

Prise en charge pluridisciplinaire d'une parodontite juvénile :

Traitement paro-ortho-prothétique

France LAMBERT

Spécialiste en parodontologie,
Chef de Clinique Adjoint,
Service de Parodontologie et
de Chirurgie Buccale,
Université de Liège, Belgique

Eric ROMPEN

Spécialiste en parodontologie,
Professeur et Chef de Service,
Service de Parodontologie et
de Chirurgie Buccale,
Université de Liège, Belgique

Correspondance à : france.lambert@chu.ulg.ac.be

Introduction :

Les parodontites juvéniles ont une certaine prévalence dans la population française et belge. Ces atteintes parodontales chez des sujets jeunes provoquent des lésions majeures ayant des conséquences fonctionnelles et esthétiques non négligeables. Une prise en charge parodontale est impérative, mais pour la plupart des patients, le traitement de cette maladie de l'adulte jeune nécessite une intervention pluridisciplinaire (orthodontique et/ou prothétique). La présentation de ce cas clinique vise à documenter chaque étape de ce type de traitement. Il associe une approche thérapeutique conservatrice et peu invasive avec l'utilisation de nouvelles technologies implantaires.

Diagnostic :

Cette patiente âgée de 18 ans se présente dans notre service de médecine dentaire, avec comme plainte majeure, la migration sévère des incisives supérieures et l'aspect disgracieux de son sourire. Elle est non fumeuse et en bonne santé générale.

L'examen clinique et radiologique initial met en évidence des pertes osseuses ainsi que la présence de poches parodontales actives localisées au niveau des incisives supérieures et d'une des premières molaires supérieures. D'autre part, la migration asymétrique des incisives traduit la présence de troubles de la fonction linguale associées à des para-fonctions occlusales.



Photo 1



Photo 2



Photo 3

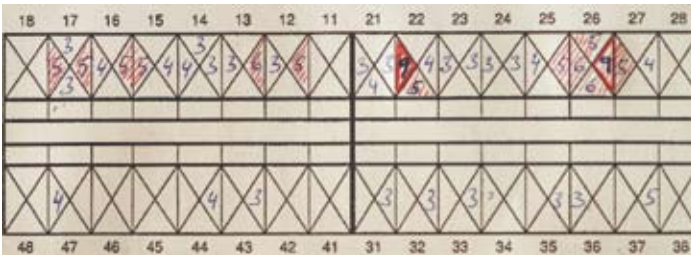


Fig. 1

Le diagnostic d'une parodontite juvénile associée à des troubles occlusaux a été établi.

Traitement :

Un traitement par surfaçage associé à une antibiothérapie par voie orale (Amoxicilline/Métronidazole) a été réalisé en thérapie initiale. [1, 2] Des ajustements occlusaux par meulages sélectifs ont permis d'équilibrer l'occlusion.

Après la réévaluation parodontale à 8 semaines, une chirurgie parodontale a été envisagée dans le secteur 26. [3, 4]



Photo 4

La parodontite était dès lors stabilisée, cependant, les dents 21 et 22 présentent toujours un pronostic incertain à long terme.

Réhabilitation orale :

Un traitement orthodontique a été entrepris afin de repositionner les incisives dans leurs situations initiales.

Parce que les dents 21 et 22 avaient perdu plus de 50% de leur support osseux, une composante d'extrusion leur a été appliquée afin de régénérer la morphologie osseuse et gingivale dans cette région et de réduire le bras de levier extra-alvéolaire.[5]



Photo 5

En fin de traitement orthodontique, la dent 21 présentait un pronostic favorable.



Photo 6



Photo 7

Cependant, l'aménagement des tissus mous environnants a été réalisé sur cette dent afin d'optimiser l'anatomie des

tissus ainsi que le résultat esthétique : d'abord une frénectomie et ensuite, 3 semaines plus tard, une greffe de conjonctif enfoui.

La dent 22 n'a pas été conservée et a été remplacée par un implant. En effet, cette dent présentait toujours une poche infra-osseuse sur un parodonte déjà réduit d'environ 50%, de plus, cette patiente jeune était demandeuse d'une solution esthétique et fiable à long terme.

L'alvéole d'extraction a été gérée par une technique chirurgicale spécifique afin de modifier le biotype gingival du futur site implantaire.



Photo 8

Trois mois plus tard, le volume osseux disponible pour remplacer la 22 a été évalué par une tomographie.

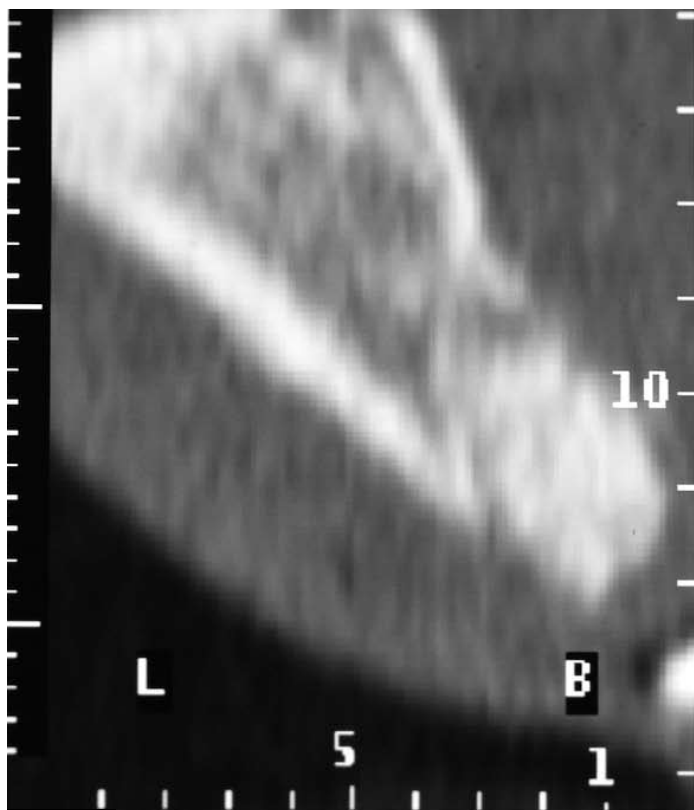


Photo 9

Un implant prototype en zircone a été placé avec une approche chirurgicale peu invasive et un lambeau à minima. La patiente a bénéficié d'une « mise en esthétique » immé-

diante, c'est à dire du placement immédiat d'une couronne provisoire juste après la chirurgie, sans contact, ni en occlusion ni en latéralité.

Le design de cet implant en une seule pièce favorise l'intégration biologique des tissus et son matériau (la zircone) permet d'optimiser le résultat esthétique.[6-8]



Photo 10a



Photo 10b



Photo 10c



Photo 11

Des couronnes 'full ceramic' ont été placées quelques mois plus tard, après maturation complète des tissus mous.



Photo 12a



Photo 12b



Photo 13a



Photo 13b

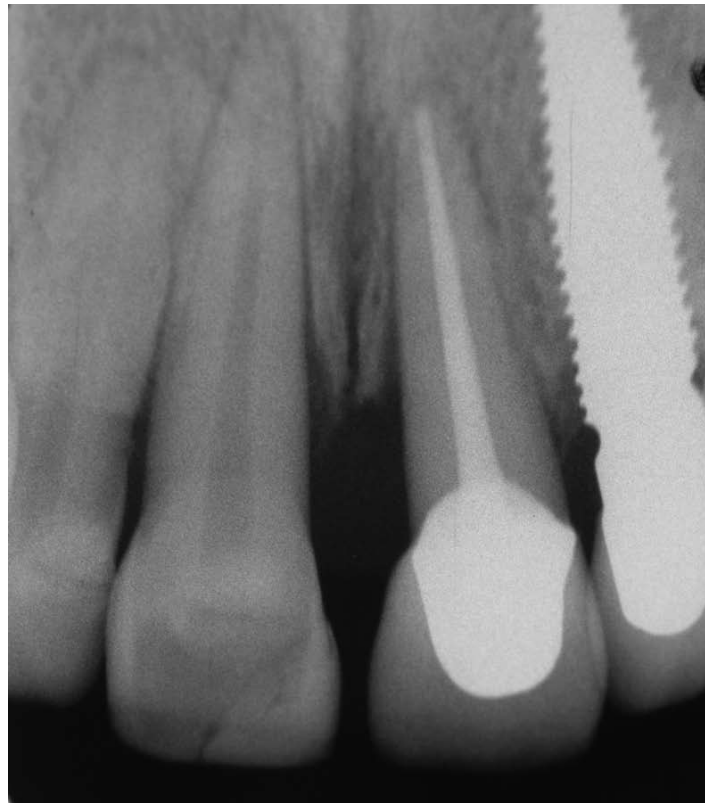


Photo 13c

En fin de traitement, le port nocturne d'une contention orthodontique amovible a été recommandé. Le sourire de cette jeune patiente a été rétabli, cependant un suivi parodontal rigoureux est indispensable afin de diagnostiquer précocement une éventuelle récurrence parodontale ou orthodontique.[9]

Conclusion :

L'orthodontie au service de la parodontologie est un concept à considérer, qui peut être extrêmement bénéfique, surtout dans des cas de parodontites agressives. Une approche thérapeutique pluridisciplinaire est nécessaire pour traiter ce type de cas complexes. La combinaison d'une technique d'implantation peu invasive et de l'utilisation d'un design et d'un matériau implantaire innovateurs ont permis d'obtenir un résultat esthétique optimal.

Traitement paro/implantaire : France Lambert
Traitement orthodontique : Gérald Cornet
Traitement prothétique : Olivier Domken
Réalisation des céramiques : Mirko Picone
Prototypage implantaire : Nobel Biocare®

Légendes des illustrations

Photos 1, 2, 3, fig.1 :

Situation clinique et radiologique de départ. On met en évidence des pertes osseuses sévères au niveau des incisives supérieures ainsi que leurs migrations, probablement liés à une dysfonction linguale et des para-fonctions occlusales.

Photos 4 :

Chirurgie parodontale avec ostéoplastie visant à supprimer la poche résiduelle en distal de 26 après la thérapie initiale. Cette dent ne présentait pas d'atteinte de furcation et avait donc un bon pronostic.

Photo 5 :

Pendant le traitement orthodontique visant à rétruder les fronts supérieurs et inférieurs, les dents 21 et 22 ont été extrudées pour régénérer les tissus environnants. Leurs bords incisifs ont progressivement été meulés.

Photos 6, 7 :

Situation clinique après traitement orthodontique. La dent 21 apparaît radiologiquement tout à fait saine, cependant une récession gingivale persiste en mésio-vestibulaire. La dent 22 présente toujours une poche infra-osseuse combinée à son faible support osseux résiduel, son pronostic est mauvais à long terme.

Photo 8 :

Chirurgie muquo-gingivale

21 : Greffe de conjonctif enfoui dans le but de recouvrir et d'épaissir les tissus mous en mésio-vestibulaire.

22 : Extraction atraumatique et gestion d'alvéole. L'alvéole d'extraction a été comblée avec un biomatériau peu résorbable (Bio-Oss®, Geistlich, Switzerland), en vestibulaire et en palatin, des poches en semi-épaisseurs ont été réalisées pour y glisser une greffe de conjonctif enfoui. L'objectif de cette intervention est de limiter le remodelage post-extractionnel en exploitant les qualités non ou peu résorbables de ce biomatériau et de « booster » le biotype gingival pour rendre les futurs tissus péri-implantaires plus favorables.[10, 11]

Photo 9 :

Image de l'examen tomographique 3 mois après la gestion de l'alvéole d'extraction.

Photos 10 :

a : Situation clinique avant placement de l'implant.

b : Placement d'un implant monobloc en zircone (Prototype). Un accès chirurgical peu invasif avec un « mini » lambeau en semi-épaisseur a été employé.

c : Mise en esthétique immédiate : la partie coronaire de l'implant a été légèrement retouchée et une couronne provisoire en résine a été adaptée et mise en totale sous occlusion.

Photos 11 a, b :

Notons le profil vestibulaire des tissus avant et après la chirurgie implantaire. Les tissus mous sont refoulés en vestibulaire et supportés par le profil implantaire. Le design transgingival de l'implant présente une gorge visant à stabiliser mécaniquement les tissus.

Photos 12 a, b :

Pilier dentaire et implantaire avant placement des couronnes définitives 10 mois après placement de l'implant. On peut apprécier l'intégration tissulaire tant en vue occlusal que vestibulaire.

Photos 13 a, b, c :

Couronnes finales. L'harmonie du sourire a été restaurée et la maladie parodontale a été stabilisée.

Bibliographie

1. Kaner, D., et al., Controlled-delivery chlorhexidine chip versus amoxicillin/metronidazole as adjunctive antimicrobial therapy for generalized aggressive periodontitis: a randomized controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*, 2007. 34(10): p. 880-91.
2. Guerrero, A., et al., Adjunctive benefits of systemic amoxicillin and metronidazole in non-surgical treatment of generalized aggressive periodontitis: a randomized placebo-controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*, 2005. 32(10): p. 1096-107.
3. Wisner-Lynch, L.A. and W.V. Giannobile, Current concepts in juvenile periodontitis. *Curr Opin Periodontol*, 1993: p. 28-42.
4. Zachrisson, B.U., Clinical implications of recent orthodontic-periodontic research findings. *Semin Orthod*, 1996. 2(1): p. 4-12.
5. Salama, H. and M. Salama, The role of orthodontic extrusive remodeling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement: a systematic approach to the management of extraction site defects. *Int J Periodontics Restorative Dent*, 1993. 13(4): p. 312-33.
6. Rompen, E., et al., Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone: a pilot clinical study. *J Prosthet Dent*, 2007. 97(6 Suppl): p. S119-25.
7. Oliva, J., X. Oliva, and J.D. Oliva, One-year follow-up of first consecutive 100 zirconia dental implants in humans: a comparison of 2 different rough surfaces. *Int J Oral Maxillofac Implants*, 2007. 22(3): p. 430-5.
8. Kohal, R.J., G. Klaus, and J.R. Strub, Zirconia-implant-supported all-ceramic crowns withstand long-term load: a pilot investigation. *Clin Oral Implants Res*, 2006. 17(5): p. 565-71.
9. Buchmann, R., et al., Aggressive periodontitis: 5-year follow-up of treatment. *J Periodontol*, 2002. 73(6): p. 675-83.
10. Barone, A., et al., Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal: a clinical and histomorphometric study. *J Periodontol*, 2008. 79(8): p. 1370-7.
11. Sartori, S., et al., Ten-year follow-up in a maxillary sinus augmentation using anorganic bovine bone (Bio-Oss). A case report with histomorphometric evaluation. *Clin Oral Implants Res*, 2003. 14(3): p. 369-72.