



Dossier

Santé bucco-dentaire périnatale

11

Pendant la grossesse, les habitudes alimentaires évoluent, entraînant parfois des complications bucco-dentaires, tandis qu'une mauvaise hygiène orale favorise la formation de la plaque dentaire et du tartre, puis la survenue de caries et/ou d'une maladie parodontale. Une consultation préventive chez un chirurgien-dentiste est indispensable pour préserver le capital dentaire de la femme enceinte. Elle permet de poser, si besoin, un diagnostic et de proposer des soins adaptés, mais aussi de réaliser une action de prévention et d'éducation en faveur de la mère et de son enfant. Les sages-femmes ont un rôle prépondérant à jouer dans l'orientation vers cette consultation.

Déclaration de liens d'intérêts
 L'autrice déclare ne pas avoir de liens d'intérêts

Conchita Gomez
 Sage-femme coordinatrice
 Service de gynécologie-obstétrique, pôle femme-enfant,
 centre hospitalier d'Arras, 3 boulevard Besnier, 62022 Arras, France
 Adresse e-mail : conchita.gomez@orange.fr (C. Gomez).

Dossier coordonné par Conchita Gomez

- 12** État bucco-dentaire des femmes enceintes et conséquences sur la grossesse
Anne Abbe-Denizot
- 16** Grossesse et pathologies parodontales
Xavier Braeckvelt
- 20** La prise en charge odontostomatologique de la femme enceinte
Christophe Lequart
- 24** Les 1 000 premiers jours, une période clé en matière de santé orale
Romain Jacq
- 28** Éléments de bibliographie
Liliane Régent

Dossier

Santé bucco-dentaire périnatale

État bucco-dentaire des femmes enceintes et conséquences sur la grossesse

Anne Abbe-Denizot
Vice-présidente

Union française pour la santé
bucco-dentaire,
7 rue Mariotte,
75017 Paris, France

Les femmes enceintes sont insuffisamment sensibilisées à l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire pour elles-mêmes et pour leur futur enfant. Les professionnels de santé qui les accompagnent durant leur grossesse, notamment les sages-femmes, doivent les inciter à réaliser un bilan de prévention et à se faire suivre par un chirurgien-dentiste.

© 2023 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – atteinte parodontale ; examen bucco-dentaire ; grossesse ; santé bucco-dentaire ; soin dentaire

Oral status of pregnant women and consequences on pregnancy. Pregnant women are not sufficiently aware of the importance of good oral health for themselves and their future child. The health professionals who accompany them during their pregnancy, especially midwives, must encourage them to have a preventive check-up and to be followed by a dental surgeon.

© 2023 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – dental care; oral examination; oral health; periodontal disease; pregnancy

Les modifications hormonales, cardiovasculaires et immunologiques rendent les femmes enceintes vulnérables face aux maladies parodontales [1]. La grossesse induit des modifications bucco-dentaires qui nécessitent des bilans de prévention et des soins adaptés [2]. Pourtant, diverses études montrent que pendant cette période, les soins dentaires sont peu réalisés [3,4].

Un suivi bucco-dentaire insuffisant en cours de grossesse

Les professionnels de santé au contact des femmes enceintes ne les sensibilisent pas suffisamment à la prévention bucco-dentaire et les patientes elles-mêmes ne consultent pas leur chirurgien-dentiste.

◆ Dans deux études australiennes, moins d'un tiers des professionnels de santé interrogés ont répondu avoir des connaissances suffisantes pour conseiller leurs patientes sur leur santé orale. Ils étaient seulement 16,4% à discuter au cours de la consultation de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Enfin, moins de 10% étaient capables d'expliquer à leurs patientes les conséquences d'une mauvaise hygiène sur le déroulement de la grossesse (prématurité, hypotrophie, etc.) [3,4].

◆ L'étude **MaterniDent**, réalisée en 2012 sur 904 femmes en suites de couches, a montré pour sa part que 56% des femmes enceintes ne consultaient pas de chirurgien-dentiste alors qu'elles avaient

en moyenne 3,1 caries dentaires [5]. Parmi les raisons évoquées par les intéressées, on trouve la crainte de nuire au bon déroulement de la grossesse et de provoquer des effets secondaires délétères pour l'enfant à naître, mais aussi la difficulté d'accès aux soins dispensés par un chirurgien-dentiste pour les plus démunies. Pourtant, toute femme enceinte peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire (EBD) de prévention (encadré 1).

◆ Les études mettent ainsi en exergue un manque d'éducation et d'information des femmes, qui ne comprennent pas la nécessité d'un suivi bucco-dentaire, et du corps médical (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes), qui n'orientent pas vers la consultation [3-9].

◆ Les professionnels de santé doivent prendre conscience que les femmes enceintes devraient consulter plus souvent leur chirurgien-dentiste, comme le préconise la Haute Autorité de santé (HAS) dans ses recommandations [8,9], d'autant que l'anesthésie loco-régionale et la réalisation de clichés radiologiques – y compris la radiographie panoramique – ne sont pas contre-indiquées en cours de grossesse. À défaut d'une prise en charge adaptée, les patientes peuvent souffrir de pathologies touchant la dent (érosion dentaire, lésion carieuse) et/ou le parodonte (gingivite, épulis, parodontite gravidique). La présence de la plaque dentaire non éliminée grâce à un détartrage régulier participe au processus, en fonction de la nature

Encadré 1. L'EBD femmes enceintes

La femme enceinte peut bénéficier d'un EBD de prévention à compter du quatrième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après l'accouchement.

◆ **Cet examen comprend :**

- une anamnèse ;
- un EBD ;
- une action de prévention et d'éducation sanitaire pour la mère et le futur enfant.

◆ **Il peut être complété si nécessaire par :**

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

L'EBD femmes enceintes ne peut être réalisé qu'à partir du premier jour du quatrième mois de grossesse. Entre le quatrième et le sixième mois de grossesse, il est pris en charge à 100 % au titre de la prévention (code exonération 7) ; au-delà du sixième mois, il est remboursé à 100 % au titre de la maternité.

Les soins consécutifs sont remboursés selon les règles suivantes :

- avant le sixième mois de grossesse, les soins conservateurs sont pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par la complémentaire santé ;
- après le sixième mois et jusqu'au douzième jour après l'accouchement, les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant au titre de la maternité.

des bactéries présentes. La plaque supra-gingivale est composée majoritairement de bactéries aérobies, responsables des lésions carieuses, et la plaque sous-gingivale renferme des bactéries anaérobies, plus virulentes, qui sont à l'origine des maladies parodontales [10]. La plaque dentaire peut facilement être évitée et éliminée en procédant à un brossage régulier et efficace des dents (figure 1).

◆ **La forte augmentation des taux d'estrogènes et de progestérone** pendant la grossesse est responsable d'un œdème et d'une inflammation de la gencive qui, en l'absence d'hygiène orale stricte, favorise la survenue de la gingivite gravidique [11]. Alors que le pH salivaire est normalement neutre, ces modifications hormonales, associées au reflux gastro-oesophagien, entraînent une baisse du pH et du pouvoir tampon de la salive. Elles augmentent le risque d'érosion dentaire et le risque carieux, et exposent les lésions carieuses préexistantes à une progression plus rapide [12,13]. En l'absence de soins, les lésions carieuses évoluent spontanément vers la nécrose, puis l'abcès dentaire. Un abcès non traité, et ce, d'autant plus au cours de la grossesse, est responsable d'un syndrome inflammatoire plus ou moins à bas bruit (synthèse de médiateurs de l'inflammation) pouvant favoriser un accouchement prématuré [14].

Prématurité et faible poids de naissance de l'enfant

Depuis la première publication de Steven Offenbacher et al. en 1996 [15], qui ont mis en évidence un lien entre les maladies parodontales et les accouchements prématurés,

2 brossages par jour matin et soir pendant 2 minutes

L'utilisation d'un dentifrice fluoré

L'utilisation du fil dentaire ou de brossettes avant le brossage

Une visite au moins 1 fois par an chez le dentiste, et ce dès l'âge de 1 an

Une alimentation variée et équilibrée

ET EN COMPLÉMENT

La mastication d'un chewing-gum sans sucres après chaque prise alimentaire

Le bain de bouche sans alcool comme complément d'hygiène

ufsbid www.ufsbid.fr

© UFSB

Figure 1. Recommandations de l'UFSBD pour une bonne santé bucco-dentaire.

Note

¹ Se reporter au site maBoucheMaSanté.fr.

Références

- [1] Descamps P, Marret H, Binelli C, Chaplot S, et al. Modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse. Neurochirurgie 2000;46(2):68-75.
- [2] Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. Obstet Gynaecol 2007;9(1):21-6.
- [3] Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. BMC Pregnancy Childbirth 2008;8:13.
- [4] George A, Ajwani S, Bhole S, et al. Promoting perinatal oral health in South-western Sydney: a Collaborative approach. J Dent Res 2010;89:142301.

Rôle des sages-femmes dans la prévention bucco-dentaire

L'article 5 de l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes concerne l'implication de ces professionnelles dans les programmes de prévention et promotion de la santé [30].

◆ Il énonce qu'afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention et de promotion de la santé, les partenaires conventionnels entendent maintenir et renforcer l'engagement des sages-femmes dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique).

Il s'agit entre autres des programmes :

- de dépistage des cancers (notamment du sein et du col de l'utérus) ;
- de prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination, par exemple) ;
- dédiés à certaines populations (incitation à la prévention bucco-dentaire chez les femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse, sevrage tabagique, facteurs de risque liés à la grossesse, accès à la contraception, etc.).

◆ L'Assurance maladie s'engage à communiquer largement sur le rôle des sages-femmes dans les programmes de prévention nationaux et territoriaux en lien avec leur champ de compétence. Dans ce cadre, et afin de répondre à certains enjeux de santé publique, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser leur implication en matière de prévention et de contraception auprès des jeunes filles. Les comportements et situations à risques pendant la grossesse étant nombreux, ils conviennent de renforcer leur action en début de grossesse pour prévenir certaines complications.

Figure 3. Site maBouchemaSanté.fr dédié au grand public.

pharmaciens, etc.) doivent être attentifs à leur santé orale ; un suivi régulier offre des occasions répétées de les inciter à faire suivre ou contrôler leur état bucco-dentaire. Ils peuvent par ailleurs les sensibiliser

en les questionnant sur la fréquence du brossage, les saignements gingivaux, la dernière consultation chez un chirurgien-dentiste, etc.

Une étude récente menée auprès des femmes enceintes en France a montré qu'elles étaient 92 % à connaître les effets négatifs d'une mauvaise santé bucco-dentaire pendant la grossesse. Pourtant, seulement 47 % d'entre elles avaient consulté un chirurgien-dentiste et 18 % en avaient discuté avec le professionnel de santé en charge du suivi de leur grossesse (gynécologue ou sage-femme) [25].

Les futures mères devraient consulter leur chirurgien-dentiste, si possible avant la conception ou tout du moins dès le premier trimestre de la grossesse en vue d'un EBD. Au cours de cette période, elles sont particulièrement réceptives aux messages de prévention portant sur leur santé et celle de leur futur enfant. L'EBD femmes enceintes vise à les sensibiliser sur l'hygiène orale et l'hygiène alimentaire notamment, et sur l'importance de recourir au chirurgien-dentiste.

Les conseils donnés à la femme enceinte permettront également de prévenir la carie précoce du jeune enfant¹ (figure 3). Dans leurs dernières recommandations, les membres de l'European Association Pediatric Dental [8] précisent que l'âge idéal de la première consultation chez le chirurgien-dentiste se situe avant la naissance. Ainsi, la future mère peut mettre en place de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire dès l'arrivée du bébé [26–29]. ●

Références

- [18] Vergnes JN. Studies suggest an association between maternal periodontal disease and pre-eclampsia. *Evid Based Dent* 2008;9(2):46–7.
- [19] Kunnen A, van Doormaal JJ, Abbas F, et al. Periodontal disease and pre-eclampsia: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2010;37(12):1075–87.
- [20] Cetin I, Pileri P, Villa A, et al. Pathogenic mechanisms linking periodontal diseases with adverse pregnancy outcomes. *Reprod Sci* 2012;19(6):633–41.
- [21] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Parodontopathies : diagnostic et traitements. Mai 2002. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies-rap.pdf.
- [22] Boggess KA, Moss K, Madianos P, et al. Fetal immune response to oral pathogens and risk of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(3 Pt 2):1121–6.
- [23] American Dental Association. Oral health during pregnancy. What to expect when expecting. *J Am Dent Assoc* 2001;142:574.
- [24] Assurance maladie. www.ameli.fr.
- [25] Petit C, Benezech J, Davideau JL, et al. Consideration of oral health and periodontal diseases during pregnancy: knowledge and behaviour among French pregnant women. *Oral Health Prev Dent* 2021;19(1):33–42.
- [26] Hemalatha VT, Manigandan T, Sarumathi T, Aarthi Nisha V, et al. Dental considerations in pregnancy—a critical review on the oral care. *J Clin Diagn Res* 2013;7(5):948–53.
- [27] Andonova I, Iliev V, Živković N, et al. Can oral anaerobic bacteria cause adverse pregnancy outcomes? *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* 2015;36(1):137–43.
- [28] Dalstein A, Camelot F, Laczny E, Clément C, et al. Prise en charge des urgences chez la femme enceinte: la fin des idées reçues. *Inf Dent* 2015;17:2–13.
- [29] Parihar AS, Katoch V, Rajguru SA, Rajpoot N. La maladie parodontale : un facteur de risque possible pour l'issue défavorable de grossesse. Laval (Québec): Faculté de médecine dentaire, Université de Laval; 2021.
- [30] Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037306852.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



Dossier

Santé bucco-dentaire périnatale

Grossesse et pathologies parodontales

Xavier Braeckvelt
 Vice-président
 Union française pour la santé
 bucco-dentaire,
 7 rue Mariotte,
 75017 Paris, France

La grossesse est un processus physiologique qui s'accompagne de variations hormonales ayant parfois des conséquences sur le parodonte. Quant aux maladies parodontales, elles agiraient en libérant dans la circulation générale des bactéries buccales, des endotoxines et des médiateurs de l'inflammation, susceptibles d'agir sur le fœtus et le placenta. Parce qu'il est impossible d'être en bonne santé générale sans avoir une bonne santé orale, la sensibilisation des professionnels de santé à la prise en charge optimale des parodontites avant, pendant et après la grossesse est indispensable.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – épulis ; faible poids de naissance ; gingivite gravidique ; parodontite ; prééclampsie ; prématurité

Pregnancy and periodontal disease. Pregnancy is a physiological process that is accompanied by hormonal variations that sometimes have consequences on the periodontium. Periodontal disease is believed to act by releasing oral bacteria, endotoxins and inflammatory mediators into the general circulation that can affect the fetus and the placenta. Because it is impossible to have good general health without good oral health, it is essential that health professionals be aware of the optimal management of periodontitis before, during and after pregnancy.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – epulis; gravid gingivitis; low birth weight; periodontitis; pre-eclampsia; prematurity

La grossesse est un état physiologique non pathologique et transitoire caractérisé par des modifications physiques, hormonales, métaboliques et comportementales. Ces changements peuvent entraîner des répercussions orales et plus particulièrement parodontales. Les maladies parodontales pourraient être, de leur côté, responsables de complications telles que l'accouchement prématuré et la prééclampsie. Il est donc important que les professionnels de santé puissent alerter les patientes sur ces liens, et ainsi prévenir ces risques ou apporter une solution thérapeutique le cas échéant.

Effets de la grossesse sur la santé parodontale

Les modifications hormonales qui interviennent au cours de la grossesse peuvent avoir des conséquences sur le parodonte.

◆ **Tissu de soutien des dents**, le parodonte est composé de la gencive, du ligament alvéolaire, du cément (tissu superficiel des racines dentaires) et de l'os alvéolaire (figure 1). La gencive, ou parodonte superficiel, se caractérise par un aspect piqueté, "en peau d'orange". Riche en vaisseaux sanguins,

elle se compose d'un épithélium recouvrant un tissu conjonctif. Le parodonte profond (ligament, cément et os alvéolaire) constitue l'appareil d'ancrage à l'os, il assure la stabilité et l'amortissement des dents.

◆ **La santé parodontale** est définie par l'absence d'érythème, d'œdème et de symptômes, par un saignement au sondage < 10 % et par une profondeur de poches parodontales au sondage ≤ 3 mm [1].

◆ **Il existe deux principales maladies parodontales** :
 • la gingivite, stade précoce et réversible, qui touche uniquement la gencive ;

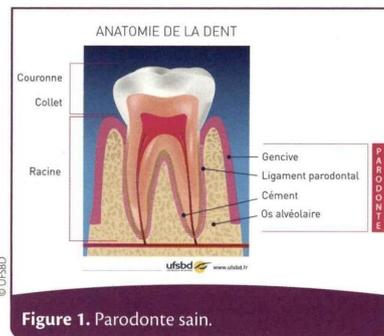


Figure 1. Parodonte sain.

Adresse e-mail :
 dr.xavierbraeckvelt@ufsbdf.fr
 (X. Braeckvelt).

• la parodontite, irréversible, qui atteint l'ensemble du parodonte et peut entraîner la perte des dents.

◆ **Ces pathologies inflammatoires** sont déclenchées par la présence d'une plaque bactérienne et peuvent être aggravées par des affections systémiques (stress, diabète, obésité, arthrite, etc.) et pendant la période périnatale [2]. L'effet de la grossesse sur le parodonte, *via* les variations hormonales, s'observe principalement sous deux formes cliniques, la gingivite gravidique et l'épulis.

La gingivite gravidique

La gingivite gravidique est une pathologie inflammatoire fréquente du parodonte superficiel due à une modification immunitaire liée aux changements hormonaux qui interviennent pendant la grossesse (figure 2) [3].

◆ **Les signes cliniques de la gingivite associée aux troubles hormonaux** ne diffèrent pas de ceux d'une gingivite due à la plaque dentaire. On observe la présence d'un œdème de la gencive (qui devient lisse et brillante), d'une rougeur (liseré framboisé autour des dents), d'une sensibilité plus ou moins douloureuse et de gingivorragies, provoquées (notamment au brossage) ou spontanées [4].

◆ **La gingivite apparaît à partir du deuxième mois de grossesse** et progresse au fur et à mesure du temps, jusqu'à atteindre un pic au huitième mois [5]. Elle est réversible si les techniques d'hygiène bucco-dentaire appropriées sont adoptées suffisamment précocement. Après l'accouchement, les tissus gingivaux retrouvent généralement leur aspect initial.

◆ **Les variations des taux de progestérone et/ou d'œstrogènes** fragilisent les tissus parodontaux. Ces hormones se retrouvent en quantité plus élevée dans le liquide sulculaire et sont responsables de l'augmentation de la réaction inflammatoire face aux bactéries, de la réduction de l'efficacité du système de défense immunitaire et de la

potentialisation du risque de progression d'une gingivite en parodontite [6]. Une modification de la flore du sillon gingivo-dentaire, plus chargée en germes anaérobies, principalement *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis* et *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, accentue les phénomènes inflammatoires [7]. En présence de plaque bactérienne et de tartre, les symptômes seront accentués, d'où l'importance de la prévention et d'une visite de contrôle chez le chirurgien-dentiste.

◆ **La prévalence de la gingivite gravidique** est très variable selon les études, en fonction des critères d'évaluation. Les premières études menées par Harald Loë et John Silness en 1964 démontrent que cette affection augmente tout au long de la grossesse et diminue après l'accouchement, sans qu'il y ait de relation causale avec la quantité de plaque dentaire [8].

La parodontite

Lorsqu'une gingivite n'est pas traitée, le processus inflammatoire peut s'accroître et provoquer la destruction du système d'attache, entraînant une parodontite caractérisée par l'apparition de poches parodontales et de pertes osseuses (figure 3).

L'épulis

L'épulis, ou granulome pyogénique, est une pseudotumeur hyperplasique circonscrite localisée qui touche environ 1 à 5 % des femmes enceintes, plus généralement les multipares (figures 4 et 5) [9]. Sa localisation principale est la gencive maxillaire antérieure.

◆ **Cliniquement, l'épulis se présente** comme une tuméfaction gingivale de consistance molle, d'aspect rouge vif, nodulaire unique ou polylobée, et indolore. Il peut saigner à la suite d'un contact. Son diagnostic est facile, mais il doit être confirmé par un examen histologique. D'accroissement rapide, l'épulis peut se développer à tout moment



Figure 2. Gingivite gravidique.

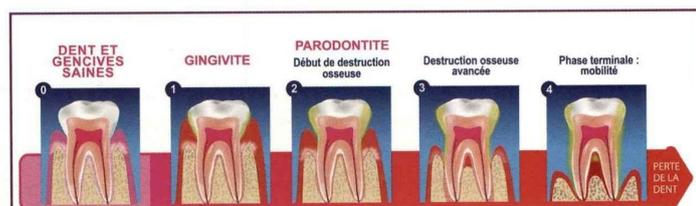


Figure 3. Progression de la maladie parodontale.



Figure 4. Épulis antérieur.



Figure 5. Épulis postérieur.

Références

[1] Papanou PN, Sanz M, Buduneli N, et al. Periodontitis: consensus report of workgroup 2 of the 2017 world workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. J Clin Periodontol 2018;45(S20):S162–70.

de la grossesse. Entraînant une gêne et surtout une inquiétude chez les patientes, ces pseudotumeurs régressent généralement après l'accouchement.

◆ **L'étiologie exacte reste inconnue**, mais la survenue d'un épulis est certainement liée aux modifications inflammatoires, à une hygiène insuffisante ou à un traumatisme. Son éviction se réalise chirurgicalement, sous anesthésie locale, au bistouri ou au laser.

Effets des maladies parodontales sur la grossesse

Les maladies parodontales sont suspectées d'être un facteur favorisant les naissances prématurées, les naissances de faible poids et les prééclampsies, mais cette association est inconstante et la relation causale non établie à ce jour (études non consensuelles) [10,11].

◆ **Les travaux de Steven Offenbacher** montrent que des bactéries parodontales, telles que *Porphyromonas gingivalis* et des médiateurs de l'inflammation parodontale, certaines cytokines, comme les interleukines (IL) 1 et 6 et le *tumor necrosis factor α* (TNFα), ainsi que la synthèse et la libération qui en résultent de prostaglandines E2 (PGE2), en diffusant dans la circulation sanguine, se retrouveraient dans le placenta et le liquide amniotique. Cela pourrait être responsable du déclenchement du travail, donc d'un accouchement prématuré [12], et d'une diminution du poids de naissance de 15 à 22,5 % [13].

◆ **En 2002, Tim McGaw évoque une troisième hypothèse d'action** sur l'unité fœto-placentaire *via* les endotoxines, notamment les lipopolysaccharides (LPS) [14]. Produits par les bactéries pathogènes parodontales, ces derniers gagneraient le fœtus par voie vasculaire et entraîneraient une toxémie. Deux hypothèses physiopathologiques sont donc envisagées :

- directe, où les bactéries parodontopathogènes et/ou leurs produits de dégradation (les LPS) atteignent l'unité placentaire par dissémination hématogène ;
- indirecte, impliquant la production hépatique des médiateurs de l'inflammation face aux parodontopathies (IL1, IL6, TNFα et PGE2) (figure 6).

◆ **Tim McGaw suggère aussi qu'il existe une prédisposition** immunitaire et génétique. Si la réponse maternelle des immunoglobulines G est inefficace vis-à-vis d'une bactériémie ou d'une toxémie, celle du fœtus s'avère insuffisante ou inexistante. De même, à quantité comparable de charge bactérienne, certaines femmes ont une réponse inflammatoire plus importante que d'autres, ce qui impliquerait une implication génétique.

◆ **La prééclampsie, qui touche 5 % des grossesses**, est une pathologie inflammatoire multifactorielle, qui est une cause majeure de morbidité et de mortalité périnatales. Elle se caractérise par une hypertension artérielle qui entraîne un stress oxydatif, une dysfonction endothéliale et une réponse inflammatoire systémique. L'augmentation du taux de protéine C réactive et de médiateurs pro-inflammatoires (PGE2, TNFα, IL6, IL8, etc.), libérés dans la circulation sanguine par les tissus parodontaux en cas de parodontite, pourrait

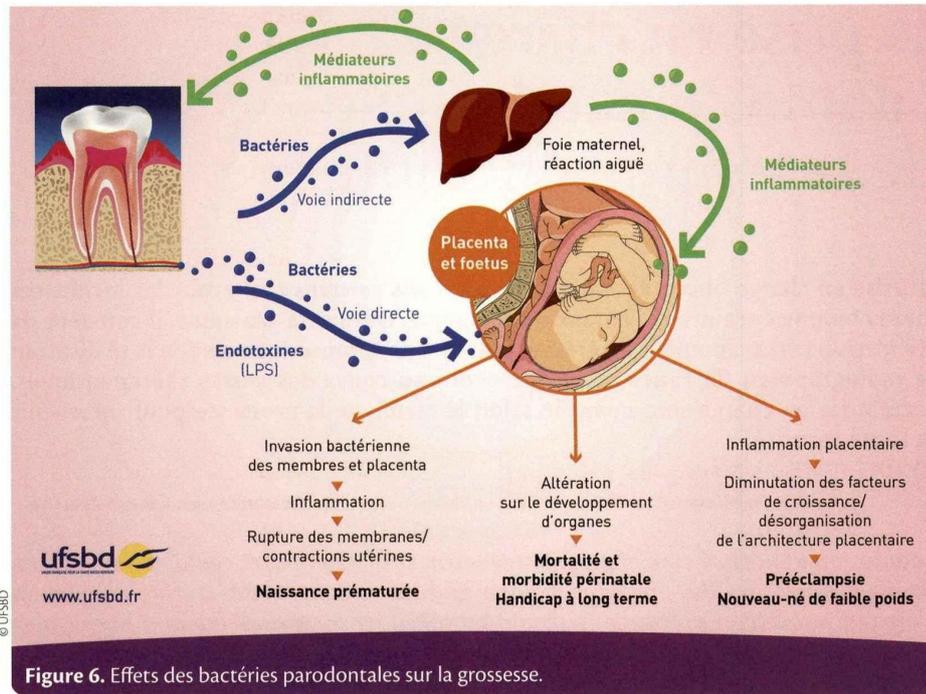


Figure 6. Effets des bactéries parodontales sur la grossesse.

provoquer une cascade inflammatoire à l'origine d'une atteinte placentaire et d'une prééclampsie [15].

Effet du traitement parodontal sur le risque d'issues défavorables de la grossesse

Les maladies parodontales sont traitées en première intention par l'éducation aux bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire et par une thérapie parodontale non chirurgicale (comprenant un détartrage/surfaçage avec ou sans anesthésie). Ces thérapeutiques peuvent être proposées sans conséquences sur le fœtus pendant toute la grossesse, préférentiellement au cours du deuxième trimestre en cas d'anesthésie.

◆ Dans une étude de neuf revues systématiques, dont sept comprennent des méta-analyses, Salme E. Lavigne et Jane L. Forrest concluent, en 2020, qu'il n'y a pas d'association possible entre une thérapie parodontale non chirurgicale et le risque de naissance prématurée, de petit poids à la naissance ou de prééclampsie [16].

◆ Le traitement parodontal est sécuritaire et nécessaire. Il réduit l'inflammation parodontale, donc améliore la qualité de vie de la patiente et sa santé générale. Il permet également de réduire le risque de transmission des germes oraux de la mère à l'enfant.

Conclusion

La grossesse induit une augmentation du risque d'inflammation parodontale d'autant plus importante que la présence de tartre est préexistante. Les effets associés s'expliqueraient par une modification de la réponse immunitaire liée aux changements hormonaux (augmentation des taux d'œstrogènes et de progestérone essentiellement) et de la flore du sillon gingivo-dentaire qui est plus chargée en germes anaérobies. La littérature mentionne que la maladie parodontale a des conséquences délétères sur l'issue de la grossesse (accouchement prématuré, enfant de faible poids et prééclampsie), bien que la relation causale ne soit pas établie à ce jour.

Il convient que tous les professionnels de santé aient connaissance de ces liens éventuels et des conséquences possibles, afin de mettre en place une prévention primaire et secondaire adaptée. Les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues doivent informer les patientes enceintes de l'importance de la santé bucco-dentaire vis-à-vis de leur santé, si possible lors de la période préconceptionnelle. En France, un dispositif d'examen bucco-dentaire, pris en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, est destiné aux femmes enceintes à partir du quatrième mois de grossesse. Les professionnels doivent le plébisciter et encourager les futures mères à en bénéficier. •

Références

- [2] Garcia RI, Henshaw MM, Krall EA. Relationship between periodontal disease and systemic health. *Periodontol* 2000 2001;25:21–36.
- [3] Gürsoy M, Zeidán-Chuliá F, Könönen E, et al. Pregnancy-induced gingivitis and OMICS in dentistry: in silico modeling and in vivo prospective validation of estradiol-modulated inflammatory biomarkers. *OMICS* 2014;18(9):582–90.
- [4] Samant A, Malik CP, Chabra SK, Devi PK. Gingivitis and periodontal disease in pregnancy. *J Periodontol* 1976;47(7):415–8.
- [5] Pirie M, Cooke I, Linden G, Irwin C. Dental manifestations of pregnancy. *Obstet Gynaecol* 2007;9(1):21–6.
- [6] Figuero E, Carrillo-de-Albornoz A, Herrera D, Bascones-Martinez A. Gingival changes during pregnancy: II. Influence of hormonal variations on the subgingival biofilm. *J Clin Periodontol* 2010;37(3):230–40.
- [7] Fujiwara N, Tsuruda K, Iwamoto Y, et al. Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. *J Invest Clin Dent* 2017;8(1).
- [8] Loë H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand* 1963;21:533–51.
- [9] Thoulon JM. Petits maux de la grossesse. *EMC Obstét* 2005;1–7. [Article 5-012-A-20].
- [10] Xiong X, Buekens P, Frase WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG* 2006;113(2):135–43.
- [11] Vergnes JN, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(2):135.e1–7.
- [12] Offenbacher S, Boggess KA, Murtha AP, et al. Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2006;107(1):29–36.
- [13] Offenbacher S, Katz V, Fertik G, et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996;67(10 Suppl):1103–13.
- [14] McGaw T. Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants. *J Can Dent Assoc* 2002;68(3):165–9.
- [15] Nabet C, Lelong N, Colombier ML, et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *J Clin Periodontol* 2010;37(1):37–45.
- [16] Lavigne SE, Forrest JL. An umbrella review of systematic reviews of the evidence of a causal relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a position paper from the Canadian Dental Hygienists Association. *Can J Dent Hyg* 2020;54(2):92–100.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



Dossier Santé bucco-dentaire périnatale

La prise en charge odontostomatologique de la femme enceinte

Christophe Lequart
 Chirurgien-dentiste,
 porte-parole
 Union française pour la santé
 bucco-dentaire,
 7 rue Mariotte,
 75017 Paris, France

La prise en charge bucco-dentaire pourrait, dans certains cas, avoir des incidences chez la femme enceinte et l'enfant qu'elle porte. Durant la grossesse, il convient de prendre un certain nombre de précautions lors de la prescription et de la réalisation de radiographies, de l'anesthésie ou encore au cours des gestes thérapeutiques. Cette prise en charge sera nuancée selon le terme de la grossesse pour intervenir en toute sécurité.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – grossesse ; médicament ; précaution ; prise en charge odontostomatologique ; santé bucco-dentaire

Odontostomatological care of pregnant women. Oral health care could, in some cases, have an impact on the pregnant woman and her unborn child. During pregnancy, a certain number of precautions should be taken when prescribing and performing X-rays, anesthesia or during therapeutic procedures. This care will be nuanced according to the term of the pregnancy in order to intervene safely.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – medication; odontostomatological management; oral health; precaution; pregnancy

Il n'existe actuellement aucune contre-indication aux soins dentaires en cours de grossesse. Au contraire, l'abstention peut entraîner des répercussions chez la mère et son futur enfant. Cependant, la prise en charge de la femme enceinte impose, de principe, un certain nombre de précautions afin d'intervenir sans mettre en danger la santé de la patiente et le bon développement de l'embryon, puis du fœtus. Ces précautions concernent la réalisation de clichés radiographiques, l'anesthésie, les matériaux d'obturation, et la prescription médicamenteuse. En outre, l'intervention du chirurgien-dentiste tient compte du trimestre de la grossesse.

Risques associés à la radiographie

Sous certaines conditions (forte exposition aux rayonnements), les rayons X peuvent avoir une action :

- embryoléthale (risque de mort de l'embryon) ;
- tératogène (risque de malformations) durant les deux premiers mois de grossesse, c'est-à-dire en période d'organogenèse.

◆ Lors de la réalisation d'un cliché rétroalvéolaire, la dose délivrée (50 mGrays) serait 500 fois inférieure à la dose limite ; lors d'une radiographie panoramique, elle serait 50 fois moindre [1]. La prise d'un ou de plusieurs clichés en intrabuccal ou même en

Dans la première partie du dernier trimestre de grossesse, seuls les soins dentaires restaurateurs doivent encore être envisagés

exobuccal est ainsi sans conséquences pour le fœtus, car l'irradiation est très faible et la source éloignée du bassin.

◆ Par simple mesure de précaution, la prescription de clichés radiographiques peut toutefois être limitée, chez la femme enceinte, aux seules situations où elle est absolument nécessaire au diagnostic ou au traitement, notamment en cas d'urgence (pulpite, parodontite, cellulite).

◆ En outre, les clichés doivent obligatoirement être réalisés sous protection, la patiente devant porter un tablier plombé. Par ailleurs, il convient de reporter les examens radiographiques à chaque fois que cela est possible au-delà du premier trimestre [2,3].

Anesthésie et grossesse

Chez la femme enceinte, aucune technique analgésique utilisée au cabinet dentaire n'est

Adresse e-mail :
 dr.christophelequart@ufsbd.fr
 (C. Lequart).

contre-indiquée. Bien qu'aucun effet tératogène des anesthésiques n'ait été décrit et que la dose toxique (400 mg) d'analgésique soit nettement supérieure aux doses administrées lors des traitements dentaires, le choix doit se porter sur les molécules les moins toxiques. Ainsi, il est préférable d'en choisir une qui présente à la fois une forte liaison aux protéines plasmatiques et une liposolubilité réduite [1,4,5].

♦ **La molécule de choix pendant la grossesse** est l'articaine. Elle est la moins toxique pour le fœtus, en raison de son faible taux de passage placentaire (< 25 %). La lidocaïne, dont le taux de passage placentaire se situe autour de 55 %, peut aussi être une option [4,5].

♦ **L'utilisation des vasoconstricteurs est autorisée** chez la femme enceinte dans le but de diminuer la quantité de solution injectée et de réduire la toxicité des molécules anesthésiques. Toutefois, elle pourrait s'accompagner d'une réduction du flux sanguin utérin à même de déclencher des contractions, qui resteraient cependant proches des contractions utérines physiologiques. Afin de limiter ce phénomène, il est recommandé d'aspirer avant d'injecter pour éviter tout passage intravasculaire et d'opter pour une concentration à 1/100 000 [3,6,7]. Dans ces conditions, l'emploi des vasoconstricteurs s'avère sans danger et ne semble pas affecter de manière significative le flux sanguin utérin. Leur bénéfice justifie alors leur emploi durant la grossesse [8].

Prise en charge bucco-dentaire

La prise en charge bucco-dentaire évolue au cours de la grossesse (figure 1).

Pendant le premier trimestre

Durant les deux premiers mois (période d'organogénèse), la susceptibilité de l'embryon aux influences tératogènes et au risque d'avortement (une grossesse sur cinq se solde par un avortement spontané) est accrue. Il peut donc être préférable, de principe et par simple précaution, de limiter les interventions, d'autant que la femme est souvent sujette aux nausées à ce stade. Aussi est-il parfois conseillé, hors situations spécifiques (urgence notamment), de différer tout traitement dentaire au deuxième trimestre [2].

♦ **Le premier trimestre peut être mis à profit** pour évaluer l'état bucco-dentaire et les besoins de la patiente. Un examen clinique sera réalisé, suivi d'une motivation à l'hygiène dentaire.

♦ **Les vomissements à répétition** sont susceptibles d'être à l'origine d'érosions. Le rinçage immédiat avec

une solution de bicarbonate de sodium (une cuillère à café dans un verre d'eau) favorise la remontée du pH buccal. En revanche, le brossage est à proscrire juste après les vomissements pour éviter tout dommage traumatique au niveau de l'émail déminéralisé.

♦ **Des déminéralisations apparaissent souvent** durant la grossesse. Elles seraient dues à une diminution du pH buccal, engendrée par les vomissements mais aussi par les grignotages fréquents (notamment de produits sucrés), voire la consommation de tabac [9]. Des bains de bouche fluorés sans alcool peuvent être prescrits pour limiter ce phénomène et favoriser la reminéralisation.

♦ **Un détartrage et/ou un nettoyage prophylactique** professionnel en cabinet peuvent être réalisés et des conseils alimentaires prodigués.



Figure 1. Organigramme décisionnel de la prise en charge de la femme enceinte.

Références

- [1] Bahl R. Local anesthesia in dentistry. *Anesth Prog* 2004;51(4):138–42.
- [2] Roche Y. Chirurgie dentaire et patients à risque : évaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne. Paris: Flammarion Médecine-sciences; 1996.
- [3] Morand JM. La femme enceinte au cabinet dentaire (2^e partie). *Inf Dent* 1996;(44):3539–41.
- [4] Bauser A. La femme enceinte au cabinet dentaire. *Inf Dent* 2000;1–12.
- [5] Gaudy JF, Arreto CD, Charrier JL, et al. La pratique de l'analgésie en odontologie. Paris: Éditions CdP; 2005.
- [6] Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc* 2009;75(1):43–8.
- [7] Wrzosek T, Einarson A. Dental care during pregnancy. *Can Fam Physician* 2009;55(6):598–9.
- [8] Haas DA. An update on local anesthetics in dentistry. *J Can Dent Assoc* 2002;68(9):546–51.
- [9] Declercq J, Devilliers A, Biserte M. Pathologies bucco-dentaires des femmes enceintes et fumeuses. *Le chirurgien-dentiste de France* 2000;(992-993):13–23.
- [10] Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 2008;77(8):1139–44.
- [11] Morand JM. La femme enceinte au cabinet dentaire (1^{re} partie). *Inf Dent* 1996;(41):3303–6.
- [12] Hujuel PP, Lydon-Rochelle M, Bollen AM, et al. Mercury exposure from dental filling placement during pregnancy and low birth weight risk. *Am J Epidemiol* 2005;161(8):734–40.
- [13] Al-Salehi SK, Hatton PV, McLeod CW, Cox AG. The effect of hydrogen peroxide concentration on metal ion release from dental amalgam. *J Dent* 2007;35(2):172–6.
- [14] Michalowicz BS, DiAngelis AJ, John Novak M, et al. Examining the safety of dental treatment in pregnant women. *J Am Dent Assoc* 2008;139(6):685–95.
- [15] World Health Organization. Exposure to mercury: a major public health concern. Genève: World Health Organization; 2007.
- [16] Descroix V. Proscrire ou prescrire ? Médicaments, un choix raisonné chez la femme enceinte. *Rev Odont Stomat* 2005;34:83–99.
- [17] Timour Q. Odontopharmacologie clinique. Thérapeutique et urgence médicale en pratique quotidienne. Paris: Éditions CdP; 1999.
- [18] Centre de référence sur les agents tératogènes. Codéine. Grossesse et allaitement. 22 septembre 2020. <https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id-article=48>.



Il n'existe actuellement aucune contre-indication à réaliser des soins dentaires en cours de grossesse.

Il convient d'insister sur l'intérêt de diminuer les grignotages, mais aussi de limiter la consommation de boissons et d'aliments sucrés, donc de préférer les aliments neutres ou protecteurs (notamment les produits laitiers, en particulier les yaourts et les fromages) [4,10].

◆ **Concernant les traitements invasifs**, seules les thérapeutiques d'urgence seront envisagées. Il ne faut pas différer l'intervention car les conséquences délétères de la douleur et/ou de l'infection peuvent être supérieures à celles qui sont associées aux soins. Les séances devront toutefois être de courte durée [4].

Pendant le deuxième trimestre

Le deuxième trimestre de la grossesse est la période la plus appropriée pour réaliser les soins puisque tout risque tératogène est écarté (organogenèse achevée). Toutefois, les traitements complexes (chirurgicaux et prothétiques notamment) doivent être différés, si possible après l'accouchement [2,11].

◆ **Les matériaux destinés aux soins dentaires conservateurs** – composites, verre ionomère et oxyde de zinc eugénol – peuvent être utilisés. En revanche, l'amalgame, réputé pour son effet toxique lié au mercure, est à éviter [12–14]. Un autre matériau doit être préféré, à titre provisoire ou

définitif. En fait, la libération du mercure à partir des amalgames dentaires serait d'environ 2 µg/jour [7] alors qu'en 2007, l'Organisation mondiale de la santé a fixé la dose à ne pas dépasser à 10 µg/kg/jour [15]. Mais, même si aucune étude ne prouve ses effets pathogènes sur le développement fœtal, il vaut mieux proscrire toute mise en place ou dépose d'amalgame pendant la grossesse. La dépose n'est indiquée qu'en cas de restauration nocive pour la dent et le parodonte, quand elle ne peut être différée après l'accouchement. Dans ce cas, elle sera effectuée sous digue pour minimiser le risque d'absorption des vapeurs de mercure [4].

◆ **Les extractions simples** ainsi que le détartrage et les surfaçages peuvent aussi être réalisés pendant le deuxième trimestre de grossesse.

Pendant le troisième trimestre

Dans la première partie du dernier trimestre de grossesse, seuls les soins dentaires restaurateurs doivent être envisagés. Le risque d'accouchement prématuré augmente au cours des deux derniers mois [9].

◆ **Il faut éviter d'intervenir** au-delà de sept mois et demi, sauf en cas d'urgence, d'autant plus qu'à partir de ce stade, il existe des risques de compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide, qui peut être associée à une chute brutale de la tension artérielle pouvant entraîner la perte de conscience

de la patiente. En cas de malaise, la femme doit être placée sur le côté gauche, ce qui suffit d'habitude à faire disparaître les symptômes.

♦ **Afin de prévenir ce risque syncopal**, il est important (lorsque des traitements dentaires s'imposent) de prendre des précautions concernant la durée de l'intervention, qui doit être la plus réduite possible, et surtout la posture de la patiente, installée en position semi-assise, en léger décubitus latéral gauche. Un coussin peut être placé sous la hanche pour surélever l'utérus qui, de cette façon, ne comprimera plus la veine cave [4,6,11].

Prise en charge médicamenteuse

Les professionnels de santé qui reçoivent une femme enceinte se posent souvent la question : faut-il prescrire ou proscrire toute thérapeutique ?

Antalgiques

Le paracétamol est l'antalgique de choix puisqu'il a prouvé son innocuité chez la femme enceinte [16,17]. Il convient toutefois, comme pour tout médicament, de l'utiliser à la posologie minimale efficace et pour la durée la plus brève possible. Avec le paracétamol, la posologie de 4 g/jour ne devra pas être dépassée et on évitera l'automédication [16].

♦ **La codéine et l'association paracétamol-codéine** peuvent être administrées si un antalgique de palier 2 est nécessaire, quel que soit le terme de la grossesse (absence de risque tératogène ou toxique pour le fœtus mis en évidence). Dans les conditions d'utilisation usuelles (hors doses supratherapeutiques), il n'est pas décrit à ce jour d'effet particulier chez les nouveau-nés en cas de traitement maternel juste avant l'accouchement [18].

♦ **Toute administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'aspirine** est formellement contre-indiquée à partir du sixième mois de grossesse (24 SA) et ce, quelles que soient la voie d'administration et la molécule, y compris en prise unique [16]. Les salicylés et les AINS présentent un risque de fœtotoxicité à partir de ce terme. Le risque de mort fœtale *in utero* augmente avec l'âge gestationnel, du fait de la constriction du canal artériel ; cette atteinte est liée au mécanisme d'action des médicaments de cette classe, qui entraînent une inhibition de la synthèse des prostaglandines.

Antibiotiques

Selon les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé parues en 2002 concernant



Le paracétamol est l'antalgique de choix puisqu'il a prouvé son innocuité chez la femme enceinte.

les indications et le choix des antibiotiques en odontostomatologie [16], il apparaît que si la prise d'antibiotiques est justifiée au cours de la grossesse, on prescrira d'abord l'amoxicilline dès lors qu'elle convient (antibiotique "de choix" pendant cette période), puis les macrolides, le métronidazole et enfin l'association amoxicilline-acide clavulanique. Toutes ces molécules peuvent être prescrites à une femme enceinte, quel que soit le terme. Parmi les macrolides (utilisés en cas d'allergie à la pénicilline par exemple), la spiramycine et l'érythromycine pourront être proposées.

Corticoïdes

En cas de besoin, un traitement par corticoïdes pourra être prescrit et cela, à posologie efficace, quel que soit le terme de la grossesse. De principe, ces médicaments devront être administrés le moins longtemps possible.

Conclusion

Grossesse et soins dentaires ne sont pas incompatibles, à condition de respecter certains principes et de prendre des précautions afin de traiter en toute sécurité et de prévenir toute complication, aussi bien chez la mère que chez son futur enfant. Il faut toujours avoir à l'esprit qu'il est nécessaire de prescrire le moins possible, sans toutefois s'abstenir en cas de besoin. Il est recommandé de choisir des médicaments anciens, c'est-à-dire les mieux connus et dont l'efficacité a été démontrée. •

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



Dossier

Santé bucco-dentaire périnatale

Les 1 000 premiers jours, une période clé en matière de santé orale

Romain Jacq^{a,b}
 Chirurgien-dentiste,
 membre de l'UF5BD

^aDépartement d'odontologie,
 UFR santé,
 université de Rouen,
 22 boulevard Gambetta,
 CS 76183,
 76183 Rouen cedex 1, France

^bUnion française pour la santé
 bucco-dentaire,
 7 rue Mariotte,
 75017 Paris, France

Délivrer des conseils de prévention bucco-dentaire lors des 1 000 premiers jours permet de prévenir les maladies parodontales en cours de grossesse ou les caries précoces de l'enfant. Le développement d'une formation interprofessionnelle dédiée de qualité est à même de soutenir la mise en place d'un parcours bucco-dentaire de la mère à l'enfant. Les sages-femmes sont des acteurs de prévention de choix auprès des femmes enceintes.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – 1 000 premiers jours ; carie précoce de l'enfant ; éruption dentaire ; grossesse ; santé bucco-dentaire

The first 1000 days, a key period in oral health. Providing preventive oral health care during the first 1,000 days of life can help prevent periodontal disease during pregnancy and early caries in children. The development of dedicated, quality interprofessional training can support the implementation of an oral health pathway from mother to child. Midwives are key players in prevention for pregnant women.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – early childhood caries; first 1,000 days; oral health; pregnancy; tooth eruption

Le rôle et les compétences des sages-femmes n'ont cessé de se développer ces dernières années, ce qui leur a permis de s'inscrire comme des partenaires de santé incontournables des femmes et de leur famille. Leur première mission est la prévention des pathologies de la femme, qu'elle soit enceinte ou non, et du nouveau-né. À ce titre, la santé bucco-dentaire fait partie intégrante de leur champ de compétence. Malheureusement, peu de femmes bénéficieraient de conseils en la matière pendant leur grossesse et seules 23 à 35 % consulteraient un dentiste. Une enquête réalisée en 2016 auprès des sages-femmes libérales françaises a conclu que 34 % d'entre elles évoquaient la prévention bucco-dentaire avec leurs patientes malgré des connaissances qu'elles jugent limitées [1].

Importance de l'information en cours de grossesse

La Haute Autorité de santé recommande que les professionnels de santé proches des femmes enceintes soient formés afin de pouvoir participer à l'éducation des parents avant la naissance pour œuvrer à la prévention bucco-dentaire de leurs enfants [2]. Or, en France, la formation initiale des sages-femmes ne comprend que très rarement des

cours concernant la santé orale de la future mère, contrairement à ce qui se passe dans certains pays, comme en Australie, où un programme de prévention dentaire dédié a été mis en place à Sydney dans des services de maternité. Cela permet aux sages-femmes australiennes, lors de la visite prénatale, d'éduquer les femmes enceintes, de réaliser un examen de dépistage bucco-dentaire et d'orienter les patientes vers les services spécialisés si besoin. Une évaluation des bénéfices de ce programme a montré que les femmes qui en ont bénéficié se rendent plus majoritairement chez le dentiste pendant leur grossesse, ont une meilleure santé orale et une plus grande connaissance en la matière [3].

◆ **L'importance des problèmes de santé orale pendant la grossesse** n'est plus à démontrer ; plusieurs études ont mis en évidence le lien entre les maladies parodontales et l'aggravation des pathologies obstétricales. La sage-femme, au même titre que les autres professionnels de santé qui interviennent auprès de la femme enceinte et du nourrisson, a un rôle à jouer dans la prévention bucco-dentaire. Dans ce cadre, il convient d'inciter la future maman à consulter un chirurgien-dentiste pendant sa grossesse, notamment à effectuer un examen bucco-dentaire entre le quatrième mois et le douzième jour

Adresse e-mail :
 romainjacq@gmail.com
 (R. Jacq).

postaccouchement, et de lui prodiguer des conseils simples pour améliorer son hygiène orale. Il est aussi nécessaire de prévoir un temps pour aborder la santé bucco-dentaire du nourrisson, ce qui peut être fait pendant la grossesse mais aussi lors des consultations qui ont lieu après la naissance (programme de retour à domicile ou rééducation).

◆ **Aujourd'hui, les conseils ayant trait à la santé orale sont trop souvent évoqués rapidement** ou mêlés à tous ceux que les parents reçoivent pendant cette période. Pourtant, un défaut de prévention peut avoir des répercussions dès le plus jeune âge alors que l'apparition de lésions carieuses et de dysmorphoses peut être évitée grâce à une information correctement délivrée. Plusieurs thématiques peuvent être intégrées dans la prévention réalisée par les sages-femmes, notamment les conseils adaptés à la femme enceinte, l'éruption des premières dents et leur hygiène, ainsi que la maladie carieuse chez le jeune enfant.

Femme enceinte

Pendant la grossesse, le risque carieux individuel de la future maman se modifie. En effet, les grignotages et les régurgitations contribuent à la rendre vulnérable aux affections bucco-dentaires [4,5].

◆ **À partir du troisième mois et jusqu'à quatorze jours après l'accouchement**, la femme enceinte peut bénéficier d'un examen pris en charge par l'Assurance maladie, calqué sur les examens M/T Dents qui s'adressent aux enfants et aux jeunes adultes.

◆ **Lors de cette consultation, un dépistage** des affections orales les plus courantes en cours de grossesse (maladie carieuse et pathologies parodontales) peut être réalisé. Tous les soins sont envisageables, parfois avec quelques ajustements afin de prendre en compte l'état physiologique de la patiente. À cette occasion, le chirurgien-dentiste doit délivrer des conseils de prévention mais aussi discuter de la santé bucco-dentaire de l'enfant à naître.

◆ **De son côté, la sage-femme peut conseiller** la future mère dans la gestion des grignotages et des vomissements. Elle peut lui expliquer comment espacer les prises alimentaires au mieux, mais aussi quels sont les aliments les moins cariogènes.

◆ **Le brossage des dents trois fois par jour** avec un dentifrice fluoré à 1 500 ppm est indispensable, ce qui doit être rappelé aux femmes enceintes. Il est tout à fait possible de prescrire des dentifrices plus fortement dosés en fluor (Fluodontyl®, Fluogel®, Duraphat®) aux patientes qui présentent un très fort risque carieux. Les études ont montré l'intérêt de la fluoration topique mais surtout son innocuité vis-à-vis du fœtus.

Éruption des premières dents

Le nourrisson peut présenter des pathologies qui relèvent de l'expertise des professionnels de santé de la petite enfance, notamment du dépistage précoce des sages-femmes.

◆ **Les premières dents du bébé** sortent généralement vers le sixième mois. Toutefois, certains nouveau-nés en ont déjà. Les dents sont dites natales si elles sont présentes à la naissance et néonatales si elles apparaissent lors des trente premiers jours de vie. Le taux de prévalence est en moyenne de 1 sur 2 000 à 1 sur 3 000 naissances. Il s'agit trois fois plus souvent de dents natales que de dents néonatales et, dans 85 à 100 % des cas, des incisives de la mandibule. Elles apparaissent en général par paires (61 %) plutôt que seules et elles sont surnuméraires dans seulement 5 à 10 % des cas.

◆ **Lorsqu'elle est natale ou néonatale**, la dent est plus petite et dyschromique car l'éruption précoce stoppe la formation de l'émail. La racine est en général peu ou pas formée, ce qui la rend mobile et expose le bébé au risque de l'avalier ou de l'inhaler. Lors de l'allaitement, elle peut le gêner ou blesser le mamelon maternel. Une consultation dentaire précoce est recommandée pour décider de sa conservation ou de son avulsion [6].

◆ **La majorité des enfants ne sont cependant dotés de dents** qu'à partir de l'âge de 6 mois. Ces éruptions occasionnent parfois beaucoup de tracas chez les parents et de nombreux symptômes sont associés à ce phénomène : fièvre, douleur, gencive irritée ou inflammée, sommeil perturbé, hypersalivation, perte d'appétit, rougeurs et irritations sur les joues ou les fesses, diarrhée, infection de l'oreille, etc. Les études n'ont toutefois pas mis en évidence de lien direct entre éruption et symptomatologie générale, puisque seul un tiers des enfants présentent des symptômes lors de cette période [7,8]. Les causes de ces maux peuvent être multiples à cet âge (changements comportementaux, maladies de la petite enfance).

◆ **Il convient tout de même de prendre en charge les douleurs dentaires** et de conseiller les parents qui sont parfois désarmés. Le froid présente un intérêt non négligeable pour soulager les enfants à qui on peut proposer un anneau de dentition ou un jouet réfrigéré, ou encore des aliments froids (yaourt, compote). En cas de fièvre et/ou de douleur, il est conseillé de prescrire du paracétamol.

◆ **Quelques pratiques sont fortement déconseillées** car elles ne présentent pas d'intérêt dans cette prise en charge et peuvent surtout être dangereuses pour l'enfant. Ainsi, l'utilisation d'un

Note

¹ Les actes du colloque sont disponibles sur : www.ufsbd.fr/espace-public/nos-prises-de-parole-nos-convictions/nos-publications/colloque-le-grand-defi-des-1-000-premiers-jours-de-la-mere-a-lenfant/.

Références

- [1] Theillaud M. La carie précoce de l'enfant : le point de vue des sages-femmes, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture de la région Aquitaine-Poitou-Charentes-Limousin. 3 mars 2016. www.semanticscholar.org/paper/La-carie-pr%C3%A9coce-de-l'enfant-%3A-le-point-de-vue-des-Theillaud/253ef84d7931732cc2bc85bdd40cbbf1a0546de0.
- [2] Haute Autorité de santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire : synthèse et recommandations. Mars 2010. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges-synthese-carie-dentaire-version-postcollege-10sept2010.pdf.
- [3] George A, Dahlen HG, Blinkhorn A, et al. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: a multi-centre randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2018;82:49–57.
- [4] Vergnes JN, Kaminski M, Lelong N, et al. Frequency and risk indicators of tooth decay among pregnant women in France: a cross-sectional analysis. *PLoS One* 2012;7(5):e33296.
- [5] Vamos CA, Thompson EL, Avendano M, et al. Oral health promotion interventions during pregnancy: a systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43(5):385–96.
- [6] Gouédard C, de Vries P, Darbin-Luxcey C, et al. Dents natales et néonatales: connaissances actuelles et prise en charge. *Arch Pediatr* 2016;23(9):990–5.
- [7] Macknin ML, Piedmonte M, Jacobs J, Skibinski C. Symptoms associated with infant teething: a prospective study. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):747–52.

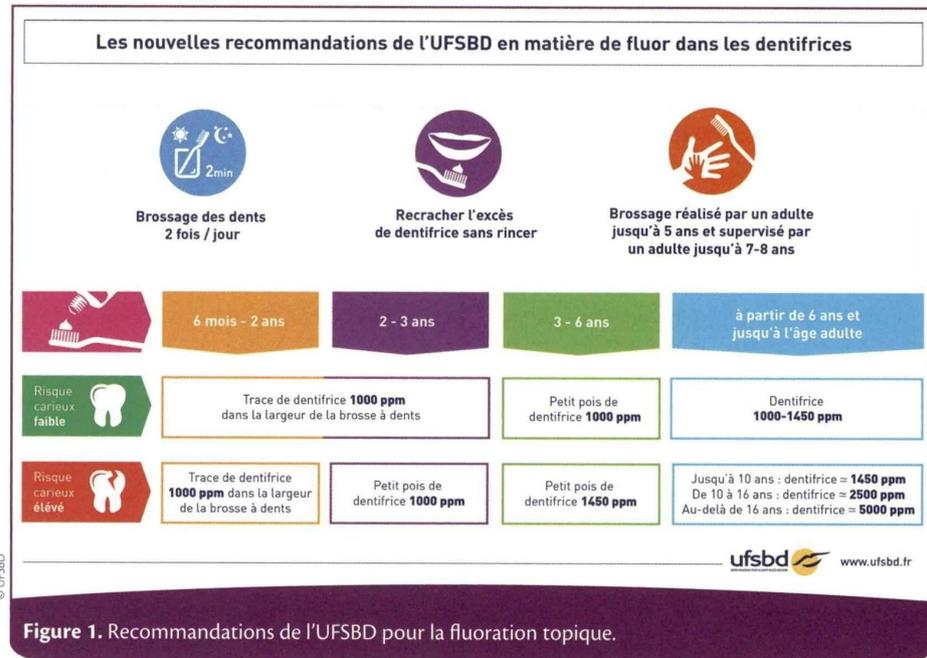


Figure 1. Recommandations de l'UFSBD pour la fluoruration topique.

gel anesthésiant expose à un risque d'ingestion et de perte du réflexe de déglutition [9]. Il faut aussi éviter de percer la gencive et d'appliquer de l'alcool ou de l'aspirine dessus. L'utilisation des colliers d'ambre doit également être proscrite afin d'éviter les strangulations accidentelles.

Hygiène des premières dents

Avant même les premières éruptions dentaires, il est recommandé de réaliser un massage quotidien

de la gencive avec une compresse imbibée d'eau ou de sérum physiologique.

◆ **À l'arrivée des premières dents**, il convient de les nettoyer avec une compresse ou une brosse à dents adaptée à la taille de la bouche de l'enfant sur laquelle aura été appliquée une trace de dentifrice fluoré à une concentration égale à 1 000 ppm [10].

◆ **Le fluor a démontré son efficacité dans la prévention** de la maladie carieuse. L'effet cario-protecteur est obtenu grâce à des apports faibles et réguliers réalisés après l'éruption (essentiellement par voie topique) plutôt que par un apport – systémique essentiellement – en période prééruptive. C'est la raison pour laquelle la prise systémique du fluor (gouttes ou comprimés) avant l'âge de 6 mois n'est plus recommandée (figure 1).

Lésions carieuses du jeune enfant

Les caries précoces de l'enfant (CPE) sont des atteintes survenant avant l'âge de 6 ans (figure 2). Elles peuvent se manifester quelques mois après l'éruption des premières dents. Leur prévalence serait de 17 % chez les enfants de moins de 5 ans [11]. Plusieurs termes ont été utilisés pour désigner cette maladie chez les tout-petits : syndrome du biberon, caries du biberon, caries rampantes, *nursing bottle caries* et caries atypiques.

◆ **Les CPE peuvent avoir des répercussions** de divers ordres :

- des douleurs aiguës ou chroniques, nécessitant des consultations en urgence ;



Figure 2. Lésions carieuses précoces chez un enfant de 4 ans.

- des conséquences sur l'alimentation et la socialisation, notamment en lien avec l'atteinte des dents antérieures ;
- des retards de développement ;
- une diminution de la qualité de vie.

◆ **La maladie carieuse est d'origine bactérienne et multifactorielle**, mais la prévention peut avoir un impact positif notable, ce qui en fait une maladie évitable selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [12].

◆ **Bien que cette pathologie soit considérée comme non transmissible**, il est admis que la colonisation bactérienne précoce, notamment à *Streptococcus mutans*, joue un rôle essentiel. Il est donc indispensable que toutes les personnes qui s'occupent d'un jeune enfant présentent un bon état bucco-dentaire. En outre, la réalisation d'un brossage de qualité dès l'apparition des premières dents permet de limiter la quantité de bactéries présentes [13].

◆ **L'alimentation joue un rôle important** dans les mécanismes de développement des lésions carieuses. En effet, le sucre présent dans les aliments est métabolisé par les bactéries qui relarguent de l'acide. En conséquence, le pH du biofilm et de la salive descend sous un seuil critique (pH 5,5), ce qui entraîne une déminéralisation des tissus dentaires. Le pH remonte ensuite doucement grâce notamment au pouvoir tampon de la salive ; au-dessus de 5,5, l'émail est reminéralisé. Quand cet équilibre minéralisation-déminéralisation est rompu, les lésions carieuses s'installent dans le temps. Les prises alimentaires trop fréquentes sont responsables de cette rupture.

◆ **Le lait représente une source de sucres** métabolisables par les bactéries. En effet, le lactose, qu'il soit d'origine maternel ou industriel, est métabolisé par les bactéries. Au même titre que les boissons sucrées, il s'agit donc d'un liquide cariogène. L'OMS recommande un allaitement exclusif à la demande jusqu'aux 6 mois de l'enfant, avant qu'apparaissent les dents temporaires. Après cet âge, l'éruption dentaire a eu lieu et la diversification alimentaire est en place. L'alimentation lactée ne doit plus être proposée *ad libitum* mais en complément de l'alimentation solide. Les prises alimentaires doivent s'espacer afin de préserver les dents de la déminéralisation. Il est aussi nécessaire d'être vigilant vis-à-vis des consommations nocturnes ou liées à l'endormissement avec un biberon (figure 3). En effet, durant le sommeil, la salive étant produite en moins grande quantité, son pouvoir tampon diminue et elle protège moins les dents.



Figure 3. Syndrome du biberon ou lésions carieuses multiples chez un enfant de 4 ans.

Conclusion

Les sages-femmes jouent un rôle de premier plan auprès des femmes enceintes à qui elles peuvent expliquer notamment le rôle de l'allaitement ou de la prise de biberon à la demande dans la survenue des CPE. Pendant les études de maïeutique, les enseignements en matière de prévention bucco-dentaire sont pour le moment trop succincts pour leur permettre de délivrer une information optimale. Il paraît nécessaire de mettre en place des formations interprofessionnelles lors du cursus initial ou de la vie professionnelle afin de favoriser le partage des connaissances et ainsi d'améliorer la prévention au sein des populations vulnérables, telles que celles des femmes enceintes et des jeunes enfants. À ce titre, l'Union française pour la santé bucco-dentaire a organisé, en octobre 2021, un colloque intitulé "Le grand défi des 1 000 premiers jours" dont l'objectif était de proposer un parcours bucco-dentaire de la mère à l'enfant¹ (annexe A) [14]. •

Références

- [8] Wake M, Hesketh K, Lucas J. Teething and tooth eruption in infants: a cohort study. *Pediatrics* 2000;106(6):1374-9.
- [9] Curtis LA, Dolan TS, Seibert HE. Are one or two dangerous? Lidocaine and topical anesthetic exposures in children. *J Emerg Med* 2009;37(1):32-9.
- [10] Tumba KJ, Twetman S, Splieth C, et al. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* 2019;20(6):507-16.
- [11] Tinanoff N, Baez RJ, Diaz Guillory C, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: global perspective. *Int J Paediatr Dent* 2019;29(3):238-48.
- [12] World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. 18 novembre 2022. www.who.int/publications/i/item/9789240061484.
- [13] Leong PM, Gussy MG, Barrow SYL, et al. A systematic review of risk factors during first year of life for early childhood caries. *Int J Paediatr Dent* 2013;23(4):235-50.
- [14] <https://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-prises-de-parole-nos-convictions/nos-publications/colloque-le-grand-defi-des-1-000-premiers-jours-de-la-mere-a-lenfant/>.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (annexe A) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.sagf.2023.04.007>.

Déclaration de liens d'intérêts
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.



Éléments de bibliographie

La bibliographie suivante [1-40] complète le dossier "Santé bucco-dentaire périnatale".

LIVRES

- [1] **Kacet L, Jollant B, Dehaynin-Toulet E.** Grossesse et chirurgie dentaire. Puteaux: Éditions CdP; 2015.
- [2] **Reners M, Salhi L.** Paro et maladies systémiques. Paris: Espace ID; 2022.
- [3] **Roquier-Charles D, Seiller M.** Hygiène et soins buccodentaires : prévention et traitement des affections. Paris: Pharmathèmes; 2005.

ARTICLES

- [4] **Agbo-Godeau S.** Stomatologie et grossesse. Vocation Sage-femme 2004;26:21-4.
- [5] **Ben Hamouda H, Ayat A, Elloumi I, et al.** Épulis congénitale obstructive. Ann Fr Oto-Rhino-Laryngol Pathol Cervico-Faciale 2010;127(2):99-102.
- [6] **Boutigny H, Boschini F, Delcourt-Debruyne E.** Maladies parodontales, tabac et grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34(Suppl 1):74-83.
- [7] **Burle C, Boisramé S.** Santé bucco-dentaire et grossesse. Vocation Sage-femme 2016;15(123):34-5.
- [8] **Catros S, Fracain JC, Fenelon M.** Grossesse et état bucco-dentaire. Actual Pharm 2018;57(579):32-4.
- [9] **Condylis B, Le Borgne H, Demoersman J, et al.** Intérêt du dépistage et du traitement des maladies parodontales chez la femme enceinte : revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013;42(6):511-7.
- [10] **Cordier G, Lézy JP, Vacher C.** Stomatologie et grossesse. EMC Obstét 2013;8(4):1-5.
- [11] **Darbin-Luxcey C, Schmouchkovitch A, D'Arbonneau F.** Santé bucco-dentaire du petit enfant. Vocation Sage-femme 2017;16(128):40-3.
- [12] **Delbos Y, Bandon D, Rouas P, et al.** Santé orale de la femme enceinte et de la petite enfance. EMC Médecine buccale 2014;9(6):1-12.
- [13] **Descroix V.** Proscrire ou prescrire ? Médicaments, un choix raisonné chez la femme enceinte. Rev Odont Stomatol 2005;34(2):83-99.
- [14] **Doucède G, Dehaynin-Toulet E, Kacet L, et al.** Dents et grossesse, un enjeu de santé publique. Presse Med 2019;48(10):1043-50.
- [15] **Egea L, Le Borgne H, Samson M, et al.** Infections buccodentaires et complications de la grossesse : connaissances et attitudes des professionnels de santé. Gynecol Obstet Fertil 2013;41(11):635-40.

- [16] **Folliguet M, Bénétière P, Simon-Barboux C.** Pathologies buccales de la femme enceinte. Vocation Sage-femme 2003;36:29-31.
- [17] **Gouédard C, De Vries P, Darbin-Luxcey C, et al.** Dents natales et néonatales : connaissances actuelles et prise en charge. Arch Pediatr 2016;23(9):990-5.
- [18] **Huck O, Buxeraud J.** Une hygiène bucco-dentaire adaptée pour tous. Actual Pharm 2018;57(579):18-21.
- [19] **Huck O, Buxeraud J.** Prévention des gingivites et des parodontites. Actual Pharm 2016;55(560):49-52.
- [20] **Jacquet J.** Santé bucco-dentaire et grossesse. Doss Obstet 2010;390:3-14.
- [21] **Jager S, Droz D.** Santé bucco-dentaire 2: conseils pour le tout-petit. Rev Sage-Femme 2017;16(2):124-9.
- [22] **Kharoubi S.** Épulis gingivale congénitale : à propos d'une observation. J Pediatr Pueric 2020;33(6):289-92.
- [23] **Laczny E, Mercier T, Clément C.** Santé bucco-dentaire : chez la femme enceinte et la femme qui allaite. Sages-Femmes 2016;15(6):270-6.
- [24] **Langer B, Colombier ML.** Grossesse et maladie parodontale. Lett Gynécol 2016;401:36-9.
- [25] **Le Borgne H, Soueidan A, Caroit-Cambazard Y, et al.** Maladies parodontales et accouchements prématurés : étude clinique pilote. Gynecol Obstet Fertil 2011;39(6):399-401.
- [26] **Luc E, Coulibaly N, Demoersman J, et al.** Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire. Rev Mens Suisse Odontostomatol 2012;11:1047-55.
- [27] **Patcas P, Schmidlin PR, Zimmermann R, et al.** Le suivi dentaire des femmes enceintes. Rev Mens Suisse Odontostomatol 2012;9:735-9.
- [28] **Pertl C, Heinemann A, Pertl B, et al.** Aspects particuliers du traitement dentaire chez la patiente enceinte. Inf Dent 2000;38:3119-30.
- [29] **Tramus E.** Éducation à la santé orale de la grossesse à la petite enfance. Doss Obstet 2017;472:17-21.
- [30] **Vergnes JN, Pastor-Harper D, Constantin D, et al.** Santé bucco-dentaire perçue et recours aux soins pendant la grossesse : étude MaterniDent. Sante Publique (Paris) 2013;25(3):281-92.
- [31] **Vincent S.** La santé parodontale de la femme enceinte. Pratiques Dentaires 2015;18:30-2.

DOCUMENTS EN LIGNE

- [32] **Bartet E.** État bucco-dentaire des femmes enceintes et examen bucco-dentaire de l'Assurance maladie [Mémoire, chirurgie dentaire]. Bordeaux: UFR Sciences odontologiques; 2020. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887626>.
- [33] **Clément C, Laczny E, Dalstein A.** Santé bucco-dentaire et grossesse. Paris: Les entretiens de Bichat des sages-femmes; 2015. www.researchgate.net/profile/Celine-Clement-4/publication/282978959_Sante_bucco_dentaire_et_grossesse/links/56aa5bd708aef6e05df461ae/Sante-bucco-dentaire-et-grossesse.pdf.
- [34] **Cochet C.** Santé bucco-dentaire et grossesse : connaissances et attitudes des praticiens de périnatalité en Lorraine [Mémoire, Chirurgie dentaire]. Nancy: Université de Lorraine; 2013. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738762/>.
- [35] **Crépin-Leblond C.** Formation des sages-femmes en santé bucco-dentaire durant leur cursus initial [Mémoire, Chirurgie dentaire]. Strasbourg: Faculté de chirurgie dentaire; 2017. https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/ODO/2017/2017_CREPIN-LEBLOND_Charlotte.pdf.
- [36] **Gati D.** Rôle de la sage-femme dans la prévention bucco-dentaire de la femme enceinte suite à la mise en place du bilan bucco-dentaire systématique [Mémoire, Sage-femme]. Clermont-Ferrand: École de sages-femmes; 2019. <https://hal.uca.fr/dumas-02489527v1>.
- [37] **Haute Autorité de santé.** Parodontopathies: diagnostic et traitements. 1^{er} mai 2002. www.has-sante.fr/jcms/c_272209/fr/parodontopathies-diagnostic-et-traitements.
- [38] **Union française pour la santé bucco-dentaire.** Comment conserver de bonnes dents pendant la grossesse ? Septembre 2021. www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-UFSBD-Fiche-conseils-Grossesse-1000-1ers-jours.pdf.
- [39] **Wahl S.** Prévention bucco-dentaire et grossesse : sensibilisation des femmes enceintes à la santé bucco-dentaire et réalisation du bilan de prévention [Mémoire, Sage-femme]. Metz: Université de Lorraine; 2017. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870388>.
- [40] **Union française pour la santé bucco-dentaire.** Ma bouche ma santé : être enceinte, qu'est-ce qu'une grossesse change pour ma santé bucco-dentaire ? www.mabouchemasante.fr.

Liliane Régent
 Documentaliste
 c/o Sages-femmes, 65 rue Camille-Demoullins,
 92442 Issy-les-Moulineaux, France
 Adresse email : sagf@elsevier.com (L. Régent).