

Maladie parodontale pédiatrique : Articles fondamentaux et recommandations par consensus, 2020

Byrd G, Quinonez RB, Offenbacher S, Keels, MA and Guthmiller JM. Coordinated Pediatric and Periodontal Dental Care of a Child with Down Syndrome. *Pediatr Dent* 2015; 37(4): 381- 385.

Delaney JE, Keels MA. Pediatric Oral Pathology: Soft-Tissue and Periodontal Conditions. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47(5):1125-1147.

Doufexi A, Mina M, Ioannidou E. Gingival Overgrowth in children: Epidemiology, pathogenesis, and complications. A literature review. *J Periodontol* 2005; 76: 3-10

Dougherty MA and Slots J. Periodontal Diseases in Young Individuals. *Cal Dent Assoc J* 1993; 21: 55-69.

Henry RJ and Sweeney EA. Langerhan's Cell Histiocytosis: case reports and literature review. *Pediatr Dent* 1996; 18: 11-16.

Hu CC and others. A clinical and research protocol for characterizing patients with Hypophosphatasia. *Pediatr Dent* 1996; 18: 17-23.

Kalkwarf KL and Gutz DP. Periodontal changes associated with chronic idiopathic neutropenia. *Pediatric Dent* 1981; 3: 189-195.

Lalla E, Cheng B, Lal S, et al. Diabetes-related parameters and periodontal conditions in children. *J Periodontal Res* 2007; 42: 345-350.

Long LM, Jacoway JR and Bawden JW. Cyclic Neutropenia: Case report of two siblings. *Pediatr Dent* 1983; 5: 142-144.

Lundgren T, Renvert S. Periodontal treatment of patients with Papillon-Lefèvre Syndrome: a 3-year followup. *J Clin Periodontol* 2004; 31(11): 933-938.

Mechant AT, Oranbandid S, Jethwani M, et al. Oral care practices and A1c among youths with type 1 and type 2 diabetes. *J Periodontal* 2012; 83: 856-861.

Nagendran J, Prakash C, Anandakrishna L, Gaviappa D and Ganesh D. Leukocyte Adhesion Deficiency: A Case Report and Review. *J Dent Child* 2012; 79(2): 105-110.

Oh TJ, Eber R, Wang HL. Periodontal diseases in the child and adolescent. *J Clin Periodontol* 2002; 29(5): 400-410.

Rezende KM, Canela AH, Ortega AO, et al. Chédiak-Higashi Syndrome and premature exfoliation of primary teeth. *Braz Dent J* 2013, 24: 667-673.

Tinanoff N, Temprow P, Maderazo EG. Dental treatment of Papillon-Lefèvre Syndrome: 15-year follow-up. *J Clin Periodontol* 1995; 22: 609-614.

Van den Bos T, Handoko G, Niehof A, et al. Cementum and dentin in Hypophosphatasia. J Dent Res 2005; 84:1021-1025.

AAPD. Classification of periodontal diseases in infants, children, adolescents and individuals with special health care needs, 2019. Available at: <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/classification-of-periodontal-diseases-in-infants-children-adolescents-and-individuals-with-special-health-care-needs> Accessed, Dec.15, 2019.

Recommandations par consensus de l'IAPD

1. Lors de chaque examen dentaire, il est nécessaire d'évaluer la santé du parodonte et la mobilité des dents et de conserver ces informations dans le dossier médical du patient. Après l'établissement de la denture permanente, le sondage parodontal doit confirmer que l'os alvéolaire est sain. Cet examen doit être complété par un examen radiographique justifiant de l'état de l'os alvéolaire. Des photographies cliniques sont utiles pour documenter et surveiller l'état parodontal.

2. Pour une gingivite généralisée la première étiologie à envisager est l'origine virale. Si la gingivite généralisée persiste au-delà de deux semaines, l'étiologie peut être systémique et non virale. Un suivi étroit est recommandé. Les diagnostics différentiels les plus courants sont la neutropénie cyclique, la neutropénie idiopathique chronique et les leucémies. Une consultation chez le médecin traitant est indiquée pour toute affection parodontale où l'on soupçonne une cause systémique.

3. La classification parodontale pédiatrique de Keels-Quinonez permet d'identifier le stade d'atteinte parodontale chez l'enfant (voir ci-joint).

4. Le diagnostic d'hypophosphatasie doit être envisagé dans le cas suivant : un enfant ayant perdu une incisive temporaire sans traumatisme avant 4 ans, avec une gingivite localisée. La dent exfoliée doit être analysé par un examen anatomo-pathologique.

5. Si un enfant présente une éruption prématurée des molaires temporaires au cours de la période

néonatale, il est nécessaire de mener les examens complémentaires permettant d'écartier une histiocytose langerhansienne. L'examen indiqué est une biopsie gingivale du parodonte marginal de la molaire détecter la présence de granules de Birbeck.

6. Si un enfant présente une inflammation gingivale persistant au-delà de deux semaines, il peut être nécessaire de demander une culture bactérienne afin de déterminer la présence de souches bactériennes anaérobies qui peuvent déclencher une réponse immunitaire agressive, comme dans le syndrome de Papillon- Lefèvre, ou contribuer à l'inflammation et à la perte osseuse comme dans les neutropénies.

7. Les patients ayant une maladie systémique associée aux maladies parodontale doit faire l'objet d'un suivi parodontal régulier. Une défaillance parodontale est un marqueur essentiel de l'observance et de l'efficacité des médicaments utilisés pour renforcer la réponse immunitaire. Par exemple, c'est un indicateur de l'efficacité du facteur de stimulation des colonies de granulocytes (G-CSF) dans le traitement de la neutropénie cyclique, ou de l'observance de l'insuline dans le traitement du diabète insulino-dépendant.

8. Dans de rares cas, un enfant peut avoir besoin d'une greffe de cellules souches pour rétablir son système immunitaire. Ce soin permettra aussi une amélioration de la santé parodontale. Par exemple, la greffe de cellules souches peut être indiquée chez les enfants atteints d'une maladie granulomateuse chronique et d'un déficit d'adhésion des leucocytes.

Classification des maladies parodontales pédiatriques

Copyright MA Keels et RB Quinonez, 2003

	OS SAIN (pas de perte d'os alvéolaire)	OS MALADE (perte d'os alvéolaire)
Gencives saines (roses, fermes, pointillées)	Gencives saines sans aucune perte osseuse	Gencive saine et perte osseuse <ul style="list-style-type: none"> • Hypophosphatasie ** • Maladie parodontale pédiatrique non concluante (LJP) * • Dysplasie de la dentine de type I • Post avulsion / extraction
Gencives malades (érythémateux, hémorragique)	Gencives malsaines sans perte osseuse <ul style="list-style-type: none"> • Gingivite • Gingivite par respiration orale • Fibromatose gingivale • ANUG • Leucémie (LMA/LLA) • VIH • Carence en vitamine C • Gingivite liée à l'éruption • Attachement gingival minimal • Gingivostomatite herpétique • Thrombocytopénie • Anémie aplastique • Acrodynie • Carence en vitamine K • Blessure au visage 	Gencives malsaines et perte osseuse <ul style="list-style-type: none"> • Déficit quantitatif en neutrophiles : (agranulocytose, neutropénie cyclique, neutropénie idiopathique chronique) * • Défaut qualitatif des neutrophiles : (Déficience d'adhérence des leucocytes) * • Maladie parodontale pédiatrique non concluante (LJP)* • Histiocytose à cellules de Langerhans *** • Syndrome de Papillon-Lefèvre * • Diabète sucré * • Syndrome de Down * • Syndrome de Chédiak-Higashi * • Maladie granulomateuse chronique * • Tuberculose * • Ehlers-Danlos (Type VIII) • Ostéomyélite *

* culture bactérienne et antibiogrammes nécessaires

** biopsie dentaire nécessaire

*** biopsie gingivale nécessaire