



## Le Parodonte de l'Enfant

Dr E. Moulis  
Odontologie Pédiatrique  
Montpellier

1



## Le Parodonte de l'Enfant

- La **gencive** : libre, attachée, sillon gingivo-dentaire (sulcus), muqueuse alvéolaire, papille interdentaire
- **L'os alvéolaire**
- **Le ligament alvéolo-dentaire**
- **Le cément**

Tissus interdépendants du point de vue fonctionnel

Nombreuses variations physiologiques liées à l'éruption successive des deux dentures  
(6 mois à 14 ans)

2



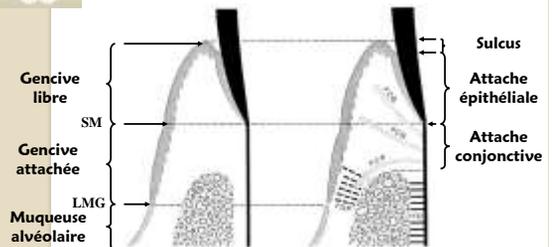
## Le Parodonte Sain

3



### Parodonte Superficiel

### Parodonte Profond



SM : sillon marginal, LMG ligne muco-gingivale  
FCG : fibres cémento-gingivales, FCP : fibres cémento-périostées,  
FD : fibres desmodontales, FGP : fibres gingivo-périostées.

4



## En denture temporaire

Le parodonte évolue avec les dents temporaires et passe par 3 Stades :

- **Maturation**
- **Stabilité**
- **Résorption**



*Evolution*

5



## En denture temporaire

### La gencive :

- Très vascularisée,
- Epithélium plus mince, moins kératinisé
- Moindre hauteur de gencive adhérente,
- Epithélium de jonction moins haut, plus fragile
- Profondeur du sulcus 1 mm moy.



6



## En denture temporaire

### La gencive :

- plus rouge
- lisse, brillante
- granité réduit
- Gencive libre, aspect plus épais et arrondi, lié à la morphologie des dents (collets étranglés) et à la présence de diastèmes



7



## En denture temporaire

### La gencive :

Inflammation liée à la résorption et à l'exfoliation de la dent temporaire



8



## En denture temporaire

### Le ligament alvéolo-dentaire :

- **Large** surtout zone de furcation
- Très vascularisé
- Nombreux vestiges de la gaine épithéliale de Hertwig
- Communique avec conjonctif pulpaire par les « canaux pulpo-parodontaux »
- Communique avec les espaces médullaires osseux.

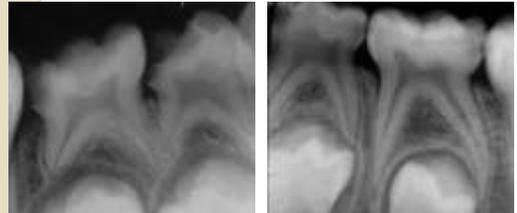


9



## En denture temporaire

### Le ligament alvéolo-dentaire



10



## En denture temporaire

### Le ciment :

- Epaisseur et densité moindre,
- Acellulaire au niveau coronaire et cellulaire au niveau apical,
- Zones d'apposition et de résorption (rhizalyse), (Ankylose ?)



11



## En denture temporaire

### L'os alvéolaire :

- Moindre minéralisation,
- Vascularisation importante,
- Larges espaces médullaires,
- Corticales très fines,
- Crêtes alvéolaires plates ou convexes (diastèmes)

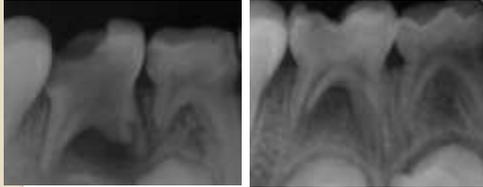


12



## En denture temporaire

### L'os alvéolaire :



13



## De la dentition mixte à la denture permanente jeune

### Différentes Phases :

- Transition 6-8 ans (incisives et 1<sup>ères</sup> molaires)
- Latence 8-9 ans
- Transition 9-12 ans : Période prépubertaire (prémolaires, canines et 2<sup>èmes</sup> molaires)
- Période pubertaire : intense réactivité

**Nombreuses variations physiologiques liées à l'éruption à ne pas confondre avec la pathologie !**

14



## De la dentition mixte à la denture permanente jeune

### La gencive :

- Nombreuses cellules inflammatoires, vestiges de l'éruption, (lymphocytes, macrophages, PNN, mastocytes)
- Réactions inflammatoires rapides (plaque, ODF),
- Le sulcus a une profondeur maximale au cours de l'éruption,
- Augmentation de la hauteur de gencive adhérente avec l'âge.

15



## De la dentition mixte à la denture permanente jeune

### La gencive:

- Densification des fibres de collagène du chorion qui fixent la muqueuse à l'os alvéolaire : apparition du granité de surface



SM : sillon marginal, LMG ligne muco-gingivale, CG crête gingivale

16



## De la dentition mixte à la denture permanente jeune

- **Le ligament alvéolo-dentaire** : son épaisseur diminue avec l'âge, il est riche en fibroblastes au turn over élevé
- **L'os alvéolaire** : avec l'augmentation des contraintes mécaniques, corticales et trabéculations s'épaississent
- **Le cément** : la cémentogénèse présente une succession de phases d'activité et de repos, augmentation de son épaisseur

17



## De la dentition mixte à la denture permanente jeune

La distance entre la crête osseuse et la jonction amélo-cémentaire est de **2 mm** maximum pour les dents fonctionnelles

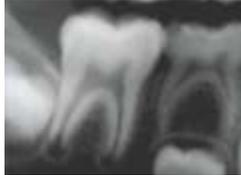


18



## De la dentition mixte à la denture permanente jeune

Le parodonte est immature tant que la dent est immature car il se forme avec la croissance radiculaire



19



## Le Parodonte de l'Enfant

Le parodonte de l'enfant est un terrain plus fragile mais avec un potentiel réparateur plus important que celui de l'adulte.

20



## Les Maladies Parodontales de l'Enfant

Dépistage des situations à risque pour prévenir les troubles parodontaux de l'adulte

21



## Les Maladies Parodontales

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses multifactorielles :

- Facteurs Bactériens
- Facteurs Locaux
- Facteurs Généraux



22



## Aspects Bactériologiques

- Colonisation microbienne dès la naissance
- **Transmission familiale** de cette flore pathogène (parents, fratries)
- **Contamination par les germes** (cariogènes, ou pathogènes parodontaux) **même en l'absence de dents** avant 3 ans
- **Diversification** des espèces lors des **éruptions dentaires : nouveaux sites** favorisent la colonisation (sulcus, sillons, pseudo-poches)

23



## Aspects Bactériologiques

**Maturation sexuelle : changements de la flore**

- Les hormones de la **puberté** (testostérone, progestérone, oestradiol) favorisent l'installation d'une **flore anaérobie** dans le sulcus.
- Altération de la **perméabilité des capillaires** et augmentation des exsudats : gingivite oedémateuse et hémorragique.

**En denture mixte la plupart des pathogènes parodontaux sont retrouvés dans la cavité buccale des enfants**

24



## Les pathogènes parodontaux

### Pas de spécificité de la flore infantile

(Microorganismes motiles, Bacilles Gram -, anaérobies ou capnophiles (CO<sub>2</sub>))

- *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
  - *Porphyromonas gingivalis*
  - *Treponema denticola*
  - *Tannerella forsythia*
- } « Complexe rouge »

25



## Facteurs locaux favorisant les atteintes parodontales

- **Malocclusions et DDM** : éruptions ectopiques, encombrement, freins hypertrophiés, appareillages ODF...
- **Comportements oro-faciaux** : respiration buccale et parafunctions.
- **Lésions carieuses** : caries, infections de furcations, syndromes du septum, restaurations défectueuses, CPP mal ajustées...
- **Absence d'hygiène.**

26



## Facteurs généraux favorisant les atteintes parodontales

- **Âge** : La nouvelle classification place l'âge du sujet au second plan : Précocité de l'atteinte
- **Sexe** : Pas de différence de prévalence des parodontopathies entre les deux sexes
- **Ethnique** : noirs, maghrébains, asiatiques et hispaniques au USA, plus forte prévalence que chez les caucasiens
- **Malnutrition** et carences alimentaires (vit C, calcium, protéines)

27



## Facteurs généraux favorisant les atteintes parodontales

- **Facteur génétique** : Il existerait une prédisposition familiale, influencée cependant par des facteurs locaux  
Implication : dépistage précoce par test génétique (Test PST)
- **Facteurs systémiques** (maladies systémiques)
- **Facteurs médicamenteux**

28



## Nouvelle classification Des maladies parodontales

### Les maladies gingivales

- Induites par la plaque
- Non induites par la plaque

### Les parodontopathies

- Les parodontites chroniques localisées ou généralisées
- Les parodontites agressives localisées ou généralisées
- Les parodontites manifestations d'une maladie systémiques

Annals of Periodontology International workshop for a classification of periodontal diseases and conditions. Chicago, Am Acad of Periodontology 1999 : 4-23<sub>29</sub>