

PARODONTOPHOBIE Peur de l'inflammation des gencives

**Phobies non officielles, non reconnues, non spécifiques,
non classifiées en tant que troubles anxieux définis dans le DSM-5 et la CIM-11
DSM-5 Phobie spécifique de type maladie/blessure ou trouble anxieux
CIM-11 6B03 — Phobie spécifique, ou 6B23 — Anxiété liée à la santé**

La Parodontophobie n'est pas un diagnostic nosographique : il est absent du DSM-5-TR comme de la CIM-11 (où la catégorie pertinente est la phobie spécifique, 6B03). Je le traite comme un néologisme formé sur *parodonte* (παρά, « auprès de » ; ὀδούς, « dent ») et *-phobie* (φόβος), et je l'interprète comme une peur pathologique relative au parodonte ou à sa prise en charge. Je le distingue de l'odontophobie, plus large et mieux attestée.

Définition

Le terme désigne une peur intense, persistante et disproportionnée, déclenchée par l'anticipation ou la confrontation avec les affections parodontales (gingivite, parodontite) ou avec les actes thérapeutiques qui visent les tissus de soutien de la dent (gencive, cément, desmodonte, os alvéolaire). Il recouvre deux registres cliniquement distincts :

1. **Une composante nosophobique** : crainte de la maladie parodontale elle-même (déchaussement, mobilité dentaire, édentement, halitose), souvent associée à une anxiété liée à l'image corporelle et au pronostic.
2. **Une composante procédurale**, dominante en pratique : appréhension du sondage parodontal, du détartrage ultrasonique, du surfaçage radiculaire (sensibilité dentinaire, instrumentation sous-gingivale), de la chirurgie à lambeau ou des greffes gingivo-conjonctives.

Étiopathogénie

Elle s'inscrit dans le modèle des trois voies de Rachman : conditionnement classique (association d'une expérience douloureuse au stimulus parodontal), apprentissage vicariant et transmission informationnelle. Le modèle bifactoriel de Mowrer rend compte de l'entretien du trouble par évitement négativement renforcé. S'y ajoutent des facteurs situationnels propres au fauteuil : décubitus, champ visuel restreint, perte de contrôle perçue, hypersensibilité à la stimulation sous-gingivale. Chez certains patients, la symptomatologie relève du type sang-injection-blessure, avec réponse vasovagale bifasique et risque syncopal.

Conséquence clinique majeure : le cercle vicieux de l'évitement

Le report des soins permet la progression de l'inflammation, la perte d'attache et la résorption osseuse. Il en résulte une dégradation du pronostic, des actes plus invasifs, donc plus redoutés, ce qui renforce la phobie. Ce mécanisme est aggravé par l'asymptomaticité fréquente des stades initiaux de la parodontite, qui prive le patient d'un signal d'alerte.

Évaluation et prise en charge

L'évaluation mobilise des instruments validés d'anxiété dentaire (Corah's Dental Anxiety Scale, Modified Dental Anxiety Scale, Dental Fear Survey de Kleinknecht), complétés par un entretien fonctionnel. L'approche de première intention est cognitivo-comportementale : exposition graduée *in vivo*, désensibilisation systématique (Wolpe), restructuration cognitive, tension appliquée dans les formes vasovagales. Elle peut être associée à l'hypnose, à la sédation consciente (MEOPA, voie orale ou intraveineuse selon l'indication) et à l'optimisation du contrôle de la douleur (anesthésie locale, séquençage des séances de surfaçage par quadrant).

Trois pistes d'élaboration avec Claude IA

- 1. Les rapports bidirectionnels entre anxiété phobique, réponse inflammatoire (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, cortisol salivaire) et susceptibilité parodontale, c'est-à-dire la parodontite comme conséquence possible de la phobie, et non seulement l'inverse.*
- 2. La question de la validité nosographique : la parodontophobie constitue-t-elle une entité distincte ou une spécification contextuelle de l'odontophobie ? On pourrait examiner cette question à partir des critères de spécificité du stimulus phobogène.*
- 3. La comparaison des protocoles d'exposition adaptés au traitement parodontal non chirurgical, notamment l'articulation entre hiérarchie d'exposition et planification des phases thérapeutiques (phase initiale, réévaluation, maintenance).*