

**PRISE EN CHARGE D'UN CAS DE PARODONTITE
AGRESSIVE GENERALISEE**

Auteurs

KAMAGATE A.
KONE D.
MOBIO S..
COULIBALY N.T.

Service

D é p a r t e m e n t d e
parodontologie, UFR Odonto-
Stomatologie, Université Félix
Houphouët Boigny - Abidjan

Correspondance

Dr Anzoumana KAMAGATE
U.F.R. Odonto-Stomatologie
Université Félix Houphouët
Boigny - Abidjan
22 BP 612 Abidjan 22
anzkamagate@yahoo.fr

RESUME

Dans cette étude, les auteurs présentent la prise en charge d'un cas de parodontite agressive généralisée sur le plan parodontal et prothétique. Le traitement parodontal (détartrage, curetage, irrigation sous-gingivale, antibiothérapie et la chirurgie parodontale) a donné la santé parodontale et corrigé l'architecture gingivale. Ce qui a permis la réalisation de prothèse combinée (prothèse fixée et prothèse adjointe partielle coulée) pour remplacer les incisives extraites et rétablir la fonction, l'esthétique et l'état psychologique du patient.

Mots-clés : Parodontite agressive généralisée, Curetage parodontal, Gingivectomie, Prothèse

SUMMARY

This study deals with the periodontal and prosthetic treatment of a generalized aggressive periodontitis. The periodontal treatment (i.e. scaling and roots planning, sub-gingival irrigation, antibiotic therapy and periodontal surgery) led to the periodontal health and corrected the gingival architecture. With a combined dental prosthesis, incisors have been replaced so as to restore the dental function, its esthetics, and the psychological state of the patient.

Keys words : Generalized aggressive periodontitis, Periodontal scaling, Gingivectomy, Prosthesis

I - PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Il s'agit d'un sujet de sexe masculin, âgé de 22 ans, atteint de parodontite agressive généralisée associée à une Dysharmonie dento-maxillaire.

Sur le plan clinique

A l'interrogatoire, le patient ne présente aucune maladie sur le plan général. Cependant, l'hygiène bucco-dentaire est insuffisante, avec des dépôts tartriques recouverts de plaque bactérienne (biofilm). Nous avons constaté une inflammation gingivale généralisée associée à une gingivorragie et une hypertrophie gingivale généralisée aux deux arcades (fig. 1).

Le patient présente une mobilité dentaire variant de 2 à 4 et une malposition des incisives, qui sont en vestibulo-version. Sauf La 31, qui est en position linguale et exerce un trauma continu sur la papille palatine. Le sondage parodontal a montré des profondeurs de poches de 6 à 12 mm plus ou moins généralisés.

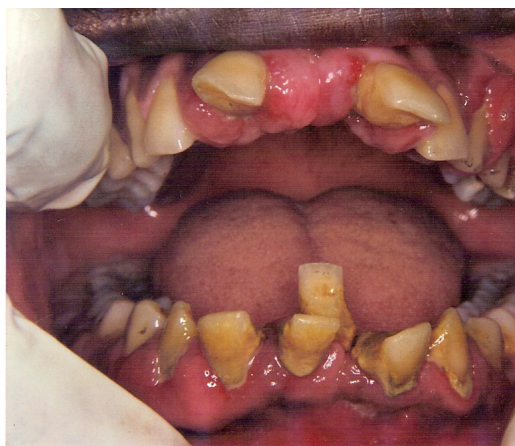


Figure 1 : cas à la 1^{ère} consultation

Sur le plan clinique radiographique

A la radiographie panoramique (fig. 2) nous observons des lyses osseuses horizontales associées à des lésions angulaires plus ou moins généralisées aux deux arcades. Les lésions sont plus importantes dans les secteurs antérieur et postérieur supérieur droit. Elles sont

modérées dans les secteurs postérieurs supérieur gauche et inférieur droit. Les lésions sont plus importantes dans les secteurs antérieurs à cause de l'action conjuguée du trauma occlusal, qui est un cofacteur de destruction des tissus parodontaux.



Figure 2 : radiographie panoramique

II - PLAN DE TRAITEMENT

Première Phase : le patient a d'abord été motivé et instruit aux techniques d'hygiène bucco-dentaire, afin de lui faire prendre conscience de sa maladie et de lui donner les moyens pour assurer un contrôle de plaque efficace.

Une antibiothérapie a été mise en place, à base d'amoxicilline 1,5mg associé à 750 mg de metronidazole pendant trois semaines.

Une semaine après, le traitement mécanique (détartrage et curetage parodontal à l'aveugle associé à une irrigation sous-gingivale) est mise en place en trois séances, en raison d'une séance par semaine.

Deuxième Phase : Un mois après, un traitement chirurgicale est mise en place. Qui a consisté à une gingivectomie, gingivoplastie de la 18 à la 28 et de la 38 à la 48 (fig. 3). Les incisives ont été extraites sauf les deux latérales supérieures, qui ont été conservés. Nous avons également réalisé un lambeau d'accès au niveau du secteur postérieur supérieur droit (la 26 et la 27). Ce qui nous a permis de réaliser un curetage à ciel ouvert, pour favoriser la cicatrisation et diminuer la mobilité dentaire. A ce stade, nous avons

réalisé des prothèses adjointes partielles immédiates pour guider la cicatrisation et rassurer le patient sur le plan esthétique et psychologique (fig. 4).

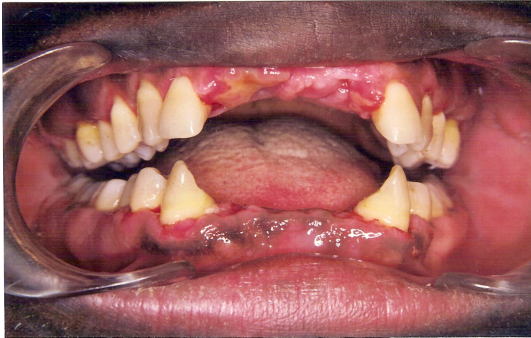


Figure 3 : Une semaine après la gingivectomie



Figure 4 : Prothèses transitoires

Troisième phase : Un mois après la chirurgie parodontale (fig. 5), nous constatons que la gencive a parfaitement cicatrisé, elle est devenue saine, ferme et adhérente. La santé parodontale a été rétablie et, nous pouvons passer maintenant à la phase prothétique.

Nous avons réalisé une prothèse combinée :

- une prothèse fixée céramo-métallique sur la 12 et la 22 afin de corriger leur axe, pour les faire entrer dans le nouveau plan d'occlusion (fig. 5),
- une prothèse adjointe partielle coulée haut et bas pour remplacer les dents extraites (fig. 6),
- en fin de traitement, un ajustage

occlusal a été réalisé pour supprimer les interférences et les contacts prématurés.

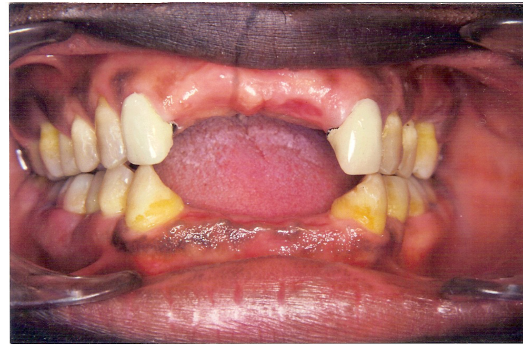


Figure 5 : Prothèses fixées sur 12 et 22



Figure 6 : Pose des appareils définitifs

CONCLUSION

Il faut noter que le patient a répondu favorablement au traitement initial et à la chirurgie parodontale, ce qui nous a permis de rétablir la santé parodontale rapidement, au bout de deux mois. Et le traitement prothétique nous a permis de rétablir la fonction et l'esthétique. Cette prise en charge nous a surtout permis de mettre le patient dans un état psychologique positif pour son insertion dans la société. Toutefois, le traitement parodontal n'a de valeur dans le temps que, si une maintenance est mise en place. La maintenance consiste à établir des visites de contrôle tous les deux à trois mois afin de s'assurer que le patient respecte bien les règles d'hygiène bucco-dentaire dans un premier temps ; mais ces visites permettent surtout au parodontiste,

de réaliser des traitements d'entretien ou d'interception pour maintenir les charges bactériennes à un niveau compatible avec la santé parodontale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABJEAN J. Impératifs occlusaux des reconstructions prothétiques en présence de lésions parodontales profondes. *J. Parodontol. Implantol. Oral* 1986, 5 (4) : 353 – 363
- BARRO A. Difficultés inhérentes à la réalisation de la prothèse combinée en Côte d'Ivoire. Thèse Chir. Dent. 1999, UFR Odonto-Stomatol. - Université Cocody – Abidjan.
- FLESZAR J.J., KNOWLES J. W., MORRISON E. C., BURGETT F. G., NISSLE R. A. et RAMFJORD S. P. Tooth mobility and periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol.* 1980, 7 : 495 – 505.
- KOSINKI S. Processus décisionnel en chirurgie parodontale pré-prothétique *Real. Clin.* 2000, 11 (2) : 159 – 168.