

Evaluation du risque en pratique clinique*

*MAURICIO RONDEROS et MARK L. RYDER

Periodontology 2000, Vol. 34, 2004, 120-135

Cet article est une revue de la littérature disponible concernant les facteurs de risque qui peuvent être associés à la progression de la maladie parodontale et à la réponse des patients au traitement parodontal.

Les auteurs distinguent :

- les facteurs de risque comportementaux : le tabac et la coopération du malade,
- les facteurs de risque systémiques : diabète, infection HIV, ostéoporose, les facteurs de risque familiaux et génétiques, les facteurs psychologiques et l'âge,
- et les facteurs de risque microbiologique.

Le **tabac** est un facteur de risque majeur et présente une influence dose dépendante. L'arrêt du tabac peut améliorer de façon remarquable le pronostic parodontal et les résultats du traitement.

La **coopération** est un facteur important qui conditionne les résultats du traitement en parodontie clinique. Indépendamment du type du traitement parodontal initial réalisé, les patients à faible hygiène orale et ne respectant pas le programme des rappels recommandés présentent les résultats les moins favorables.

Il existe une «relation à double sens» entre **diabète** et maladie parodontale. La sévérité du diabète est en rapport avec une fréquence et une sévérité plus importante de la maladie parodontale. Inversement, il a été prouvé que la sévérité de la maladie parodontale peut affecter le niveau du contrôle glycémique chez les diabétiques.

Les études épidémiologiques ont montré chez les patients **infectés par le VIH**, comparés à des populations contrôle, une perte d'os et une perte d'attache plus importantes, et un plus grand nombre de récessions gingivales, mais des profondeurs de sondage moins importantes. Les patients séropositifs peuvent tolérer des traitements dentaires tels que le détartrage-surfaçage radiculaire et l'extraction dentaire. Cependant, l'indication des techniques chirurgicales

parodontales devient plus restreinte en cas d'immunosuppression sévère observée lors des stades avancés de l'infection HIV. Ces options thérapeutiques limitées peuvent affecter le pronostic dentaire à long terme d'une façon défavorable. En revanche, la présence des récessions gingivales associées à des profondeurs de sondage relativement faibles chez le patient atteint, rend ces zones plus faciles à maintenir avec le contrôle de plaque à domicile.

Le rôle de l'**ostéoporose** dans l'étiologie des maladies parodontales n'est pas complètement élucidé. À la lumière des connaissances actuelles, les patients avec ostéoporose ou ostéopénie devraient être avertis concernant l'augmentation possible du risque de développer une parodontite et l'importance des visites fréquentes de maintenance.

Les recherches indiquent aussi que **les variations génétiques** influencent le risque pour la parodontite agressive et chronique. La parodontite agressive a tendance à se grouper au sein des familles et un certain polymorphisme génétique de l'antigène humain leucocytaire (HLA) et de l'interleukine (IL)-1 β a été associé à un risque augmenté pour la parodontite agressive. Les études sur l'agrégation familiale supportent aussi l'idée que la parodontite chronique a tendance à se grouper au sein de la même famille. Des études ont conclu qu'approximativement 50% des différences concernant les parodontites dans une population pourraient être attribués aux différences génétiques.

Les **états psychologiques** tels que le stress émotionnel et la dépression peuvent avoir un rapport possible avec la maladie parodontale. Le stress ne serait pas directement associé à la maladie parodontale, mais une incapacité à développer une adaptation adéquate contre le stress a été corrélée à une fréquence et une sévérité plus importantes de la maladie parodontale.

L'**âge** ne semble pas constituer en soi un facteur prédisposant à la maladie parodontale. La perte d'attache et de l'os alvéolaire plus importante chez le sujet âgé représente l'effet cumulatif de la destruction tissulaire et un indicateur de la durée d'exposition aux facteurs étiologiques. Cependant même si l'âge ne paraît pas affecter les résultats du traitement parodontal, il reste un facteur très important qui devrait toujours être pris en considération lors de l'évaluation de la susceptibilité du patient. Le pronostic chez un patient âgé de 25 ans est moins favorable que le pronostic chez un patient âgé de 55 ans atteints d'une parodontite chronique modérée généralisée avec des facteurs de

risque environnementaux identiques et la même sévérité et localisation de la destruction parodontale.

En ce qui concerne **les facteurs de risque microbiologique**, les espèces considérées comme étiologiquement importantes comportent l'*Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythensis* (*Bacterioides forsythus*), *Prevotella intermedia*, et *Treponema denticola*. Plusieurs études ont montré qu'un nombre élevé d'une ou de plusieurs de ces espèces bactériennes chez le patient ou dans des sites particuliers s'accompagnent par la suite d'une augmentation de la profondeur de poche et de la perte d'attache clinique. Une réduction efficace de ces espèces bactériennes par des moyens thérapeutiques variés de débridement mécanique, d'antibiothérapie et de chirurgie semble influencer les résultats thérapeutiques à long terme.

La présence des facteurs de risque peut avoir un effet additif sur le risque total chez un patient et sur le pronostic. Le praticien dentiste devrait adopter des stratégies de réduction de l'effet négatif des facteurs de risque parodontal. De telles stratégies peuvent inclure un programme d'arrêt du tabac, un programme de réduction du stress, des tests microbiens suivis par un traitement antimicrobien, le programme de motivation pour améliorer l'hygiène orale du patient, etc. En identifiant et en réduisant ces facteurs de risque, le praticien peut contribuer à l'amélioration du pronostic et des résultats du traitement parodontal.

Dr. A. BOUZIANE