraver la situation.



Figure 8.6.b : Grâce à la greffe, la gencive est suffisamment épaisse pour supporter le traitement orthodontique.

autour de la prothèse, en particulier de la prothèse sur implant.

### 8.10 EST-CE QUE CES TRAITEMENTS SONT PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE OU PAR LES MUTUELLES ?

La sécurité sociale ne prend pas en charge ces interventions chirurgicales. En revanche, il est possible que votre mutuelle prenne en charge en partie ou totalement la greffe sur présentation d'un devis. Cela dépend de votre contrat.

### 8.11 FAUT-IL PREVOIR UN ARRÊT DE TRAVAIL APRÈS CES CHIRURGIES ?

L'arrêt de travail au lendemain de la greffe et dans les jours suivant n'est normalement pas nécessaire. Cette chirurgie ne revêtant pas de caractère d'urgence, il suffit de s'organiser pour ne pas avoir une activité soutenue le jour de l'intervention.

### 8.12 DOIS-JE ARRÊTER CERTAINS DE MES MÉDICAMENTS LE JOUR DE LA GREFFE ?

Non seulement il n'est pas nécessaire d'arrêter l'un de vos médicaments, même un anticoagulant mais cela est fortement déconseillé si cette modification de traitement n'est pas indiquée par votre médecin ou votre chirurgien-dentiste.

# 09.

## Et les implants ?

### 9.1 L'IMPLANTOLOGIE, ÇA EXISTE DEPUIS QUAND ?

**1952:** Études microscopiques in vivo de la moelle osseuse du lapin grâce à une vis creuse en titane aménagée en chambre optique.

**1958:** Mise en évidence de l'Ostéointégration, terme créé par Brånemark, et début des expérimentations animales en 1961 (durée d'observation : 2 à 10 ans).

**1965:** Application de la méthode chez des patients totalement édentés.

**1968:** Application à des cas d'édentation partielle.

**1977:** Début des enseignements théoriques et pratiques aux équipes suédoises.

**1979:** Début des mêmes cours aux équipes étrangères.

**1981:** Application à des cas unitaires.

**1981:** Première publication mondiale de la technique avec un recul de 15 ans.

**1984:** Les premiers implants dentaires de ce type sont posés en France par le Docteur Jean-François Tulasne.

**1985:** Le système Brånemark est agréé par le bureau des standards de l'American Dental Association de Chicago.

**2002:** 110 000 implants placés en France, 419 000 en Allemagne.

**2006:** Publication avec 20 ans de recul dans le traitement d'édentement partiel avec un taux de succès de 91 %.

### 9.2 UN IMPLANT DENTAIRE, C'EST QUOI EXACTEMENT ?

C'est une cheville en titane ou en céramique qui se propose de remplacer la racine de la dent. À ce titre, l'implant est placé dans l'os et relié dans un second temps à une couronne.

Quand on parle d'implantologie, on distingue une phase chirurgicale : mise en place de l'implant dans l'os (= remplacement de la racine perdue) et une phase prothétique : mise en place de la couronne sur l'implant.



Figure 9.1. Schéma d'un implant dentaire recouvert de son pilier prothétique et de sa couronne.

### 9.3 QUELLES SONT LES INDICATIONS DES IMPLANTS ?

Les implants sont indiqués dans le remplacement d'une ou plusieurs dents manquantes. C'est donc une solution de traitement alternative aux bridges (fixes) et aux appareils (amovibles).

Ainsi, dans le cadre de l'absence d'une molaire, on peut envisager :

- ▶ soit la réalisation d'un bridge prenant appui sur les dents de part et d'autre de celle manquante ;
- ▶ soit la mise en place d'un implant et par la suite d'une couronne sur cet implant.

Dans cette situation clinique, la solution implantaire présente l'avantage par rapport au bridge de ne pas « toucher » aux dents adjacentes.

Un édentement de trois dents pourra également être compensé par la mise en place de deux ou trois implants.

Pour un édentement complet, et selon la situation clinique, il faudra envisager la mise en place de 4 à 10 implants et par la suite d'une prothèse fixée.

Les implants peuvent également servir à la stabilisation d'une prothèse amovible (généralement à la mâchoire inférieure).

### 9.4 QUELS SONT LES INTÉRÊTS ET LES AVANTAGES DES IMPLANTS ?

L'intérêt principal des implants est de permettre le remplacement d'une dent sans toucher aux dents adjacentes. C'est une solution moins mutilante (économique en tissus dentaires).

Par rapport à un appareil amovible (« dentier »), les implants offrent une solution fixe (confort, élocution) et beaucoup moins traumatique pour les dents adjacentes.

### 9.5 QUELS SONT LES PRÉ-REQUIS INDISPENSABLES AVANT DE POUVOIR PLACER DES IMPLANTS ?

La mise en place d'implants dentaires s'inscrit systématiquement dans un plan de traitement global. À ce titre, il est fondamental que les maladies buccales aient été préalablement traitées : maladies carieuses et parodontales.

« Les implants sont indiqués dans le remplacement d'une ou plusieurs dents manquantes. »

Quand on songe que 80 % de la population française présente une maladie parodontale, il est presque systématiquement nécessaire de procéder à un

traitement des gencives préalablement à la mise en place des implants.

La mise en place d'implants dans des bouches malades ou présentant de la plaque dentaire et du tartre aboutira à une augmentation significative du taux d'échec et du taux de complication implantaire.

## 9.6 QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS DES IMPLANTS ?

Les contre-indications absolues peuvent être d'ordre général (maladies générales interdisant la réalisation d'intervention chirurgicale, maladies générales non traitées).

Localement, il existe des contre-indications relatives comme la quantité d'os (il est souvent possible de procéder à une modification des conditions anatomiques par des greffes osseuses afin de permettre la mise en place d'implants), et la présence de processus pathologiques non traités dans la bouche (maladie parodontale, infection dentaire). La consommation de tabac est une contre-indication relative, mais il faut noter que celle-ci augmente significativement le taux d'échec implantaire. L'ostéoporose n'est pas considérée comme une contre-indication à la mise en place d'implants.

## 9.7 COMMENT SE PASSE LA MISE EN PLACE D'UN IMPLANT ?

La mise en place d'un ou plusieurs implants se déroule sous anesthésie locale dans un bloc opératoire. Afin de respecter des conditions strictes d'asepsie (pour éviter la contamination des implants), le patient est recouvert d'un champ opératoire et le praticien et son assistant(e) sont revêtus de blouses stériles.

L'anesthésie est identique à celle réalisée lors d'un soin dentaire classique.

Après l'anesthésie, il convient de repousser la gencive pour accéder à l'os dans lequel un petit forage est réalisé. Ce forage va alors être progressivement agrandi (pour ne pas traumatiser l'os) afin de permettre la mise en place de l'implant. Les implants standards présentent un diamètre de 4 mm et le forage final est de l'ordre de 3mm (en fonction de la densité de l'os) ce qui permet à l'implant d'être bloqué mécaniquement dans l'os.

L'implant peut alors être enfoui sous la gencive qui est suturée au-dessus (dans ce cas, il faudra procéder au découvrage de l'implant et à la connexion d'un pilier de cicatrisation après quelques mois de cicatrisation).

Dans certains cas, l'implant peut également être directement connecté à un pilier de cicatrisation afin de permettre la cicatrisation de la gencive et éviter une deuxième intervention pour découvrir l'implant.

## 9.8 EST-CE UNE INTERVENTION DOULOUREUSE ?

La mise en place d'implants est une intervention non douloureuse. Les suites post-opératoires (douleur, gonflement, hématome) sont en règle générale moindres que pour une extraction dentaire.

## 9.9 QUELLE EST LA CHRONOLOGIE DU TRAITEMENT ?

À la suite de la mise en place des implants, il faut classiquement respecter un délai de cicatrisation de 2 à 6 mois (en fonction de la densité osseuse).

Si l'implant est enfoui, une intervention sous anesthésie locale sera réalisée pour découvrir l'implant et connecter le pilier de cicatrisation (vis transgingivale qui relie l'implant à la cavité buccale). Un mois après cette intervention, les étapes de réalisation prothétique peuvent être engagées.

Si l'implant est connecté au pilier de cicatrisation en une seule intervention, les étapes de réalisation prothétique pourront débuter après le délai de cicatrisation.

La mise en place de la couronne répondra alors aux mêmes étapes que la prothèse traditionnelle (empreinte, essayages et mise en place de la prothèse).

Un suivi régulier doit alors être mis en place pour contrôler la santé gingivale et le niveau d'os autour des implants.

## 9.10 QUEL EST LE TAUX DE SUCCÈS DES IMPLANTS DENTAIRES ?

Il est aujourd'hui communément admis des taux de succès de 95 % à 10 ans et entre 90 et 92 % à 20 ans. Ces taux de succès impliquent néanmoins un suivi régulier du patient, notamment en ce qui concerne son état de santé parodontale.

En effet, s'il n'est pas possible d'avoir des caries au niveau d'un implant, la maladie parodontale aura le même effet autour des implants qu'autour des dents : une perte osseuse progressive.

## 9.11 PEUT-ON REJETER UN IMPLANT ?

Il n'est pas possible de rejeter un implant car l'implantologie fait uniquement appel à la cicatrisation.

Lors d'une greffe cardiaque, le corps du sujet receveur reconnaît le cœur du donneur comme un élément étranger et se défend contre lui (c'est pour cela que les patients greffés prennent des médicaments antirejet toute leur vie).

À l'inverse, le corps n'est pas capable de reconnaître l'implant car celui-ci est biologiquement inerte.

Ainsi, lors de la mise en place d'un implant, le corps va considérer le forage dans l'os comme une fracture.

Quand il y a une fracture, le corps va cicatriser en comblant la fracture avec de l'os.

C'est exactement ce qui va se produire dans le cas de la mise en place d'un implant sauf que là, dans le forage, il y a l'implant qui va se retrouver prisonnier dans l'os : c'est ce que l'on nomme l'ostéointégration (phénomène de cicatrisation osseuse autour d'un implant en titane).

Dans certaines situations cliniques (une partie des 5 % d'échecs), et pour des raisons qui ne sont pas toujours identifiées, le site osseux ne va pas cicatriser et l'implant sera alors mobile (échec primaire).

Il conviendra alors de déposer l'implant et de nettoyer le site osseux afin de favoriser sa cicatrisation. Trois mois après cet échec, il sera possible de replacer un implant dans le même site.

## 9.12 SI ON PERD UN IMPLANT PLUS TARD ?

On parle là des échecs secondaires qui peuvent se produire plusieurs mois ou années après la mise en place des implants (l'autre partie des 5 %). Ces échecs peuvent être d'origine mécanique (sur-

charge sur l'implant) ou biologique (perte osseuse autour de l'implant, notamment dans les cas de maladie parodontale non traitée).

Il convient alors d'identifier les causes de l'échec afin de les corriger (par exemple, traiter la maladie des gencives) et d'envisager, après dépose de l'implant et nettoyage du site, la mise en place d'un nouvel implant.

### 9.13 EXISTE-T-IL D'AUTRES COMPLICATIONS ?

Comme dans tous les traitements dentaires et notamment prothétiques, des complications peuvent se produire. Elles peuvent concerner l'implant lui-même avec notamment l'apparition d'une perte osseuse autour de l'implant pour des raisons biologiques ou mécaniques.

Elles peuvent concerner les couronnes avec des possibilités de descellement, de dévissage ou de fracture des composants cosmétiques.

Seul un suivi régulier permet d'anticiper ces complications et, le cas échéant, de les traiter avec les moyens adéquats.

### 9.14 COMMENT NETTOYER AUTOUR DES IMPLANTS ?

Tout comme les dents, les implants nécessitent un entretien régulier. Cet entretien peut être réalisé au moyen de brosses à dents électriques ou manuelles et d'instruments de contrôle de plaque interdentaires (brossettes interdentaires ou fil dentaire). Deux à trois brossages journaliers sont recommandés afin d'éviter l'accumulation de la plaque dentaire.

### 9.15 QUI PLACE LES IMPLANTS ?

L'obtention de taux de succès important est fonction non seulement de la qualité du geste chirurgical mais également, et surtout, de la solidité du plan de traitement global et du suivi du patient. Les omnipraticiens formés à l'implantologie et disposant des structures (bloc opératoire) et du matériel nécessaire ainsi que les parodontistes sont à même d'intégrer l'implantologie dans le plan de traitement global du patient.

### 9.16 EST-CE QUE LES IMPLANTS SONT MEILLEURS QUE NOS DENTS ?

#### *Certainement pas !!*

Le meilleur implant du marché reste la dent sans aucune discussion possible. Seules les dents définitivement condamnées peuvent être remplacées par des implants.

Il est donc fondamental que le praticien évalue le pronostic des dents avant d'envisager leur remplacement.

### 9.17 FAUT-IL EXTRAIRE LES DENTS PRÉVENTIVEMENT POUR CONSERVER LE POTENTIEL OSSEUX ?

#### *Surtout pas !!*

Un patient suivi et traité pour sa maladie parodontale ne perd plus d'os. Il est absolument incohérent d'envisager des extractions préventives dans le but de conserver l'os. D'autant qu'il a été démontré que l'extraction dentaire entraîne systématiquement une perte osseuse associée. Extraire les dents préventivement pour conserver l'os aurait pour résultat exactement le contraire de ce qui est recherché.

### 9.18 UNE DENT QUI BOUGE EST-ELLE FORCÉMENT UNE DENT CONDAMNÉE ?

#### *Absolument pas !!*

La mobilité dentaire est associée à l'inflammation des tissus profonds et à la perte osseuse. Dans de nombreuses situations cliniques, un traitement parodontal, en réduisant l'inflammation permettra de stopper la mobilité dentaire.

Par ailleurs, il existe désormais, pour certaines situations cliniques précises, des moyens de reformer l'os autour des dents et d'éviter ainsi leurs extractions.

### 9.19 EST-CE QUE LES IMPLANTS SONT REMBOURSÉS ?

La mise en place chirurgicale d'implants dentaires est un acte hors nomenclature qui n'est donc pas remboursé par la sécurité sociale. La prothèse sur implant est partiellement remboursée par la sécurité sociale. Certaines mutuelles proposent le remboursement d'une partie de la mise en place chirurgicale des implants.

### 9.20 POURQUOI LES IMPLANTS SONT-ILS ONÉREUX ?

Le coût des implants reste élevé en raison du prix des composants chirurgicaux (implants, matériel chirurgical) et prothétiques (pilier de prothèse). À cela doit s'ajouter pour la partie chirurgicale du traitement, l'ensemble du matériel stérile et le coût du bloc opératoire.

#### **Est-ce que tous les implants sont de bonnes qualités ?**

Si les implants actuels ont des formes extrêmement proches, il n'en n'est pas de même au niveau de leur qualité. Il existe

ainsi plusieurs laboratoires historiques à l'origine du développement des systèmes implantaires et qui se démarquent par l'importance de leurs équipes de recherche, le nombre de publications et la qualité de la traçabilité de leur système. Tout ceci concourt à améliorer le pronostic des implants et à permettre des taux de succès plus favorables que les systèmes dits low cost.

### 9.21 FAUT-IL ALLER À L'ÉTRANGER POUR FAIRE DES ÉCONOMIES ?

Il est absolument impensable et excessivement risqué de considérer la santé dentaire comme un bien de consommation. Cela pour plusieurs raisons :

- ▶ Toute intervention chirurgicale peut être associée à des complications qui seront toujours délicates à gérer si le praticien est à plusieurs milliers de kilomètres.
- ▶ La mise en place d'implants dentaires ne doit pas être considérée comme un acte isolé mais comme partie intégrante d'un plan de traitement global de la bouche qui implique un suivi régulier. Toute la littérature scientifique indique que c'est la qualité de ce suivi qui permettra d'envisager les taux de succès précédemment cités.
- ▶ La réduction des coûts se fait bien souvent au détriment de la qualité des produits utilisés. Il est illusoire de penser que les matériaux utilisés dans ces pays sont les mêmes que ceux utilisés en France. Bien souvent, quand il est nécessaire d'intervenir de nouveau sur des patients ayant eu recours à du tourisme médical, il est impossible de savoir ce qui a été placé dans la bouche et donc très souvent impossible de

réaliser une nouvelle intervention simplement.

- ▶ Les complications (à long terme) simples mais ennuyeuses pour le patient (couronne mobile par exemple) ne peuvent être gérées que si l'on connaît les produits placés en bouche et que si les composants utilisés sont encore disponibles.
- ▶ La mise en place d'implants doit être uniquement envisagée dans des bouches assainies dans lesquelles la maladie parodontale a été traitée. Ce traitement peut nécessiter plusieurs semaines avant de pouvoir envisager la mise en place des implants.

## 9.22 PEUT-ON PLACER LA COURONNE LE JOUR DE LA MISE EN PLACE DE L'IMPLANT ?

Il est tout à fait possible de placer une couronne provisoire sur un ou plusieurs

### POUR EN SAVOIR PLUS

#### • Peut-on placer un implant le jour de l'extraction de la dent ?

La mise en place d'un implant le jour de l'extraction est possible. Elle répond néanmoins à un cahier des charges très strict qui n'est pas fréquemment retrouvé. Celui-ci comprend les éléments suivants : l'absence d'infection sur le site opératoire, la possibilité de stabiliser l'implant et de gérer les tissus mous autour de l'implant. La mise en place d'un implant le jour de l'extraction a pour seul intérêt de réduire le temps de traitement ; cette technique n'aura aucun impact sur la préservation du volume osseux.

implants le jour de leur mise en place. Il faut néanmoins garder à l'esprit que ces protocoles ne peuvent être envisagés dans toutes les situations cliniques.

Il convient de distinguer deux situations :

- ▶ La mise en temporisation immédiate : mise en place d'une restauration prothétique provisoire sans contact fonctionnel avec les dents antagonistes.
- ▶ La mise en charge immédiate : mise en place d'une restauration prothétique définitive ou provisoire en contact avec les dents antagonistes.

La situation clinique qui se prête le plus à la mise en place immédiate d'une restauration prothétique est l'édentement complet mandibulaire (mâchoire inférieure).

Dans le cadre d'un édentement unitaire, la mise en temporisation immédiate devra être réservée à des situations cliniques particulièrement favorables.

## 9.23 EST-IL POSSIBLE DE RECONSTRUIRE DE L'OS EN CAS DE VOLUME OSSEUX INSUFFISANT ?

En présence d'un volume osseux insuffisant (en hauteur ou en épaisseur), il est possible de procéder à des techniques de greffe osseuse.

Il faut néanmoins garder à l'esprit que les reconstructions osseuses en épaisseur sont plus prédictibles que celles impliquant des reconstructions en hauteur (mise à part celles concernant le sinus).

De nombreuses techniques de greffes osseuses sont disponibles en fonction du type et de l'importance du défaut osseux.

Schématiquement, il existe deux grands types de techniques (en fonction des

caractéristiques du défaut osseux à reconstruire) :

- ▶ Les greffes osseuses avec des blocs d'os autogène (os prélevé sur le patient au menton ou en arrière de la mandibule ; au niveau du crâne quand les volumes nécessaires sont très importants).
- ▶ La régénération osseuse guidée (ROG) utilisant des membranes (résorbables ou non résorbables) avec de l'os autogène ou des substituts osseux (d'origine animale ou synthétique).

## 9.24 EST-IL POSSIBLE D'AUGMENTER LA HAUTEUR OSSEUSE DANS LES SECTEURS MAXILLAIRES (SUPÉRIEURS) POSTÉRIEURS ?

Les secteurs maxillaires postérieurs (notamment au niveau des molaires et des secondes prémolaires maxillaires) se caractérisent souvent par un volume osseux insuffisant en hauteur. Cette situation s'explique par la présence dans ce secteur du sinus maxillaire.

Lorsque la hauteur osseuse sous le sinus est insuffisante pour placer un implant (hauteur inférieure à 7 mm), il est possible de procéder à une technique d'élévation du sinus maxillaire. Celle-ci permet d'augmenter significativement la hauteur osseuse sous le sinus maxillaire. Le principe de cette chirurgie est

d'élèver la membrane qui tapisse le sinus et de la maintenir dans sa nouvelle position à l'aide d'un substitut osseux (d'origine animale ou synthétique) ou éventuellement d'os autogène.

La mise en place des implants pourra s'effectuer au cours de la chirurgie d'élévation du sinus (si la hauteur osseuse est suffisante pour stabiliser l'implant) ou après une période de cicatrisation de 6 mois.

## 9.25 QUELLES SOLUTIONS DE REMPLACEMENT EN ATTENDANT LA COURONNE SUR LES IMPLANTS ?

Dans la majorité des situations cliniques, un délai de 2 à 6 mois doit être respecté entre la mise en place de l'implant et la pose d'une couronne provisoire ou définitive.

Dans les secteurs postérieurs, une solution de prothèse amovible peut être suggérée (notamment si le nombre de dents manquantes est supérieur à 2).

Dans les secteurs antérieurs, une solution de temporisation doit systématiquement être proposée. Il s'agira soit d'une prothèse amovible, soit d'une attelle collée (avec une dent provisoire collée dessus), soit d'un bridge collé (sans préparation dentaire).

Enfin, dans certaines conditions cliniques particulières, la mise en place d'une restauration provisoire peut être envisagée le jour de l'intervention.



Figure 9.3 : L'implant est posé.

Figure 9.2 : Radiographie d'un implant recouvert de sa couronne.

Figure 9.4 : La couronne en céramique recouvre l'implant.

# 10.

## Voyage au centre de l'haleine

Qui n'a pas été gêné, au cours d'une conversation ou après un repas, par l'haleine désagréable de son interlocuteur ? Et qui ne s'est pas posé les interrogations qui en découlaient : est-ce normal ou peut-il s'agir d'une maladie ? Est-ce qu'il m'arrive également d'avoir mauvaise haleine ? Cette gêne est-elle simple à traiter ?

Se pencher sur la nature et sur l'origine des gaz présents dans l'haleine permet de répondre à ces nombreuses questions.

### 10.1 JE PENSE AVOIR MAUVAISE HALEINE : EST-CE QUE JE DOIS M'INQUIÉTER ?

Chaque individu présente une mauvaise haleine à un moment de la journée, au réveil, à la fin de la journée ou après l'ingestion de certains aliments ou médicaments. Dans la plupart des cas, ces gênes passagères ne relèvent pas d'une maladie. Il arrive cependant qu'une pathologie soit présente et se manifeste par la présence de gaz malodorants rejetés par la bouche. Il importe dans ces situations d'établir la relation entre la présence de ces gaz et un problème local ou général. Les sources d'halitose se trouvant principalement au niveau de la bouche, il est logique de consulter en premier lieu un chirurgien-dentiste ou un parodontiste qui s'assurera de l'état de santé des dents et du parodonte.

### 10.2 L'HALITOSE (MAUVAISE HALEINE) EST-ELLE UN SYMPTÔME FRÉQUENT ?

Variante peu selon le sexe, les catégories d'âge ou les pays, l'halitose concerne en moyenne un adulte sur quatre. Il y a lieu de distinguer l'halitose physiologique (normale), qui touche toutes les

personnes, de l'halitose pathologique. La première s'exprime chez tout le monde, et plus particulièrement au réveil. La formation de composés sulfurés se produit essentiellement durant la nuit et entre les repas, c'est-à-dire lorsque la fonction masticatrice est, c'est le cas de le dire, en sommeil. Le premier souffle émis au réveil est donc logiquement particulièrement désagréable, les composés sulfurés s'étant accumulés et concentrés dans la bouche.

Un petit déjeuner équilibré suivi d'un brossage avec dentifrice pourra chasser les odeurs dérangeantes. Mais le cycle de formation des composés sulfurés est sans fin, et recommence dès la fin du petit-déjeuner, et plus tard, du déjeuner. L'évolution cyclique de la présence des composés sulfurés dans la cavité buccale est donc un phénomène physiologique constant ; elle est interrompue régulièrement par les repas et les mesures d'hygiène qui les suivent.

À cette production normale de gaz sulfurés peut cependant se greffer une production anormale de composés sulfurés, tant en matière qualitative que quantitative. Ainsi, une atteinte parodontale modérée ou sévère aura en corollaire une production anormalement élevée d'un gaz particulièrement malodorant, le méthyle mercaptan ; de la même manière, des amygdales imprégnées de concrétions minérales riches en bactéries laisseront exhaler, à la pression, des odeurs nauséabondes.

Il y a donc lieu de distinguer les odeurs normalement produites au cours de la journée et de la nuit, des odeurs reflétant une pathologie locale ou pouvant parfois correspondre à un signe révélateur d'une pathologie générale.

### POUR EN SAVOIR PLUS : COMMENT PARLER À MON CHIRURGIEN-DENTISTE DE MON PROBLÈME D'HALEINE ?

Il est difficile de confier à quelqu'un, fût-ce un professionnel de santé, une gêne relevant d'une mauvaise odeur buccale. L'halitose a toujours été un sujet tabou ; pourtant, votre chirurgien-dentiste est le professionnel de santé le mieux placé pour réaliser la première approche diagnostique. La cavité buccale est dans 85 % des cas le lieu d'origine des composés malodorants. Le chirurgien-dentiste doit réaliser avant tout un diagnostic positif, c'est-à-dire confirmer une présence anormalement élevée de composés sulfurés.

Une fois le diagnostic d'halitose confirmé, il y a lieu de déterminer avec exactitude la source de production des composés malodorants ; cette information est déterminante car elle permet d'orienter le plan de traitement.

Ainsi, une inflammation des gencives doit être suivie d'un assainissement parodontal et des conseils d'hygiène parodontale adéquats, les caries sont soignées, les obturations infiltrées (amalgames, résines non étanches...) doivent être changées, les couronnes inadaptées remplacées, en d'autres termes, tout ce qui a vocation à favoriser la rétention alimentaire ou bactérienne doit être éliminé et remplacé.

### 10.3 MON ALIMENTATION EST-ELLE RESPONSABLE DE L'ODEUR DE MON HALEINE ?

Elle peut l'être, dans une large mesure, lorsqu'il y a consommation d'aliments contenant des composés très odorants et très volatils. La consommation

d'ail, par exemple, a pour résultat une haleine très puissante et susceptible d'incommoder son interlocuteur. La source en est une molécule bien connue pour ses propriétés antiseptiques, certains avancent même anticancéreuses, le disulfure de diallyle. L'haleine est tout aussi caractérisée avec des mets pimentés, des boissons alcoolisées, comme le whisky, le vin ou la bière, ou après avoir fumé.

Une caractéristique commune à ces colorants de l'haleine est leur réversibilité ; les odeurs disparaissent après élimination, via le courant sanguin puis les poumons, des molécules odorantes volatiles.

#### **10.4 LES MAUVAISES ODEURS REMONTENT-ELLES DE MON ESTOMAC ?**

En partie oui, mais dans une très faible proportion. La grande majorité des odeurs buccales désagréables, avec une fréquence de près de 80 %, sont produites dans la cavité buccale. Les deux autres sources sont ORL (amygdales, carrefour oro-pharyngé) représentant environ 15 % des cas, et dans seulement 5 % des situations, les composés malodorants trouvent leur origine au niveau gastro-intestinal ou sont le résultat de désordres métaboliques ou de pathologies générales.

#### **10.5 QUE DOIS-JE FAIRE POUR NE PAS RISQUER D'AVOIR MAUVAISE HALEINE ?**

Éviter bien sûr tous les aliments ou boissons riches en molécules malodorantes volatiles, comme l'ail, l'oignon, l'alcool ou le tabac. Et encore, leur

réversibilité et leur sédation après prise de grains de café, de clou de girofle ou de menthe n'en font pas des problèmes médicaux.

Par contre, le risque d'accumuler les bactéries et résidus alimentaires dans la cavité buccale doit faire l'objet de toute votre attention. Votre chirurgien-dentiste vous aidera dans le choix de l'instrumentation d'hygiène bucco-dentaire la plus adaptée afin d'éviter la formation de « pièges à plaque » ; il recherchera également, au moyen d'examen cliniques ou radiographiques, à identifier la présence de lésions carieuses, parodontales, de fractures, de descellements, bref, de toute source d'accumulation de bactéries.

#### **POUR EN SAVOIR PLUS : EST-CE QUE MA BROSSÉ À DENTS SUFFIT À ACCÉDER À TOUS CES PIÈGES ?**

Malheureusement non. Il faut fréquemment faire appel à des instruments adaptés au profil des zones à nettoyer. On préconise ainsi, pour les espaces interdentaires, du fil dentaire ou des brossettes de diamètres variables et correspondant à la taille des espaces interdentaires. De la même façon, on pourra recommander, pour les zones difficiles d'accès comme les faces linguales des molaires mandibulaires, l'utilisation d'une brosse à dents électrique, plus maniable et de taille plus petite.

Le nettoyage mécanique de la langue pourra être réalisé avec une brosse à dents souple (extrémité du diamètre des poils de 1 / 100<sup>e</sup>), ou éventuellement à l'aide d'un gratte-langue si possible siliconé.

#### **10.6 FAUT-IL PRENDRE DES ANTI-BIOTIQUES POUR SUPPRIMER LES MAUVAISES ODEURS ?**

Surtout pas ! La production de composés malodorants dans la cavité buccale résulte de la décomposition de résidus alimentaires, essentiellement protéinés, par les bactéries de la bouche. Cependant, les bactéries à l'origine de cette digestion représentent une petite partie des nombreuses espèces bactériennes présentes.

Parmi les 700 espèces composant la flore bactérienne de la bouche, nombreuses sont celles vivant à l'état commensal, c'est-à-dire en relation étroite et harmonieuse avec tous les autres composants de la bouche.

L'élimination des bactéries défavorables de la bouche doit faire l'objet d'un traitement spécifique réalisé par votre chirurgien-dentiste, traitement dont la complexité est fonction de la localisation des foyers bactériens.

#### **10.7 EST-CE QUE JE DOIS PRENDRE D'AUTRES MÉDICAMENTS ?**

En présence d'une parodontite, la désinfection de la cavité buccale après traitement pourra être complétée par l'utilisation d'antiseptiques locaux. Une fois recouvert un état de santé parodontale, un haut niveau d'hygiène buccale est recommandé et passe par l'utilisation conjointe d'instruments de nettoyage adaptés, d'antiseptiques locaux et de dentifrices ; ils doivent permettre une utilisation à moyen ou long terme et être spécifiques du traitement des composés sulfurés ; cette action modératrice au niveau de la flore buccale est complétée par des conseils diététiques.

Il faut garder à l'esprit que le personnage clé au centre de la prévention de l'apparition d'odeurs désagréables est le patient lui-même. En effet, des efforts d'hygiène et diététiques quotidiens et adaptés permettant de prévenir la recolonisation microbienne et la stagnation de résidus bactériens conduisent à une haleine agréable et à une nouvelle intégration familiale et sociale.

#### **POUR EN SAVOIR PLUS : QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE DE COMPOSÉS MALODORANTS DANS LA BOUCHE ?**

Après examen des dents et du parodonte, le chirurgien-dentiste observe les tissus mous de la cavité buccale, faces internes des joues, surface de la langue, amygdales. Ces deux dernières, par leurs reliefs accidentés faits de micro-villosités et de cryptes, sont de véritables lieux de stockage des bactéries, cellules mortes ou résidus alimentaires. L'observation de mousses de couleur et d'épaisseur variables nécessite leur élimination et l'apprentissage des gestes de base permettant de prévenir leur accumulation.

#### **10.8 ET SI MA BOUCHE N'EST PAS À L'ORIGINE DE L'HALITOSE ?**

En l'absence de diagnostic positif, de mise en évidence d'une étiologie buccale au problème d'odeurs buccales, votre chirurgien-dentiste vous orientera auprès du professionnel de santé à même de compléter cette première approche diagnostique.



## CONCLUSION

La majeure partie de la population est un jour touchée par une maladie parodontale. La gingivite est observée chez 80 % des adultes. C'est le premier stade avant la parodontite qui peut revêtir différentes formes ; superficielle à sévère, localisée ou généralisée. La parodontite peut aboutir à la perte des dents. Leur prise en charge précoce conditionne grandement le succès thérapeutique.

Cette maladie est chronique, elle ne peut pas guérir après quelques séances de soins. En revanche les surfaçages

radiculaires, éventuellement des chirurgies et dans tous les cas, un suivi très régulier tout au long à vie, pourront la stabiliser.

Le traitement demande une collaboration entre le patient et le praticien. Le patient doit prendre en charge l'élimination quotidienne de la plaque bactérienne.

L'implant dentaire est dans bien des cas la meilleure solution de remplacement d'une dent manquante. Pour autant, il ne doit pas être envisagé précocement, le meilleur implant reste la dent !



SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

La SFPIO, Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale est une société scientifique qui a pour but d'œuvrer pour la promotion et la formation en Parodontologie et en Implantologie. Forte de plus de 1100 membres, la SFPIO est une des plus importantes sociétés savantes françaises du monde dentaire. Aux côtés d'autres sociétés européennes, elle est membre de l' EFP: European Fédération of Periodontology. Elle est une confédération de seize sociétés régionales. Chaque société régionale organise chaque année quatre conférences ainsi que, pour certaines, des cycles de formation continue en

Parodontologie et en Implantologie. la SFPIO organise chaque année un congrès national et assure la formation continue en parodontologie et implantologie par des sessions en présentiels mais aussi de l'e-learning, des webinars et des parutions écrites. Elle vient de créer un site à l'attention des patients: mesgencivesmesimplants.com qui reprend bon nombre de questions réponses de cet ouvrage et qui publie également de nombreux articles d'actualités se rapportant à la parodontologie et l'implantologie pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

### Contact

Caroline DENIAUD  
Attachée de Direction  
9 rue Boileau 44000 Nantes  
02 40 08 06 63  
contact@sfpio.com

mes.  
Gencives  
mes Implants

# **J'ai peur de perdre mes dents : que faire Docteur ?**

Par Caroline Fouque, Patrick Boulange,  
Stéphan Duffort, Laure Garbarini,  
Marjolaine Gosset, Corinne Lallam,  
David Nisand, Nicolas Picard,  
Yves Reingewirtz.