

La rubrique «Point de service» répond aux questions cliniques de tous les jours en donnant de l'information pratique sur les traitements en salle opératoire. Les réponses présentées reflètent les opinions des collaborateurs et ne visent pas à établir des normes de soins ou des recommandations pour la pratique clinique. Le lecteur est invité à pousser plus loin son étude des sujets traités. Les réponses de ce mois-ci ont été fournies par des membres de l'Académie canadienne de parodontologie.



ACADÉMIE
CANADIENNE DE
PARODONTOLOGIE

QUESTION 1

Quelle est la référence en matière de traitement des maladies parodontales?

Contexte

Les maladies parodontales induites par la plaque sont des infections mixtes associées à des groupes relativement spécifiques de bactéries buccales indigènes. Les réactions de l'hôte à ces pathogènes parodontaux varient considérablement et elles déterminent la sensibilité de la personne aux parodontopathies. Malgré les progrès réalisés dans la compréhension des causes et de la pathogenèse des infections parodontales, le diagnostic et la classification de ces maladies s'appuient toujours sur l'évaluation clinique. Différents facteurs, dont la présence d'inflammation, la profondeur au sondage, la perte d'attache et les antécédents médicaux et dentaires du patient, ainsi que d'autres signes comme la douleur, l'ulcération et la quantité de plaque et de tartre, aident le dentiste à poser le bon diagnostic¹.

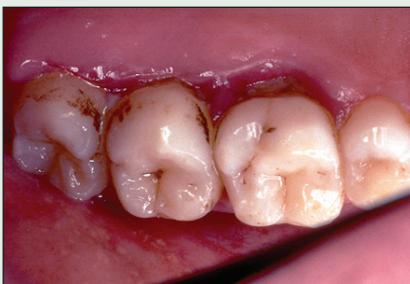
Les maladies parodontales induites par la plaque sont généralement divisées en 2 catégories générales, selon l'absence (gingivite) ou la présence (parodontite) de perte d'attache. La gingivite est une inflammation des gencives sans perte d'attache du tissu conjonctif, tandis que la parodontite est une inflammation gingivale qui s'accompagne d'un décollement pathologique des fibres de collagène du cément et d'une migration apicale de l'épithélium de jonction (c.-à-d. perte d'attache).

Prise en charge

Le but ultime du traitement parodontal est de préserver la dentition le plus longtemps possible, tout en maintenant la santé, les fonctions et le confort du patient. Un large éventail de traitements parodontaux est disponible, mais il n'existe aucun traitement qui puisse s'appliquer à tous les cas. Il est cependant indispensable de suivre une progression méthodique et logique, qui va d'un traitement parodontal actif (non chirurgical et chirurgical) à un traitement d'entretien.

Le traitement parodontal initial vise à réduire ou à éliminer les principaux facteurs étiologiques (c.-à-d. la plaque et le tartre) et d'autres facteurs contributifs comme les éléments iatrogènes (p. ex., surplus d'amalgame au gingival), le mauvais positionnement des dents et les habitudes potentiellement destructrices (p. ex., le bruxisme). Le détartrage non chirurgical et le surfaçage radiculaire sont les volets les plus importants du traitement initial, car ces procédures peuvent réduire ou éliminer le saignement au sondage, l'œdème, l'érythème et la mobilité (ill. 1 et 2). Des études menées dans des centres de recherche et des cabinets privés ont prouvé l'efficacité du détartrage et du surfaçage radiculaire sur les molaires et autres dents, ainsi que dans les zones peu profondes ou modérément profondes². Le principal inconvénient lié au traitement non chirurgical est qu'il n'est pas efficace chez tous les patients ou dans tous les sites. Cette limite se manifestera durant la réévaluation, auquel moment un autre traitement approprié – peut-être de type chirurgical – pourra être envisagé.

Selon des données assez concluantes, le détartrage sous-gingival et le surfaçage radiculaire sont d'une efficacité limitée lorsque la profondeur au sondage est supérieure à 5 à 7 mm³⁻⁵. En pareils cas, et surtout s'il y a une activité au niveau de la poche parodontale (p. ex., saignement au sondage, suppuration, œdème marginal



III. 1a : Vue linguale des molaires dans le quadrant 2, avant le surfaçage radiculaire.



III. 1b : Vue linguale des molaires dans le quadrant 2, environ 6 semaines après le surfaçage radiculaire.



III. 2a : Vue buccale des dents antérieures inférieures, avant le surfaçage radiculaire.



III. 2b : Vue buccale des dents antérieures inférieures, environ 6 semaines après le surfaçage radiculaire.

et érythème), une intervention avec lambeau devrait être envisagée. Ce traitement parodontal par voie chirurgicale vise principalement à créer un meilleur accès visuel à la surface radiculaire et à la lésion parodontale, en vue du débridement mécanique. Il peut aussi être pratiqué dans le but de promouvoir et de faciliter la guérison, de restaurer les contours physiologiques gingivaux et osseux et de créer un milieu propice à un traitement parodontal d'entretien régulier. Enfin, après toute chirurgie avec lambeau, une prophylaxie est souvent indiquée pour aider à prévenir l'inflammation et limiter la progression de la profondeur au sondage.

Une fois le traitement actif terminé, il est important de prévoir des traitements parodontaux d'entretien, pour la prise en charge à long terme des patients. Cependant, chaque patient est différent et il n'existe pas de norme concernant les soins d'entretien; toutefois, le renforcement répété des procédures d'hygiène buccodentaire, combiné au débridement, donne des résultats plus favorables à long terme⁶. La fréquence optimale des traitements d'entretien devrait être déterminée en tenant compte du degré d'inflammation, de l'accumulation de plaque et de tartre et des variations dans la profondeur au sondage, mais des visites à intervalles de 3 à 4 mois sont habituellement indiquées. ♦

L'AUTEUR



Le **Dr Sayed Mirbod** est parodontiste en pratique privée et professeur adjoint en parodontologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : mirbod@eastlink.ca.

Références

1. Armitage GC; Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Diagnosis of periodontal diseases. *J Periodontol* 2003; 74(8):1237-47.
2. Non-surgical periodontal therapy. In: Periodontal literature review: a summary of current knowledge. American Academy of Periodontology: Chicago; 1996. p. 136-44.
3. Knowles JW, Burgett FG, Nissle RR, Schick RA, Ramfjord SP. Results of periodontal treatment related to pocket depth and attachment level. Eight years. *J Periodontol* 1979; 50(5):225-33.
4. Becker W, Becker BE, Ochsenbein C, Kerry G, Caffesse R, Morrison EC, and other. A longitudinal study comparing scaling, osseous surgery and modified Widman procedures. Results after one year. *J Periodontol* 1988; 59(6):351-65.
5. Olsen CT, Ammons WF, van Belle G. A longitudinal study comparing apically repositioned flaps, with and without osseous surgery. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(4):10-33.
6. Schick RA. Maintenance phase of periodontal therapy. *J Periodontol* 1981; 52(9):576-83.

QUESTION 2

Quelle est la meilleure technique de recouvrement radiculaire pour un patient qui présente une récession gingivale?

Contexte

La récession gingivale se définit comme la migration du tissu marginal, apicalement par rapport à la jonction amélo-cémentaire, ce qui a pour effet d'exposer la surface radiculaire au milieu buccal¹. Ce processus peut être causé par l'inflammation, un traumatisme consécutif au brossage des dents ou un mouvement orthodontique. Quelle qu'en soit la cause, il peut poser des problèmes chez certains patients. Chez les patients dont la ligne de la lèvre supérieure est haute, la récession altère l'esthétique. Chez d'autres, la récession peut causer une hypersensibilité dentinaire qui risque d'altérer sensiblement la qualité de vie du patient, en limitant le type d'aliments consommés. Autre problème, si la racine est recouverte principalement de muqueuse – laquelle est un tissu mince – l'hygiène buccodentaire peut devenir une source d'inconfort ce qui, en retour, provoquera une accumulation de plaque et augmentera le risque d'aggravation de la récession. Enfin, la récession gingivale peut accroître le risque de caries radiculaires pour les patients chez qui le contrôle de la plaque est altéré, p. ex. les personnes âgées ou les personnes prenant des médicaments pour traiter la xérostomie.

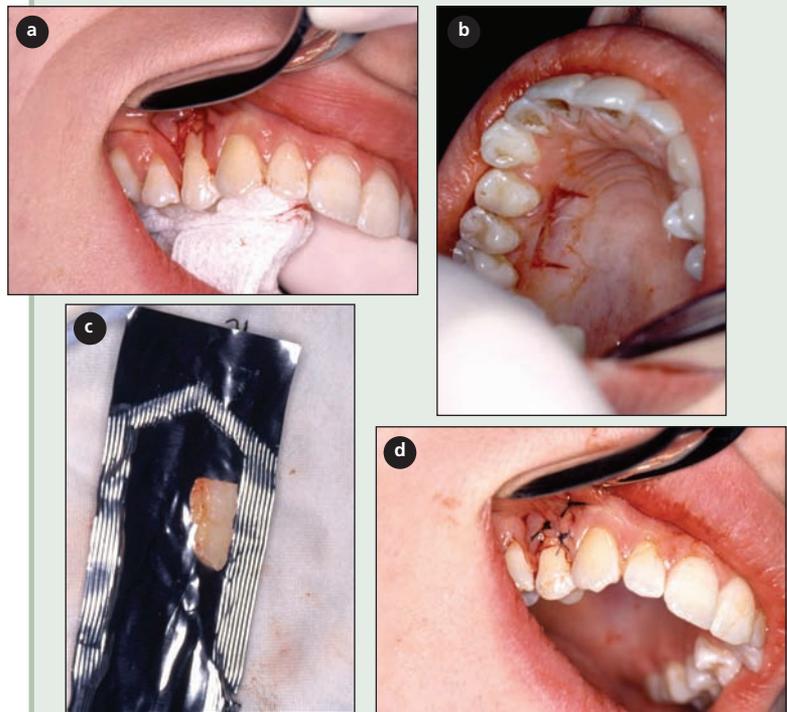
La greffe de tissu conjonctif (GTC) constitue actuellement la technique de référence en matière de recouvrement radiculaire. Cependant, d'autres techniques peuvent aussi être efficaces, notamment la création de lambeaux positionnés coronairement et l'utilisation d'une membrane barrière (désignée régénération tissulaire guidée [RTG]). Les greffes gingivales libres – bien qu'efficaces pour augmenter la quantité de tissu kératinisé – n'assurent pas un recouvrement radiculaire prévisible.

Prise en charge

Comme toute autre intervention, chacune de ces options présente des avantages et des inconvénients. Bien que la GTC

assure un excellent recouvrement radiculaire, elle nécessite 2 sites chirurgicaux – le site donneur (souvent le palais) et le site receveur (ill. 1). On présume que le niveau d'inconfort pour le patient sera donc plus grand. Avec la RTG, il n'y a qu'un site chirurgical si des membranes biorésorbables sont utilisées, mais une deuxième intervention doit être pratiquée pour retirer la membrane si l'on emploie des membranes non résorbables. Dans ce dernier cas, la RTG n'offre aucun avantage par rapport à la GTC. La présence d'un seul site chirurgical devrait diminuer la morbidité postopératoire, bien qu'il existe peu de données sur les effets de la RTG sur la qualité de vie². Le coût est le principal inconvénient lié à l'utilisation de la RTG, qui est beaucoup plus chère que la GTC.

Une récente méta-analyse par Rocuzzo et coll.³ a examiné les données de 20 essais cliniques. La



III. 1 : (a) La greffe de tissu conjonctif sur la dent 14 commence par la préparation du site receveur. Un lambeau de demi-épaisseur est pratiqué dans la muqueuse mobile de telle sorte que le lambeau puisse être replacé en position coronairement. (b) Le lambeau de demi-épaisseur permet de prélever du tissu conjonctif sous-épithélial dans le palais, en avant des gros vaisseaux palatins. (c) Le greffon du tissu conjonctif sous-épithélial prélevé dans le palais. (d) Le greffon est suturé sur la zone de récession, puis le lambeau est placé sur le greffon et est suturé. Le succès de cette intervention tient au double apport sanguin provenant du lit récepteur et du lambeau.

Les facteurs qui ont une incidence sur le succès du recouvrement radiculaire

Facteurs locaux

- hauteur de l'os interdentaire et de la gencive
- type de récession (III. 2 à 5)

Facteurs liés au patient

- tabagisme
- contrôle de la plaque dentaire

Type d'intervention

- greffe de tissu conjonctif, supérieure à la régénération tissulaire guidée avec lambeau positionné coronairement

Expérience du clinicien



III. 2 : Récession de classe I selon la définition de Miller⁴. La récession est peu profonde et il n'y a aucune perte d'os interproximal. On peut s'attendre à un recouvrement radiculaire complet (100 %).



III. 3 : Récession de classe II. Large zone de récession, sans perte d'os interproximal. On peut s'attendre à un recouvrement radiculaire complet (100 %).



III. 4 : Récession de classe III. Ce type de défaut se compare aux récessions de classes I ou II, mais il y a perte d'os interproximal. Il est probable que le recouvrement radiculaire n'atteigne que le niveau de l'os.



III. 5 : Récession de classe IV. Ce type de défaut se compare aux récessions de classes I ou II, mais la perte de hauteur de l'os interproximal est telle que les tissus mous interproximaux sont situés apicalement par rapport à la jonction amélo-cémentaire ou par rapport au rebord gingival buccal. On peut s'attendre à un recouvrement radiculaire faible, voire nul.

GTC s'est révélée la technique la plus efficace en termes de gain du niveau de l'attache et de pourcentage de recouvrement radiculaire. De plus, ces auteurs n'ont observé aucune différence entre les lambeaux en position coronaire et la RTG ou entre l'utilisation de membranes résorbables ou non résorbables pour la RTG.

Cependant, la technique utilisée n'est pas le seul facteur qui contribue au succès du recouvrement radiculaire. En effet, la hauteur des tissus interproximaux adjacents est un facteur déterminant du pourcentage de recouvrement de la racine, lequel ne devrait atteindre qu'une ligne parallèle à la hauteur de l'os interproximal. Le tabagisme est un autre facteur à considérer : les fumeurs sont de mauvais candidats pour le recouvrement radiculaire, en raison de la diminution de la vascularité et l'effet du tabagisme sur d'autres facteurs de guérison. Enfin, comme pour toute intervention clinique, les compétences et

l'expérience du clinicien jouent également un rôle important (quoiqu'il soit rarement mesuré). ♦

Références

1. Consensus Report. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996; 1(1):702-6.
2. Tatakis D, Trombelli L. Adverse effects associated with a bioabsorbable guided tissue regeneration device in the treatment of human gingival recession defects. A clinicopathologic case report. *J Periodontol* 1999; 70(5):542-7.
3. Rocuzzo M, Bunino M, Needleman I, Sanz M. Periodontal plasticsurgery for treatment of localized gingival recessions: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2002; 29(Suppl. 3):178-94.
4. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5(2):8-13.

L'AUTEURE



La Dre Debora C. Matthews est directrice du département de parodontologie à la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : dmatthew@dal.ca.

QUESTION 3

Quel est le rôle de l'antibiothérapie générale dans le traitement de la maladie parodontale?

Contexte

La maladie parodontale attaque les tissus de soutien de la dent, cause un saignement au sondage, la formation de poches, la déperdition osseuse et, à terme, la perte de dents. L'accumulation d'un biofilm de plaque bactérienne est un préalable au processus pathologique. Le retrait régulier du biofilm au moyen de bons soins par le patient à domicile et de l'entretien régulier par un professionnel de la santé dentaire constitue le principal moyen de prévenir la maladie parodontale^{1,2}.

Malgré ces mesures, la dégradation du parodonte peut se poursuivre (ill. 1). Les poches continuent de s'approfondir, les saignements persistent, le soutien diminue, ce qui entraîne la perte des dents. À cette étape, il est nécessaire de réévaluer le cas et de déterminer la ou les causes de la dégradation parodontale. Une parodontite réfractaire peut être diagnostiquée si le traitement classique a échoué, tandis qu'une parodontite récurrente est diagnostiquée si le traitement classique connaît d'abord le succès, mais que le patient n'a pas suivi les soins qui lui sont recommandés aux intervalles proposés ou a négligé son hygiène buccodentaire. Il se peut aussi que la santé générale du patient soit en cause. Le diabète, le sida, l'infection au VIH, la neutropénie cyclique et d'autres affections immunitaires peuvent rendre le patient vulnérable à la dégradation du parodonte³. Une prédisposition génétique peut être présente. L'usage de la cigarette et d'autres produits du tabac peut entraver l'effet du traitement classique⁴.

En tenant compte des facteurs en question, le professionnel peut considérer que l'antibiothérapie générale constitue un adjuvant utile au traitement classique. Avant de prescrire les antibiotiques, le

professionnel doit réexaminer le patient, établir des objectifs précis et réévaluer la zone touchée à intervalles appropriés afin de veiller à ce que l'antibiotique prescrit ait atteint ses objectifs⁵. Beaucoup d'études ont examiné l'efficacité de divers antibiotiques (la pénicilline, l'amoxicilline, la clindamycine, le métronidazole et les tétracyclines). Dans presque toutes les études, on a examiné le traitement classique (débridement mécanique) avec ou sans antibiotique.

Avantages et risques de l'antibiothérapie

Les tétracyclines (en particulier la minocycline et la doxycycline), la clindamycine et l'érythromycine sont des agents bactériostatiques à large spectre. En plus de leurs effets antibactériens, les tétracyclines sont capables d'inhiber la collagénase, ce qui prévient la dégradation des tissus. Un autre avantage des tétracyclines réside dans leur capacité à se lier aux surfaces dentaires, sans compter qu'elles sont libérées avec le temps. Leur utilisation dans la parodontite récurrente ou réfractaire a fait l'objet de nombreuses recherches⁶. Quant à la clindamycine, son principal inconvénient est son lien avec les troubles intestinaux graves, y compris la colonisation par *Clostridium difficile*, susceptible de causer une infection potentiellement fatale⁵. Pour cette raison, il faut être prudent dans la prescription de la clindamycine, en particulier auprès des personnes âgées. Enfin, l'érythromycine peut interagir avec d'autres médicaments couramment utilisés, comme les benzodiazépines, la ranitidine, les anticoagulants oraux, la digoxine et la méthylprednisone⁷.

Le métronidazole améliore les résultats du traitement lorsqu'on l'utilise avec le curetage et le surfaçage radiculaire. Toutefois, il n'a aucun effet positif lorsqu'il est combiné à une intervention chirurgicale parodontale. L'emploi du métronidazole est contre-indiqué chez les patients sous warfarine⁸. Il faut en outre informer les patients d'éviter de consommer de l'alcool, car le métronidazole peut entraîner un dérangement gastro-intestinal grave, semblable aux effets du disulfirame (Antabuse). Des études ont montré que l'emploi du médicament Augmentin (amoxicilline plus acide clavulanique) peut améliorer les résultats cliniques lorsqu'il est utilisé en association avec le curetage et le surfaçage radiculaire et, dans les cas à évolution rapide, avec l'intervention chirurgicale.



III. 1 : Altération de l'occlusion antérieure due à la dégradation parodontale.

Mon expérience de 21 ans à traiter la maladie parodontale m'a conduit à recourir à l'antibiothérapie seulement si le traitement classique a échoué à juguler la maladie. Il existe cependant une exception possible avec les diabétiques, en particulier pour ceux dont le contrôle glycémique est modéré ou faible. L'équilibre du diabète dépend de l'élimination d'infections chroniques. L'addition systématique d'antibiotiques a amélioré les résultats atteints avec le curetage et le surfaçage radiculaire ou avec la chirurgie parodontale.

Les fumeurs peuvent aussi profiter de l'addition de l'antibiothérapie au traitement classique, étant donné qu'ils présentent un taux accru d'agents pathogènes parodontaux dans des poches moins profondes. Il peut être difficile d'évaluer l'évolution de la maladie parodontale chez ce type de patients au cours des visites d'entretien en raison du fait que les effets micro-vasculaires des produits du tabac conduisent à une absence de saignement au sondage, même lorsqu'une maladie parodontale est active. Pour surveiller ce type de patients, des radiographies en série et des enregistrements en série de la profondeur des poches sont nécessaires.

En conclusion, l'antibiothérapie peut constituer un adjuvant utile au traitement de la maladie parodontale. Toutefois, elle ne peut remplacer le curetage et le surfaçage radiculaire, avec ou sans intervention chirurgicale, ni une bonne hygiène buccodentaire de la part du patient. L'entretien approprié des patients atteints d'une maladie parodontale est critique pour veiller à ce que les résultats atteints avec le traitement actif se maintiennent. L'antibiothérapie, lorsqu'elle est appliquée à la parodontite récurrente ou réfractaire, ou lorsqu'elle est administrée à des patients immunodéficients, peut vous aider à obtenir de bons résultats durables. ➤

L'AUTEURE



La **Dr Lynn Ellis** exerce dans un cabinet privé à Sydney (Nouvelle-Écosse). Courriel : lynn.ellis@ns.sympatico.ca.

Références

Pour obtenir la liste complète des références, consultez la version électronique de cet article à l'adresse www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-2/142.html.

QUESTION 4

Quels sont les effets de l'usage de la pipe à eau sur le parodonte?

Contexte

Les efforts actuels en matière de recherche, de traitement et de politiques dans le domaine du tabagisme concernent principalement la cigarette, alors que beaucoup de gens dans les régions en développement fument du tabac à l'aide de pipes à eau. L'usage de la pipe à eau, aussi connue sous le nom de narguilé, se pratique abondamment depuis environ 400 ans. Son usage augmente à l'échelle mondiale, en particulier chez les jeunes des régions de l'Est méditerranéen où les perceptions au sujet des effets sur la santé et les valeurs traditionnelles peuvent faciliter l'usage des pipes à eau par les femmes et les enfants. Même si la cigarette est connue pour augmenter la quantité de radicaux libres dans les tissus parodontaux, hausse qui peut être à son tour la cause de la destruction associée aux maladies parodontales, les recherches au sujet de l'épidémiologie et des effets sur la santé de l'utilisation de la pipe à eau sont limitées. Aucune étude traitant des efforts thérapeutiques à cet égard n'a encore été publiée. Néanmoins, il est connu que la fumée des pipes à eau comporte des constituants nocifs et des preuves préliminaires établissent un lien entre cette pratique et des affections potentiellement fatales^{1,2}.

Effets nocifs de l'usage de la pipe à eau

La plupart des professionnels de la santé occidentaux méconnaissent la pratique et les conséquences sur la santé de l'utilisation de la pipe à eau (III. 1). L'augmentation de l'utilisation des pipes à eau constitue ainsi un nouveau défi pour les prestataires de soins de santé. Dans des études effectuées sur des fumeurs de narguilé et sur la fumée du narguilé, on a signalé des concentrations de monoxyde de carbone, de nicotine, de «goudron» et de métaux lourds aussi élevées ou encore plus élevées que chez les fumeurs de cigarettes ou dans la fumée de cigarette. Les rares données scientifiques qui existent au sujet des conséquences néfastes pour la santé de l'usage de la pipe à eau indiquent des dangers semblables à ceux qui sont associés à la cigarette. Parmi les dangers supplémentaires qu'on ne rencontre pas avec la cigarette, on compte des maladies

infectieuses qui peuvent résulter du partage des pipes et des effets néfastes causés par l'addition fréquente d'alcool ou de drogues psycho-actives au tabac utilisé dans les pipes à eau. Au nombre des idées fausses liées à l'usage de la pipe à eau figurent les mythes suivants : la teneur en nicotine des pipes à eau est moins élevée que celle des cigarettes; l'eau filtre toutes les toxines; l'usage de la pipe à eau est moins dommageable pour la gorge et les voies respiratoires que la cigarette et le tabac du narguilé contient des fruits et est par conséquent sain. Parmi les stratégies de santé publique visant à juguler l'épidémie émergente de l'usage de la pipe à eau, on compte les recherches épidémiologiques et toxicologiques, la promulgation de lois visant à limiter l'acquisition et l'usage du tabac de narguilé et l'éducation à la santé, en particulier auprès des adolescents³.

Une étude récente⁴ effectuée dans la ville de Jeddah (Arabie saoudite) a permis d'étudier si le lien entre l'usage de la pipe à eau et la santé parodontale est semblable à celui de la cigarette. Les participants ont été classés comme fumeurs de pipe à eau (33 %) fumeurs de cigarettes (20 %), fumeurs de pipes à eau et de cigarettes (fumeurs mixtes; 19 %) ou non-fumeurs (28 %). Tant la consommation de cigarettes que l'usage de la pipe à eau ont été associés à la présence de plus de 10 sites ayant une profondeur au sondage d'au moins 5 mm. Le risque relatif de maladie parodontale était 5,1 fois plus grand chez les fumeurs de pipe à eau et 3,8 fois plus grand chez



III. 1 : Pipe à eau traditionnelle.



III. 2 : Bouche d'un fumeur. En plus des taches de nicotine, le tissu fibreux épais et la récession gingivale généralisée sont typiques des fumeurs.

les fumeurs de cigarettes que chez les non-fumeurs ($p < 0,01$). Le risque relatif associé à une consommation de tabac élevée était d'environ 8 fois plus élevé chez les fumeurs de pipe à eau et 5 fois plus élevé chez les fumeurs de cigarettes que chez les non-fumeurs, ce qui permet de supposer l'existence d'un effet exposition-réponse. Le tabagisme a été associé à une réduction de la hauteur de l'os parodontal. Toutefois, les fumeurs de cigarettes, les fumeurs de pipe à eau et les non-fumeurs ont tous présenté une microflore parodontale similaire (ill. 2).

Prise en charge

Le tabagisme constitue non seulement un facteur de risque majeur pour la maladie parodontale, mais il nuit également à la réponse au traitement parodontal. Les habitudes tabagiques doivent être considérées dans la planification du traitement, étant donné que des résultats moins favorables que chez les non-fumeurs (quant à la réduction de la profondeur au sondage, au gain d'attache clinique et à la réduction du saignement gingival) ont été observés chez les fumeurs après un traitement parodontal, autant chirurgical que non chirurgical⁵⁻¹⁰. En outre, la susceptibilité à la récurrence de l'infection parodontale et la nécessité d'une reprise du traitement sont aussi plus élevées chez les fumeurs¹¹⁻¹³. Les conseils en matière de tabagisme et l'assistance à l'arrêt du tabagisme doivent être incorporés dans toute pratique dentaire.

Conclusions

Les répercussions de l'usage de la pipe à eau sur le parodonte semblent être à peu près de la même ampleur que celles de la cigarette. Toutefois, il faut davantage de documentation scientifique et d'analyses prudentes avant qu'on puisse comprendre l'expansion de l'emploi des pipes à eau et ses effets sur la santé et qu'on puisse mettre en œuvre un traitement empirique et des stratégies de politique publique. L'examen parodontal complet doit en outre comporter des questions au sujet de l'usage de la pipe à eau. ✦

L'AUTEUR



Le Dr Ignacio Christian Marquez est professeur adjoint au département de parodontie de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse). Courriel : cmarquez@dal.ca.

Références

1. Maziak W, Ward KD, Afifi Soweid RA, Eissenberg T. Tobacco smoking using a waterpipe: a re-emerging strain in a global epidemic. *Tob Control* 2004; 13(4):327-33.
2. Garg N, Singh R, Dixit J, Jain A, Tewari V. Levels of lipid peroxides and antioxidants in smokers and nonsmokers. *J Periodontol Res* 2006; 41(5):405-10.
3. Knishkowsky B, Amitai Y. Water pipe (narghile) smoking: an emerging health risk behavior. *Pediatrics* 2005; 116(1):e113-9.
4. Natto SB. Tobacco smoking and periodontal health in a Saudi Arabian population. *Swed Dent J Suppl* 2005; (176):8-52.
5. Preber H, Bergstrom J. Effect of non-surgical treatment on gingival bleeding in smokers and non-smokers. *Acta Odontol Scand* 1986; 44(2):85-9.
6. Preber H, Bergstrom J. The effect of non-surgical treatment on periodontal pockets in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 1986; 13(4):319-23.
7. Preber H, Bergstrom J. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J Clin Periodontol* 1990; 17(5):324-8.
8. Ah MK, Johnson GK, Kaldahl WB, Patil KD, Kalkwarf KL. The effect of smoking on the response to periodontal therapy. *J Clin Periodontol* 1994; 21(2):91-7.
9. Preber H, Linder L, Bergstrom J. Periodontal healing and periopathogenic microflora in smokers and non-smokers. *J Clin Periodontol* 1995; 22(12):946-52.
10. Tonetti MS, Pini Prato G, Cortellini P. Effect of cigarette smoking on periodontal healing following GTR in infrabony defects. A preliminary retrospective study. *J Clin Periodontol* 1995; 22(3):229-34.
11. Kinane DF, Radvar M. The effect of smoking on mechanical and antimicrobial periodontal therapy. *J Periodontol* 1997; 68(5):467-72.
12. Kaldahl WB, Johnson GK, Patil KD, Kalkwarf KL. Levels of cigarette consumption and response to periodontal therapy. *J Periodontol* 1996; 67(7):675-81.
13. Kaldahl WB, Kalkwarf KL, Patil KD, Molvar MP, Dyer JK. Long-term evaluation of periodontal therapy: II. Incidence of sites breaking down. *J Periodontol* 1996; 67(2):103-8.