



**HAL**  
open science

# Pathologie dentaire et grossesse : enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes

Sabrina Ben Farhat

► **To cite this version:**

Sabrina Ben Farhat. Pathologie dentaire et grossesse : enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01229009

**HAL Id: dumas-01229009**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01229009v1>**

Submitted on 16 Nov 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

**Département de maïeutique**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**SABRINA BEN FARHAT**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**PATHOLOGIE DENTAIRE ET GROSSESSE :**  
**Enquête auprès des praticiens français sur leurs**  
**pratiques quotidiennes**

Soutenu le : 03 juillet 2015

JURY

Monsieur Claude, Wierzba, Professeur en chirurgie-dentaire, CHU le Bretonneau  
(Directeur de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 01 01 01 03 01 F

## **Avertissement**

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Claude Wierzba, mon directeur de mémoire, pour tout le soutien, l'aide et ses précieux conseils lors de la réalisation de mon mémoire.

Je tiens ensuite à remercier mes parents pour leur soutien inconditionnel.

Je souhaite aussi remercier mes sœurs Sarah, Linda et Sandra qui ont toujours été là pour moi.

Je remercie tous les professionnels qui ont participé à la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Enfin, je remercie mes amis de promotion pour ces quatre années passées ensemble, dans les bons et mauvais moments.

# Table des matières

Avertissement.....	II
Remerciements .....	III
Table des matières .....	IV
Liste des tableaux.....	VIII
Liste des figures .....	X
Liste des annexes.....	XI
Lexique .....	XII
Titre : Pathologie dentaire et grossesse : enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes.....	XIII
Title : Dental pathology and pregnancy: investigation with the French practitioners on their daily practice.....	XV
Introduction.....	1
1 Pathologies dentaires et grossesses.....	3
1.1 Impact des modifications physiologiques de la grossesse sur la cavité orale	3
1.1.1 Modifications hormonales .....	3
1.1.2 Ptyalisme .....	3
1.1.3 Acidification du pH buccal.....	3
1.1.4 Modifications alimentaires et vomissements.....	4
1.2 Maladies parodontales .....	4
1.2.1 Gingivite gravidique .....	5
1.2.2 Épulis .....	5
1.2.3 Carie .....	6



1.3	Impact des pathologies dentaires sur la grossesse .....	7
1.3.1	Hypothèses physiopathologiques .....	7
1.3.2	Complications de la grossesse .....	8
1.3.2.1	Corrélation entre les maladies dentaires, l'accouchement prématuré et le petit poids de naissance.....	8
1.3.2.2	Corrélation entre maladie dentaire et pré-éclampsie.....	9
1.3.2.3	Maladies parodontales, tabac et grossesse .....	10
1.3.2.4	Maladies parodontales, alcool et grossesse.....	10
1.4	Problème de santé publique .....	11
1.5	Traitement des pathologies dentaires.....	11
1.5.1	Données de la littérature concernant le traitement dentaire pendant la grossesse .....	11
1.5.2	Les traitements .....	12
1.5.3	Les médicaments en odontologie .....	13
1.5.3.1	Les antalgiques .....	13
1.5.3.2	Les antibiotiques .....	14
1.5.3.3	Les anesthésiques locaux .....	14
1.5.3.4	L'amalgame .....	15
1.5.3.5	La radiographie .....	15
1.6	Les recommandations .....	15
2	Étude et résultats.....	17
2.1	Présentation de l'étude.....	17
2.1.1	Problématique.....	17
2.1.2	Objectifs et hypothèses.....	17
2.1.2.1	Hypothèses .....	17

2.1.2.2	Objectifs .....	17
2.2	Matériel et méthodes .....	18
2.2.1	Collaboration.....	18
2.2.2	Type d'étude et outil.....	18
2.2.3	Population : les chirurgiens-dentistes d'Ile-de-France .....	19
2.2.4	Déroulement de l'étude .....	19
2.3	Résultats .....	19
2.3.1	Quelle prise en charge quotidienne de la femme enceinte ? .....	19
2.3.2	Première consultation : .....	21
2.3.3	Pathologies bucco-dentaires et réalisation des soins .....	23
2.3.4	Facteurs de risques au cours de la période gestationnelle.....	26
2.3.5	Vers une prise en charge globale de la futur maman .....	29
3	Discussion .....	31
3.1	Limites et biais.....	31
3.2	Forces de l'étude.....	32
3.3	Analyse de l'étude .....	32
3.1.1	Prise en charge de la femme enceinte en pratique quotidienne .....	32
3.1.2	Première consultation.....	33
3.1.3	Pathologies bucco-dentaire et réalisations des soins .....	34
3.1.4	Facteurs de risque au cours de la période gestationnelle .....	35
3.1.5	Vers une prise en charge globale de la future maman .....	37
	Conclusion.....	39
	Bibliographie.....	40
	Annexes.....	46







## Liste des tableaux

Tableau 1 : Modalité d'exercice .....	19
Tableau 2 : Prise en charge.....	20
Tableau 3 : Part du travail que représente la prise en charge des femmes enceintes .....	20
Tableau 4 : Les raisons de la non prise en charge .....	21
Tableau 5 : Motifs des consultations .....	21
Tableau 6 : Symptômes amenant les femmes enceintes à consulter.....	22
Tableau 7 : Parcours de soins .....	22
Tableau 8 : Pathologies dentaires rencontrées en consultation .....	23
Tableau 9 : Réalisations des soins malgré la grossesse .....	23
Tableau 10 : Les différents soins.....	24
Tableau 11 : Les motifs de réalisation des soins .....	24
Tableau 12 : Contact avec le professionnel de grossesse .....	25
Tableau 13 : Les prescriptions envisagées.....	25
Tableau 14 : soins dentaires en fonction des périodes de la grossesse.....	26
Tableau 15 : Les conseils préventifs .....	27
Tableau 16 : Facteurs de risque qui favorisant l'apparition de pathologies dentaires pendant la grossesse .....	27
Tableau 17 : L'influence des pathologies dentaires sur la grossesse.....	28

Tableau 18 : Les pathologies obstétricales retrouvées.....	28
Tableau 19 : Projet de loi.....	29
Tableau 20 : Collaboration entre les praticiens de santé .....	29
Tableau 21 : Amélioration de la prévention .....	30

## Liste des figures

Figure 1: Gingivite gravidique (1).....	5
Figure 2: Épulis gravidique situé dans la région incisive maxillaire (1) .....	6



## Liste des annexes

Annexe I : questionnaire .....	47
--------------------------------	----

# Lexique

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ANSM : Agence Nationale de sécurité du médicament

BGN : Bacille gram négatif

CIPR : Commission internationale de protection radiologique

CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes

CRP : Proteine C-réactive

HAS : Haute autorité de santé

MAP : menace d'accouchement prématuré

MFIU : Mort Foetal In Utéro

PE : Pré-éclampsie

RCIU : Retard de Croissance In Utero

SA : semaine d'aménorrhée

UFSBD : Union Française de Santé Bucco-dentaire

## **Titre : Pathologie dentaire et grossesse : enquête auprès des praticiens français sur leurs pratiques quotidiennes**

### **Résumé :**

La grossesse est une période qui s'accompagne de nombreuses modifications physiques, hormonales, immunitaires, cardio-vasculaires. Ces changements physiologiques pourront être à l'origine de pathologies dentaires. Et inversement, certaines affections dentaires pourront avoir un impact sur le bon déroulement de la grossesse. Ce qui va nécessiter une prise en charge de la femme enceinte.

Actuellement, moins de 10% des femmes enceintes consultent un chirurgien-dentiste pendant la grossesse.

Dans l'état actuel des pratiques, nous allons nous intéresser aux connaissances et à l'activité des chirurgiens-dentistes auprès de la femme enceinte.

### **Matériel et méthodes**

Il s'agit d'une étude quantitative et multicentrique sous forme de questionnaire distribué aux chirurgiens-dentistes d'Ile-de-France. Ce questionnaire comprend un total de 18 questions. Il comprend essentiellement des questions fermées, parfois à choix multiples et des questions de type « autre » permettant une réponse personnelle.

### **Résultats**

La grande majorité des chirurgiens-dentistes semble conscient des possibles effets néfastes des maladies parodontales sur le bon déroulement de la grossesse. Ainsi, la plupart réalise une prise en charge dentaire lorsqu'elle est nécessaire sans différer les soins. La prise en charge dentaire passe également par promotion de la prévention. Celle-ci pourrait être améliorée par une meilleure collaboration entre les chirurgiens-dentistes et les professionnels de la grossesse.



**Mots-clés :** maladies parodontales, grossesse, accouchement prématuré, chirurgiens-dentistes, prévention

## **Title : Dental pathology and pregnancy: investigation with the French practitioners on their daily practice**

### **Abstract :**

The pregnancy is a period which comes along with numerous physical, hormonal, immunizing, cardiovascular modifications ... These physiological changes can be at the origin of dental pathologies. And conversely, certain dental affections can have an impact on the good progress of the pregnancy. What is going to require a coverage(care) of the pregnant woman.

At present, less than 10 % of the pregnant women consults a dental surgeon during the pregnancy.

In the current state of the practices, we are going to be interested in the knowledge and in the activity of the dental surgeons with the pregnant woman

### **Methods**

It is about a quantitative study and multicentrique in the form of questionnaire distributed to the dental surgeons of Ile-de-France. This questionnaire includes a total of 18 questions. It includes essentially closed questions, sometimes in multiple choices and questions of "other" type allowing a personal answer.

### **Results and conclusion**

The great majority of the dental surgeons seem aware possible fatal effects of the periodontal diseases on the good progress of the pregnancy. So, most part realizes a dental coverage when it is necessary without postponing the care. The dental coverage also passes by promotion of the prevention. This one could be improved by a better collaboration between the dental surgeons and the professionals of the pregnancy





**Keywords** : Periodontal diseases, pregnancy, premature delivery, dental surgeons, prevention

## Introduction

Durant la grossesse, de nombreuses modifications biologiques vont s'opérer dans l'organisme. Ces modifications peuvent alors être à l'origine de manifestations pathologiques de la cavité orale (1). Plus grave encore, un lien a été établi entre pathologie dentaire et complications obstétricales.

En effet, depuis 1996 et l'étude d'Offenbacher et al, des hypothèses montrent que certaines pathologies dentaires constituent un facteur de risque dans les complications de la grossesse (2). Parmi ces complications, il est retrouvé la menace d'accouchement prématuré, la naissance d'enfant de petit poids de naissance et même la pré-éclampsie (3)(4).

Dès lors, il apparaît nécessaire de pratiquer un examen bucco-dentaire, avant et pendant la grossesse, afin de prévenir d'éventuelles complications. Cet examen prophylactique permettrait d'une part de prévenir certaines pathologies obstétricales, et d'autre part d'éviter une détérioration irréversible de la dentition causée par l'évolution « des maladies dentaires » pendant la grossesse.

Ainsi, depuis 2010, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise qu'un examen bucco-dentaire soit réalisé en systématique pendant le quatrième mois de grossesse (5). Pour favoriser la prise en charge bucco-dentaire, une proposition de loi viserait même à créer un examen de prévention obligatoire ayant pour objectif « l'évaluation précoce des besoins de soins, la limitation des risques infectieux et de leurs conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant à naître, ainsi que la délivrance de messages clefs d'hygiène bucco-dentaire pour la mère et le futur bébé » (6).

Actuellement, très peu de femmes font cette démarche préventive. Il est estimé que moins de 10 % des femmes enceintes consultent un chirurgien-dentiste pendant leur grossesse. La plupart, de ces patientes le font pour une urgence



douloureuse ou infectieuse. Ceci démontre les conséquences d'une prévention insuffisante (6).

Or, malgré l'état de grossesse, il y a la possibilité pour les femmes enceintes de se faire examiner et ceci aurait même un effet bénéfique la grossesse (7).

Dans l'état actuel des pratiques, nous allons nous intéresser aux connaissances et à l'activité des chirurgiens-dentistes auprès de la femme enceinte. Pour cela, la première partie du mémoire montrera l'impact des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse. Puis, les possibilités de prise en charge pendant la grossesse. La seconde partie de ce travail s'intéressera à la prise en charge par les chirurgiens-dentistes des femmes enceintes, lors d'une consultation. Nous présenterons alors l'étude réalisée auprès des chirurgiens-dentistes français. Enfin, dans une troisième partie, nous conclurons sur les améliorations qui pourront être réalisées afin de permettre une meilleure prise en charge de la femme enceinte.

# 1 Pathologies dentaires et grossesses

## 1.1 Impact des modifications physiologiques de la grossesse sur la cavité orale

### 1.1.1 Modifications hormonales

La muqueuse de la cavité buccale possède les mêmes caractéristiques que la muqueuse utérine. Elle est constituée d'un épithélium pavimenteux pluristratifié sensible aux modifications hormonales et notamment aux hormones stéroïdiennes (1). Parmi ces changements hormonaux, il est observé une élévation du taux de progestérone dont la sécrétion est multipliée par 10 pendant la grossesse (10). Cette élévation conduit à une vasodilatation et une augmentation de la perméabilité capillaire (8). L'augmentation de la quantité de la progestérone dans les muqueuses buccales va favoriser la prolifération de germes dans la cavité buccale(9).

### 1.1.2 Ptyalisme

Au cours de la grossesse, certaines patientes développent une augmentation de la sécrétion salivaire. Cette majoration de la salivation est liée à la diminution de la déglutition associée à une augmentation de la perméabilité capillaire. Le ptyalisme est une perturbation qui peut perdurer pendant toute la grossesse (1).

### 1.1.3 Acidification du pH buccal

Pendant la période gravide, le pH salivaire diminue, il passe de 6,7 à 6,2. Cette légère baisse conduit à une diminution du pouvoir tampon. L'acidification de la cavité buccale est propice au développement de bactérie parodonto-pathogènes (1)(10).

### 1.1.4 Modifications alimentaires et vomissements

Durant cette période, il est observé une modification des habitudes alimentaires (grignotage, excès de sucre...). Ces changements sont déterminés par des facteurs culturels et socio-économiques favorisant la chute du pH de la sphère buccale.

Les vomissements gravidiques vont également participer à la chute du pouvoir tampon de la salive favorisant l'activité métabolique des germes buccaux acidophiles entraînant la destruction des tissus minéraux dentaires.

L'ensemble de ces changements va modifier l'environnement physiologique de la sphère buccale qui deviendra alors plus sensible aux bactéries (*porphyromas gingivalis*, *fusobacterium nucleatum*) permettant alors le développement de maladies parodontales (11).

## 1.2 Maladies parodontales

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui s'expriment par des inflammations gingivales (gingivite) pouvant être associées à la destruction du support osseux (parodontite). L'infection se développe initialement par la croissance d'un biofilm dentaire (plaque dentaire), qui va produire une inflammation gingivale. Le nouvel environnement bucco-dentaire lié à la grossesse va induire la croissance de bactéries pathogènes telles que les bactéries gram négatifs (BGN) anaérobiques (12). L'exposition à ces bactéries conduit à la stimulation de l'ensemble des mécanismes inflammatoires. Ces bactéries entretiennent la destruction des tissus parodontaux.



### 1.2.1 Gingivite gravidique

La gingivite gravidique est une maladie inflammatoire fréquente pendant la grossesse. Près d'une femme sur deux est atteinte par cette pathologie pendant la grossesse (12). L'apparition de cette inflammation est liée à l'accumulation de la plaque dentaire sur la gencive. Ce biofilm progresse rapidement à cause des modifications qui s'opèrent pendant la grossesse et des mauvaises habitudes de vie (grignotage, tabac, alcool...) (13)

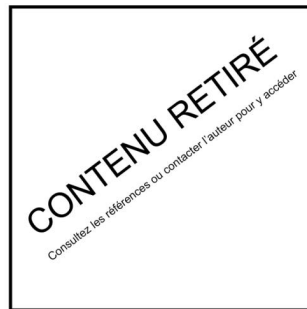


Figure 1: Gingivite gravidique (1)

D'après l'étude réalisée par Acharya S. et coll, la gingivite est généralement plus sévère chez les femmes ayant déjà eu des enfants que chez les primipares (8). La gingivite est généralement peu indolore et parfois associée à de légers saignements. L'inflammation gingivale pourra être considérablement diminuée par une bonne hygiène dentaire, alimentaire associée au détartrage (14).

### 1.2.2 Épulis

L'épulis est une protubérance gingivale siégeant entre deux dents. Facilement reconnaissable, cette tumeur touche 5 % des femmes enceintes (15). Cette hyperplasie gingivale réapparaîtra lors des prochaines grossesses et l'atteinte sera



plus précoce et plus volumineuse. Ces lésions hormonodépendantes saignent facilement mais ne sont pas douloureuses. Toutefois, elles peuvent devenir gênantes et une exérèse chirurgicale devra être envisagée (1)(14).



Figure 2: Épulis gravidique situé dans la région incisive maxillaire (1)

### 1.2.3 Carie

La carie est liée à la déminéralisation du tissu dentaire qui est causée par l'accumulation d'hydrates de carbone dans la cavité buccale. Ces sucres vont interagir avec des bactéries qui ont propriétés cariogènes (1). La grossesse ne fait que révéler les caries déjà existantes. Les caries doivent être traitées même pendant la grossesse car elles peuvent évoluer vers un processus infectieux plus grave.

Il est admis que la grossesse provoque des répercussions néfastes sur la sphère buccale. Mais depuis l'étude « Princeps » réalisée en 1996, il apparaît un probable lien entre pathologie dentaire et complications obstétricales.

## 1.3 Impact des pathologies dentaires sur la grossesse

Depuis près de 15 ans de nombreuses études ont été réalisées afin de mettre en évidence l'influence des pathologies dentaires sur la grossesse. De ces études plusieurs hypothèses ont été développées pour expliquer la possible corrélation entre affections dentaires et complications obstétricales.

### 1.3.1 Hypothèses physiopathologiques

Les différentes hypothèses expliquant les complications sont :

- Les bactéries parodonto-pathogènes présentes dans la cavité buccale, vont traverser la muqueuse ulcérée. Ce passage va provoquer une bactériémie. Ces bactéries parodonto-pathogènes attendraient l'utérus par voie sanguine. Cette dissémination pourrait provoquer des contractions utérines qui aboutiraient à des accouchements prématurés et/ou à la naissance d'enfant hypotrophe (4)(16).
- Lors d'une infection du parodonte, les médiateurs de l'inflammation vont être sollicités. Parmi ces cytokines, il est retrouvé TNF- $\alpha$ , IL-1, IL-6, qui vont être transportées dans le sang et traverser la barrière placentaire. Cela pourrait alors conduire à des complications obstétricales (4)(16).
- La troisième théorie, moins répandue, a été formulée la première fois en 2002. Elle concerne la prédisposition à une réponse hyper-inflammatoire après une agression bactérienne (17)(18).

Ainsi à partir de ces hypothèses de nombreuses études ont tenté de montrer l'implication des pathologies dentaires dans certaines pathologies potentiellement graves de la grossesse.



## 1.3.2 Complications de la grossesse

### 1.3.2.1 Corrélation entre les maladies dentaires, l'accouchement prématuré et le petit poids de naissance

D'après les chiffres de la HAS, il est estimé que 6,3 % des naissances sont prématurées (19). Le taux d'hypotrophie est de 8,7 % en Île-de-France (41). Ces pathologies sont d'origine multifactorielle et font intervenir l'âge de la mère, l'ethnie, la parité, l'hypertension artérielle (HTA), les infections, le statut socio-économique, les conduites addictives...(20).

L'étude d'Offenbacher de 1996, est la première étude qui a rapporté que 18 % des naissances prématurées seraient dues à une parodontite chez la mère (2). Après cette étude de nombreux autres écrits sur le sujet ont été réalisés.

Les méta-analyses de Vergnes et al, ainsi que de Xiong et al, ont permis d'établir une corrélation entre affections parodontales et effets obstétricaux délétères (21)(22).

Dans la méta-analyse de Xiong et coll., paru en 2006, sur les 13 études cas contrôles, huit révèlent une corrélation entre maladies du parodonte, accouchements prématurés ou hypotrophie (odds ratio 1,1 et 7,5). Le risque augmente avec la sévérité de la parodontite. Quatre études ne mettent pas en évidence d'association. Cependant, les analyses présentées dans cette méta-analyse n'avaient pas les mêmes « protocoles de sélection des patientes » (22).

La méta-analyse réalisée par Vergnes et Sixou, en 2007, montre clairement qu'il existe un lien entre maladie dentaire et effets néfastes sur la grossesse (OR 2.83;IC 1,95-4,10;p<0.001) ; là encore les auteurs reconnaissent volontiers que les résultats ont probablement été surestimés (4)(21).

Une nouvelle étude réalisée par les équipes d'Offenbacher, en 2008, montre que l'odds ratio d'avoir une maladie parodontale et un enfant prématuré de petit

poids de naissance comparé à l'absence de maladie parodontale était de 7,9 (23)(24).

Des études mettraient également en avant un lien entre maladies parodontales et survenue de pré-éclampsie

### **1.3.2.2 Corrélation entre maladie dentaire et pré-éclampsie**

La pré-éclampsie et l'association d'une HTA à une protéinurie (> 0,3 grammes/24 heures) survenant après 20 semaines d'aménorrhées.

Dans la méta-analyse de Xiong et coll, il apparaît qu'une étude a pu établir une relation entre pathologie dentaire et pré-éclampsie avec odds ratio de 3,47 (22).

Une étude cas-témoin a voulu étudier l'association entre la maladie parodontale et la pré-éclampsie, tout en contrôlant les facteurs de risque connus pour la pré-éclampsie. Cette analyse a conclu au fait que la pathologie parodontale était associée au risque de développer cette maladie hypertensive. Cependant, les auteurs sont prudents et mettent en avant le caractère multifactoriel de ces deux pathologies (25).

Une autre étude met également en évidence cette potentielle association. Elle réalise un examen buccal associé à l'étude de la protéine-C-réactive sur le sérum maternel. Cet analyse révèle que les femmes avec une maladie parodontale et une CRP supérieure au 75ème percentile étaient à risque accru de pré-éclampsie (RR ajusté de 5,8), par rapport aux femmes sans la maladie parodontale et ayant une CRP inférieure ou supérieure au 75e percentile (26).

Il semble désormais admis que les affections de la cavité orale peuvent influencer le déroulement de la grossesse. Or, les conduites addictives vont potentialiser les effets des pathologies dentaires sur les complications de grossesse.



### **1.3.2.3 Maladies parodontales, tabac et grossesse**

Les fumeurs sont deux à sept fois plus exposés que les non-fumeurs à développer des maladies parodontales (27). En effet, la consommation de tabac a un effet direct sur la bouche puisqu'elle entraîne un assèchement de la bouche et induit une modification de la quantité et de la qualité de salive. Provoquant alors, un épaissement des muqueuses. Ces modifications vont favoriser le développement de caries et de problèmes au niveau des gencives. Le tabagisme peut aussi aggraver la perte d'attache des dents (28). Ainsi, le tabac renforce l'infection parodontale notamment par le biais de la nicotine. La femme enceinte « fumeuse » multiplie par cinq le risque initial de parodontite. Cet effet, est accentué par la quantité de tabac consommé (27).

Le tabac va également augmenter le risque de développer un diabète. En effet, fumer, entraîne une élévation du taux d'hémoglobine glyquée. De plus, la nicotine, peut, en plus, provoquer une hyperglycémie transitoire. Par le tabac, la femme enceinte augmente son risque de développer un diabète. Le diabète étant lui aussi un facteur de risque dans le développement de parodontite et dans les effets de la grossesse (27)(29).

Le tabac augmente donc les effets néfastes sur le parodonte et donc sur la grossesse.

### **1.3.2.4 Maladies parodontales, alcool et grossesse**

L'alcool a les mêmes effets que le tabac sur la cavité buccale. Il entraîne en plus une usure des dents, une mauvaise haleine ainsi qu'une dégradation importante de la dentition. Quoi qu'il en soit l'alcool est une substance strictement interdite pendant la grossesse. La consommation d'un verre seulement pendant la grossesse peut avoir des effets très délétères pour le fœtus (27).

Bien que certaines études ne mettent pas en évidence de lien entre pathologie bucco-dentaire et grossesse, d'autres concluent à une possible corrélation.

## **1.4 Problème de santé publique**

Ces pathologies obstétricales peuvent avoir des conséquences néfastes sur le développement du nouveau-né. La prématurité constitue la première cause de morbidité et de mortalité néonatale. De nombreuses séquelles pourront se manifester lors de la croissance de l'enfant tels que des troubles respiratoires, neurologiques, sensorielles et développementaux. La naissance d'enfant hypotrophe pourra, également, être à l'origine de complication dans le développement staturo-pondéral de l'enfant.

Au vu des conséquences, ces maladies de la grossesse constituent un enjeu majeur de santé public puisqu'elles entraînent des coûts importants en termes d'économie de santé (4) (27).

Ces constats justifient une prise en charge pluridisciplinaire de prévention et de suivi global des femmes enceintes (27).

## **1.5 Traitement des pathologies dentaires**

### **1.5.1 Données de la littérature concernant le traitement dentaire pendant la grossesse**

Afin d'observer l'impact bénéfique des soins dentaires sur le développement de la grossesse, une analyse de la littérature a été réalisée et publiée en 2012. Dans cette revue, il est mis en évidence une hétérogénéité des travaux scientifiques sur le sujet. Toutefois, il semble que les études possédant un petit effectif, concluent à un bénéfice certain des soins dentaires pendant la grossesse. Or, dans les études de plus grandes ampleurs il n'est pas constaté de réel bénéfice sur le développement de la grossesse (16).



Prenons l'exemple de l'étude réalisée en 2009 par les équipes d'Offenbacher. Cette étude qui a recruté 2000 patientes n'a pas trouvé de différence significative dans le groupe ayant reçu un traitement dentaire par rapport au groupe de contrôle (sans soins dentaires) concernant les accouchements prématurés (13,1% dans le groupe de traitement par rapport à 11,5% dans le groupe témoin;  $p = 0,32$ ) (30).

Par ailleurs, la méta-analyse ne remet pas en cause le traitement dentaire pendant la grossesse (16).

De plus, la HAS, préconise une « *surveillance clinique de la cavité buccale au cours de la grossesse* ». Ainsi elle recommande que « *la découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue* ». Ces « consignes » se basent sur une autre étude menée par Offenbacher, datant de 2008 (23) (24).

Enfin, le non traitement d'une pathologie dentaire, lorsqu'il est nécessaire, pourrait provoquer une parodontite sévère, chronique ou des abcès mais également la perte d'attache (16). Dans ce cas-là, l'état de grossesse ne devrait pas retarder la prise en charge dentaire (1).

### **1.5.2 Les traitements**

Les traitements dentaires pourront être effectués pendant toute la grossesse, si l'intervention paraît nécessaire. Il est tout de même admis que le deuxième trimestre est une période la « plus sûre ». Cependant, il est important de prendre quelques précautions (31).

Au troisième trimestre, il faudra positionner la patiente de manière à favoriser le retour veineux afin d'éviter tout malaise lié à la compression de la veine cave.

Le traitement de première intention consiste en l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire et le détartrage (16).

### **1.5.3 Les médicaments en odontologie**

La prescription de médicament chez la femme enceinte est toujours « à risque » du fait du risque de tératogénicité et de foeto-toxicité. Un médicament pourra être tératogène entre le 14ème et le 56ème jour. Après, il sera dit « foeto-toxique » pour l'enfant.

Tout comme pour les soins dentaires, il semble que le second trimestre soit la période la moins à risque pour la prescription de médicament. En effet, le placenta est une barrière lipoprotéique, perméable au médicament dont le poids moléculaire est inférieur à 600Da. De plus, au fur et à mesure de la grossesse l'épaisseur du placenta va diminuer facilitant notamment les échanges entre la mère et le fœtus (31).

#### **1.5.3.1 Les antalgiques**

Les antalgiques de palier 1 sont indiqués en cas de douleurs d'intensité légère à modérée. Cette catégorie comprend le paracétamol, les salicylés certains anti-inflammatoires stéroïdiens (AINS)...

Le paracétamol est l'antalgique qui sera prescrit en première intention. En effet, aux posologies thérapeutiques, aucun écrit scientifique n'a révélé d'effet toxique chez la mère ou l'enfant à naître (32) (33).

Les salicylés et les AINS ont un mécanisme d'action similaire. Plusieurs études ont mis en avant un risque de foetotoxicité par leur prise en fin de grossesse. Ces molécules vont inhiber la synthèse des prostaglandines entraînant une vasoconstriction du rein et de l'appareil cardio-pulmonaire. Ainsi, lors du troisième trimestre, les AINS pourront, par exemple, provoquer la fermeture précoce du canal artériel. Ces antalgiques pourront, potentiellement, induire une insuffisance rénale, cardiaque pouvant aboutir à la mort fœtal in utéro (MFIU) (33) (34) (35).



Ainsi, l'utilisation de salicylés et d'AINS est à éviter au cours des deux premiers trimestres de la grossesse et est formellement contre-indiqué au court du dernier trimestre (33) (35).

Les antalgiques de palier 2 sont utilisés lorsque la douleur n'est pas soulagée par un antalgique non morphinique. Aucune toxicité fœtale n'a été démontrée. Ainsi, les associations paracétamol dextropropoxyphène et paracétamol codéine pourront être utilisées pour soulager des douleurs modérées en cures courtes. Lorsqu'ils seront pris à dose élevée près du terme, il pourra être observé des syndromes de sevrage chez le nouveau-né (33).

### **1.5.3.2 Les antibiotiques**

Lorsqu'une femme enceinte présente une infection de la cavité buccale, il sera nécessaire d'avoir recourt aux antibiotiques. En médecine dentaire, c'est la pénicilline qui est prescrit en première intention. Aucune étude n'a décrit d'effet foeto-toxique ou tératogène avec les antibiotiques (33) (36). Chez une femme présentant une allergie à la pénicilline, on s'orientera vers les macrolides (exemple : l'érythromycine) (33).

Pendant la grossesse, il existe une modification des volumes de distribution, avec une augmentation du débit sanguin. Ainsi, la prescription médicale doit tenir compte de ces changements et augmenter si nécessaire la dose thérapeutique (36).

Afin de prescrire dans les meilleures conditions, il convient de connaître le stade de la grossesse et de consulter le site du centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT) qui précise pour chaque médicament les possibilités de prescription.

### **1.5.3.3 Les anesthésiques locaux**

Certains soins dentaires nécessitent l'utilisation d'anesthésiques locaux. Ils peuvent être utilisés quel que soit le terme de la grossesse. Bien qu'ils passent la barrière trans-placentaire, les études n'ont pas montré d'effet tératogène ou délétère sur la grossesse (37). Pendant la grossesse, il sera principalement utilisé la lidocaïne



et l'articaine car ils possèdent une action brève. L'association avec un vasoconstricteur tel que l'adrénaline est possible à faible dose (33).

#### **1.5.3.4 L'amalgame**

L'amalgame est un composé qui est utilisé pour l'obturation des dents. Ce matériel contient de faible quantité de mercure qui passe la barrière transplacentaire. Théoriquement, il est sans danger pendant la grossesse, mais il est préférable de ne pas utiliser ce type de matériaux pendant la grossesse (1).

#### **1.5.3.5 La radiographie**

Pendant la grossesse, des examens radiographiques pourront être réalisés. En effet, quand cela est nécessaire le praticien pourra y avoir recours. L'irradiation buccale est très faible, bien inférieure aux doses tératogènes. La dose gonade est estimée à environ 10 mrad (1). Durant cet examen, la femme devra être munie d'un tablier de plomb recouvrant son abdomen, dont l'utilisation relève plutôt d'une obligation médico-légale (38)(14). La commission internationale de protection radiologique (CIPR) indique que le radiodiagnostic dentaire « *peut être pratiqué sans risque chez la femme enceinte* »(38).

### **1.6 Les recommandations**

Au vu des modifications endocriniennes pendant la grossesse, la HAS souhaite, depuis 2010 que :

- « *Les professionnels de santé exerçant auprès des femmes enceintes et des parents avant la naissance (obstétriciens, sages-femmes, professionnels des maternités, personnels des centres de PMI, chirurgiens-dentistes) doivent être formés afin de dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire pour leur futur enfant.* »





- Au cours de l'entretien médical du quatrième mois de grossesse, que la problématique de la santé bucco-dentaire de la mère et de l'enfant soit abordée.
- Au quatrième mois également, un examen bucco-dentaire systématique de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste est recommandé dans le cadre du suivi de grossesse » (39).

Dans le même sens, la députée Valérie Boyer a déposé, en 2012, une proposition de loi visant à rendre l'examen bucco-dentaire obligatoire pendant la grossesse (6).

Depuis janvier 2014, les femmes enceintes bénéficient de la prise en charge à 100%, et sans avance de frais, de l'examen de prévention, à compter de leur 4ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement (40).

Ces recommandations ont été formulées afin de promouvoir la santé globale de la femme et de son nouveau-né.

## **2 Étude et résultats**

### **2.1 Présentation de l'étude**

#### **2.1.1 Problématique**

Les données scientifiques sont plutôt rassurantes concernant la réalisation des actes dentaires pendant la grossesse. Qu'en est-il en pratique courante ? Le but de cette étude est d'établir les connaissances et l'activité des chirurgiens-dentistes.

#### **2.1.2 Objectifs et hypothèses**

##### **2.1.2.1 Hypothèses**

Les hypothèses posées pour répondre à cette problématique sont les suivantes :

- La grossesse est une période qui nécessite des consultations chez le chirurgien-dentiste
- La prise en charge de la santé dentaire, par les chirurgiens-dentistes est influencée par l'état de grossesse
- La collaboration entre les professionnels de la grossesse est insuffisante

##### **2.1.2.2 Objectifs**

Les objectifs de cette étude sont :

- De se rendre compte la prise en charge des femmes enceintes par le chirurgien-dentiste
- D'évaluer les connaissances des chirurgiens-dentistes sur les liens entre la santé bucco-dentaire et la grossesse



- D'évaluer les bienfaits, selon les dentistes de la mise en place d'une consultation préventive sur le comportement des femmes enceintes

## **2.2 Matériel et méthodes**

### **2.2.1 Collaboration**

Ce mémoire est effectué en collaboration avec Daphné CASTREAU étudiante en chirurgie dentaire à l'université Paris V. Elle réalise actuellement sa thèse d'exercice (Odontologie et Grossesse: Enquête auprès des praticiens français sur leur pratique quotidienne). Nous avons utilisé les mêmes questionnaires afin de recueillir le plus de réponses possibles.

### **2.2.2 Type d'étude et outil**

Afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons réalisé une étude quantitative et multicentrique sous forme de questionnaire (Annexe I). Ce questionnaire anonyme comprend un total de 18 questions essentiellement fermées, parfois à choix multiples et des questions de type « autre » permettant une réponse personnelle.

Certains questionnaires ont été distribués sous format papier. D'autres été diffusés par le biais d'internet via le site wufoo.com. Le lien vers le questionnaire est le suivant: <https://daphnecc.wufoo.com/forms/zaknqqg1pe1jda/>

Le questionnaire est divisé en 5 parties :

- Prise en charge quotidienne de la femme enceinte
- Motif de la première consultation
- Pathologies dentaires et réalisation des soins
- Facteurs de risques selon la période gestationnelle
- Vers une amélioration de la prise en charge des femmes enceintes



Ces différentes parties permettront de mettre en évidence les connaissances, l'activité des chirurgiens-dentistes ainsi que les possibles améliorations qui pourraient être en mise en place pour améliorer la prise en charge de la femme enceinte.

Pour cette étude, il n'y a eu aucun problème éthique ou déontologique.

### 2.2.3 Population : les chirurgiens-dentistes d'Ile-de-France

L'étude concerne les chirurgiens-dentistes diplômés d'Ile-de-France. Cette étude a eu pour cadre le CHU le Bretonneau, le centre de santé de la Croix-Rouge française (89 bis, rue haxo 75020 Paris), le centre dentaire Pelleport. Ainsi que quelques praticiens libéraux n'étant pas rattachés à l'université Paris V.

### 2.2.4 Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée entre octobre 2014 et fin janvier 2015. Nous avons pu obtenir 77 réponses à notre questionnaire. Nous avons obtenu 33 réponses par l'intermédiaire du questionnaire électronique et 44 réponses par le biais du questionnaire papier.

## 2.3 Résultats

### 2.3.1 Quelle prise en charge quotidienne de la femme enceinte ?

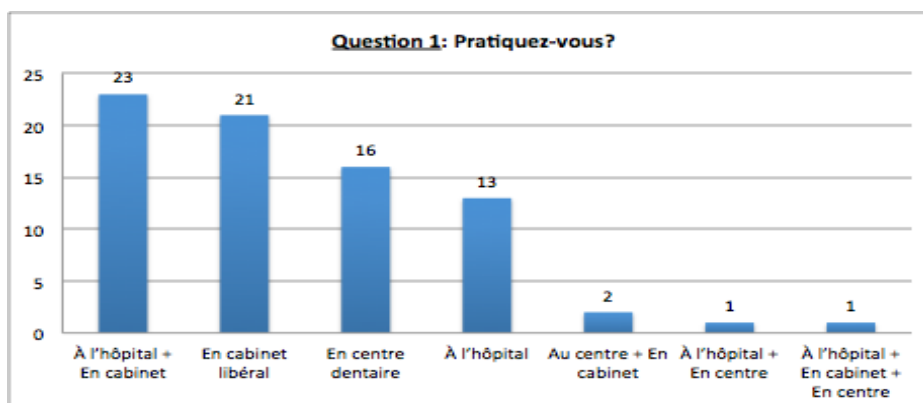


Tableau 1 : Modalité d'exercice

Parmi les 77 praticiens sondés, 27 ont une activité mixte. Les 50 autres participants ont une activité unique. La majorité des chirurgiens-dentistes ayant une activité mixte, travaille à l'hôpital et en libéral.

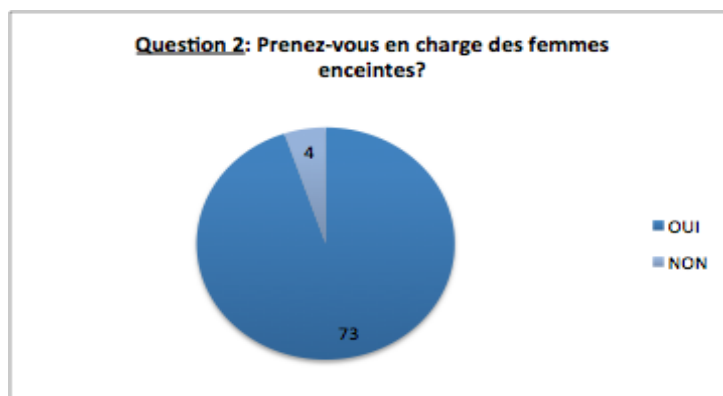


Tableau 2 : Prise en charge

94,8% des praticiens de l'étude prennent en charge des femmes enceintes.

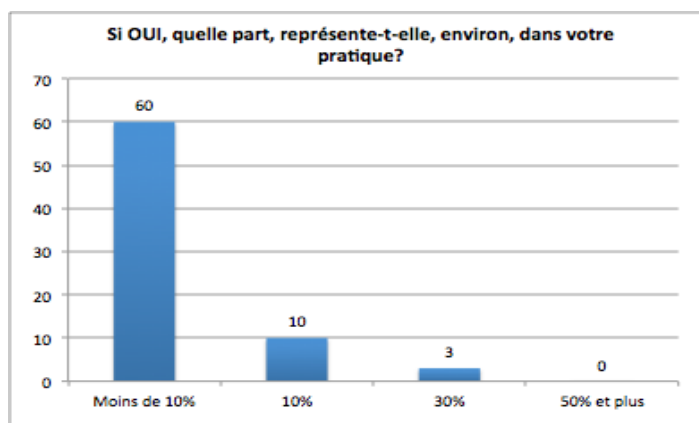
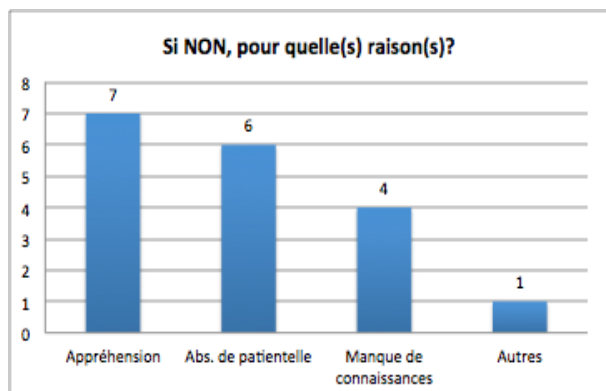


Tableau 3 : Part du travail que représente la prise en charge des femmes enceintes

Pour la majorité des chirurgiens-dentistes (78%), les femmes enceintes représentent moins de 10% de leurs patients.



Lorsqu'ils ne prennent pas en charge la patiente, 9% révèlent que cela est du à une appréhension et 5% mettent en avant le manque de connaissances.

Tableau 4 : Les raisons de la non prise en charge

### 2.3.2 Première consultation :

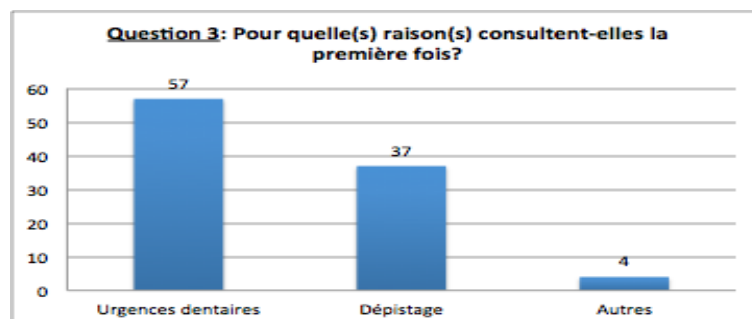


Tableau 5 : Motifs des consultations

Selon, les chirurgiens-dentistes 74% des femmes enceintes consultent pour la première fois pour des urgences dentaires ; 48% d'entre elles consultent pour un dépistage dentaire. Les 5% restantes consultent pour d'autres motifs non précisés par les participants.

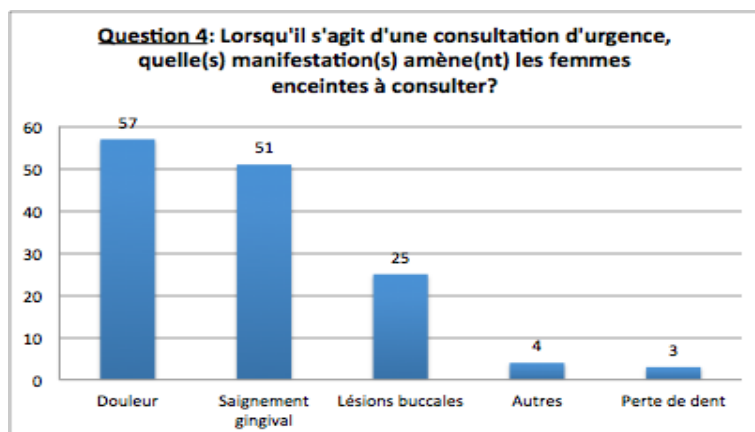


Tableau 6 : Symptômes amenant les femmes enceintes à consulter

Selon les déclarations des chirurgiens-dentistes, la plupart des patientes consultent pour des douleurs ou des saignements gingivaux. En effet, 74% des femmes enceintes consultent pour des douleurs ; 66.2% se déplacent pour des saignements gingivaux.

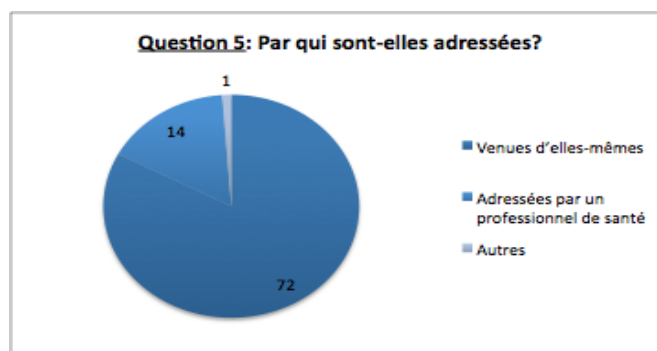


Tableau 7 : Parcours de soins

Les praticiens dentaires d'Ile-de-France, estiment que près 93.5% des patientes sont venues d'elles-mêmes. 18.2% des futures parturientes sont venues sur les conseils d'un professionnel de santé.



### 2.3.3 Pathologies bucco-dentaires et réalisation des soins

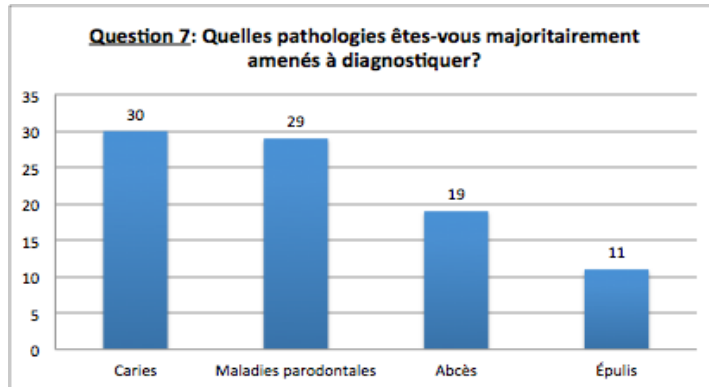


Tableau 8 : Pathologies dentaires rencontrées en consultation

Pour cette question, seule une partie de la population a répondu (n=44). Les interrogés diagnostiquent en consultation :

- 39 % de caries
- 38 % de maladies parodontales
- 25 % d'abcès
- 14.3 % d'épulis



Tableau 9 : Réalisations des soins malgré la grossesse



Les chirurgiens-dentistes sont 93,5% à juger qu'il est possible de réaliser des soins pendant la grossesse.

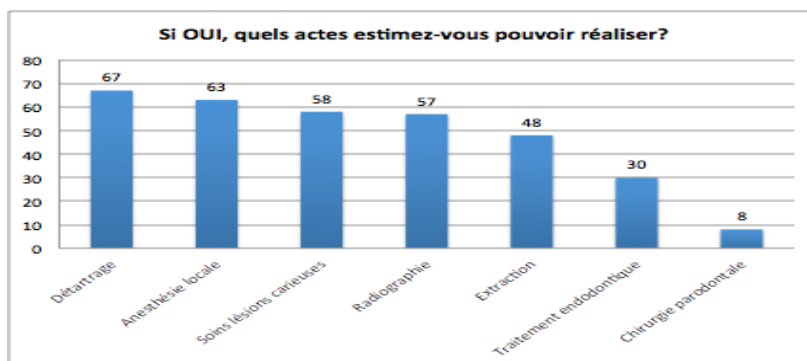


Tableau 10 : Les différents soins

Part des chirurgiens-dentistes qui réalisent les actes suivant pendant la grossesse :

- 93% pratiquent le détartrage
- 87.5% pratiquent l'anesthésie locale
- 80.5% pratiquent le soin de carie et 79.2% pratiquent la radiographie
- 66.7% pratiquent l'extraction
- 41.7% pratiquent des traitements endodontiques
- 11.1% réalisent des chirurgies parodontales

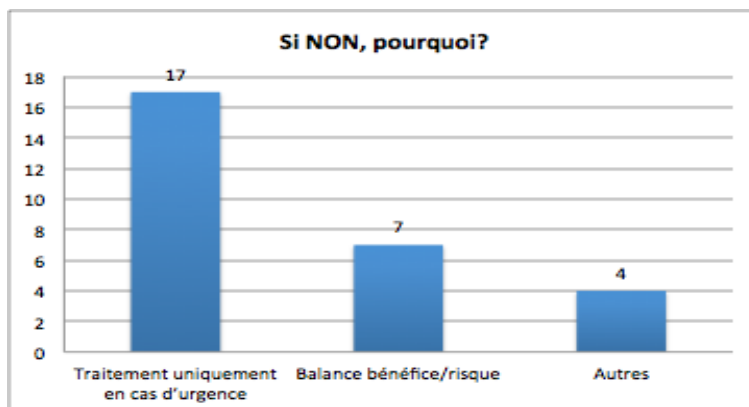


Tableau 11 : Les motifs de réalisation des soins



22% des chirurgiens-dentistes interrogés ne réalisent les soins que s'il s'agit d'une urgence. 9% d'entre-eux évaluent la balance bénéfique/risque

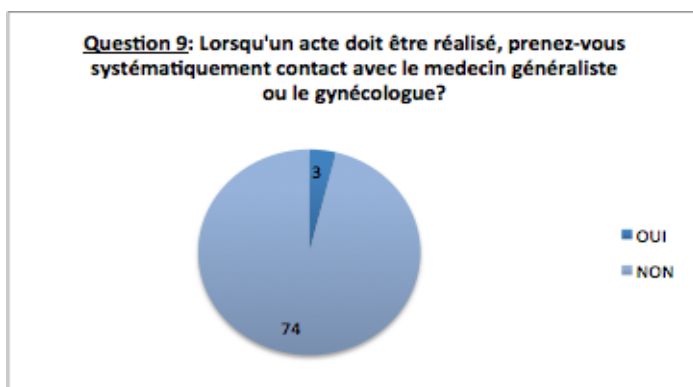


Tableau 12 : Contact avec le professionnel de grossesse

96% des praticiens dentaires ne prennent pas contact avec le personnel de périnatalité.

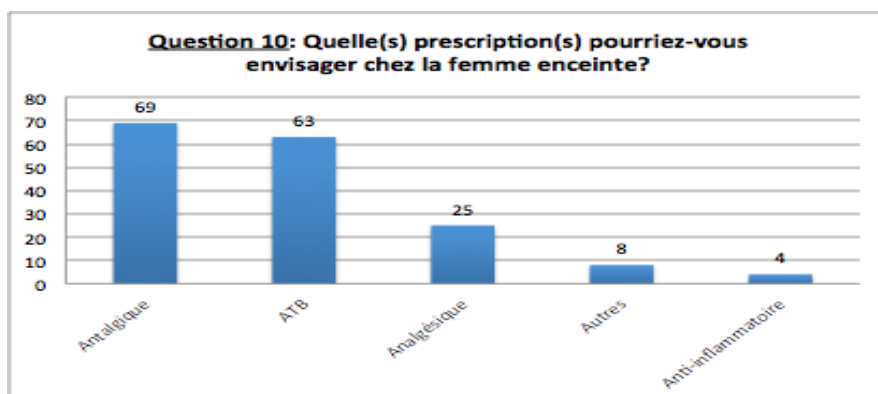


Tableau 13 : Les prescriptions envisagées



- 89.6% des dentistes prescrivent des antalgiques
- 82% vont prescrire des ATB
- 32.5% vont avoir recours à des analgésiques
- 5.2% des sondés délivrent des AINS
- 10.4% des praticiens prescrivent des bains bouches

### 2.3.4 Facteurs de risques au cours de la période gestationnelle

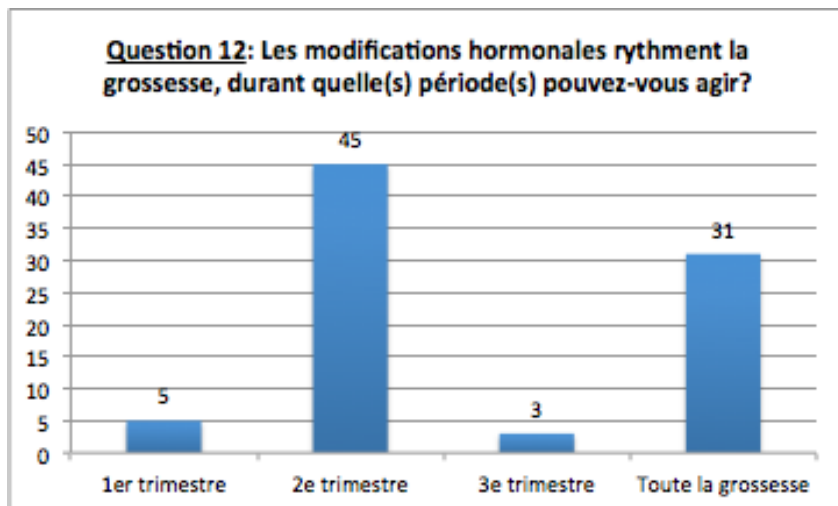
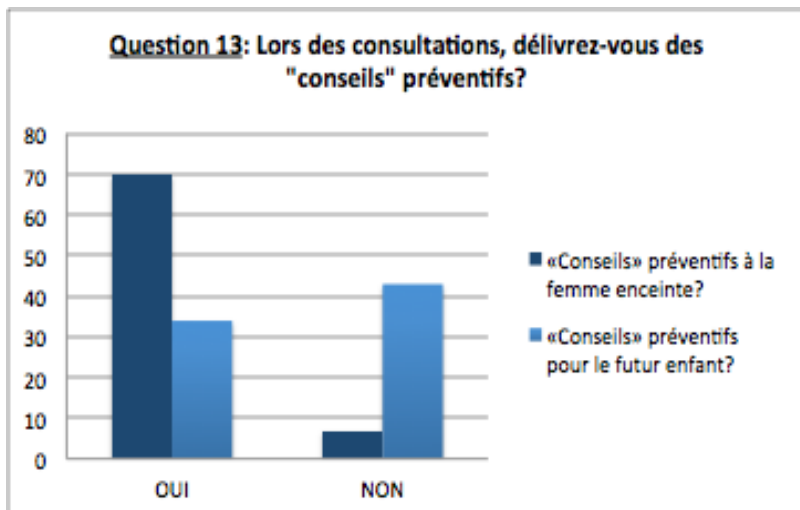


Tableau 14 : soins dentaires en fonction des périodes de la grossesse

Parmi les chirurgiens-dentistes, la majorité (58.5%) affirme que le second trimestre est la période la plus propice à la réalisation. 40 % déclarent que les soins sont réalisables pendant la grossesse.



90% de la population étudiée délivre des conseils préventifs pour la femme enceinte. Alors qu'ils ne sont plus que 44.2% à divulguer des conseils préventifs pour le futur enfant.

Tableau 15 : Les conseils préventifs

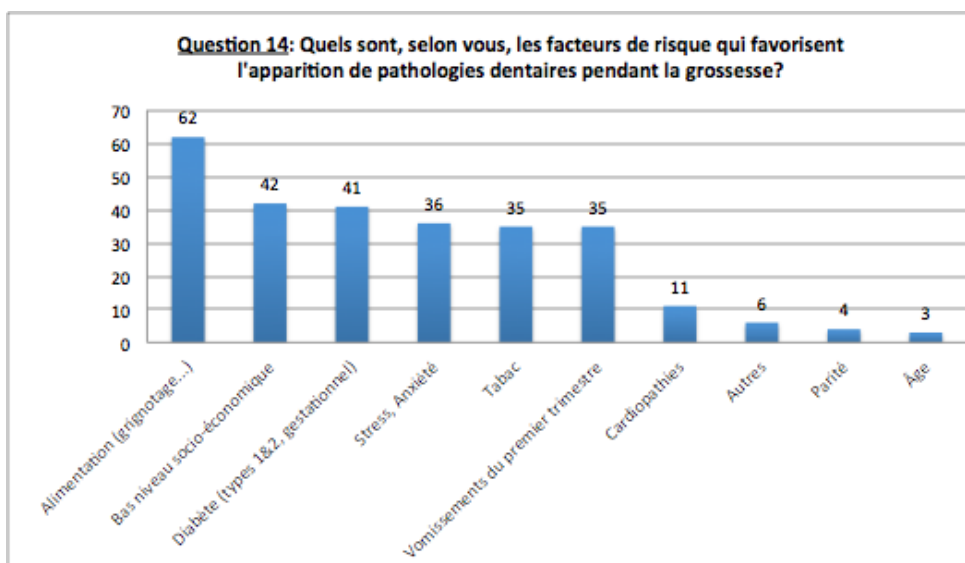


Tableau 16 : Facteurs de risque qui favorisent l'apparition de pathologies dentaires pendant la grossesse

C'est l'alimentation qui est le facteur de risque principal favorisant l'apparition des pathologies dentaires puisque 80.5% des chirurgiens-dentistes le citent. Viennent

ensuite le bas niveau socio-économique (54.4%), le diabète gestationnel (53.2%), le stress et l'anxiété (46.7%), le tabagisme ainsi que le vomissement du premier trimestre (45.5%). La parité a été mentionnée 4 fois. Certains praticiens évoquent les modifications hormonales et le manque d'hygiène comme possibles facteurs de risque.

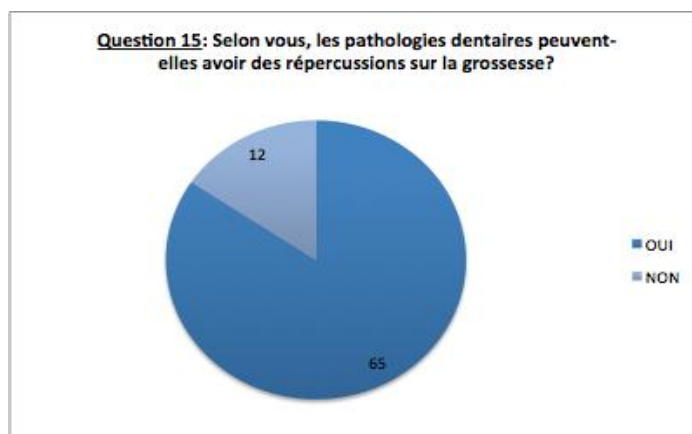


Tableau 17 : L'influence des pathologies dentaires sur la grossesse

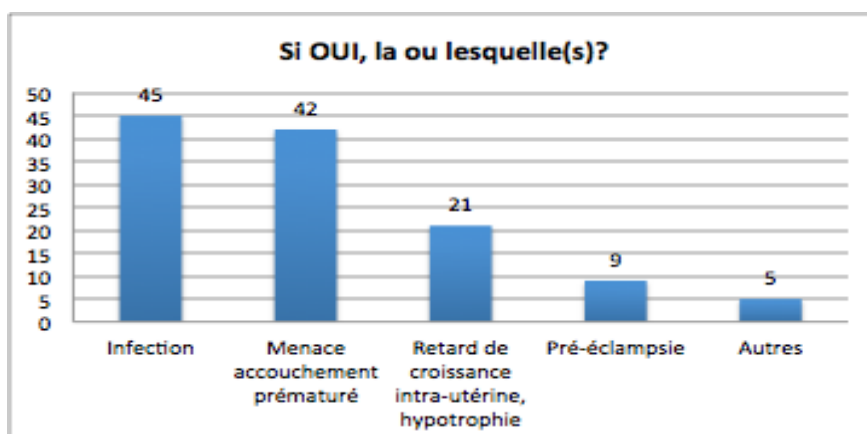


Tableau 18 : Les pathologies obstétricales retrouvées

84.4% des chirurgiens-dentistes reconnaissent un lien entre pathologie dentaire et grossesse. Parmi les pathologies citées, les infections et les menaces d'accouchements prématurés représentent respectivement 69.2% et 64.6%.

### 2.3.5 Vers une prise en charge globale de la futur maman

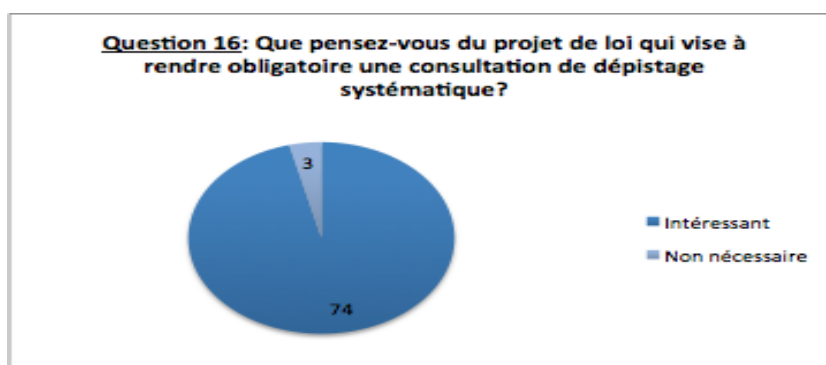


Tableau 19 : Projet de loi

96.1% des participants à l'étude sont favorables à la mise en place d'une loi rendant obligatoire une consultation de dépistage pendant la grossesse.

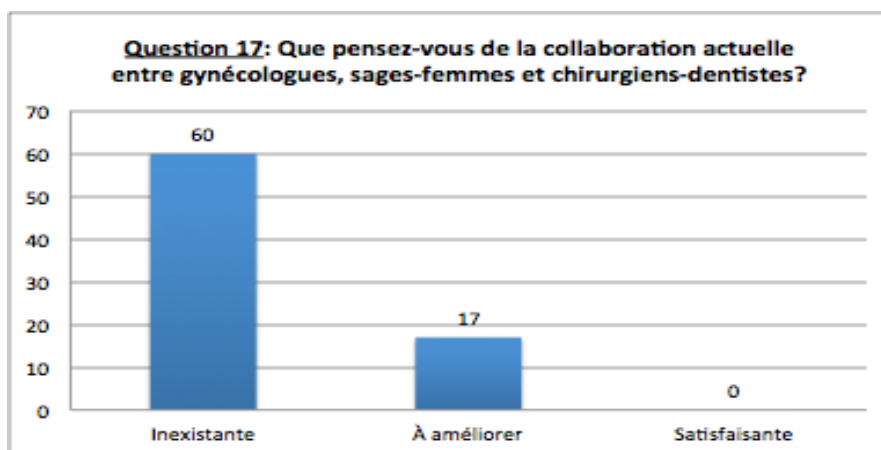


Tableau 20 : Collaboration entre les praticiens de santé



78% des praticiens dentaires considèrent comme inexistante la collaboration avec les gynécologues et les sages-femmes.

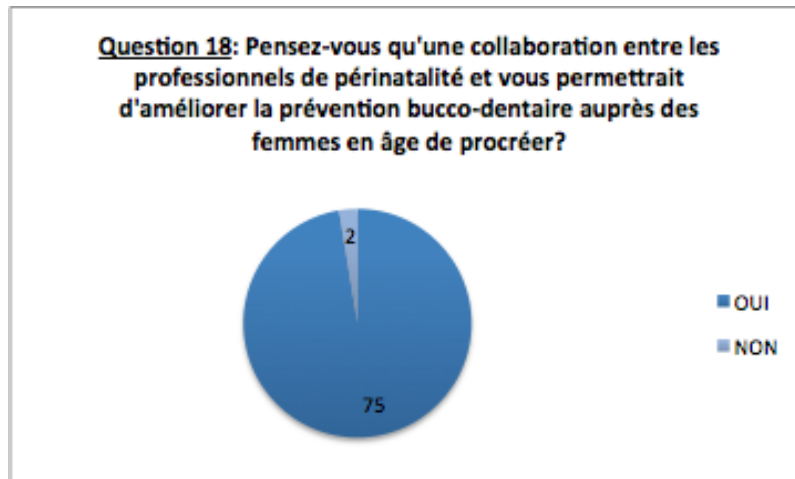


Tableau 21 : Amélioration de la prévention

97% des chirurgiens-dentistes considèrent qu'une meilleure collaboration avec les professionnels de grossesse améliorerait la prévention bucco-dentaire auprès des femmes en âge de procréer.

## 3 Discussion

### 3.1 Limites et biais

L'étude repose sur un petit effectif de 77 participants. En effet, il y a environ 65 praticiens dentaires pour 100000 habitants, nos 77 chirurgiens-dentistes représentent à peu près 1.2% des praticiens d'Ile-de-France (42). Dès lors, nos résultats ne sont donc pas extrapolables à la population de chirurgiens-dentistes.

Toutefois, nous avons recruté des odontologistes avec des activités différentes (hospitalière, libérale, centre de santé) ce qui nous permet d'avoir des points de vue variés sur la prise en charge dentaire des femmes enceintes.

Après avoir déposé les questionnaires, certains praticiens dentaires nous ont signalés que certaines questions n'étaient pas assez précises. Ces imprécisions concernaient les questions 8 et 10. Ceci a pu donner lieu à interprétation, ce qui pose la question de la fiabilité de ces réponses.

Enfin, nous devons prendre en considération une anomalie technique sur la question 7 du questionnaire électronique (*lors de consultation des futures parturientes, quelles pathologies dentaires êtes-vous majoritairement amenés à diagnostiquer ?*). En effet, nous n'avons récupéré aucune réponse à cette question. Seules, les réponses aux questionnaires papiers ont pu être étudiées, soit 44 réponses.





## **3.2 Forces de l'étude**

A travers cette étude prospective, nous avons pu étudier l'activité et les connaissances des chirurgiens-dentistes d'Ile-de-France concernant les pathologies dentaires pendant la grossesse.

De plus, la consultation de dépistage dentaire chez la femme enceinte est un sujet d'actualité.

Les odontologistes, participant à l'étude, se sont montrés intéressés et investis dans la réalisation de ce mémoire.

Ainsi, malgré les limites et les biais, les résultats obtenus à travers notre étude nous permettrons de mettre en évidence l'activité et les connaissances des chirurgiens-dentistes.

## **3.3 Analyse de l'étude**

Notre enquête a ciblé différents types d'exercices et donc différentes pratiques. Ce qui nous permet alors d'apprécier globalement l'activité ainsi que les connaissances des chirurgiens-dentistes. La dernière partie de l'étude s'intéresse aux améliorations de la prise en charge des futures parturientes.

### **3.1.1 Prise en charge de la femme enceinte en pratique quotidienne**

Tout comme le suggère la littérature scientifique ainsi que les grandes instances (HAS, UFSBD...), la grande majorité des chirurgiens-dentistes prend en charge les femmes enceintes. Malgré tout, une petite minorité de praticien (5%)



considère qu'ils manquent de connaissances pour réaliser une consultation de femme enceinte.

Soixante-dix-huit pourcent des praticiens dentaires évaluent à moins de 10% leurs activités auprès des femmes enceintes. Or, il est vivement recommandé pour les femmes enceintes d'établir un bilan bucco-dentaire pendant la grossesse. Ainsi, les résultats obtenus dans notre étude nous confirment que les femmes enceintes consultent peu le chirurgien-dentiste. Ceci pose problème lorsque l'on sait que les pathologies dentaires peuvent avoir des effets délétères sur le déroulement de la grossesse (17)(21)(22)(25)(26).

D'après notre étude, une faible quantité de praticiens dentaires reconnaît une certaine appréhension lors d'une consultation avec une femme enceinte les conduisant à la limitation des soins aux situations d'urgences.

### **3.1.2 Première consultation**

Soixante-quatorze pourcent des chirurgiens-dentistes révèlent que le principal motif de consultation est l'urgence dentaire. Le dépistage effectué en début de grossesse pourrait permettre de diminuer ce type de consultation. En effet, ce bilan en début de grossesse constituerait un examen de référence incitant la prise en charge dentaire avant l'apparition d'un « problème » nécessitant la prise en charge en urgence.

D'ailleurs, pour ce type de « situation urgente » la grande majorité des patientes se rendent spontanément chez le chirurgien-dentiste. Notre analyse révèle que très peu de praticiens de périnatalité adressent leurs patientes chez un chirurgien-dentiste. Ce défaut dans le parcours de soins est potentiellement lié au fait que pendant longtemps les chirurgiens-dentistes refusaient de soigner les femmes enceintes. Mais cela peut être également lié au fait que certains professionnels de périnatalité ne reconnaissent pas l'association entre les pathologies dentaire et la



grossesse. Les résultats de notre étude indiquent un manque de communications interprofessionnelles qui peut s'avérer préjudiciable pour la femme et son futur enfant. Comme nous le verrons dans la suite de notre discussion, l'amélioration de la communication entre les professionnels permettra une meilleure prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte ce qui pourra participer au bon déroulement de la grossesse.

De plus, comme le révèle l'étude MaterniDent de 2013 réalisée dans des maternités françaises, une proportion importante de femme enceinte a eu des problèmes dentaires pendant la grossesse mais seules 44% d'entre elles ont vu un chirurgien-dentiste. Parmi les femmes ayant consultées, seules 18% l'ont fait dans une démarche préventive (47). Ces résultats concordent avec ceux de notre étude qui montrent que la part de consultation de dépistage est faible chez les femmes enceintes. Étant donné, le « probable » impact des pathologies dentaires sur la grossesse, la prévention et les soins dentaires doivent être encouragés pendant la grossesse.

### **3.1.3 Pathologies bucco-dentaire et réalisations des soins**

Tout comme dans la population générale, les futures mamans consultent principalement pour une douleur dentaire. Nous pouvons observer également qu'une grande partie des consultations concernent les saignements gingivaux. Ces saignements gingivaux sont souvent liés à l'apparition des gingivites gravidiques. Il est important de rappeler que cette affection touche 50 % des femmes enceintes. Ce qui explique la proportion importante de consultation pour ce motif chez la femme enceinte.

Il paraît alors nécessaire de renforcer la prévention par la mise en place d'un examen bucco-dentaire. Cet examen permettrait de réduire la prévalence des saignements gingivaux au court de la grossesse. La prévention concernera notamment le brossage dentaire et l'alimentation et les conduites addictives.



Concernant la réalisation des soins dentaires, il semble que les chirurgiens-dentistes sont bien informés puisqu'ils pratiquent les actes dentaires malgré l'état de grossesse. Toutefois, les résultats obtenus indiquent des écarts entre les soins pratiqués. En effet, 93% des chirurgiens-dentistes, qui effectuent des actes pendant la grossesse, réalisent le détartrage. Alors, qu'ils ne sont plus que 41.7% à réaliser un traitement endodontique. Ceci en dépit de la littérature actuelle qui indique que tous les soins nécessaires peuvent être réalisés malgré l'état de grossesse (23)(24)(46).

Les soins peuvent être complétés par une prescription d'antibiotiques et d'antalgiques notamment. D'ailleurs, ils sont largement prescrits. Nous avons pu remarquer que quatre praticiens dentaires prescrivait des AINS pendant la grossesse. Or, plusieurs études ont mis en avant un risque de foetotoxicité par leur prise en fin de grossesse (33)(34)(35). Enfin, certains praticiens prescrivent un bain de bouche afin de diminuer la quantité de bactérie présente dans la sphère orale.

Ces résultats nous indiquent, que la prise en charge dentaire est influencée par l'état de grossesse.

Les chirurgiens-dentistes avouent ne pas prendre contact avec les professionnels de la grossesse. Ceci témoigne de la collaboration limitée entre ces deux professionnels.

### **3.1.4 Facteurs de risque au cours de la période gestationnelle**

Concernant la prise en charge dentaire il semble que les odontologistes réalisent les soins dentaires. Pour la plupart, la période la plus propice est le second trimestre. Mais une bonne partie des chirurgiens-dentistes (40%) s'accordent pour pratiquer des soins dentaires lorsqu'ils sont nécessaires. Comme indiquaient dans

les recommandations, l'état de grossesse ne justifie pas de différer les soins. Des études ont montré que la persistance d'un foyer infectieux dans la cavité buccale serait néfaste pour la grossesse. Il faut donc traiter la patiente dès qu'il est nécessaire.

Les modifications alimentaires au cours de la grossesse sont le principal facteur de risque favorisant le développement de pathologie dentaire pendant la grossesse. L'odontologiste pourra lors des consultations délivrer des conseils hygiéno-diététiques et bucco-dentaires. En effet, la consultation dentaire pendant la grossesse est un moment propice pour dispenser des « conseils » préventifs pour la femme enceinte. D'ailleurs, les chirurgiens sont convaincus des bénéfices de ces conseils puisqu'ils sont 91% à les donner. Toutefois, ils ne sont plus que 44% à procurer des « conseils » préventifs pour le futur enfant. Or, selon un rapport de la direction générale de la santé, une démarche préventive précoce limiterait l'impact des différents facteurs de risque de caries dans l'enfance. En effet, la sphère buccale du nouveau-né est dépourvue de bactéries jusqu'au développement des dents. Mais, il peut y avoir une transmission du *Streptococcus mutans* de la mère à l'enfant. Cette transmission peut se produire lorsque la mère « goûte, embrasse... » son enfant. De plus, d'après ce rapport, les enfants qui s'endorment le biberon à la bouche, sont plus fréquemment touchés par le développement de caries (45). La consultation dentaire pendant la grossesse, devrait permettre de sensibiliser d'avantage la femme enceinte sur l'hygiène bucco-dentaire.

La prévention et la réalisation des soins dentaires pendant la grossesse est d'autant plus importante qu'un probable lien entre pathologies dentaires et effet délétères sur la grossesse a été mis en évidence. D'ailleurs 84.4% des praticiens interrogés estiment que les pathologies dentaires peuvent avoir des répercussions sur la grossesse. 64.6% d'entre eux établissent une corrélation entre les infections dentaires et certains accouchements prématurés. Ce constat impose la prise en charge dentaire des femmes présentant une pathologie dentaire.



### 3.1.5 Vers une prise en charge globale de la future maman

D'après les résultats de notre étude, il semble qu'aucune collaboration n'existe entre les professionnels de périnatalité et les odontologistes. Soixante-dix-huit pour cent des chirurgiens-dentistes déplorent l'absence de collaboration. Ces résultats ne sont pas surprenant puisque plusieurs études ont mis en avant cette absence de communication entre ces deux « corps » professionnels. Une enquête réalisée en France, montre que 74.7% des gynécologues et/ ou obstétriciens connaissent l'influence d'une infection parodontale. Pourtant, seuls 33.2% des sondés adressent systématiquement les femmes enceintes chez le chirurgien-dentiste (43).

Une revue des analyses anglo-saxonnes affirme que les généralistes et les sages-femmes ne sont pas suffisamment informés des impacts néfastes des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse contrairement au gynécologue. De plus, cette revue souligne l'absence de consensus entre les professionnels de grossesse et les dentistes concernant la prise en charge dentaire des futures parturientes (44).

Pour la quasi-totalité des odontologistes, une meilleure collaboration avec les professionnels de la grossesse permettra d'améliorer la prévention bucco-dentaire des femmes en âge de procréer en plus de contribuer (en partie) au bon déroulement de la grossesse.

La mise en place d'une loi visant à rendre le dépistage bucco-dentaire pendant la grossesse pourrait favoriser la communication entre les chirurgiens-dentistes et les professionnels de périnatalité. D'ailleurs, 96.1 % des praticiens sont favorables à la mise en place de ce projet. Rendre obligatoire l'examen permettra d'augmenter les consultations de dépistage et d'accentuer la prévention auprès de ces femmes.



### La place de la sage-femme :

La sage-femme est l'une des principales actrices du suivi de grossesse. Lors des consultations, elle prodigue de nombreux conseils afin d'assurer le « bon » déroulement de la grossesse. Or en l'état actuel des connaissances, la sage-femme ne peut établir un diagnostic et « dispenser des conseils d'éducation pour la santé bucco-dentaire pour la femme et son futur enfant ». Cependant, c'est ce que préconise la HAS. Néanmoins, elle doit, grâce à sa mission de prévention, repérer certaines situations à risque et conseiller vivement à la patiente un suivi bucco-dentaire pendant la grossesse.

## Conclusion

Depuis quelques années, la littérature scientifique s'intéresse au lien qui existe entre pathologie dentaire et grossesse. Ainsi, de nombreuses études ont mis en évidence une corrélation entre les modifications de la grossesse et les maladies parodontales. D'autres, ont établi une relation entre les pathologies dentaires et le mauvais déroulement de la grossesse. Bien que controversé, ce constat pose la question des soins dentaires pendant la grossesse. Les revues étudiées dans ce mémoire, sont en faveur de la réalisation des soins pendant la grossesse.

A travers notre étude nous avons pu mettre en évidence les connaissances et la prise en charge dentaire des femmes enceintes par les odontologistes. Elle montre que les chirurgiens-dentistes sont conscients des rapports qui existent entre pathologies dentaires et grossesse. Cette corrélation impose alors une prise en charge dentaire (préventif ou curatif).

Or, nous constatons que les consultations dentaires pendant la grossesse sont rares. Une meilleure collaboration entre les professionnels de santé pourrait permettre une prise en charge globale de la femme enceinte. L'établissement d'une collaboration pluridisciplinaire pourrait probablement diminuer l'appréhension de certains praticiens dentaires ou de la grossesse.

Ainsi, la mise en place d'une consultation obligatoire avec le chirurgien-dentiste permettrait de prévenir certaines pathologies dentaires. Cette consultation serait l'occasion de diffuser des conseils hygiéno-diététiques (alimentation, tabac...) et bucco-dentaires concernant la future mère et son enfant. Elle permettrait de promouvoir la collaboration entre les praticiens de la grossesse et les chirurgiens-dentistes. Le but étant d'assurer le bien-être de la femme et de son enfant à naître.



## Bibliographie

1. G. Cordier, J-P Lézy, C. Vacher. « Stomatologie et grossesse 2013 », *EMC*. Volume 8, no 4 (octobre 2013) p1-6
2. Offenbacher S, Katz V, Fertik G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67:1103—13.
3. Kevin Moss, Heather Jared, Amy Murtha, Maternelle maladie parodontale, une inflammation systémique, et le risque de pré-éclampsie Received in revised form: December 3, 2007; 1101-5
4. S.M. DRIDI, C. GAMGNE GUIADEM, Spontaneous premature births and periodontal diseases: the debate continues *Rev Odontostomatol* 2008;37(1):19–42
5. Haute Autorité de Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire. [En ligne][http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201010/corriges\\_rapport\\_cariedentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201010/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf) (page consultée en 2014)
6. Valérie BOYER, Jean-Michel COUVE, Assemblée Nationale. [En ligne] <http://www.assemblenationale.fr/14/proposition/pion0364.asp> (page consultée en septembre 2014)
7. Egea Luc, Nadin Coulibaly, Assem Soueidan Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire [En ligne] [http://www.sso.ch/doc/doc\\_download.cfmuid=F3E9B386BE623F162FB0641B7ABD0842](http://www.sso.ch/doc/doc_download.cfmuid=F3E9B386BE623F162FB0641B7ABD0842) (page consultée en septembre 2014)
8. Acharya S, Bhat PV, Acharya S. Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene* 2009;(7):102–7

9. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, et al. Oral health during pregnancy. *J Matern Fetal Neonat Med* 2009;22(9):733–9.
10. H. EL MERINI, M. JABRI, L. AGGOURI, « Le courrier du dentiste » [en ligne] <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/les-soins-dentaires-chez-la-femme-enceinte.html> (page consultée en decembre 2014)
11. L. Egea, H. Le Borgnec, M. Samson. Infections bucco-dentaire et complications de la grossesse: connaissances et attitudes des professionnels de santé. *J Gynecologie obstétrique & fertilité* 41 (2013) 635-640
12. Bernimoulin JP. Recent concepts in plaque formation. *J Clin Periodontol* 2003; 30 (suppl 5): 7-9.
13. Carillo de albornoz, Figuerro E, Herrera d. Gingival changes during pregnancy : III. Impact of clinical, micro-biological, immunological and socio-demographie factors on gingival inflammation. *J Clin Periodontol* 2012 ;39 : 272-83
14. Agba-Godeau S. Stomatologie et grossesse. *EMC , Paris (2002)* Stomatologie, 22-050-F-10, 4p
15. Hunter L, Hunter B. Oral and dental problems associated with pregnancy. N : *Oral healthcare in pregnancy and infancy*. London : MacMillan Press Ltd ; 1997:27-34
16. B. Condylis, H. LeBorgnec, J. Demoersman et al. Intérêt du dépistage et du traitement des maladies parodontales chez la femme enceinte : revue de la littérature. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* (2013) 42, 511-517
17. Gaw MCT. Periodontal disease and preterm delivery of lowbirth-weight infants. *J Can Dent Assoc* 2002;68:165—9



18. Intérêt du dépistage et du traitement des maladies parodontales chez la femme enceinte : revue de la littérature
19. HAS. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse.[document électronique]. France, Service des bonnes pratiques professionnelles, 2012 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees\\_epidemiologiques\\_generales\\_liees\\_a\\_la\\_grossesse.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf)
20. Moore ML. Preterm labor and birth: what have we learned in the past two decades? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003; 32: 638-649
21. Vergnes JN, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2007;196:135e1-e7.
22. Xiong X, Buekens P, Fraser WD, et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2006;113:135—43
23. HAS. Has parodontopathies : diagnostic et traitement.[document électronique]. France, Services des recommandations et référence professionnel, 2002 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_rap.pdf)
24. Offenbacher S, Barros S, Beck J. Rethinking periodontal inflammation. J Periodontol 2008 ;79(8) :1577-84
25. Canakci V , Canakci CF , Canakci H. Periodontal disease as a risk factor for pre-eclampsia: a case control study. J Obstet Gynaecol. 2004 Dec;44(6):568-73.
26. Ruma M, Boggess K, Moss K, et al. Maternal periodontal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia. Am J Obstet Gynecol 2008;198:389.e1-389.e5.



27. H. Boutigny, F. Boschin, E. Delcourt-Debruyne. Maladies parodontales, tabac et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 (Hors-série n° 1) : 3S74-3S83.
28. UFSBD. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé UFSBD. Stratégie nationale de santé 2014
29. Verma S, Bhat KM. Diabetes mellitus: a modifier of periodontal disease expression. *J Int Acad Periodontol* 2004; 6: 13-20.
30. Offenbacher S, Beck JD, Jared HL, et al. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2009;114:551—9.
31. Bradley A. Shessel, DMD. Dental treatment of the pregnant patient: Literature review and guidelines for the practicing clinician. [en ligne] <http://www.wda.org/dental-professionals/members-only/business-of-dentistry/clinical/dental-treatment-of-the-pregnant-patient-literature-review-and-guidelines-for-the-practicing-clinician> (page consultée en 2015)
32. Shaheen SO, Newson RB, Sherriff A, et al. Paracetamol use in pregnancy and wheezing in early childhood. *Thorax* 2002 ;57 :958-63
33. Descroix Vianey. « «proscrire et prescrire ? Médicaments, un choix raisonné chez la femme enceinte » *Revue d'odontologie-stomatologie* 34, no 2 (2005) :83-99
34. Ostensen ME, Skomsvoll JF, Anti-inflammatory pharmacotherapy during pregnancy. *Expert Opin Pharmacother* 2004 ;5 :571-81
35. Traitement par anti-inflammatoire non stéroïdiens pendant la grossesse. AFSSAPS, janvier 2004, [en ligne] [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/1f3575a0e1591588e17345ad57aa75ee.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1f3575a0e1591588e17345ad57aa75ee.pdf) (page consultée en 2015)

36. P. Jeanmougin, J. Le Bel. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante *EMC- traité de médecine Akos*. Volume 9 (janvier 2014)p1-...-7
37. Wrzosek t, Einarson a et al. Dental care during pregnancy. *Can Fam Physician* 2009;55(6):598-599
38. Salmon B, Le Denmat D. Radioprotection au cabinet dentaire. Volume 10 *EMC- médecine buccale*, 2011 p11-12
39. Stratégie de prévention de la carie dentaire, synthèse et recommandation, mars 2010, [en ligne] [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (page consultée en 2015)
40. L'Assurance Maladie. Avenant numéro 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, Mars 12, 2013 [en ligne] [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/votre-convention/avenant-n-3\\_calvados.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/votre-convention/avenant-n-3_calvados.php) (page consultée en 2015)
41. C. Crenn-Herbert, C. Menguy et E. Lebreton. L'hypotrophie en Ile de France (2011). Ile-de-France, ARS, 2012 <http://www.perinat-ars-idf.org/downloads/Point%20Info/2012%2009%20Hypotrophie.pdf>
42. Collet Marc « les chirurgiens-dentistes en France », *DREES*. Numéro (septembre 2007) [http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Demographie\\_2006.pdf](http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Demographie_2006.pdf) p.1 (page consultée en 2015)
43. Cohen L, Schaeffer M, Davideau JI et al. Obstetric knowledge, attitude, and behavior concerning periodontal diseases and treatment needs in pregnancy: influencing factors in France. *J periodontol* 2015 Mar;86(3):398-405
44. George A, Shamim S, Johnson M et al. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. *Birth* 2012 Sep;39(3):238-47
45. Marysette Folliguet. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. [document électronique]. France, Direction Générale de la santé,



2006,[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf) (page consultée en 2015)

46. Luc E, Coulibaly N, Demoersman J et al. Dental care during pregnancy. Schweiz Monatsschr Zahnmed. 2012;122(11):1047-63.
47. Vergnes JN1, Pastor-Harper D, Constantin D et al. Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study. J Sante Publique. 2013 May-Jun;25(3):281-92.



# Annexes

## Annexe I : questionnaire

Je suis actuellement étudiante sage-femme en master 2, à l'université de Saint-Quentin-en-Yvelines. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je me permets de vous solliciter afin de répondre à ce questionnaire.

Mon mémoire concerne la prise en charge de patientes durant la grossesse (soins dentaires et actes de chirurgie).

Ce questionnaire est anonyme et comporte 18 questions.

En vous remerciant par avance.

*Pour certaines questions plusieurs réponses sont possibles.*

### I ] Quelle prise en charge quotidienne de la femme enceinte ?

1) Pouvez-vous préciser votre type d'exercice ?

- Libéral
- Hospitalier
- Centre de santé

2) En pratique courante, prenez-vous en charge des femmes enceintes ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle part représentent-elles, environ, dans votre pratique ?

- Moins de 10%
- 10%
- 30%
- 50%
- Plus de 50%

Si non, pour quelle(s) raisons ?

- Absence de patientelle
- Appréhension
- Manque de connaissances
- Autres

**II ] 1<sup>ère</sup> consultation :** La principale cause de consultation dans la population générale est la douleur. Qu'en est-il chez la femme enceinte?

3) Pour quelles raisons ces patientes viennent –elles consulter la première fois ?

- Dépistage





- Urgences dentaires
- Autre : .....

4) Sont-elles :

- Adressées par un professionnel de santé
- Venues d'elles-mêmes
- Autre : .....

5) Généralement, pourquoi les patientes vous consultent-elles ?

- Douleur
- Saignement
- Perte de dent
- Inflammation

Autre : .....

**III 1 Pathologies bucco-dentaires et réalisation des soins :** La santé bucco-dentaire dans la population générale est faible et les pathologies nombreuses. Et chez la femme enceinte?

6) Lors de ces consultations que pensez-vous, en général, de l'état bucco-dentaire des futures parturientes ?

- Très bon
- Bon
- Mauvais
- Très mauvais

7) Lors de consultation des futures parturientes, quelles pathologies dentaires êtes-vous majoritairement amenés à diagnostiquer ?

- Caries
- Abscès
- Epulis
- Parodontite
- Autre : .....

8) Pratiquez-vous les soins compte-tenu de leur état de grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, quels actes pouvez-vous réaliser ?

- Détartrage
- Chirurgie parodontale
- Extraction dentaire
- Soins de lésions carieuses



- Radiographie
- Anesthésie locale
- Traitement endodontique

Si non, pourquoi ?

- La balance bénéfice/risque est trop importante
- Traitement seulement si urgence
- Autre : .....

9) Lorsqu'un acte doit être réalisé, prenez-vous systématiquement contact avec le professionnel de grossesse ?

- Oui
- Non

10) Quelle(s) prescription(s) pourriez-vous envisager ?

- Antibiotique
- Antalgique
- Anti-inflammatoire
- Analgésique
- Autre : .....

#### **IV | Facteurs de Risques au cours de la période gestationnelle**

11) Pensez-vous qu'il est préférable de réaliser les actes de chirurgie-dentaire, chez la femme enceinte, à l'hôpital plutôt qu'en cabinet dentaire privé (ou centre de santé)?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

.....

12) Les modifications hormonales rythment la grossesse, durant quelle(s) période(s) pouvez-vous agir ?

- Premier trimestre
- Deuxième trimestre
- Troisième trimestre
- Toute la grossesse

13) Lors des consultations, délivrez-vous des « conseils » préventifs pour la femme ?

- Oui
- Non

Délivrez-vous des « conseils » préventifs pour le futur enfant ?

- Oui
- Non

14) Quels sont, selon vous, les facteurs de risque qui favorisent l'apparition de pathologies dentaires pendant la grossesse ?

- Alimentation (grignotage...)
- Vomissement du premier trimestre
- Diabète T1, T2, gestationnel
- Parité
- Age
- Tabac
- Cardiopathie
- Stress, anxiété
- Bas niveau socio-économique
- Autre : .....

15) Selon-vous, les pathologies dentaires peuvent-elles avoir des répercussions sur la grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui, la ou lesquelles :

- Menace accouchement prématuré
- Retard de croissance intra utérin, hypotrophie
- Infection
- Pré-éclampsie
- Autre : .....

#### **VI ] Vers une prise en charge globale de la futur maman**

16) Que pensez-vous du projet de loi, qui vise à rendre obligatoire une consultation de dépistage systématique ?

- Intéressant
- Non nécessaire

17) Actuellement, que pensez-vous de la collaboration qu'il existe entre les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et odontologistes ?

- Inexistante
- Satisfaisante
- A améliorer
- Autre : .....

18) Pensez-vous qu'une collaboration entre les professionnels de périnatalité et vous permettra d'améliorer la prévention bucco-dentaire auprès des femmes en âges de procréer ?

- Oui
- Non

Merci pour l'attention portée au questionnaire.