

## Thérapie parodontale efficace et simple

MOMBELLI, Andrea, *et al.*

### Abstract

Les avantages de l'antibiothérapie systémique en complément du traitement mécanique de la parodontite sont démontrés. Cependant, une certaine confusion persiste quant aux indications spécifiques de l'antibio- thérapie et au moment de l'administrer. De- puis les années 90, certains indices ont mon- tré que le moment idéal pour initier une antibiothérapie se situe au cours de la phase initiale – non chirurgicale – du traitement parodontal. Des investigations assez récentes ont montré en particulier que la combinaison amoxicilline plus métronidazole permet de diminuer la durée du traitement et de réduire significativement la nécessité d'un traitement chirurgical. Cependant, l'antibiothérapie ne doit pas se substituer au surfaçage radiculaire optimal ou compenser une hygiène bucco- dentaire insuffisante. Cet article propose un protocole de traitement tenant compte des connaissances les plus récentes. Il est réjouis- sant de pouvoir démontrer que les parodontites chroniques et agressives peuvent générale- ment être traitées et guéries rapidement avec des moyens relativement simples, alors que [...]

### Reference

MOMBELLI, Andrea, *et al.* Thérapie parodontale efficace et simple. *Revue mensuelle Suisse d'Odonto-stomatologie*, 2011, vol. 121, no. 2, p. 152-157

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:32746>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.



UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

# Thérapie parodontale efficace et simple

Un concept de prise en charge basé sur l'évidence scientifique

Mots-clés: parodontite, antibiotiques, concept thérapeutique, amoxicilline, métronidazole

Résumé en une phrase: Une antibiothérapie systémique devrait être prescrite à dose thérapeutique au cours de la phase non chirurgicale du traitement de la parodontite avancée.

**ANDREA MOMBELLI**  
**FABIEN DÉCAILLET**  
**ADNAN ALMAGHLOUTH**  
**PHILIPP WICK**  
**NORBERT CIONCA**

Division de Physiopathologie buccale  
et Parodontie  
Section de Médecine Dentaire,  
Université de Genève, Suisse

#### Correspondance

Prof. Dr A. Mombelli  
Division de Physiopathologie buccale  
et Parodontie  
Section de Médecine Dentaire,  
Université de Genève  
Rue Barthélemy-Menn 19  
CH-1205 Genève  
Tél. +41-22-379-4030  
Fax +41-22-379-4032  
E-mail: Andrea.Mombelli@unige.ch

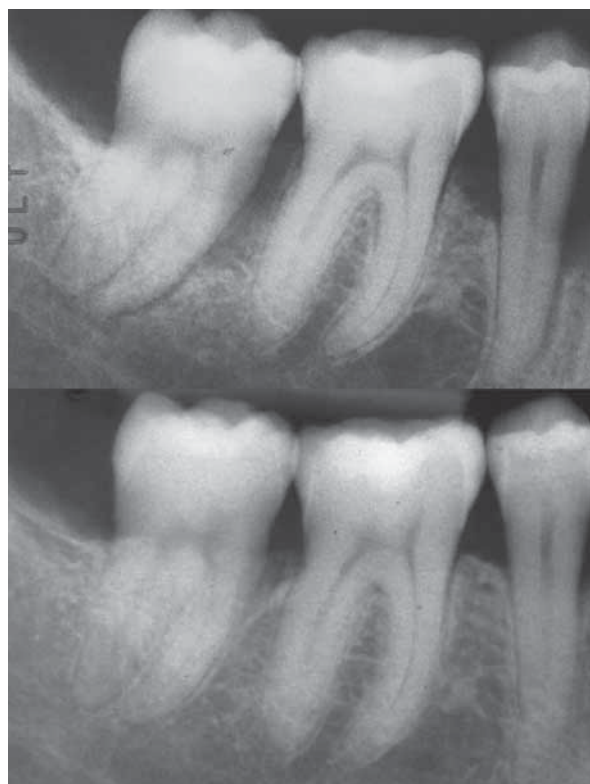


Image en haut: Situation avant et 3 ans après traitement

**Résumé** Les avantages de l'antibiothérapie systémique en complément du traitement mécanique de la parodontite sont démontrés. Cependant, une certaine confusion persiste quant aux indications spécifiques de l'antibiothérapie et au moment de l'administrer. Depuis les années 90, certains indices ont montré que le moment idéal pour initier une antibiothérapie se situe au cours de la phase initiale – non chirurgicale – du traitement parodontal. Des investigations assez récentes ont montré en particulier que la combinaison amoxicilline plus métronidazole permet de diminuer la durée du traitement et de réduire

significativement la nécessité d'un traitement chirurgical. Cependant, l'antibiothérapie ne doit pas se substituer au surfaçage radiculaire optimal ou compenser une hygiène bucco-dentaire insuffisante. Cet article propose un protocole de traitement tenant compte des connaissances les plus récentes. Il est réjouissant de pouvoir démontrer que les parodontites chroniques et agressives peuvent généralement être traitées et guéries rapidement avec des moyens relativement simples, alors que certains attribuent une plus grande valeur aux implants qu'à la conservation des dents naturelles.

## Introduction

La parodontite est une maladie infectieuse des tissus de soutien de la dent, provoquée par des bactéries; l'élimination de ces dernières est dès lors l'élément le plus important de la thérapie étiologique. Objectifs cliniques du traitement: réduction de la profondeur de sondage à 4 mm au maximum; absence de saignement au sondage et de suppuration (Lignes directrices relatives à la qualité en médecine dentaire, SSO 1999). Le traitement parodontal classique s'efforce d'atteindre ce but en incitant le patient à adopter une hygiène bucco-dentaire adéquate et en réalisant un nettoyage mécanique professionnel des surfaces dentaires en deux étapes (fig. 1). Lors de plusieurs séances réalisées à intervalle d'une semaine, la plaque dentaire et le tartre sont éliminés par surfaçage radiculaire. Une alternative thérapeutique prévoit de réaliser l'ensemble du traitement en 1 à 2 jours («Full mouth disinfection», QUIRYNEN ET COLL. 1995) Si l'objectif clinique n'est pas encore atteint 3 à 6 mois après ce traitement initial, le traitement se poursuit par une deuxième étape, généralement chirurgicale. De nombreuses études cliniques permettent de conclure que ce type d'approche thérapeutique des maladies parodontales est certes efficace (HEITZ-MAYFIELD ET COLL. 2002; VAN DER WEIJDEN & TIMMERMAN 2002), mais qu'elle comporte des désavantages évidents: la durée du traitement (plusieurs mois) et la nécessité de réaliser des interventions chirurgicales coûteuses. Cet article présente un concept thérapeutique basé sur l'évidence scientifique la plus récente, visant à une prise en charge simple, rapide et économique de la parodontite.

## Les antibiotiques améliorent-ils l'efficacité du traitement?

Des revues systématiques ont clairement mis en évidence, il y a quelques années déjà, l'utilité de l'antibiothérapie administrée en complément au traitement conventionnel de la parodontite (HAFFAJEE ET COLL. 2003; HERRERA ET COLL. 2002). La liste des antibiotiques étudiés administrés per os et comprend les substances suivantes: amoxicilline (avec ou sans adjonction d'acide clavulanique), azithromycine, clindamycine, doxycycline, métronidazole, spiramycine, tétracycline, ainsi que certaines combinaisons de ces antibiotiques (SLOTS ET COLL. 2004). Cependant, une controverse subsiste quant aux indications spécifiques et au moment opportun pour administrer le traitement antibiotique. Afin d'éviter les effets secondaires indésirables et de prévenir l'apparition de résistances bactériennes, il semble judicieux de prescrire les antibiotiques seulement au cours de la deuxième phase, et seulement lorsque le premier traitement s'est révélé manifestement insuffisant. Différentes recommandations adressées aux médecins-dentistes conseillent de limiter l'antibiothérapie essentiellement aux patients présentant des poches profondes et actives, ou lors de parodontite agressive, ou encore lors de contamination bactérienne spécifique (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans* et/ou *Porphyromonas*

*gingivalis*) (HERRERA ET COLL. 2002; MOMBELLI & SAMARANAYAKE 2004; VAN WINKELHOFF & WINKEL 2009).

Bien que nombre de ces recommandations semblent plausibles, il faut admettre que les conséquences cliniques, microbiologiques et économiques de leur application n'ont jamais été testées de manière systématique par des études prospectives. Dans une étude clinique réalisée avec le soutien du Fonds national suisse de la recherche scientifique, nous investiguons actuellement cette problématique de manière approfondie (Projet 320030-122089). Selon les données dont nous disposons actuellement, les patients ayant reçu un traitement antibiotique systémique dès la première phase de traitement (fig. 2) guérissent plus rapidement et ont souvent moins de traitements chirurgicaux complémentaires (MOMBELLI ET COLL. 2010a).

## Amoxicilline et métronidazole associé aux surfaçages radiculaires

L'amoxicilline est un antibiotique bactériolytique de la famille des bêta-lactamines, présentant un spectre d'action assez large. Le métronidazole est un antibiotique et anti-parasitaire du groupe des nitroimidazoles, particulièrement actif contre les bactéries anaérobies et les protozoaires. L'administration simultanée de ces deux médicaments a gagné en importance au cours de ces deux dernières décennies. En raison de leur capacité à inhiber durablement – et même souvent à éradiquer – en particulier, le germe gram-négatif anaérobie facultatif *A. actinomycetemcomitans* (BERGLUNDH ET COLL. 1998; DANNEWITZ ET COLL. 2007; FLEMMIG ET COLL. 1998; GOENÉ ET COLL. 1990; MOMBELLI ET COLL. 2002; PAVICIC ET COLL. 1992; PAVICIC ET COLL. 1994; VAN WINKELHOFF ET COLL. 1989; VAN WINKELHOFF ET COLL. 1992), l'administration orale d'amoxicilline et de métronidazole a d'abord été indiquée comme complément au traitement mécanique des parodontites avancées associées à *A. actinomycetemcomitans*. Des études cliniques ont cependant démontré que ce traitement adjuvant peut aussi être très efficace dans d'autres situations (AKINCIBAY ET COLL. 2008; BERGLUNDH ET COLL. 1998; FERES ET COLL. 2001; GUERRERO ET COLL. 2005; KANER ET COLL. 2007; LOPEZ & GAMONAL 1998; LOPEZ ET COLL. 2006; LOPEZ ET COLL. 2000; MATARAZZO ET COLL. 2008; MOEINTAGHAVI ET COLL. 2007; MOMBELLI ET COLL. 2005; RIBEIRO DEL PELOSO ET COLL. 2009; ROONEY ET COLL. 2002; VALENZA ET COLL. 2009; VAN WINKELHOFF ET COLL. 1991; WINKEL ET COLL. 2001). A ce jour, il n'existe pas d'autres traitements antimicrobiens qui se soient révélés supérieurs, dans une étude comparative, au traitement par amoxicilline plus métronidazole, pour traiter des variantes de la parodontite définies sur le plan clinique ou bactériologique. Aucune étude ne démontre qu'on puisse obtenir de meilleurs résultats en traitant sans antibiotiques chez certains patients ou dans certaines situations. Ce constat est également valable si l'on compare le traitement par amoxicilline plus métronidazole à l'utilisation d'antibiotiques topiques, ou à d'autres méthodes (désinfection locale, traitements par laser,

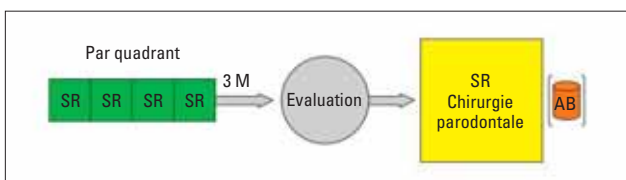


Fig. 1 Déroulement du traitement traditionnel. SR: Surfaçage radiculaire. AB: antibiothérapie systémique.

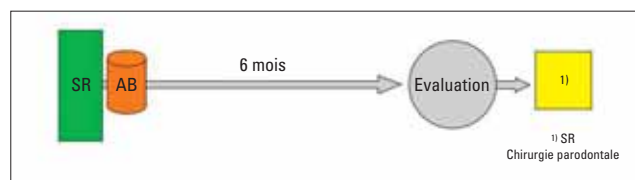


Fig. 2 Déroulement du traitement alternatif. SR: Surfaçage radiculaire. AB: Antibiothérapie systémique.

etc.). On peut déplorer ce fait pour diverses raisons, mais il n'est pas possible de l'ignorer.

## Présentation de nos travaux de recherche

Dans une étude randomisée en double aveugle, avec un contrôle placebo, nous avons investigué les effets d'un traitement antibiotique après introduction d'une hygiène buccale optimale et réalisation d'un surfaçage radiculaire en l'espace de 2 jours (CIONCA ET AL. 2009). Après le surfaçage radiculaire, les 51 participants de cette étude, qui présentaient tous une parodontite chronique modérée à sévère, ont été traités pendant une semaine par une combinaison d'amoxicilline 375 mg et de métronidazole 500 mg 3 fois par jour, ou par un placebo. Ces patients ont été contrôlés de manière approfondie à 3 et 6 mois après traitement. Des améliorations statistiquement significatives et cliniquement importantes ont été mises en évidence dans les deux groupes de traitement. Cependant, un bénéfice thérapeutique supplémentaire en faveur de l'antibiothérapie systémique a été mis en évidence. La différence la plus importante a été le nombre absolu de poches dont la profondeur de sondage était encore supérieure à 4 mm après 6 mois, et qui présentaient un saignement lors du sondage (tab. I). Il s'agit là d'un critère clinique bien connu pour décider si le traitement doit être poursuivi, et de quelle manière. Dans le groupe test, nous n'avons trouvé en moyenne que 0,4 poche résiduelle par patient; seuls 7 patients sur 23 présentaient en fait des poches résiduelles. Ce taux était près de 10 fois plus élevé dans le groupe contrôle sans antibiothérapie, avec des poches résiduelles chez 15 patients sur 24. Les patients du groupe antibiothérapie (amoxicilline plus métronidazole) ont été protégés par un facteur 8,85 d'un traitement parodontal supplémentaire, qui aurait sans doute souvent impliqué une intervention de chirurgie parodontale. Les patients de cette étude ont été recrutés indépendamment des résultats des investigations microbiologiques; cependant, la flore des poches a été investiguée régulièrement à l'aide d'un test commercial afin de détecter des germes marqueurs. Les résultats cliniques obtenus dans le groupe antibiothérapie ont été excellents, indépendamment des résultats de l'examen bactériologique initial. Il a été constaté par ailleurs qu'après le traitement, le germe pathogène *A. actinomycetemcomitans* avait disparu de tous les prélèvements réalisés dans le groupe antibiothérapie (CIONCA ET COLL. 2010). Une analyse approfondie des données a été réalisée dans le but de mettre en évidence des différences éventuelles quant à l'efficacité relative de l'antibiothérapie par rapport à certaines caractéristiques dentaires ou par rapport à des localisations particulières, telles que le type de dent, la profondeur de sondage initiale des poches et les poches interproximales. Une analyse statistique a montré que l'efficacité supplémentaire obtenue avec antibiothérapie systémique a été particulière-

ment marquée dans les régions des molaires (MOMBELLI ET COLL. 2010b).

L'objectif de cette étude (CIONCA ET COLL. 2009, 2010) n'était pas de promouvoir l'antibiothérapie systémique en tant qu'alternative au surfaçage radiculaire. Il est également clair que les résultats à long terme du traitement parodontal ne dépendent pas de la prise initiale d'antibiotiques pour obtenir les premiers résultats favorables (KORNMAN ET COLL. 1994). Car nous savons bien que les résultats à long terme dépendent toujours des trois facteurs clés suivants: que l'hygiène buccale du patient soit bonne, qu'il bénéficie régulièrement d'un suivi professionnel et qu'il ne fume pas (AXELSSON ET COLL. 2004; CORTELLINI & TONETTI 2004; EICKHOLZ ET COLL. 2004). Il est néanmoins réjouissant d'avoir pu montrer que la parodontite chronique peut être traitée avec succès et guérie dans des délais brefs avec des moyens relativement simples, alors même qu'aujourd'hui, la valeur des implants est souvent considérée comme supérieure à la conservation des dents naturelles.

## Ces résultats peuvent-ils être généralisés?

GUERRERO ET COLL. (2005) ont utilisé un protocole comparable évaluant les bénéfices du traitement complémentaire par les mêmes antibiotiques dans un groupe de 41 patients présentant une parodontite agressive généralisée. Les données issues de cette étude montrent que nos conclusions peuvent s'appliquer également aux patients présentant des formes agressives de la maladie. Peu après la publication de nos résultats cliniques, un autre groupe a rapporté des résultats cliniques significativement supérieurs d'un traitement de débridement «full mouth» par détartreur (scaler) à ultrasons, dont la durée était limitée à 45 minutes, lorsque ce traitement était accompagné d'une antibiothérapie par amoxicilline plus métronidazole (RIBEIRO DEL PELOSO ET COLL. 2009).

Dès 1992, LOESCHE ET COLL. avaient montré dans une étude clinique que le métronidazole – sans amoxicilline – permettait de diminuer la nécessité et l'étendue de l'intervention chirurgicale. Comme le métronidazole en monothérapie n'agit que sur les germes anaérobies, les patients de cette étude avaient été sélectionnés spécifiquement sur la base d'un test microbiologique. Il est dès lors important de relever que les conclusions des travaux récents décrits ci-dessus ne s'appliquent pas à l'ensemble des antibiotiques. Lorsque la combinaison amoxicilline plus métronidazole ne peut être utilisée par crainte d'une intolérance suspectée ou établie, un examen microbiologique peut être utile pour le choix de l'antibiothérapie.

Deux revues systématiques (EBERHARD ET COLL. 2008; LANG ET COLL. 2008) ont montré que les résultats cliniques du surfaçage radiculaire ne varient pas fortement lorsque ces traitements sont pratiqués quadrant par quadrant à intervalles de plusieurs semaines ou en quelques heures. Il nous semble dès lors peu

Tab. I Sites par patient (chiffre absolu) présentant une profondeur de sondage supérieure à 4 mm, avec saignement au sondage (données de CIONCA ET COLL. 2009).

Traitement	Nombre de sites par patient avec des poches >4 mm, saignement au sondage			Patients avec	
	Avant ttt	3 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	Suppuration après traitement	Perte de dents après traitement
Placebo	29,9	4,4	3	2	2
Amoxicilline+métronidazole	26,9	1,3	0,4	0	0

raisonnable de fractionner un traitement sur plusieurs semaines, dans la mesure où un traitement intensif de courte durée est acceptable pour le patient et n'est pas contre-indiqué pour des raisons médicales, ou autres.

## Les avantages et les risques

L'amoxicilline et le métronidazole sont prescrits depuis plus de trois décennies; leurs effets primaires et secondaires sont donc bien documentés ([http://us.gsk.com/products/assets/us\\_amoxil.pdf](http://us.gsk.com/products/assets/us_amoxil.pdf), [http://www.pfizer.com/pfizer/download/uspi\\_flagyl\\_375.pdf](http://www.pfizer.com/pfizer/download/uspi_flagyl_375.pdf). Sites consultés le 12 mai 2010). Les réactions indésirables provoquées par l'amoxicilline sont le plus souvent de nature allergique. Elles sont généralement bénignes et se limitent à une éruption cutanée dans la région de la tête et du cou. Des réactions plus importantes peuvent provoquer des œdèmes articulaires. Chez les patients fortement sensibilisés, des réactions anaphylactiques susceptibles de mettre en danger la vie du patient peuvent survenir. Les effets secondaires potentiels du métronidazole sont les suivants: nausées, céphalées, perte d'appétit, goût métallique, rarement éruption cutanée. La consommation d'alcool potentialise ces effets, car les imidazoles limitent l'activité de certaines enzymes hépatiques. Rarement, des neuropathies périphériques ont été observées dans des cas isolés, caractérisées surtout par des hypoesthésies ou des paresthésies des extrémités. Pour cette raison, l'administration de métronidazole doit immédiatement être arrêtée lors de l'apparition de symptômes neurologiques. L'administration orale chronique de métronidazole à des souris et à des rats – mais pas à d'autres espèces animales – s'est avérée cancérogène. Chez l'être humain, le métronidazole n'est pas considéré comme un facteur de risque de cancer (BENDESKY ET COLL. 2002). Une candidose non diagnostiquée peut se manifester en relation avec un traitement antibiotique.

Les effets secondaires potentiels négatifs des antibiotiques doivent être jugés en fonction des conséquences sur la santé de la persistance d'une infection parodontale pendant plusieurs semaines, et avec les inconvénients, désagréments et conséquences financières de la nécessité de réaliser des traitements supplémentaires. Le traitement traditionnel retarde parfois de plusieurs mois la guérison complète, alors que le surfaçage radiculaire associé à l'antibiothérapie par amoxicilline plus métronidazole est en mesure de guérir complètement l'infection en quelques jours. Dans notre étude (CIONCA ET COLL. 2009), des diarrhées ont été rapportées plus fréquemment sous antibiothérapie comparativement au groupe contrôle (6 vs 3 patients), mais les suppurations persistantes (2 cas) et les pertes dentaires (2 cas) ont été observées exclusivement dans le groupe contrôle.

Du point de vue du développement des résistances bactériennes aux antibiotiques, il faut réaliser qu'au plan mondial, des milliers de personnes présentant des parodontites non traitées prennent chaque jour des antibiotiques par voie systémique, en l'absence d'élimination subgingivale du biofilm. C'est ce qui se produit quand les médecins ou les médecins-dentistes prescrivent des antibiotiques pour d'autres raisons à ces personnes: dans une cohorte de plus de 12000 personnes présentant une parodontite, plus de 70% d'entre elles avaient reçu au moins un traitement antibiotique sur une durée d'observation de 3 ans, généralement pour traiter d'autres maladies infectieuses autres que la parodontite (CUNHA-CRUZ ET COLL. 2008)! Ainsi, les biofilms persistants jouent un rôle important dans le développement potentiel de gènes de résistances (O'CONNELL ET COLL. 2006; SEDLACEK & WALKER 2007; SINGH ET

COLL. 2009). Quant à la vraie contribution au problème des résistances induites par l'administration simultanée de deux substances dotées de mécanismes d'action différents, telle l'amoxicilline et le métronidazole, à des patients atteints de parodontite – après élimination soignée du biofilm – elle reste largement inconnue et devrait faire l'objet de recherches spécifiques. On peut cependant admettre que cette contribution est nettement moindre que celle de l'administration fréquente d'antibiotiques par les prestataires de soins médicaux, pour les raisons les plus diverses. Si l'on veut se préoccuper sérieusement en tant que médecin-dentiste du problème des résistances bactériennes, il faut commencer par dénoncer les abus de l'utilisation prophylactique des antibiotiques. Contrairement à l'utilisation thérapeutique de ces substances, suscitant beaucoup de scepticisme, les bénéfices de l'utilisation prophylactique des antibiotiques, pratiquée de manière très extensive dans de nombreux domaines, restent largement non démontrés (BERBARI ET COLL. 2009; DUVAL ET COLL. 2006; ESPOSITO ET COLL. 2008; NISHIMURA ET COLL. 2008; UCKAY ET COLL. 2010).

## Schéma de traitement

Le tableau II présente le déroulement du traitement selon les connaissances les plus récentes. Il se fonde sur le protocole de deux études cliniques randomisées et contrôlées, discutées ci-dessus (CIONCA ET COLL. 2009; GUERRERO ET COLL. 2005), qui démontrent l'efficacité de cette manière de procéder (le protocole n'est pas validé pour les personnes de moins de 16 ans et de plus de 70 ans, pour les patients atteints de maladies systémiques sévères et pour les femmes enceintes ou allaitantes).

Afin de limiter l'utilisation des antibiotiques, les cas légers ne devraient pas être traités par des méthodes chirurgicales et ne constituent pas une indication à l'antibiothérapie. Pour les cas présentant de multiples poches profondes, il est démontré que les résultats du traitement non chirurgical sans lambeau et sans soutien médicamenteux sont moins bons que les résultats obtenus par l'approche chirurgicale avec lambeau (HEITZMAYFIELD ET COLL. 2002). Lorsque les cas présentant des poches multiples et profondes sont traités tout d'abord par un surfaçage radiculaire minutieux et une antibiothérapie systémique par amoxicilline plus métronidazole, il est possible de limiter le recours à la chirurgie parodontale. Le plan de traitement initial devrait être adapté après 3 à 6 mois sur la base d'une réévaluation clinique. Les interventions chirurgicales peuvent être nécessaires pour réduire davantage les poches, pour le traitement des furcations ou pour la régénération tissulaire guidée. Lorsque de telles interventions sont encore nécessaires, cette manière de procéder permet de réaliser les interventions chirurgicales en présence d'un minimum de pathologies résiduelles. Dans ces situations, on renonce à une couverture antibiotique en l'absence d'une indication contraignante.

La posologie doit tenir compte du poids corporel du patient. Pour le métronidazole, on compte 20 mg par kg de poids corporel (c'est-à-dire 1500 mg/j pour une personne de 75 kg). Pour le traitement combiné, la durée de traitement recommandée est de 7 jours.

En cas d'intolérance connue ou suspectée, les alternatives suivantes entrent en ligne de compte:

- Monothérapie par azithromycine, 500 mg 1×/j pendant 3 jours (HAFFAJEE ET COLL. 2007; MASCARENHAS ET COLL. 2005).
- En fonction de la microbiologie: métronidazole en monothérapie pendant 10 jours (pour combattre les anaérobies stricts tels que *P. gingivalis* et *Tannerella forsythia*, mais pas *A. actinomycetemcomitans*, LOESCHE ET COLL. 2002).

**Tab. II Protocole de prise en charge de la parodontite chronique ou agressive**

<b>1. Prétraitement</b>	
Examen clinique	– Indice de plaque complet ( <i>Full mouth plaque score</i> ): dépôts de plaque oui/non sur 4 surfaces par dent – Profondeur de sondage (PS), récessions, saignement au sondage (6 sites par dent), atteinte de furcation, suppuration, test de vitalité
Imagerie	– Radiographie de chaque dent avec signes cliniques pathologiques ou status douteux (p.ex. test de vitalité négatif)
Présentation du cas et motivation	– Explication du diagnostic et du traitement prévu – Motivation pour l'hygiène bucco-dentaire – Accord écrit du patient
Débridement supragingival	– Nettoyage dentaire supragingival (ultrasons et/ou instruments manuels) – Suppression des éléments (niches) de rétention de plaque et des obstacles à l'hygiène bucco-dentaire – Extraction des dents qui ne peuvent bénéficier d'un traitement conservateur
Instructions d'hygiène bucco-dentaire	– Instructions et mise en pratique de méthodes adéquates d'hygiène bucco-dentaire (brosse à dents, méthodes de nettoyage des espaces interdentaires, autres méthodes auxiliaires)
Contrôles de l'hygiène bucco-dentaire	– Mesure de l'indice de plaque 10 jours après l'instruction – Lorsque l'indice de plaque est supérieur à 20%, nouvelle motivation, instruction supplémentaire et exercices d'hygiène buccodentaire – Répétition de cette étape jusqu'à obtention d'un l'indice de plaque <20%
<b>2. Débridement sous-gingival (dès la fin du prétraitement)</b>	
Surfaçage radiculaire	– Surfaçage radiculaire minutieux jusqu'au fond des poches, par ultrasons et curettes manuelles (réalisé en une ou plusieurs séances, dans un délai de 48 heures)
Contrôle chimique de la plaque	– Rinçage buccal avec une solution de chlorhexidine à 0,2% pendant 10 jours
<b>3. Antibiothérapie systémique (immédiatement après surfaçage radiculaire)</b>	
Pour les patients qui remplissent les conditions suivantes:	
1. Présence d'au moins 4 dents avec profondeur de sondage > 4 mm, perte clinique d'attache de 2 mm et signes radiologiques de perte osseuse	
2. Pas d'intolérance aux dérivés des 5-nitro-imidazoles ou aux pénicillines	
3. Le patient est disposé à suivre strictement les modalités du traitement et à renoncer à la consommation d'alcool pendant le traitement	
Protocole standard (A+M)	– 500 mg de métronidazole et 375 mg d'amoxicilline, 3×/jour pendant 7 jours (correspondant 20 mg/kgPC de métronidazole et à 15 mg/kgPC d'amoxicilline par jour pour une personne de 75 kg)
Protocoles alternatifs	– Monothérapie par azithromycine, 500 mg 1×/jour, pendant 3 jours – Monothérapie par métronidazole pendant 10 jours (pour combattre les germes anaérobies) – Métronidazole plus céfuroxime axétil ou ciprofloxacine (selon la sensibilité du patient) L'équivalence de ces protocoles alternatifs n'est pas démontrée.
<b>4. Traitements ultérieurs (après 1 et 3 mois)</b>	
Contrôle de l'hygiène bucco-dentaire	– Mesure de l'indice de plaque – Si le PS est >20%, nouvelle motivation, instruction réitérée et exercices d'hygiène bucco-dentaire
Débridement	– Nettoyage supragingival, si nécessaire
<b>5. Réévaluation et autres traitements (après 3 à 6 mois)</b>	
Examen clinique	– Indice de plaque, profondeurs de sondage, récessions et saignements au sondage, suppuration, atteinte de furcation
Autres traitements	– Planification et réalisation de traitements supplémentaires (lambeau d'accès, traitement des atteintes de furcation, régénération tissulaire et augmentation, implants)

– Selon la réaction allergologique du patient: éventuellement une combinaison de métronidazole et de céfuroximeaxétil ou de métronidazole et de ciprofloxacine (RAMS ET COLL. 1992; VAN WINKELHOFF & WINKEL 2005).

A noter que l'équivalence de ces protocoles alternatifs n'est pas démontrée.

### Exemple de traitement

La figure 3 illustre l'application clinique du schéma thérapeutique proposé chez une patiente de 32 ans, en bon état de santé

général, présentant une parodontite agressive généralisée avancée (cf. série de radiographies en haut et profondeurs de sondage, ligne A). L'étape thérapeutique décisive a été le surfaçage radiculaire minutieux, suivis du traitement systémique par 500 mg de métronidazole et 375 mg d'amoxicilline, 3×/jour pendant 7 jours. Les dents 32, 41 et 42 ont été extraites pour des raisons prothétiques. Ce traitement a permis d'éliminer en grande partie les poches profondes (fig. 3, ligne B). La poche mésiale persistante de la dent 47 a été traitée à nouveau par surfaçage radiculaire. Le traitement chirurgical a pu se limiter à la région de la dent 36. Après ouverture d'un lambeau et

surfaçage radiculaire minutieux, le défaut osseux profond a été stabilisé par un matériau de substitution osseux et couvert par une membrane résorbable. La ligne C et la série inférieure de

radiographies de la figure 3 présentent le statut 3 ans après la fin du traitement parodontal.

*Bibliographie voir texte allemand, page 150.*

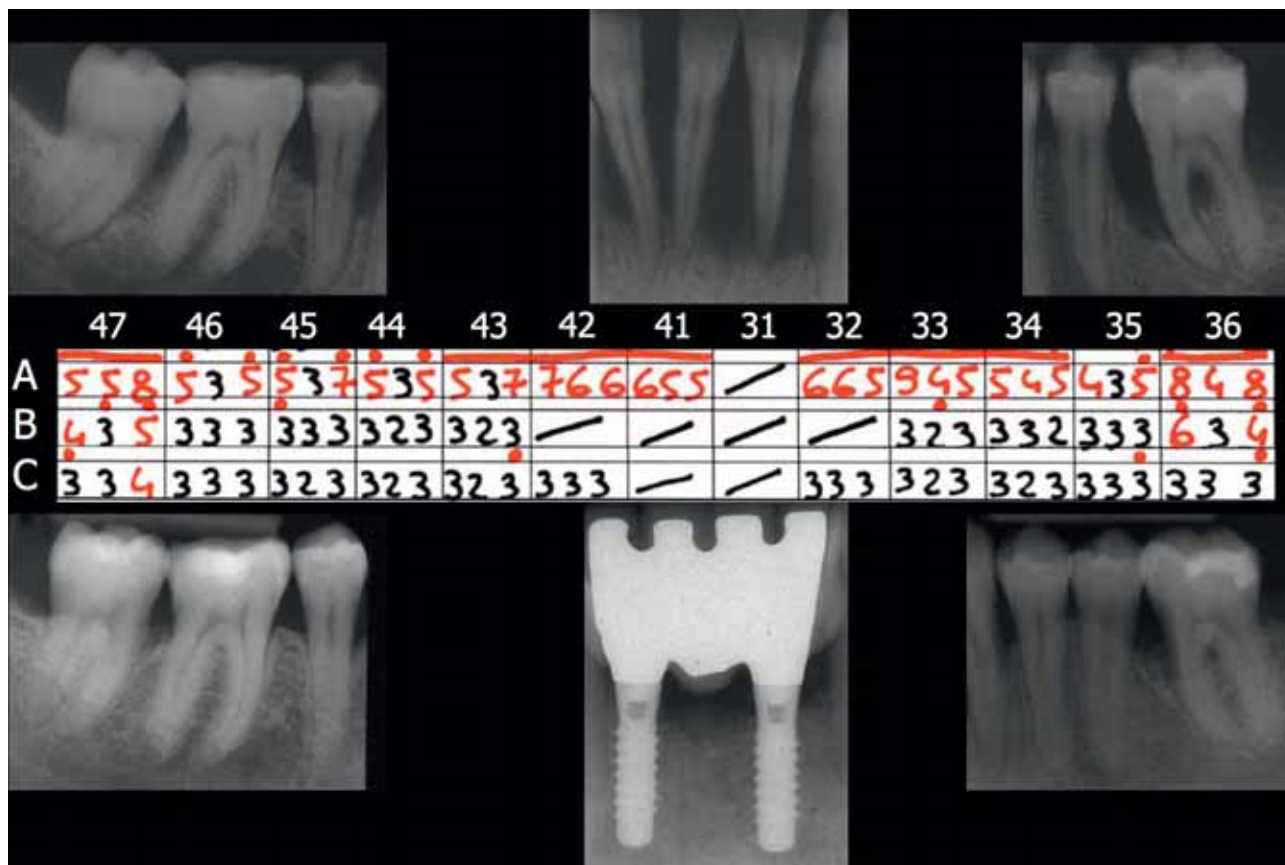


Fig. 3 Traitement d'une parodontite chronique agressive généralisée. Radiographies en haut, ligne A (profondeurs des poches au sondage vestibulaire et saignement au sondage): avant le traitement. Ligne B: Réévaluation après le surfaçage radiculaire + antibiothérapie. Radiographie en bas, ligne C: Statut 3 ans après la fin du traitement parodontal.