

République algérienne démocratique et populaire
Université de Sétif
CHU de Sétif
Service de parodontologie

LES DÉFAUTS OSSEUX

Réalisé par :

Dr A.BENKHALED

Maître assistante en parodontologie

Année universitaire

2019-2020

PLAN

Introduction

1. Rappel

1.1. Os alvéolaire

1.2. Physiologie de l'os alvéolaire

1.3. Maladie parodontale

2. Les facteurs responsables de la lyse osseuse

3. Mécanisme de la résorption osseuse

4. Classification et formes de destruction osseuse dans la maladie parodontale

*lyse osseuse horizontale

*les défauts osseux

- *Lésions infra osseuses*
- *Lésion intralveolaire*
 - Les Cratère inter osseux
 - Les lésions infraosseuses
 - Hémiseptum
- *Lésion de l'os marginal*
 - Rebords irréguliers
 - les contours bulbeux de l'os
 - Exostoses
 - Les saillies.
 - Fenestration et Déhiscence
- *Les lésions inter-radiculaires*

5. Diagnostic

Conclusion

Introduction:

La forme de la destruction osseuse provoquée par la maladie parodontale est déterminée par différents facteurs. La structure physiologique normale, dite positive, est alors remplacée par une structure dite négative, appelée défaut.

La forme, la topographie ainsi que le nombre de parois osseuses restantes sont des éléments important à analyser car ils détermineront l'approche thérapeutique et le pronostic.

1. Rappels:

1.1. L'os alvéolaire:

*L'os alvéolaire est défini comme la partie du maxillaire et de la mandibule qui forme et supporte les alvéoles dentaires.

Le procès alvéolaire se constitue en même temps que le développement et l'éruption dentaire, et il est graduellement résorbé lorsque la dent est perdue.

*schématiquement l'os alvéolaire est constitué par:

- les corticales
- les alvéoles dentaires
- les septa interdentaires et interradiculaires
- la crête alvéolaire

1.2. Physiologie de l'os alvéolaire:

- L'os alvéolaire assure différentes fonctions :
 - homéostasie du calcium sérique ;
 - support mécanique et protection ;
 - hématopoïèse chez l'adulte.
- Ces fonctions, pour être accomplies parfaitement, impliquent un remodelage de l'os assuré par les ostéoblastes et les ostéoclastes.
- La hauteur de l'os alvéolaire est normalement maintenue par un équilibre constant entre la formation et la résorption de l'os, lorsque la résorption excède la formation, la hauteur de l'os est réduite.
- La réduction de la hauteur qui survient avec l'âge est un phénomène physiologique appelé atrophie physiologique ou sénile.

1.3. Les maladies parodontales:

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses à manifestations inflammatoires, l'agent étiologique principal est la composante bactérienne de la plaque dentaire.

Elles se divisent essentiellement en :

Gingivite:

C'est une maladie infectieuse inflammatoire d'origine bactérienne, se limitant au parodonte superficiel, liée à la présence d'une flore bactérienne essentiellement Gram +.

Parodontite:

C'est une maladie infectieuse inflammatoire d'origine bactérienne, provoquant une perte d'attache et une alvéolyse suivie de la formation d'une poche parodontale, résultant de la présence d'une flore bactérienne essentiellement Gram-.

2. Les facteurs responsables de la lyse osseuse:

*La destruction de l'os dans la maladie parodontale est provoquée principalement par les facteurs locaux notamment *l'inflammation et le traumatisme occlusal*.

*Elle peut aussi être provoquée par des facteurs généraux, mais leur rôle n'a pas été précisé.

3. Mécanisme de la résorption osseuse:

3.1. La résorption lacunaire ou ostéoclasie:

La destruction de l'os provient de l'action des ostéoclastes par la manière suivante:

*Décalcification des sels minéraux de l'os provoquée par un abaissement du PH.

*Action protéolytique de la matrice organique provoquant la libération des sels de calcium.

*Destruction simultanée des composants organiques et inorganiques.

* Phagocytose de la matière inorganique après disparition des sels minéraux inorganiques.

3.2. Ostéolyse: Halistérèse:

Au cours de ce processus l'os se divise selon ses différents composants sans subir l'action des ostéoclastes, il s'agit d'un amollissement et d'une liquéfaction de la matrice organique suivie d'une filtration des composants inorganiques, cette perte des composants inorganiques provoquée par des troubles de l'équilibre physico-chimique est suivie d'une différenciation du composant organique en tissu conjonctif.

3.3. Ostéonécrose:

Caractérisée par une mort cellulaire et des lacunes ostéocytaires vides.

4. Classification et formes de destruction osseuse dans la maladie parodontale:

La maladie parodontale réduit la hauteur de l'os alvéolaire mais elle modifie aussi sa morphologie.

Goldman et Cohen (1958) ont établi une classification en considérant la situation clinique de la base de la lésion parodontale par rapport à la crête alvéolaire.

On distingue :

4.1. La lyse osseuse horizontale :

C'est la forme de destruction la plus courante de la maladie parodontale. (Figure1)

La hauteur de l'os est réduite et son rebord devient horizontal ou légèrement angulé.

4.2. Les défauts osseux (Les lésions de l'os) :

La radiographie peut révéler la présence de ces défauts mais il est nécessaire de sonder la zone concernée.

Ces lésions se divisent en :

- Les lésions inter-radiculaires
- Les lésions de l'os marginal
- Les lésions intra alvéolaires

4.2.1. Les lésions inter-radiculaires:

Elles sont caractérisées par l'extension de la perte des tissus de soutien entre les racines des dents multiradiculées.

4.2.2. Les lésions de l'os marginal:

Les rebords irréguliers :

Ce sont des lésions angulaires ou en forme de U.

Ils sont provoqués par la résorption de la corticale alvéolaire vestibulaire ou linguale.

Les exostoses :

Ce sont des excroissances l'os de forme et de volume variable.

Elles surviennent le plus souvent sur la face vestibulaire que linguale.

Les contours bulbeux de l'os :

Ce sont des épaissements osseux provoqués par des exostoses.

Les saillies :

Ce sont des rebords osseux en plateau. Elles sont provoquées par la résorption des tables osseuses épaisses.

Les fenestrations et les déhiscences :

Ce sont des défauts anatomiques en rapport avec la forme et l'implantation des racines.

* *La fenestration* est une zone taillée à l'emporte pièce au milieu de la table alvéolaire recouverte par la gencive ou la muqueuse alvéolaire.

**La déhiscence* se présente comme une accentuation du feston de la crête alvéolaire transformant la partie concave du feston en une véritable échancrure.

4.2.3. Les lésions infra- alvéolaires:

La lésion infra-osseuse est un défaut osseux dont la base est apicale par rapport à la crête osseuse adjacente.

La classification de Papapanou et Tonetti 2000 distingue au sein des défauts infra osseux des lésions intra-osseuses et des cratères.

Les cratères osseux :

Ce sont des concavités situées à l'intérieur de la crête inter-dentaire.

Ils sont bordés par deux parois vestibulaire et linguale. Ils sont moins fréquemment situés entre la surface dentaire et la table osseuse.

Les lésions infra-osseuses (Intra-osseuses) :

Elles se présentent sous forme de cavité dans l'os. Elles sont situées le long d'une ou de plusieurs racines dénudées comprises entre 1,2,3 parois osseuses ; la quatrième paroi est formée par la surface radiculaire.

Il faut également distinguer les lésions superficielles, moyennes et profondes, selon que le fond de la lésion est situé dans le 1^{er}, 2^{ème}, ou 3^{ème} tier de la longueur radiculaire

Enfin, il faut distinguer la lésion étroite (l'angle formé par le mur osseux et le grand axe de la dent $\leq 25^\circ$) de la lésion large (l'angle formé par le mur osseux et le grand axe de la dent $\geq 37^\circ$). En effet, l'architecture mais aussi la profondeur du défaut osseux sont d'une importance déterminante dans le choix de la thérapeutique à instaurer.

Les héli-septa :

L'hémi septum est la portion du septum inter-dentaire qui reste après que la partie mésiale ou distale ait été détruite par la maladie parodontale.

5. Diagnostic

5.1. Evaluation clinique

L'examen clinique est fondamental pour mettre en évidence les défauts osseux. Il permet de définir la profondeur ainsi que la complexité de la lésion grâce au sondage parodontal.

En effet, l'observation visuelle ne permet pas d'objectiver la présence d'une lésion osseuse car celle-ci se présente souvent sans dénudation radiculaire et sans signe flagrant d'œdème gingival. La lésion se développe plutôt de façon chronique.

Le sondage permet d'évaluer les rapports de la lésion avec le contexte environnant, la profondeur de poche, la perte d'attache.

5.2. La radiographie

La radiographie permet d'analyser la hauteur de l'os alvéolaire et le contour de la crête osseuse. Dans le cas des lésions infra-osseuses, elle permet d'analyser la zone interproximale ainsi que la morphologie radiculaire. Il faut être prudent dans l'interprétation d'un cliché car la superposition des structures dentaires et osseuses qui résulte de la transposition d'élément tridimensionnel sur une image bidimensionnelle ne permet pas d'observer la lésion sous tous ses angles. Ainsi, il est difficile d'évaluer l'atteinte osseuse des parois vestibulaires, linguales ou palatines.

Conclusion:

La perte de l'ancrage osseux est généralement considérée comme séquelle anatomique de la maladie parodontale, son extension, sa sévérité sont indépendantes du type de dent.



Figure 01 :Lyse osseuse horizontale

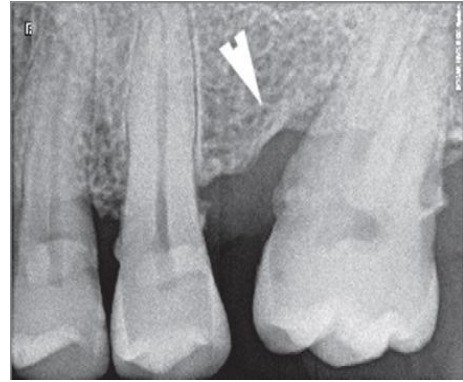
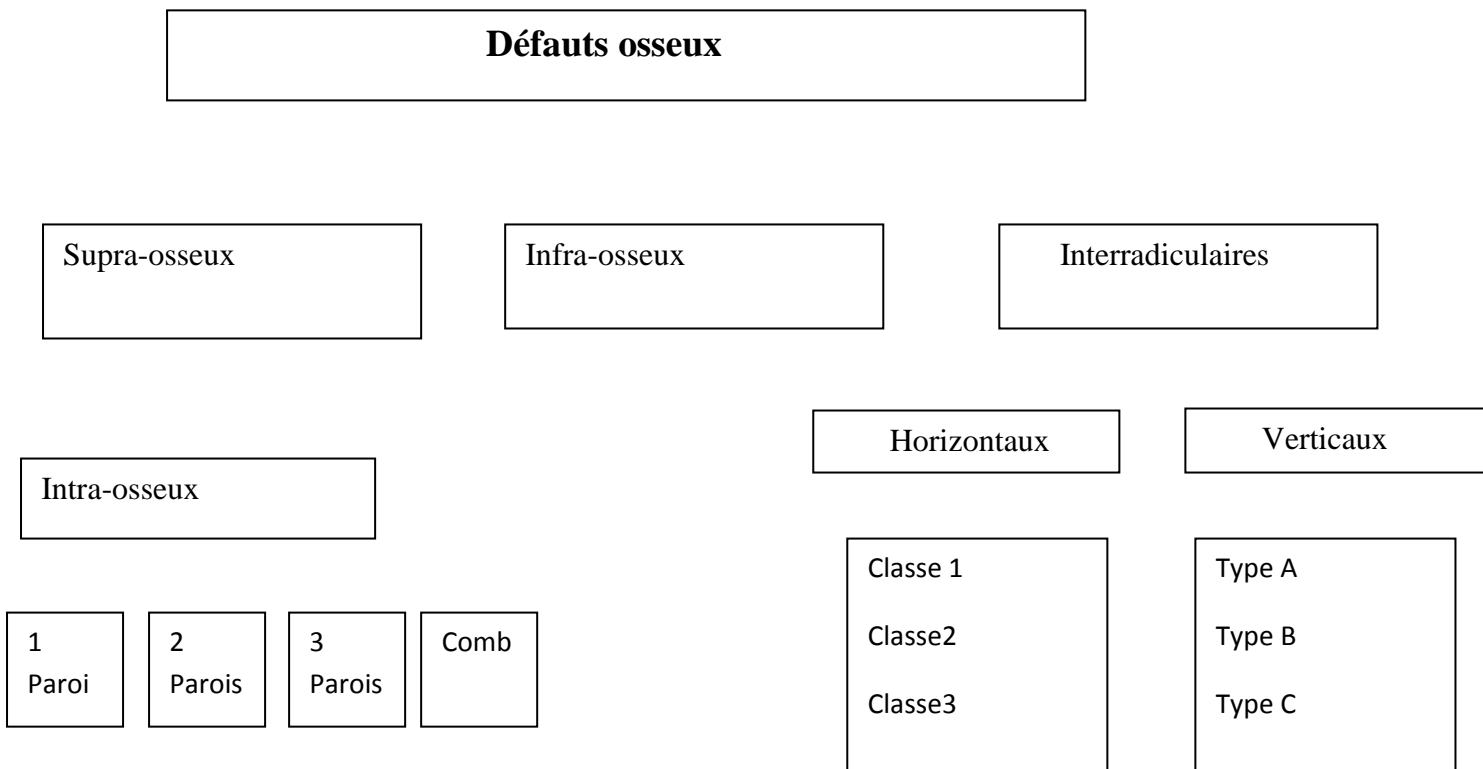
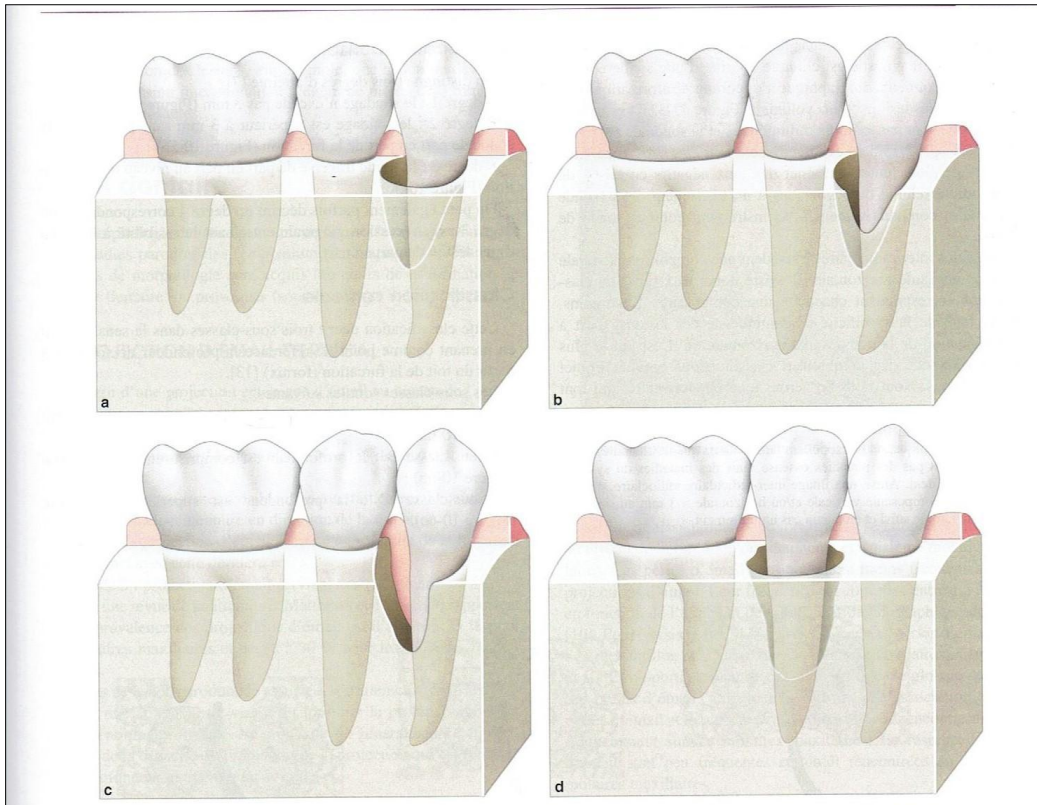


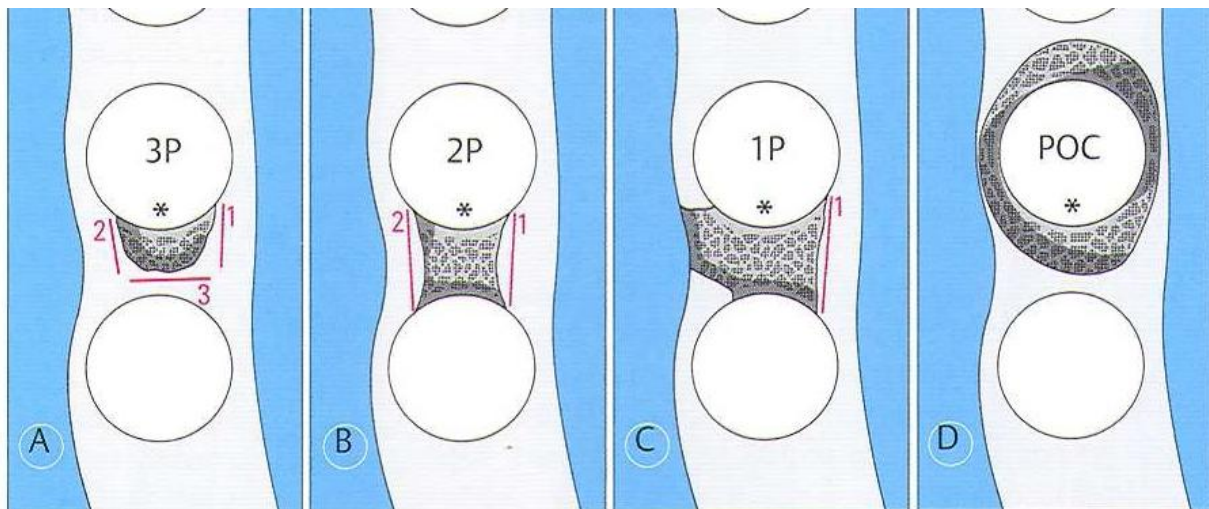
Figure 02 :Lyse osseuse verticale

Classification des défauts osseux parodontaux :





Lésions intra-osseuse : a) lésion intra osseuse à 3parois,b) lésion intra-osseuse à 2 parois,c)lésion intra-osseuse à 1paroi,d) cratère



Lésions intra-osseuse (coupe horizontale) : A) lésion intra osseuse à 3parois,B) lésion intra-osseuse à 2 parois,C)lésion intra-osseuse à 1paroi,D) cratère

