

# Maladie parodontale chez l'enfant : Articles fondamentaux et recommandations

- Byrd G, Quinonez RB, Offenbacker S, Keels MA, 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.
- Keels MA, Tatakis D, Griffen A and Torchia MM.** Periodontal disease in children: Associated systemic conditions. *UpToDate* 2019.
- Keels MA, Quinonez RB.** Pediatric Periodontal Disease Matrix. 2002. (Figure below)
- 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, Tempro 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

## Contexte

Il est primordial pour les médecins dentistes pédiatriques d'évaluer la santé gingivale et parodontale de leurs patients. Il n'est pas rare de diagnostiquer une gingivite chez les patients pédiatriques, principalement en raison d'une mauvaise hygiène buccale. Cependant, certains enfants peuvent présenter une gingivite sévère généralisée réfractaire, une mobilité dentaire inexplicée et/ou une perte d'os alvéolaire. Ces enfants doivent être suivis à l'aide d'une docu-

mentation complète, de photographies cliniques et de radiographies dentaires et, si nécessaire, ils doivent être redirigés vers des prestataires médicaux afin d'évaluer les causes systémiques telles que les défauts qualitatifs/quantitatifs des neutrophiles, les leucémies, l'hypophosphatasie, l'histiocytose à cellules de Langerhan X et le syndrome de Papillon-Lefèvre.

## Recommandations de l'IAPD

**1.** Chaque examen dentaire comprend la documentation de la santé de la gencive, du parodonte et de la mobilité des dents. Une fois la dentition permanente établie, les examens dentaires peuvent inclure des sondages pour confirmer la bonne santé de l'os alvéolaire. Des radiographies dentaires appropriées sont un complément pour documenter la santé de l'os alvéolaire ; les photographies cliniques sont utiles pour documenter et surveiller l'état parodontal.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 94%

**2.** Une mauvaise hygiène buccale ou une origine infectieuse doivent être considérées comme l'étiologie de la gingivite généralisée. Si la gingivite généralisée avec une hygiène buccale améliorée persiste au-delà de deux semaines, une cause systémique non infectieuse peut être envisagée.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 88%

**3.** Le diagnostic différentiel d'une gingivite persistante et sévère doit inclure une recommandation médicale appropriée pour évaluer la neutropénie cyclique, la neutropénie idiopathique chronique et les leucémies.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 88%

**4.** Pour faciliter la prise en charge d'un enfant présentant une maladie parodontale pédiatrique, la classification parodontale infantile de Keels-Quinonez peut être utilisée pour aider à identifier le diagnostic.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 75%

**5.** Un enfant présentant une perte prématurée inexplicée d'une incisive primaire avant l'âge de 4 ans doit être évalué pour détecter une éventuelle hypophosphatasie.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 85%

**6.** Un nourrisson présentant une molaire natale ou néonatale doit être évalué pour l'histiocytose à cellules de Langerhans X.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 62%

**7.** Un enfant présentant une inflammation gingivale persistant au-delà de deux semaines peut nécessiter une culture parodontale, pour aider à évaluer les souches bactériennes anaérobies qui peuvent déclencher une réponse immunitaire agressive, comme dans le cas du syndrome de Papillon-Lefèvre, ou contribuer à l'inflammation et à la perte osseuse comme dans le cas des neutropénies.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 81%

**8.** La bonne évolution de la santé gingivale et parodontale des patients chez qui l'on a diagnostiqué une maladie systémique est un marqueur essentiel de l'observance thérapeutique, ainsi que de l'efficacité de tout médicament utilisé pour renforcer la réponse immunitaire.

Déclaration consensuelle avec approbation globale 88%

## Matrice des maladies parodontales pédiatriques

Copyright MA Keels et RB Quinonez, 2003

	<b>Os sain (pas de perte d'os alvéolaire)</b>	<b>Os malade (perte d'os alvéolaire)</b>
<b>Gencives saines (roses, fermes, granitée)</b>	<b>Gencives saines sans aucune perte osseuse</b>	<b>Gencives saines et perte osseuse</b> Hypophosphatasie ** Maladie parodontale infantile non concluante (LJP) * Dysplasie de la dentine de type I Post avulsion / extraction
<b>Gencives malades (érythémateuses, hémorragiques)</b>	<b>Gencives malsaines sans perte osseuse</b> Gingivite Gingivite liée à l'éruption Lésion factice Gingivite par respiration buccale Attachement gingival minimal Fibromatose gingivale Gingivostomatite herpétique ANUG Thrombocytopénie Leucémie (LMA / LLA) Anémie aplastique VIH Acrodyne Carence en vitamine C Carence en vitamine K	<b>Gingiva no saludable y pérdida ósea</b> Gencives malsaines et perte osseuse Déficit quantitatif en neutrophiles : (agranulocytose, neutropénie cyclique, neutropénie chronique idiopathique) * Déficit qualitatif en neutrophiles : (Déficience d'adhérence des leucocytes) * Maladie parodontale infantile non concluante (LJP) * Histiocytose à cellules de Langerhan X*** Syndrome de Papillon-Lefèvre * Diabète sucré * Syndrome de Down * Syndrome de Chédiak-Higashi * Maladie granulomateuse chronique * Tuberculose * Ehlers-Danlos (Type VIII) * Ostéomyélite *

\* Culture bactériologique et sensibilité nécessaires    \*\* Biopsie dentaire nécessaire    \*\*\* Biopsie gingivale nécessaire