HAL
open science

Santé bucco-dentaire : grossesse et prévention

Julie Jacquet

To cite this version:

Julie Jacquet. Santé bucco-dentaire : grossesse et prévention. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01890509

HAL Id: hal-01890509

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890509v1

Submitted on 8 Oct 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-femmes de Metz

SANTE BUCCO-DENTAIRE :

GROSSESSE ET PREVENTION

Mémoire présenté et soutenu par
Julie JACQUET
Née le 22 février 1985

Promotion 2005-2009

Université Henri Poincaré, Nancy I

Ecole de Sages-femmes de Metz

SANTE BUCCO-DENTAIRE :

GROSSESSE ET PREVENTION

Mémoire présenté et soutenu par
Julie JACQUET
Née le 22 février 1985

Promotion 2005-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur,

SOMMAIRE

SOMMAIRE **5**

INTRODUCTION **7**

1. SANTE BUCCO-DENTAIRE ET GROSSESSE **8**

1.1. Préambule à la santé bucco-dentaire 8
1.1.1. Données générales 8
1.1.2. Définition de la santé bucco-dentaire 8
1.1.3. Epidémiologie 9
1.1.4. Quelques notions 9
1.1.5. Quelques conseils 10
1.2. Modifications physiologiques au cours de la grossesse 11
1.2.1. Modifications hormonales au cours de la grossesse 11
1.2.2. Modifications salivaires au cours de la grossesse 12
1.2.3. Modifications bactériologiques au cours de la grossesse 13
1.2.4. Modifications immunologiques au cours de la grossesse 13
1.3. Impact de la grossesse sur la sphère bucco-dentaire 14
1.3.1. Maladies bucco-dentaires 14
1.3.2. Maladies parodontales 16
1.4. Impact de la sphère bucco-dentaire sur la grossesse 19
1.4.1. Naissance prématurée de faible poids 20
1.4.2. Liens entre maladies bucco-dentaires et pathologies obstétricales 21
1.4.3. La pré-éclampsie 22
1.5. La prévention en Santé Publique 22
1.5.1. Définition 23
1.5.2. Organisation de la prévention en France 25
1.5.3. Les acteurs de terrain 26
1.5.4. Les méthodes de prévention et d'évaluation 26

2. SANTE BUCCO-DENTAIRE DE LA FEMME ENCEINTE **29**

2.1. Présentation de l'étude 29
2.1.1. Problématique 29
2.1.2. Objectifs et hypothèses 29
2.1.3. Nature de l'étude 29
2.2. Résultats 32
2.2.1. Données générales concernant les patientes 32
2.2.2. Suivi bucco-dentaire 34
2.2.3. Connaissances des patientes du lien de la santé bucco-dentaire avec leur grossesse 37
2.2.4. Information dispensée lors de la grossesse 39

3. SANTE BUCCO-DENTAIRE : ANALYSE ET PREVENTION 41

3.1. Analyse de l'enquête..... 41
3.1.1. Concernant les patientes 41
3.1.2. Concernant l'information dispensée : 44
3.1.3. Remèdes pour l'avenir..... 45
3.2. Outils pour mieux informer les femmes..... 46
3.2.1. L'Entretien Prénatal Individuel..... 46
3.2.2. Le carnet de maternité 46
3.2.3. Les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité 47
3.2.4. La Protection Maternelle et Infantile : 47
3.3. Vers une collaboration pluridisciplinaire 48
3.3.1. Missions de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien..... 48
3.3.2. Missions du chirurgien-dentiste 50
3.3.3. Missions de l'Assurance Maladie 52
3.3.4. Missions de la femme 53

CONCLUSION..... 55

BIBLIOGRAPHIE 56

ANNEXE I..... I

Questionnaire destiné aux patientes consultant pour leur échographie des 22SA sur les sites Bon Secours et Sainte Croix...... I
Questionnaire destiné aux patientes ayant accouché et participé à la première partie de l'enquête, site de l'Hôpital Maternité de Metz...... III
Plaquette informative distribuée aux patientes lors de leur échographie..... V

ANNEXE II VIII

La prévention bucco-dentaire lors de la visite à domicile des sages-femmes de PMI de Moselle...... VIII

ANNEXE III..... XIII

Santé buccodentaire et grossesse : compte rendu d'examen..... XIII

INTRODUCTION

La grossesse est un état physiologique s'accompagnant de modifications hormonales, bactériologiques et immunologiques dans tout le corps et notamment dans la cavité buccale. A l'inverse, les pathologies bucco-dentaires peuvent avoir un impact non négligeable sur le déroulement de la grossesse. Le lien entre les maladies parodontales et les complications obstétricales a été établi depuis 1996. Or ce domaine n'est que peu pris en compte par les sages-femmes au cours du suivi de grossesse.

La première partie de ce travail décrira les modifications bucco-dentaires physiologiques de la grossesse et les pathologies qui peuvent en découler puis s'attachera aux risques pour la grossesse d'une mauvaise santé bucco-dentaire.

La seconde partie de ce travail analysera les connaissances des femmes sur le lien entre leur situation bucco-dentaire et leur grossesse. Nous présenterons l'étude réalisée auprès de patientes à l'Hôpital Maternité de Metz, interrogées deux fois, lors de leur grossesse, à l'occasion de l'échographie des 22 semaines d'aménorrhée, puis lors de leur séjour en suites de couches.

Enfin dans une troisième partie, après analyse de l'enquête, nous exposerons les outils et les collaborations susceptibles d'être mis en place entre les différents acteurs (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, chirurgiens-dentistes) afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte. En effet, il semble important que les professionnels de la naissance, notamment la sage-femme, soient attentifs à la santé bucco-dentaire des futures mamans.

1. SANTE BUCCO-DENTAIRE ET GROSSESSE

1.1. Préambule à la santé bucco-dentaire

1.1.1. Données générales

Depuis 1996 avec les études d'OFFENBACHER et al., une corrélation entre une mauvaise santé bucco-dentaire et des complications obstétricales telles qu'un accouchement prématuré ou un enfant de petit poids de naissance a été établie. Pourtant dans la pratique quotidienne, aucune exploration dans ce domaine n'est réalisée.

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande en mai 2002 dans un rapport intitulé « Parodontites, diagnostic et traitement » (8) un examen bucco-dentaire systématique dès le début de la grossesse avec un contrôle dans les six mois qui suivent. Selon l'état bucco-dentaire de la patiente, il convient bien sûr d'augmenter la fréquence des consultations. On peut noter qu'aucune recommandation n'est faite dans le suivi de grossesse pour les professionnels de la naissance.

Chez nos voisins luxembourgeois, une consultation est obligatoire au cours du cinquième mois de grossesse. Cette dernière est inscrite dans le Code de la Santé Luxembourgeois (22). Au Québec, l'Etat a édité un guide intitulé « Guide Pratique d'une Grossesse en Santé » destiné aux femmes enceintes. On y retrouve des informations concernant l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, ou encore la pratique sportive et bien sûr la santé bucco-dentaire. Ce guide précise qu'une consultation au cours du premier trimestre est recommandée, que les soins sont possibles au deuxième trimestre et que la réalisation de radiographie n'est possible qu'en cas d'urgence (6).

1.1.2. Définition de la santé bucco-dentaire

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé bucco-dentaire désigne l'absence de douleur chronique buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, de lésion buccale, d'anomalie congénitale telle que fissure labiale ou bec de lièvre, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de carie ainsi que d'autres pathologies et troubles affectant la bouche et la cavité buccale » (34).

1.1.3. Epidémiologie

60 à 90 % des enfants scolarisés dans le monde ont des caries et 50% des enfants français de moins de 5 ans ne se sont jamais brossé les dents.

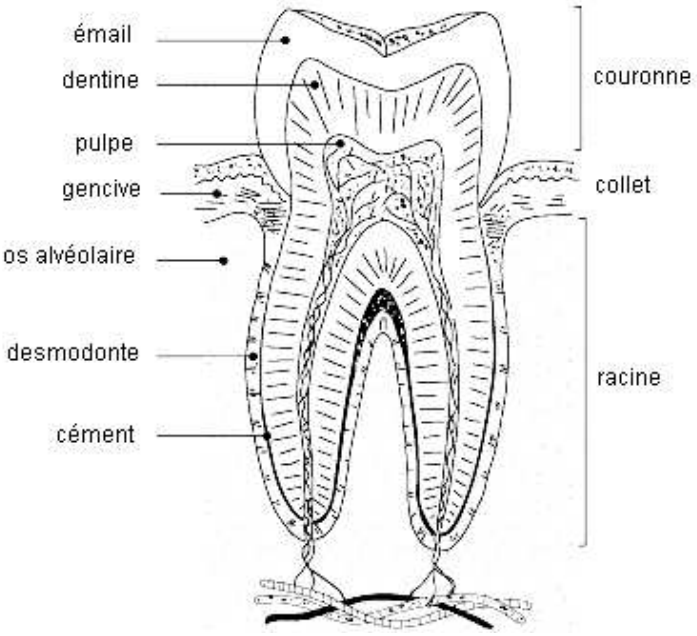
1 Français sur 4 se brosse les dents 2 fois par jour contre 3 fois recommandées et 52% des Français ne se brossent pas les dents le soir.

Les Français consomment en moyenne 2 brosses à dents par an. Il est recommandé de changer sa brosse à dents tous les 3 mois, soit 4 brosses à dents par an.

5 à 20 % des adultes d'âge moyen sont atteints de parodontopathies sévères; la fréquence de ces affections est variable selon les régions géographiques.

Les soins dentaires à visée curative classiques constituent une charge économique importante pour nombre de pays à haut revenu, dans lesquels 5 à 10 % des dépenses de Santé Publique sont consacrées à la santé bucco-dentaire.

1.1.4. Quelques notions



Coupe d'une dent

(29)

L'émail dentaire est un tissu brillant et très dur recouvrant la couronne dentaire. C'est la partie visible de la dent.

La dentine est un tissu blanchâtre constituant la dent. Il est recouvert par l'émail au niveau de la couronne et par le cément au niveau de la racine. Sa cavité contient la pulpe. Dans le langage courant, la dentine est qualifiée d'ivoire.

La pulpe est une substance gélatineuse remplissant la cavité centrale de la dent, elle contient les éléments vasculo-nerveux.

Le parodonte correspond au tissu de soutien de la dent : en superficie, la gencive et dans sa partie profonde, le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte, le cément et l'os alvéolaire.

La gencive est la fibro-muqueuse qui recouvre l'os alvéolaire.

L'os alvéolaire est le principal soutien de l'organe dentaire. Il entoure la racine de la dent qui s'y attache par les fibres desmodontales.

Le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire sert de suspension à la dent.

Le cément permet l'accrochage du ligament parodontal, de l'os alvéolaire à la racine de la dent. Les fibres desmodontales sont fixées au cément et à l'os alvéolaire. Le cément assure donc l'attache et la fixation de la dent.

1.1.5. Quelques conseils

La conservation de la santé bucco-dentaire passe par :

- Un **brossage efficace et régulier.**
- Une **alimentation saine et variée**, pauvre en sucres, avec des repas équilibrés et pris de façon régulière (3 repas et 2 collations pendant la grossesse), sans grignotage.
- Un **suivi régulier** une fois par an par un chirurgien-dentiste, qui a aussi un rôle dans la prévention des maladies.
- L'**arrêt du tabac et la réduction de la consommation d'alcool** aboutissent à une réduction des risques de cancer buccal et de parodontopathies.
- La **consommation de fruits et de légumes** joue un rôle protecteur contre les cancers de la bouche.
- Une **supplémentation en fluor**

Le fluor renforce les tissus dentaires et protège des caries, il peut agir de deux manières :

- avant l'éruption des dents, pendant leur formation, le fluor administré par voie générale (eau, sel, comprimés) intervient au niveau des cellules

responsables de la formation de l'émail et de la dentine et il s'incorpore à ces tissus, les rendant ainsi moins solubles. Un surdosage en fluor apporté par voie systémique pendant la période de minéralisation des dents peut provoquer une fluorose qui se manifeste par des tâches blanches ou brunes inesthétiques sur les dents.

- après l'éruption des dents, le fluor apporté de façon locale grâce aux dentifrices, aux bains de bouche, aux vernis, aux gels a une action anti-cariogène de deux manières :
    - il limite la déminéralisation et favorise la reminéralisation en précipitant sous forme de microcristaux dans les zones déminéralisées.
    - Il inhibe le métabolisme des bactéries cariogènes.

Les données récentes de la littérature (4) indiquent que l'efficacité du fluor serait supérieure lorsqu'il est donné par voie topique, après l'éruption des dents. Elles mettent l'accent sur l'importance d'un apport faible mais régulier de fluor dans la cavité buccale.

Ainsi, la supplémentation systématique chez la femme enceinte, préconisée précédemment, ne se justifie plus.

1.2. Modifications physiologiques au cours de la grossesse

1.2.1. Modifications hormonales au cours de la grossesse (2, 25, 27)

Les variations hormonales pendant la grossesse incluent une élévation des hormones stéroïdes : en fin de grossesse les taux plasmatiques atteignent 100 ng/ml pour la progestérone et 6 ng/ml pour les œstrogènes soit respectivement 10 à 30 fois les taux du cycle menstruel.

La gencive possède des récepteurs aux hormones stéroïdes, notamment au sein des parois vasculaires. Les variations hormonales ont donc un impact vasculaire à type

d'hyper-vascularisation, de tendance œdémateuse, d'état congestif. La présence de ces récepteurs hormonaux peut expliquer les cas de parodontopathies gravidiques.

De façon plus spécifique, les œstrogènes entraînent une prolifération du tissu conjonctif et augmentent la perméabilité et le nombre de capillaires des tissus buccaux. La progestérone, quant à elle, favorise en synergie avec les œstrogènes la perméabilité des vaisseaux et aurait un effet néfaste sur la pathologie gingivale. Elle aurait aussi un pouvoir immunosuppresseur favorisant alors la prolifération de certains germes néfastes, d'où un risque infectieux plus important chez la femme enceinte.

1.2.2. Modifications salivaires au cours de la grossesse

Aspects qualitatifs,

Hors grossesse, le pH buccal avoisine les 6,7. En raison de l'état gravide, ce dernier chute à 6,2. L'acidification peut également être due à un déficit en calcium, aux vomissements, au reflux gastro-œsophagien et à la consommation d'aliments à dégradation acide tels que les sucres. Cette acidification buccale favorise le développement de la flore cariogène comme les Streptocoques Mutans, les candidoses et l'érosion de l'émail.

Le taux élevé de progestérone entraîne aussi une diminution de la concentration de l'anion bicarbonate ($HCO3^-$) en lien avec la baisse du pH ce qui amoindrit le pouvoir tampon de la salive.

Aspects quantitatifs,

Le ptyalisme ou hyper-sialorrhée est une hyper salivation transitoire, de courte durée principalement en début de grossesse, obligeant la femme à déglutir souvent. Les étiologies de l'hyper-sialorrhée sont variées : la grossesse, la prise médicamenteuse, les éruptions dentaires, les prothèses mal adaptées, le tabagisme, les étiologies psychosomatiques, les troubles digestifs tels que le reflux gastro-œsophagien (RGO)…

Le reflux gastro-oesophagien est un reflux acide de l'estomac vers l'œsophage se caractérisant par des brûlures d'estomac. Physiologiquement la base de l'œsophage est fermée par un sphincter appelé cardia. En raison de l'imprégnation hormonale,

notamment la progestérone, la contractilité du cardia diminue entraînant alors un RGO gestationnel. Sa survenue est fréquente avec les nausées matinales mais aussi en positions couchées ou courbées. Le reflux acide est compensé par l'hyper-sialorrhée qui neutralise les acides gastriques à l'aide du pouvoir tampon des bicarbonates salivaires et protège les parois œsophagiennes contre l'irritation chronique. Ainsi, le dépistage du RGO passe par l'apparition de l'hyper-sialorrhée.

Les risques engendrés par le RGO sont l'œsophagite, les ulcérations œsophagiennes rendant la déglutition douloureuse, les érosions dentaires par déminéralisation acide de l'émail.

Le traitement du RGO est à la base de métoclopramide chlorhydrate anhydre (Primpéran®). Cette molécule augmente la pression du cardia, améliore la vidange gastrique et renforce le tonus du pylore. (21)

1.2.3. Modifications bactériologiques au cours de la grossesse

Plusieurs études ont mis en évidence une modification de la flore pendant la grossesse. L'augmentation de *Prevotella intermedia*, bactérie gram -, anaérobie, est significative (cinq fois plus élevée dans les sites ayant un saignement au sondage). Cette bactérie est un germe commensal du sillon gingivo-dentaire, souvent isolée lors de gingivites et d'autres lésions purulentes de la bouche. L'augmentation de cette bactérie semble induite par l'élévation systématique de l'œstradiol et de la progestérone qui se substitueraient à la vitamine K3, facteur de croissance essentiel au *Prevotella intermedia* (25).

1.2.4. Modifications immunologiques au cours de la grossesse

La progestérone et l'œstrogène à fortes concentrations affectent la réponse immunitaire en inhibant le chimiotactisme (attirance-répulsion avec un déplacement de l'organisme vers une substance chimique pour lutter contre un agent infectieux) des neutrophiles, la phagocytose et les activités antigéniques des anticorps T cellulaires.

On constate aussi une diminution du rapport CD4/CD8 pendant la grossesse (25).

1.3. Impact de la grossesse sur la sphère bucco-dentaire

1.3.1. Maladies bucco-dentaires

L'érosion,

L'érosion dentaire se définit comme une dissolution des tissus minéralisés sous l'action de substances chimiques. Sa survenue est liée à l'attaque acide provoquée par les vomissements matinaux ainsi que par les reflux gastro-œsophagiens, et par la consommation fréquente d'aliments et surtout de boissons acides. Le liquide gastrique (très acide) ou les acides apportés par l'alimentation provoquent une dissolution de l'émail voire de la dentine. Pour prévenir cette déminéralisation, il est nécessaire d'éviter tout brossage après un vomissement mais préférer un rinçage à l'eau couplé à du bicarbonate de sodium, et de réduire les aliments très acides (agrumes, vinaigrette, sodas, jus de fruits …).

La carie,

Nos grands-mères avaient pour habitude de dire « un enfant, une dent ». Aujourd'hui, il est possible d'affirmer que le risque carieux n'augmente pas avec la grossesse elle-même mais à cause des changements d'habitudes. En effet au début de la grossesse, les femmes sont plus sujettes aux nausées et aux vomissements. Afin de diminuer ces inconforts, les femmes fragmentent leurs prises alimentaires et ont tendance à grignoter davantage d'aliments et de boissons sucrés, adoptant ainsi un comportement alimentaire cariogène. Associé à ce phénomène, une hygiène bucco-dentaire est moins rigoureuse du fait d'une fatigue accrue en début de grossesse, des réflexes nauséeux et de la facilité des gencives à saigner lors du brossage poussant les femmes à espacer les brossages.

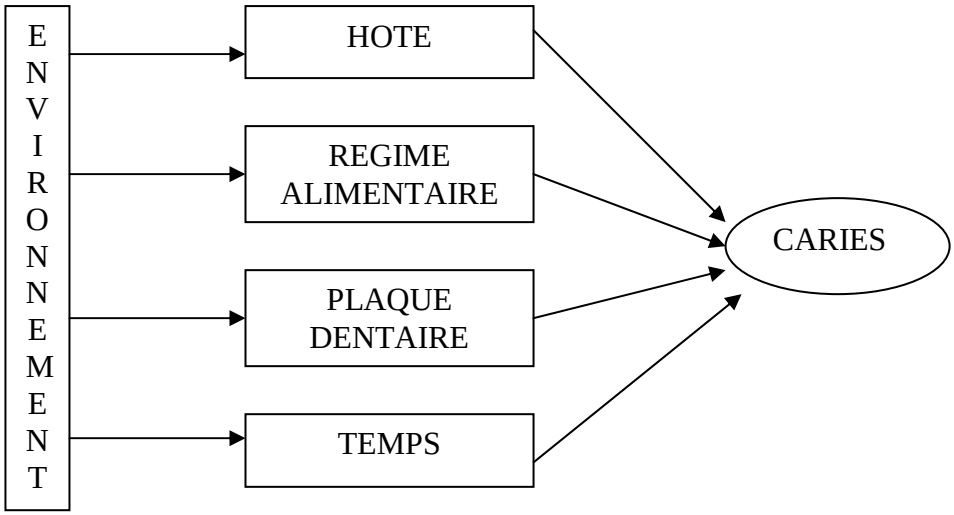
La carie est une destruction localisée et progressive des tissus dentaires durs évoluant plus rapidement à travers la dentine. Le résultat de cette destruction est la formation d'une cavité de profondeur variable selon l'atteinte. La carie peut atteindre la pulpe donnant alors une pulpite caractérisée cliniquement par une douleur violente, localisée, résistante aux antalgiques.

Grâce à ses recherches, Paul KEYES a découvert les bactéries associées à la carie dentaire et aux maladies parodontales. Ainsi pour la carie, le Streptocoque Mutans est mis en cause. Cette bactérie est transmissible par la salive, la carie est donc une maladie infectieuse, transmissible.

Selon P. KEYES, la carie résulte de l'association de 4 facteurs : (17)

- L'hôte avec la salive et la surface dentaire
- La plaque dentaire avec les bactéries
- Le régime alimentaire avec les sucres métabolisables par les bactéries
- Le temps

Il en résulte le schéma suivant :



Les étapes de développement de la carie :

Stade 1 : la dissolution de l'émail est limitée à la surface de la dent. Pas de douleur associée.

Stade 2 : envahissement de l'émail et de la dentine, encore nommé pulpite réversible. Douleur provoquée par le chaud, le froid, les sucres… La vitalité pulpaire est conservée lors du traitement.

Stade 3 : atteinte profonde de la pulpe (pulpite irréversible) sans possibilité de conservation de la vitalité pulpaire. Douleurs vives, spontanées. Lors du traitement, la dent est dévitalisée, on parle de traitement radiculaire.
Stade 4 : pulpe envahie, nécrose pulpaire et diffusion des bactéries vers l'os sous-jacent, pouvant aller jusqu'à l'abcès voire la cellulite qui correspond à une extension infectieuse.

1.3.2. Maladies parodontales

Selon l'ANAES, « les maladies parodontales ou parodontopathies peuvent être définies comme des maladies infectieuses multifactorielles. Elles sont caractérisées par des symptômes et des signes cliniques qui peuvent inclure une inflammation visible ou non, des saignements spontanés ou provoqués d'importance variable, la formation de poches en rapport avec des pertes d'attache et d'os alvéolaire, une mobilité dentaire et peuvent conduire à des pertes des dents (accord professionnel) » (8). Les maladies parodontales touchent dans un premier temps la partie superficielle du parodonte, la gencive, et dans un deuxième temps le parodonte. Les maladies parodontales toucheraient à des degrés divers 90% de la population française dans toutes les tranches d'âge.

***Les facteurs de risques,* (27)**

Les facteurs de risques généraux,

- Facteur nutritionnel avec des carences sévères en vitamine A, C, D, P, B.
- L'âge : l'altération des tissus gingivaux débute dès 30 ans et est à son maximum à 50 ans.
- Le sexe : les maladies parodontales sont plus précoces chez les femmes par l'influence des hormones progestérone et œstrogène qui favorisent l'apparition de *Prevotella intermedia* entraînant une neutropénie transitoire.
- Le stress peut engendrer une baisse de la vascularisation locale, de la sécrétion salivaire, des modifications du système immunitaire ou un déséquilibre endocrinien.

- Les maladies générales : le diabète déséquilibré, la mononucléose, les maladies endocriniennes, le SIDA… entraînent des modifications immunitaires ou tissulaires.
- Les médicaments tels que les antiépileptiques, la nifédipine, les cyclosporines, les anti-inflammatoires non stéroïdiens perturbent le métabolisme tissulaire ou le fonctionnement du système immunitaire.

Les facteurs d'irritation,

- L'hygiène bucco-dentaire : lorsque celle-ci est défectueuse, la plaque dentaire s'accumule créant ainsi une zone d'irritation favorisant la maladie parodontale.
- Le tabac par les variations qualitatives de la flore.

La gingivite,

La gingivite est une inflammation du parodonte superficiel c'est à dire de la gencive. Elle est due à l'accumulation de plaque dentaire formant un biofilm bactérien favorable à la prolifération microbienne (40). Elle se caractérise par une gencive rouge, gonflée, douloureuse, saignant lors du brossage ou spontanément, associée à une mauvaise haleine (halitose) persistante. Ces signes peuvent être localisés ou généralisés à l'ensemble de la gencive. Sa fréquence est corrélée au niveau socioprofessionnel, à l'état dentaire préalable et au degré d'hygiène bucco-dentaire préalable (10 à 70% selon les auteurs) (2).

La gingivite gravidique est une altération tissulaire gingivale par modifications hormonales associées à un changement des habitudes alimentaires. Généralement on observe un dépôt de plaque dentaire exacerbant le processus. La gingivite gravidique peut aussi apparaître chez une femme ayant une hygiène bucco-dentaire correcte. Elle peut s'observer dès le deuxième mois de grossesse. Du quatrième au huitième mois, en raison de l'élévation des taux de progestérone et d'œstrogène, la gingivite se maintient pour finalement s'atténuer lors du dernier mois et disparaître après l'accouchement avec la chute brutale des hormones circulantes.

Le traitement consiste en un détartrage et une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire avec l'enseignement d'une technique de brossage efficace et régulière (37, 39).

La parodontite,

Il s'agit de lésions inflammatoires qui entraînent la destruction des tissus de soutien de la dent (os alvéolaire, ligament alvéolo-dentaire).

On distingue quatre types de parodontites :

- Parodontites de l'adulte.
- Parodontites à début précoce : Prépubertaires (généralisées ou localisées), Juvéniles (généralisées ou localisées), Lésions à progression rapide.
- Parodontites associées à des maladies systémiques, par exemple le VIH.
- Parodontites ulcéro-nécrosantes.
- Parodontites réfractaires.

On mesure l'indice gingival pour évaluer le taux d'inflammation et l'indice de plaque pour estimer la quantité de plaque dentaire bactérienne au collet et la profondeur des poches, mesurée en millimètre pour évaluer la destruction osseuse, déterminant la gravité de l'atteinte.

Les signes cliniques sont identiques à ceux de la gingivite mais le signe pathognomonique est la formation de poche. La poche parodontale correspond à l'approfondissement pathologique du sulcus (sillon entre la gencive et la dent) gingival. En cas de poches gingivales importantes, des mobilités dentaires apparaissent obligatoirement et parfois des abcès parodontaux. Les pertes d'attache importantes sont rarement constatées au cours de la grossesse. Les poches sont considérées comme des foyers infectieux potentiels (24).

Le traitement est identique à celui de la gingivite auquel il est nécessaire d'ajouter une réévaluation de la denture permettant de déterminer les dents à conserver ou à extraire. Un surfaçage radiculaire ainsi qu'un curetage parodontal sont systématiques (37).

L'épulis,

L'épulis gravidique est une tumeur gingivale nodulaire le plus souvent bénigne, apparaissant en général à partir du troisième mois de grossesse. Sa fréquence est de l'ordre de 5%. Elle siège sur le maxillaire antérieur, entre deux dents, pouvant ainsi entraîner, par son volume, une mobilité dentaire. Elle se présente sous la forme d'un tissu pédiculé ou sessile, rouge, indolore et saignant au moindre contact.

Son étiologie est inconnue même si un traumatisme, les modifications hormonales et une hygiène bucco-dentaire insuffisante peuvent être incriminés. Par ailleurs, les auteurs semblent s'accorder sur le fait que les facteurs d'irritation sont en cause tels que la plaque dentaire, le tartre, les restaurations dentaires défectueuses. L'épulis gravidique régresse après l'accouchement ou après l'arrêt de l'allaitement maternel. On peut noter la récidive possible lors de grossesses ultérieures ; la tumeur est alors d'apparition plus précoce et plus volumineuse.

Le traitement principal est alors un détartrage, un polissage des surfaces dentaires et une éducation à l'hygiène bucco-dentaire. En cas de gêne associée, l'exérèse est possible, à froid ou à l'aide d'un bistouri électrique pour l'électrocoagulation de la base de l'épulis très hémorragique, sous anesthésie locale (2, 30).

1.4. Impact de la sphère bucco-dentaire sur la grossesse

Avant toute chose, les infections bucco-dentaires peuvent avoir des complications générales à type d'endocardite infectieuse, maladie rare. Si le patient est diagnostiqué à risque de développer une telle pathologie, une couverture antibiotique lors des soins dentaires ambulatoires peut être mise en place à l'aide de Bétalactamines tels que l'Amoxicilline et en cas d'allergie aux Bétalactamines par Clindamycine ou Pristinamycine (38).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'état gravide entraîne de nombreuses modifications au sein de la sphère orale. A l'inverse, une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir une influence sur la poursuite de la grossesse à type de menace

d’accouchement prématuré (MAP), de retard de croissance intra-utérin (RCIU), ou encore d’hypotrophie.

1.4.1. Naissance prématurée de faible poids

La naissance prématurée de faible poids ou NPFP est un terme employé par la World Health Assembly de 1976 et rassemble deux pathologies : la menace d’accouchement prématuré et le retard de croissance intra-utérin.

Menace d'Accouchement Prématuré ou MAP,

Selon le Collège National de Gynécologues-Obstétriciens Français, « la menace d’accouchement prématuré (MAP) survient entre 22 et 36 SA révolues et se caractérise par l’association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses qui conduiront à l’accouchement prématuré en l’absence d’intervention médicale. » Dans 30% des cas, la MAP peut être associée à un processus infectieux.

Retard de Croissance Intra-Utérin ou RCIU,

Le retard de croissance intra-utérin correspond à un ralentissement de la courbe de croissance. Il se différencie de l’hypotrophie qui correspond à un poids de naissance inférieur aux normes de référence par rapport au terme. Les deux sont souvent liés puisque 30% des RCIU sont des hypotrophes.

Les facteurs de risques de la NPFP,

Huit catégories de facteurs de risque peuvent être dénombrées : les risques génétiques, psychosociaux, obstétricaux, nutritionnels, toxiques, infectieux, les maladies maternelles et le mauvais suivi prénatal. 30 à 50% des NPFP ont une origine infectieuse d’ordre local (génitale ou urinaire) ou d’ordre général (rôle des maladies parodontales) (22).

1.4.2. Liens entre maladies bucco-dentaires et pathologies obstétricales

De nombreux chercheurs ont étudié ce sujet afin de tenter d'établir un lien entre la maladie parodontale et la NPFP.

En 1996, l'étude d'OFFENBACHER et al. a mis en évidence une corrélation entre la maladie parodontale et l'accouchement prématuré. Il semblerait que pour une femme souffrant de parodontite, le risque de donner naissance à un enfant hypotrophe soit 7,5 fois supérieur que pour une femme sans parodontite (12).

En 1998, OFFENBACHER et al. poursuivent et complètent cette étude. Ils mettent alors en évidence chez les femmes ayant accouché d'enfants prématurés et souffrant d'une parodontite, une concentration de prostaglandines E2 (PGE2) dans le fluide gingival bien supérieure à la norme. Cette équipe conclut alors que la maladie parodontale active durant la grossesse favoriserait la naissance prématurée.

La production de PGE2 résulte du mécanisme complexe de l'infection. Le point de départ est le largage de l'acide arachidonique lors d'une stimulation. Cet acide arachidonique est ensuite synthétisé en deux voies. Celle qui nous intéresse ici se nomme la voie des cyclo-oxygénases où sous l'influence de cytokines, l'acide arachidonique se convertit en prostaglandines facilitant la survenue de contractions utérines, ce qui explique alors les menaces d'accouchements prématurés en cas d'infections diverses.

Suite à cette découverte, les études se sont succédées et l'ensemble des auteurs semble s'accorder sur le fait qu'il y ait un lien plus ou moins important entre la maladie parodontale et l'accouchement prématuré.

En 2001, JEFFCOAT et al. ont mené une étude prospective où ils concluent qu'il existe une relation significative entre la naissance prématurée et la parodontite notamment si la parodontopathie est présente entre 23 et 25SA. Cette étude ne détermine pas si le risque d'accouchement prématuré diminuerait avec des soins adaptés (28).

En 2006, une étude menée au Chili a conclu que les soins bucco-dentaires en cas de gingivite ont permis de diminuer le risque de naissances prématurées de 68% (9).

En 2006, OFFENBACHER et al. ont démontré que la progression de la maladie parodontale durant la grossesse est prédictive d'un risque augmenté d'accouchement prématuré (33).

En 2008, les avis divergent. Les résultats d'une étude de PITIPHAT et al. suggèrent que la parodontite est un facteur de risque indépendant dans les classes moyennes (35) ou de modeste association selon AGUEDA et al. (7). Par ailleurs, il serait imprudent de se prononcer sur l'existence de lien ou non selon les études de EL MOUADDEN et al. (24).

Les disparités des résultats peuvent être expliquées par les diversités des populations étudiées et des protocoles des différentes études.

1.4.3. La pré-éclampsie

La pré-éclampsie est une pathologie propre à la grossesse qui associe une hypertension artérielle et une protéinurie. Elle peut survenir au-delà de 22SA.

Dans des études récentes, il est prouvé que la maladie parodontale est un facteur de risque de pré-éclampsie sans que le mécanisme ne soit expliqué (13,20).

La dernière étude à ce sujet a tenté d'expliquer ce mécanisme. Il semblerait que la parodontite favorise la libération de certains médiateurs de l'inflammation responsables d'une réaction inflammatoire inappropriée causant des dommages placentaires et un dysfonctionnement endothélial aboutissant à une pré-éclampsie. La prématurité serait donc induite par l'état pré-éclamptique de la mère ayant une maladie parodontale (32).

1.5. La prévention en Santé Publique (14, 15)

Lors de la première conférence internationale pour la promotion de la Santé, la Charte d'Ottawa est adoptée le 21 novembre 1986. Elle vise à fixer un objectif de la Santé pour tous. Elle définit les conditions indispensables à la Santé telles que se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement…

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé définit la politique de prévention. Elle a pour but d'améliorer l'état de santé de la

population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie. Ainsi à l'aide de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, cette loi donne aux individus les moyens de protéger ou d'améliorer leur santé.

1.5.1. Définition

La loi du 4 mars 2002 définit les différents niveaux de la prévention en France.

La prévention primaire,

Définition,

La prévention primaire correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.

Promotion de la santé,

Dans le domaine des maladies bucco-dentaires, il est nécessaire d'orienter la prévention vers la promotion de la santé avec comme outil l'éducation à la santé. En effet les maladies étant liées aux comportements et à l'environnement, il est nécessaire d'éduquer les populations pour observer une diminution de l'incidence de la pathologie. Dans le sujet qui nous concerne ici, l'éducation à un brossage efficace est indispensable. L'éducation nutritionnelle avec le Plan National Nutritionnel de la Santé a aussi toute son importance puisqu'il vise à améliorer l'équilibre nutritionnel de la population, donc à diminuer la consommation de sucres et par conséquent la fréquence des caries. Il faut remarquer que les populations les plus concernées ne sont pas toujours réceptives aux messages diffusés d'où la nécessité d'adapter le discours et les supports.

La prévention secondaire,

Définition,

La prévention secondaire est l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements.

Dépistage,

A l'occasion d'un contrôle régulier, le chirurgien dentiste dépiste diverses pathologies. Le dépistage de la carie a toute son importance et ceci à tout âge. Il permet de détecter précocement les lésions dentaires et les complications associées. Le dépistage des malocclusions consiste à vérifier le bon contact dento-dentaire pour assurer une bonne fonction masticatoire, un équilibre musculaire.

La prévention tertiaire,

Définition,

Il s'agit de l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale.

Dans le domaine bucco-dentaire ce type de prévention est peu utilisé.

1.5.2. Organisation de la prévention en France

De nombreux acteurs sont impliqués au sein de la politique de prévention.

L'Etat,

Avec la loi du 4 mars 2002, l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) est créé. Il succède au Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). Il s'agit d'un établissement public administratif. L'INPES a en charge l'expertise et le conseil en matière de promotion et de prévention de la Santé. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique élargit les missions de l'INPES. Elle a en charge en plus de ses missions initiales, la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et la formation à l'éducation pour la Santé. De plus, la loi du 9 août 2004 indique la responsabilité de l'Etat dans la prévention d'où la création de cet institut pour l'organiser.

Les collectivités territoriales,

Elles jouent un rôle important dans la prévention sanitaire. La municipalité est responsable de l'hygiène publique et le département a la charge de la protection maternelle et infantile (PMI). On peut noter que certaines PMI envoient aux femmes enceintes un document d'information sur la santé bucco-dentaire telles que la PMI de Moselle (annexe II).

Les organismes de protection sociale,

Les Caisses d'Assurance Maladie exercent une action de prévention et de promotion de la santé grâce au fond national d'éducation et d'information sanitaire. Ainsi la Mutualité Sociale Agricole envoie à toutes les femmes enceintes une brochure concernant l'hygiène bucco-dentaire et précisant la nécessité de consulter un chirurgien-dentiste en début de grossesse. A la naissance de l'enfant, la famille reçoit une seconde brochure concernant la santé bucco-dentaire de l'enfant.

1.5.3. Les acteurs de terrain

Sur le terrain, les actions préventives sont assurées par les professionnels de santé avec l'entretien prénatal individuel qui permet de délivrer de nombreuses informations aux patientes. Les associations ont aussi leur rôle, telles que la Leche League, les associations locales pour l'allaitement maternel qui dans un autre domaine dispensent des informations aux futures mamans et aux mamans allaitantes. A ce niveau, l'individu doit être très impliqué. Les professeurs des écoles sont aussi des acteurs de prévention par des actions mises en place au sein des classes.

1.5.4. Les méthodes de prévention et d'évaluation

Les conditions,

L'action de prévention n'est possible que dans quelques conditions :

- La prise de conscience d'une réalité préventive.
- La participation de tous à l'action.
- L'intégration de cette action aux autres actions déjà mises en place.
- L'épidémiologie préalable en vue d'une connaissance de la population et de ses besoins.

L'éducation pour la santé,

La principale méthode de prévention est l'éducation pour la santé. C'est un ensemble organisé d'actions d'information, d'éducation et de communication qui vise à modifier dans un sens favorable, les connaissances ou les croyances, les attitudes, les comportements des individus ou d'une population.

Les principaux instruments de l'éducation pour la Santé sont :

- Les actions ou campagnes médiatiques avec comme support la télévision, la radio, l'affichage et la presse.
- Les interventions auprès d'individus demandeurs ou non d'information.
- Les interventions de terrain auprès de groupes de population sur la base d'études de besoins exprimés soit par des professionnels soit par des usagers.

Les actions de prévention,

Dans le sujet qui nous concerne, diverses actions ont été menées par l'INPES et l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). On peut ainsi citer des campagnes télévisées avec la campagne M'T dents en 2008, de l'Assurance Maladie, destinée aux enfants de 6 ans à 18 ans. Cette campagne a été précédée par le Bilan Bucco-Dentaire (BBD) en 1999 qui concernait les adolescents de 13 à 18 ans. Plusieurs évaluations du BBD ont été réalisées. En moyenne, les adolescents de 15 ans avaient 4,08 dents cariées. 70% des patients ayant des dents cariées se sont fait soigner. Il reste donc 30% de patients avec des pathologies dentaires non traitées, malgré la prise en charge à 100% des soins par l'Assurance Maladie (16). Au sein d'une autre étude, le taux de participation à cette campagne est faible : 20% des adolescents qui consultent annuellement ont participé à la campagne, contre 9% des adolescents qui consultent moins régulièrement et on tombe à 5% quand les consultations sont inexistantes au préalable (10).

Il existe aussi des brochures d'information, des affiches, des expositions pour le grand public.

Les méthodes d'évaluation,

S'il s'agit de campagnes médiatiques, les résultats immédiats sont évalués par des post tests. Il s'agit d'un test pratique pendant ou après l'exploitation d'une campagne publicitaire ou le lancement d'un produit. On mesure ainsi auprès d'un groupe représentatif la compréhension, l'appréciation, l'incitation aux résultats. Les effets à plus long terme sont évalués à travers des études sur l'évolution des comportements de santé comme les baromètres périodiques de l'INPES. Mais il est alors impossible de rapporter ces évolutions à la seule campagne.

En cas d'actions de proximité, deux méthodes sont possibles :

- Le modèle épidémiologique consiste à procéder à une enquête auprès des groupes auxquels s'adresse l'action contre des groupes témoins par une technique d'avant/après, par questionnaire de satisfaction…

- Le modèle le plus fréquent est plus empirique, c’est un questionnaire sur les acquis de connaissance et/ou sur la modification du comportement avec une enquête avant/après.

Le maintien d’une bonne hygiène bucco-dentaire est donc primordial chez la femme enceinte, permettant ainsi de réduire le risque d’apparition de complications obstétricales. Pour ce faire, les préventions primaire et secondaire ont toutes leurs places. Afin d’évaluer l’impact d’une action de prévention mise en place, une étude en deux temps a été réalisé auprès de femmes enceintes puis ayant accouché.

2. SANTE BUCCO-DENTAIRE DE LA FEMME ENCEINTE

2.1. Présentation de l'étude

2.1.1. Problématique

Comme nous l'avons vu précédemment l'impact de la santé bucco-dentaire sur la grossesse n'est pas négligeable. Au cours de ce travail, j'ai tenté d'évaluer l'impact d'une information ciblée sur la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse.

2.1.2. Objectifs et hypothèses

Objectifs,

Evaluer les connaissances des femmes sur les liens entre la santé bucco-dentaire et la grossesse.

Evaluer l'impact d'une méthode préventive sur le comportement des femmes enceintes.

Hypothèses,

Les femmes sont réceptives aux informations dispensées pendant la grossesse et consulteront leur chirurgien-dentiste, malgré leurs craintes.

Les femmes sont sous informées des conséquences d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur le déroulement de leur grossesse.

2.1.3. Nature de l'étude

Outils de recherche,

L'étude a été réalisée en deux temps :

Du 21 juillet 2008 au 11 août 2008, au SIH Femme Mère Enfant sur le site Sainte Croix de Metz et du 11 au 31 août 2008, au SIH Femme Mère Enfant sur le site

Bon Secours de Metz, les patientes consultant pour l'échographie des 22SA ont reçu un questionnaire distribué par les secrétaires d'échographie. En retour du questionnaire, les patientes se sont vues remettre la plaquette informative.

Du 11 novembre 2008 au 31 décembre 2008, les patientes précédemment informées et ayant accepté d'être recontactées ont reçu le deuxième questionnaire en service de suites de couches à l'Hôpital Maternité de Metz (H2M).

NB : A compter du 1er septembre 2008, les maternités de Bon Secours et de Sainte Croix se sont unies pour devenir L'Hôpital Maternité de Metz sur le site de Sainte Croix. La fusion peut expliquer la difficulté de retrouver quelques patientes.

Eléments explorés par les questionnaires,

Le premier questionnaire explore :

- Les données générales concernant la patiente : âge, situation familiale, profession, parité.
- Les connaissances des patientes avant l'information.
- Leurs habitudes en termes d'hygiène bucco-dentaire.

Le second questionnaire reprend et complète les items du premier :

- Les données générales concernant la patiente.
- Le suivi bucco-dentaire.
- Les connaissances des patientes après information.
- La plaquette informative.

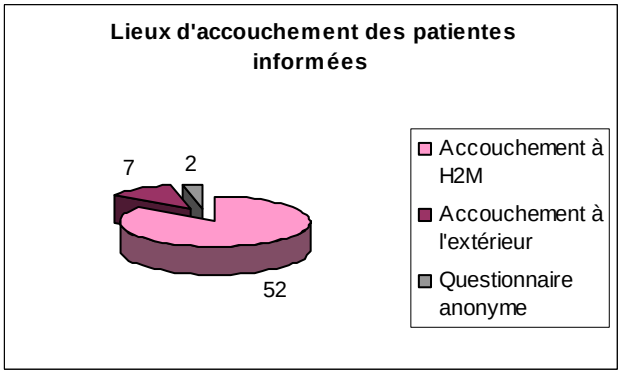
Les outils de l'enquête sont placés en annexe I.

Répartition de patientes participant à l'enquête,

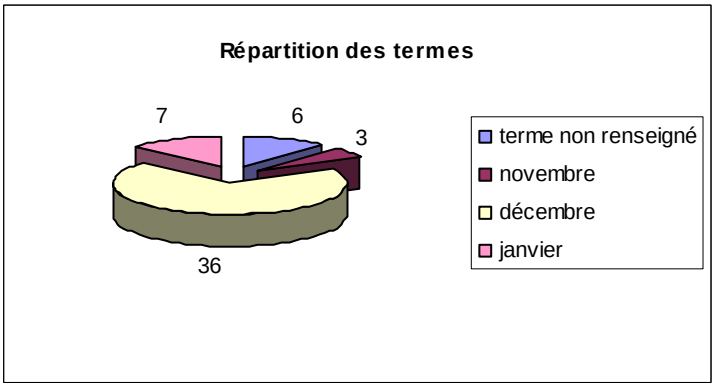
61 patientes ont participé à la première partie de l'enquête. Ces femmes souhaitaient accoucher :

- à l'Hôpital Maternité de Metz (H2M)
- dans une autre maternité notée accouchement à l'extérieur

Elles se répartissaient comme suit :

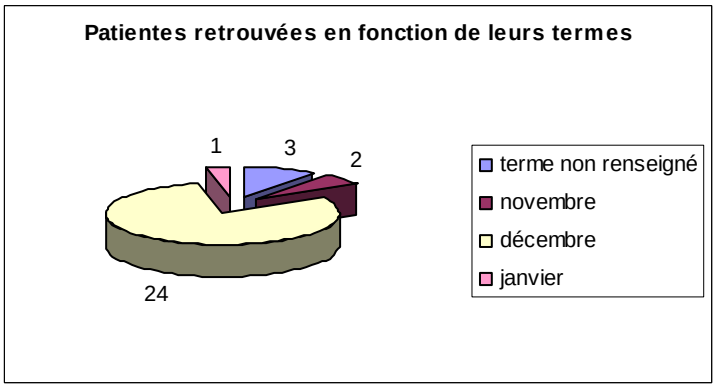


Sur les 52 patientes souhaitant accoucher à l'Hôpital Maternité de Metz, leurs termes d'accouchements s'échelonnaient sur trois mois comme suit :



Pour la seconde partie de l'étude réalisée entre le 11 novembre 2008 et le 31 décembre 2008, 30 patientes ayant accouché à l'Hôpital Maternité de Metz et ayant été informées lors du premier temps ont été interrogées.

Si je me réfère à leurs termes d'accouchement, les patientes se répartissent comme suit :



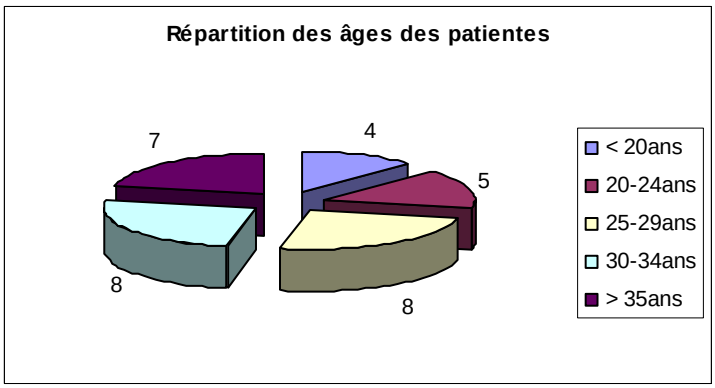
A noter que 3 patientes n'ont pas souhaité participer à la deuxième partie de l'enquête, elles ne seront donc pas incluses au sein de l'analyse.

2.2. Résultats

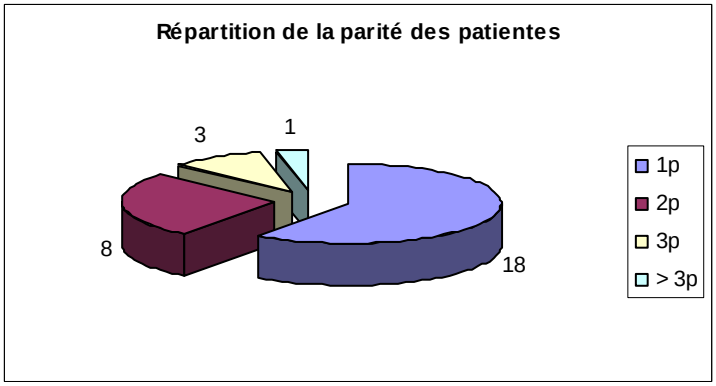
Pour l'analyse statistique, je considère les sujets ayant participé à la totalité de l'enquête, soit 30 patientes.

2.2.1. Données générales concernant les patientes

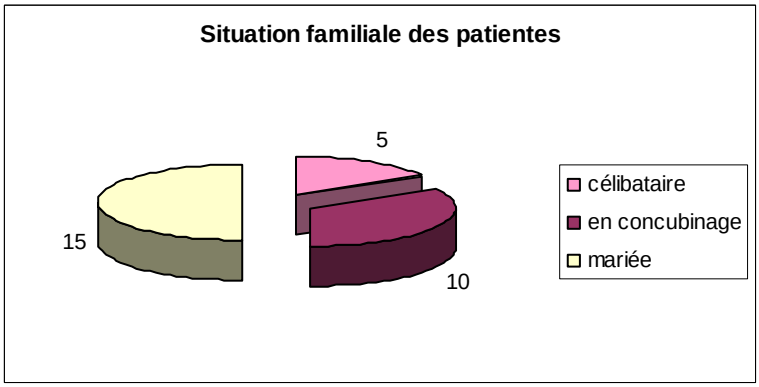
Leurs âges,



Leurs parités,



Leurs situations familiales,



Les catégories socioprofessionnelles des femmes,

	Professions exercées	Répartition des femmes
Groupe 1	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1
Groupe 2	Cadres et professions intellectuelles supérieures	2
Groupe 3	Professions intermédiaires	2
Groupe 4	Employés	13
Groupe 5	Ouvriers	2
Groupe 6	Sans emploi	10

Les professions des femmes ont été classées selon la nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) niveau 1.

La connaissance de la catégorie socioprofessionnelle a toute son importance. En effet, les habitudes bucco-dentaires diffèrent d'une catégorie à l'autre aboutissant à plus ou moins de pathologies bucco-dentaires lors de la grossesse.

2.2.2. Suivi bucco-dentaire

Motif de consultation de leur chirurgien- dentiste,

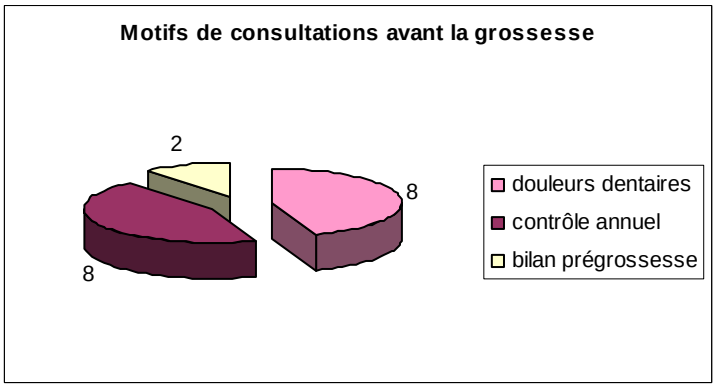
A répartition égale, 15 patientes consultent lors de douleurs buccales et 15 consultent régulièrement.

Sur le plan de la fréquence : 12 patientes consultent 1 fois par an, 3 patientes consultent 2 fois par an.

Consultation avant la grossesse,

18 patientes ont consulté avant la grossesse et 12 n'ont pas consulté.

Sur les 18 patientes,

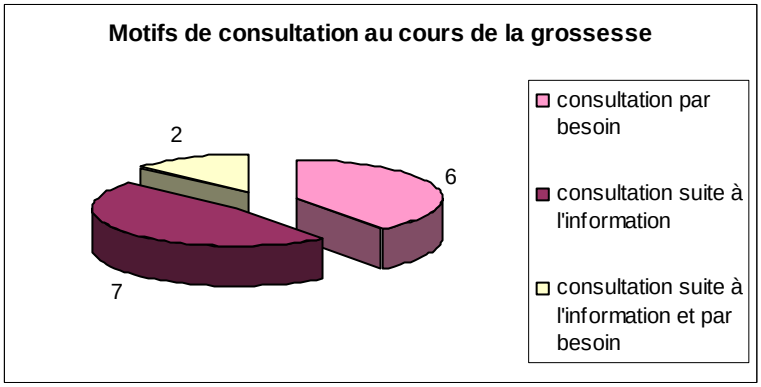


A noter que 2 patientes ont consulté dans le but d'un bilan pré-grossesse étaient pour l'une 2ème pare et appartenant à une catégorie socioprofessionnelle de groupe 2 et pour l'autre une 3ème pare, appartenant au groupe 5 selon la classification de l'INSEE présentée précédemment.

Consultation pendant la grossesse,

15 patientes ont consulté au cours de la grossesse soit la moitié des sujets.

Sur les 15 patientes,



Mon action a donc incité 9 patientes à consulter leur chirurgien-dentiste.

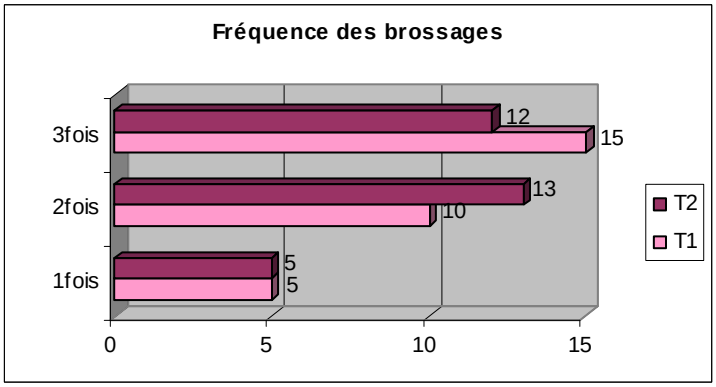
Sur les 9 patientes ayant consulté après avoir reçu l'information, 7 consultent annuellement leur chirurgien-dentiste et 2 consultent uniquement lors de douleurs dentaires.

Ces patientes se répartissent comme suit pour leur catégorie socioprofessionnelle :

Groupe 2	2
Groupe 3	3
Groupe 4	3
Groupe 6	1

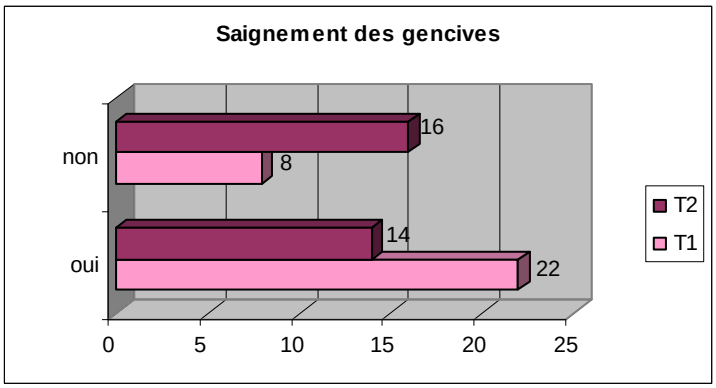
Sur les graphiques suivants, T1 représente le premier temps de l'enquête, avant dispense de l'information et T2, le deuxième temps, après dispense de l'information.

Fréquence de brossage de dents,



Toutes les patientes se brossent les dents au moins une fois par jour.

Saignement des gencives au cours de la grossesse,



Dans tous les cas, les saignements gingivaux sont concomitants au brossage.

Les gencives sont plus sensibles durant la grossesse en raison de l'imprégnation hormonale, ce qui peut expliquer le taux important de saignements gingivaux lors du brossage.

Gencives gonflées,

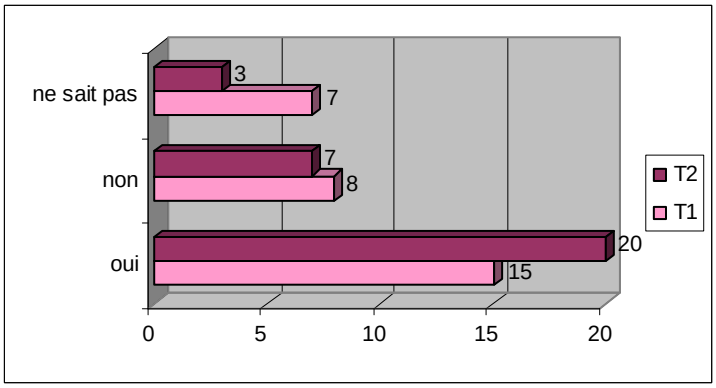
Sur les 30 patientes interrogées, seulement 2 signalent des gencives gonflées à T1, et aucune patiente ne déclare avoir de gencives gonflées à T2.

2.2.3. Connaissances des patientes du lien de la santé bucco-dentaire avec leur grossesse

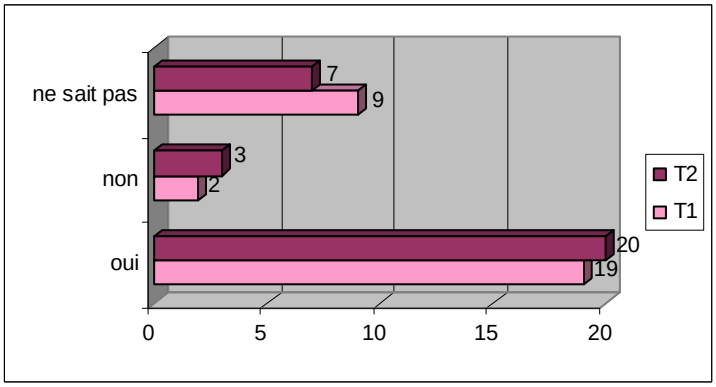
Pour cette partie, il s'agit d'évaluer les connaissances des femmes concernant le lien de la santé bucco-dentaire et la grossesse avant et après information délivrée par la plaquette informative.

Pour ce faire j'ai comparé les réponses aux mêmes questions posées avant, noté T1, et après, noté T2, dispense de l'information. L'objectif est d'évaluer l'évolution des connaissances des patientes.

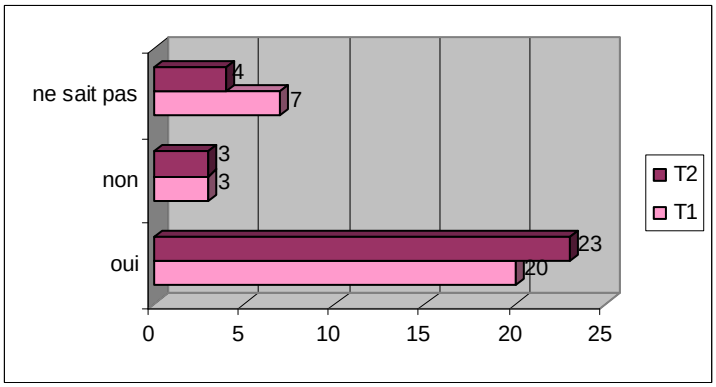
Durant la grossesse, de nombreuses modifications s'observent dans le corps, la bouche est-elle aussi concernée ?



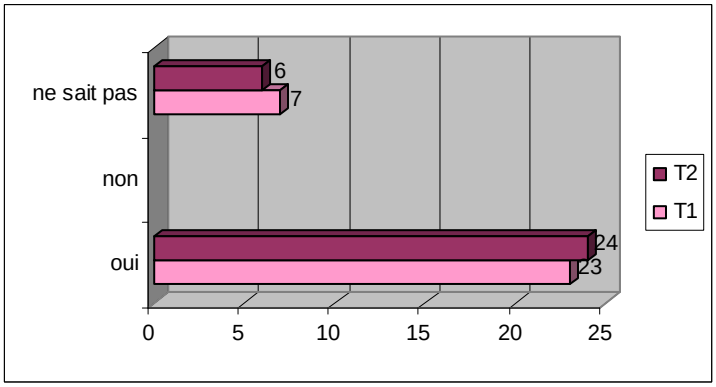
Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut-elle avoir un impact sur le déroulement de la grossesse ?



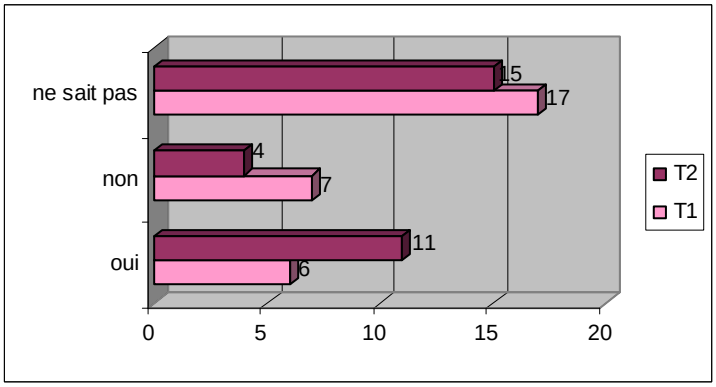
Est-il possible de consulter le chirurgien-dentiste et de faire des soins durant toute la grossesse ?



Les caries sont-elles causées par une bactérie ?



Est-il possible de transmettre cette bactérie à son enfant après la naissance ?



Deux femmes sur trois n'ont pas acquis la transmission possible à l'enfant des Streptocoques Mutans après la naissance.

Soit en moyenne sur les 5 questions de connaissances, 16,6 femmes sur 30 répondent correctement à T1 et 19,6 à T2.

2.2.4. Information dispensée lors de la grossesse

Information du lien de la santé bucco-dentaire avec la grossesse,

17 patientes disent avoir été informées contre 13 qui ne l'auraient pas été.

A noter que toutes les patientes ont reçu la plaquette informative lors de leurs échographies.

17 patientes ont cité comme source d'information :

Gynécologue-obstétricien	0
Sage-femme	2
Chirurgien-dentiste	4
Protection Maternelle et Infantile	0
Lectures	5
Internet	3
Plaquette	13
Autres	1

L'obstétricien et le secteur de PMI n'ont jamais été cités par les patientes.

A noter que les patientes avaient plusieurs réponses possibles, donc la somme dépasse 17.

Concernant la plaquette,

Bien que seules 17 patientes se disent avoir été informées et que seules 13 citent la plaquette comme source, la totalité des femmes, soit 30, qualifie la brochure de claire, facile à comprendre, utile et a répondu à leurs questions.

Une seule patiente a déclaré « la plaquette devrait être remise à chaque patiente lors de la déclaration de grossesse. »

Devant le manque de sensibilisation des femmes enceintes de la part des professionnels de santé, il me parait nécessaire de rappeler les outils à disposition des sages-femmes pour prévenir et informer les patientes au cours de la grossesse.

3. SANTE BUCCO-DENTAIRE : ANALYSE ET PREVENTION

3.1. Analyse de l'enquête

3.1.1. Concernant les patientes

Le suivi bucco-dentaire des patientes,

Concernant leurs habitudes en termes de suivi dentaire, les patientes se répartissent équitablement entre une visite régulière au moins une fois par an et une consultation en cas de douleurs bucco-dentaires, ces femmes n'ont donc pas de suivi annuel et ne sollicitent un rendez-vous qu'en cas d'urgence.

Il est recommandé de réaliser un contrôle dentaire une fois par an. Etant donné que les patientes ne consultent pas toutes à la même fréquence, il est important de mettre en place un bilan bucco-dentaire systématique en début de grossesse qui constituerait un examen de référence pour la poursuite de la grossesse.

Avant la grossesse,

Trois femmes sur cinq ont consulté leur chirurgien-dentiste pour leur contrôle annuel ou des douleurs bucco-dentaires. Il est intéressant de noter que deux patientes ont consulté dans le but de réaliser un bilan bucco-dentaire avant leur grossesse.

On sait que la catégorie socioprofessionnelle a son importance dans l'impact d'un dépistage de masse. Or pour ces deux patientes, une appartient à une catégorie de groupe 2 et l'autre à une catégorie de groupe 5. Donc la catégorie socioprofessionnelle n'a pas d'impact ici. A noter que la part de ces patientes reste très faible et n'est pas représentative. Cette attitude préventive venant de multipares peut être liée à des troubles bucco-dentaires lors de leur précédente grossesse.

L'attitude préventive de ces deux patientes nous montre que les femmes ont conscience de l'impact de la grossesse sur leur cavité buccale et inversement.

Il est alors nécessaire de poursuivre et renforcer nos efforts en termes de prévention afin que le bilan bucco-dentaire pré-grossesse devienne systématique chez toutes les femmes.

Au cours de la grossesse,

La moitié des patientes a pris rendez-vous auprès de leur chirurgien-dentiste :

- neuf déclarent avoir consulté après dispense de l'information dont deux qui en ressentaient le besoin.
- six patientes qui ont consulté par nécessité, sans que la plaquette ne les ait incitées.

Mon intervention a malgré tout encouragé neuf patientes à réaliser un bilan bucco-dentaire. Bien que ce soit faible, on peut imaginer qu'avec une action de prévention plus importante et à plus grande échelle, plus de patientes auraient consulté. A noter que sept de ces patientes ont un suivi bucco-dentaire régulier. On retrouve alors les données générales qui constatent que la promotion de la Santé ne touche pas la population souhaitée. A contrario, les catégories socioprofessionnelles n'ont pas d'influence ici puisque les neuf patientes se répartissent équitablement sur les différents groupes.

Au vu des connaissances actuelles et des recommandations de l'HAS, il est important que chaque professionnel de la naissance incite les femmes à un bilan dentaire au cours de la grossesse. Il serait bon d'intégrer au sein des dossiers obstétricaux un item « consultation dentaire » et que le chirurgien-dentiste établisse un compte-rendu de l'état bucco-dentaire à insérer dans le dossier de la patiente.

L'hygiène bucco-dentaire,

Toutes les patientes déclarent se brosser les dents au minimum une fois par jour. Une baisse est toutefois à noter dans l'assiduité des brossages entre les deux temps du travail. En effet, à T1, la moitié des patientes déclaraient se brosser les dents trois fois par jour contre 12 à T2. Par conséquent, la fréquence de brossage de deux fois par jour est passée de 10 à 13 patientes sur 30. Malgré une meilleure fréquence de brossage à T1, une part plus importante des saignements gingivaux est observée. Les femmes se

brossant les dents trois fois par jour présentent moins d'inflammations gingivales que celles se brossant les dents une à deux fois par jour. Il est important de motiver les femmes à plus d'assiduité dans la fréquence des brossages. Médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes ont une place importante dans la dispense de cette information bien qu'ils ne soient que peu cités par les femmes interrogées. Une plus grande implication de la part des professionnels est indispensable à une bonne sensibilisation des patientes.

Concernant les marqueurs de la gingivite recherchés lors de l'étude, à savoir le saignement et l'œdème des gencives, on peut observer que la fréquence est plus importante lors du premier temps du travail qu'au deuxième temps, ce qui correspond aux données médicales. En effet, la fréquence de la gingivite est plus importante à partir du quatrième mois et tend à diminuer au cours du dernier mois pour disparaître après l'accouchement avec la chute brutale des taux hormonaux.

Lors de consultations prénatales, il est important que la sage-femme informe les patientes de l'importance de conserver un brossage régulier, efficace et trois fois par jour afin de réduire le risque inflammatoire.

Les connaissances des femmes,

En moyenne, concernant les résultats des questions de connaissances, 19,6 femmes sur 30 sont bien informées à T2 contre 16,6 à T1, donc trois femmes sont mieux instruites suite à mon intervention. On peut noter que la notion de transmission des Streptocoques Mutans à l'enfant, même après dispense de l'information, est non acquise. Seules 10 femmes sur 30 savent que les Streptocoques Mutans sont transmissibles à l'enfant après la naissance à T2 contre six sur 30 à T1. Certes une augmentation considérable est observée sur cette question mais la part reste faible (une femme sur trois).

Pour remédier à cette lacune, il faudrait informer les patientes après la naissance de l'enfant sur ce point lors de leur séjour en maternité. Les sages-femmes et auxiliaires de puériculture dispenseraient l'information essentielle aux jeunes mamans, à savoir : ne pas mettre la tétine, cuillère… en contact de la salive maternelle avant de la mettre en bouche de l'enfant.

3.1.2. Concernant l'information dispensée :

Au vu des résultats précédents, la conclusion est qu'une seule information dispensée sur papier, sans échange oral n'est pas suffisant : seules neuf patientes ont consulté leur chirurgien-dentiste. D'autre part, le moment n'était peut être pas adéquat. Au cours de l'échographie du deuxième trimestre, le professionnel réalise l'étude morphologique du fœtus ; il s'agit donc d'un moment important pour la future maman. La remise du document lors de cet examen peut expliquer le manque de consultations dentaires. La femme est moins réceptive aux autres indications dispensées. Il est donc nécessaire d'informer les patientes à un autre moment, où elles seraient pleinement attentives.

17 femmes sur 30 déclarent avoir été informées du lien de l'hygiène bucco-dentaire avec la grossesse. Or la totalité des patientes a reçu la plaquette informative, alors pourquoi un tel résultat ? J'ai interpellé quelques patientes sur ce point ; ces femmes attendaient une information délivrée oralement lors d'une consultation. Une patiente m'a confié « qu'on n'en parlait pas ». De plus seules 13 femmes sur 17 ont cité la plaquette comme source d'information, donc quatre femmes ont été renseignées par un autre moyen. Une information écrite n'a que peu d'impact sur les femmes et sur un éventuel changement de comportement. De plus, au cours de la grossesse, la femme reçoit de multiples informations par diverses brochures et au vu des résultats ci-dessus, les femmes ne prêtent pas attention aux actions de prévention mises en place autour d'elles si elles ne se sentent pas concerner directement. En effet moins de la moitié des femmes cite la brochure lorsqu'elles sont interrogées. La question est alors de savoir si le vocabulaire employé est adapté aux patientes, si elles lisent les dépliants et même si elles se souviennent d'avoir reçu cette information. De plus, la plaquette a été remise par les secrétaires, il serait donc important de savoir quel était le discours associé à cette remise. En effet la délivrance de la plaquette complétée d'un propos incitatif à la consultation aurait pu présenter un tout autre résultat. Les secrétaires n'avaient pas de consignes dans ce sens.

Devant la multitude des informations dispensées au cours de la grossesse, les femmes enceintes ne peuvent pas se souvenir de tous les renseignements. Il est donc nécessaire de prodiguer une information orale avec un message clair, court et incitatif de

façon à ce que les femmes en retiennent l'essentiel. De plus la création d'un document regroupant la totalité des conseils serait remis à la patiente, document auquel elle pourrait se reporter ultérieurement. Le nouveau carnet de maternité a été créé dans ce sens. Il est remis à toutes les femmes enceintes au début de la grossesse.

Afin de s'assurer que la patiente ait bien acquis les messages délivrés, il est important de rappeler les points importants à différents moments de la grossesse.

Concernant le message de prévention, la totalité des patientes a déclaré que l'information était claire, facile à comprendre, a répondu à leurs questions et utile. Or seuls 17 sujets déclarent avoir été informés dont 13 par l'intermédiaire de la plaquette. Ce résultat présente une incohérence et confirme que la plaquette n'a pas été considérée comme une source d'information de la part des femmes.

Une seule patiente m'a précisé que « la plaquette devrait être remise à chaque patiente lors de la déclaration de grossesse. ».

Les femmes sont donc en attente d'information concernant ce domaine, à nous professionnels de leur répondre de façon adaptée.

3.1.3. Remèdes pour l'avenir

Globalement les connaissances des femmes enceintes sur le lien entre les maladies parodontales et la grossesse sont satisfaisantes. Deux tiers des femmes en moyenne répondent correctement aux questions posées. Malgré ce savoir et les conséquences bien connues des maladies parodontales sur la grossesse, seule la moitié des femmes a consulté.

Cette attitude reflète la tendance de l'échantillon. En effet la moitié des femmes déclare avoir un suivi bucco-dentaire annuel alors que l'autre moitié ne consulte qu'en cas d'urgence.

Pour remédier à cette attitude et favoriser la prévention, il serait bon de mettre en place une collaboration étroite avec les chirurgiens-dentistes. De plus, afin d'inciter les patientes à consulter, il est nécessaire que les professionnels de la naissance informent les patientes et répètent le message de prévention à différents moments de la grossesse.

3.2. Outils pour mieux informer les femmes

Comme on pouvait s'y attendre une action de prévention unique n'est pas suffisante pour intégrer le message au sein d'une population. Afin que les patientes consultent et ceci de manière systématique, à chaque grossesse, il faudrait que le message soit délivré plus tôt dans la grossesse et lorsque l'attention de la femme est à son maximum. Les professionnels de la naissance dont la sage-femme fait partie, disposent aujourd'hui de différents outils.

3.2.1. L'Entretien Prénatal Individuel

L'entretien prénatal individuel (EPI) se réalise généralement au cours du premier trimestre de grossesse généralement par une sage-femme et constitue la première séance de la préparation à la naissance et à la parentalité. Il s'agit d'un temps d'échange et d'écoute où la femme peut exprimer ses besoins, attentes, interrogations, difficultés (psychologiques, matérielles, sociales, familiales). Malgré la multitude des informations délivrées, la femme est réceptive et attentive. Ce serait le moment idéal pour l'informer de sa santé bucco-dentaire et l'inciter à consulter son chirurgien-dentiste dans le but de réaliser un bilan. Afin de compenser la perte d'information, il me semble important que la femme ait en sa possession des informations écrites type plaquette. Ainsi elle possède un support écrit dans lequel elle peut se reporter au cours de la grossesse.

Le réseau périnatal lorrain a réalisé une étude de faisabilité de l'entretien prénatal individuel en Lorraine en 2003. Les résultats publiés dans la lettre du réseau périnatal lorrain de mai 2005 indiquent un taux de participation de 21%. 80% des femmes informées suivent les recommandations dispensées lors de l'entretien, ce qui confirme que les patientes sont plus attentives avec un discours délivré oralement. De plus 37% des patientes ont modifié leur comportement tant sur le plan alimentaire que de leur hygiène de vie suite au rendez-vous.

3.2.2. Le carnet de maternité

Au sein du nouveau carnet de maternité délivré à chaque future maman au début de sa grossesse par le Conseil Général, de nombreuses informations sont dispensées

notamment de l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et un rappel que les soins dentaires et la grossesse ne sont pas incompatibles.

Au cours de l'étude du réseau périnatal lorrain, le carnet de maternité était renseigné dans 25% des cas. Dans son nouveau format et nouveau contenu, aura-t-il plus de succès auprès des patientes et des professionnels ? Lors de l'entretien prénatal individuel, la sage-femme pourrait présenter ce carnet aux femmes afin de les inciter à le consulter.

3.2.3. Les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Ces deux temps constituent aussi des entretiens patiente-sage-femme au cours desquels la dispense d'information et la prévention ont toutes leur place. Les patientes se rendent de leur propre chef à ces rendez-vous, elles sont donc attentives aux renseignements délivrés. De plus, dans le cadre de l'éducation pour la santé où le message doit être délivré à multiples reprises, ces moments sont des temps importants pour la sage-femme afin que son message soit entendu et acquis permettant ainsi d'observer un changement des habitudes des patientes.

3.2.4. La Protection Maternelle et Infantile :

La Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Moselle a réalisé il y a quelques années un travail sur « la promotion de la santé bucco-dentaire dans le département de la Moselle chez la femme enceinte et l'enfant ». Le personnel de la PMI a réalisé un travail de recherches (annexe II) qui peut constituer une source d'information et de formation des professionnels de la naissance.

Ce travail avait comme objectifs principaux :

- Augmenter le niveau de connaissances sur les piliers de la santé bucco-dentaire (alimentation, hygiène, consultations dentaires) au niveau des parents et des professionnels de santé entre autres.
- Cibler les actions sur les populations à risque pour la santé bucco-dentaire dont les femmes enceintes.

- Améliorer le dépistage précoce et augmenter l'usage des mesures préventives d'apparition des caries.
- Augmenter les soins pendant la grossesse.
- Rechercher et mieux comprendre les moyens d'action permettant d'obtenir des changements de comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire.

A ce jour, la sage-femme de la PMI de Woippy envoie toujours cette brochure accompagnant la lettre de mise à disposition. Aucune évaluation de cette action n'a été réalisée.

3.3. Vers une collaboration pluridisciplinaire

L'étude a démontré que peu de professionnels informent les femmes de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire au cours de la grossesse. Quelle mission peuvent avoir les différents acteurs dans cette prévention ?

3.3.1. Missions de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien

Il est bien entendu que la sage-femme n'a aucun moyen, au vu de ses compétences et connaissances, d'établir un diagnostic bucco-dentaire en examinant la cavité buccale des patientes. Elle peut néanmoins repérer les situations à risque et conseiller à la patiente un suivi bucco-dentaire, au travers de deux questions simples, à savoir :

- Vos gencives saignent-elles ?
- Avez-vous des douleurs bucco-dentaires ?

En fonction des réponses, la patiente sera orientée vers une consultation dentaire.

Afin de limiter les risques de survenue de pathologies buccales, la sage-femme informera les patientes par des recommandations simples :

L'hygiène bucco-dentaire :

Au début de grossesse, les gencives sont plus sensibles ce qui peut pousser les patientes à réduire la fréquence des brossages. Il est nécessaire d'adopter ou de conserver une fréquence de brossage proche de trois fois par jour avec un brossage efficace. De cette façon, la patiente limite ses risques de formation de plaque dentaire à l'origine des pathologies bucco-dentaires.

L'hygiène alimentaire :

Avec la grossesse, la fréquence de reflux gastro-œsophagiens s'accroit, ce qui peut pousser les femmes enceintes à fractionner leurs alimentations. Il est important de conseiller à ces femmes de conserver un schéma classique d'alimentation (trois repas) avec une alimentation équilibrée et d'y incorporer deux collations (matin et dans l'après–midi) si elles en ressentent le besoin. Il est important d'éviter le grignotage et la consommation de boissons sucrées, ce qui constitue un comportement alimentaire cariogène. Le tabac, irritant local est aussi à proscrire. Dans ce cas, une consultation tabacologique sera proposée.

Les risques pour l'enfant à naitre :

Pour deux tiers des femmes l'impact d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur la grossesse et la possibilité de consulter un chirurgien-dentiste sont acquis. De plus dans la même proportion, les femmes signalent un saignement gingival. Or, seule la moitié des patientes a consulté au cours de la grossesse malgré ce signe. Le lien entre une pathologie bucco-dentaire et la menace d'accouchement prématuré n'est plus à démontrer. La sage-femme incitera les femmes souffrant de pathologies bucco-dentaires à consulter en vue de soins afin de limiter les risques d'apparition de complications tant bucco-dentaires qu'obstétricales. Sur la balance bénéfice-risque, il est préférable de recourir aux soins plutôt que de faire risquer une prématurité à l'enfant.

Les risques pour l'enfant né :

Après l'information, deux tiers des femmes n'ont pas acquis, que le Streptocoque Mutans est transmissible à l'enfant par contact salivaire. De plus par

défaut de soins, la concentration salivaire de Streptocoque Mutans est beaucoup plus élevée, donc le risque de contaminer l'enfant dès l'apparition des premières dents est augmenté. Les soins bucco-dentaires ont donc un impact au long cours.

Une fois la cavité buccale contaminée par le Streptocoque Mutans, le risque cariogène est augmenté. Retarder au maximum la colonisation de l'enfant est préférable.

Il est important d'informer les patientes de ce point, au cours de leur séjour à la maternité et principalement dès l'apparition des dents de l'enfant.

3.3.2. Missions du chirurgien-dentiste

Dans le rapport « Parodontites, diagnostic et traitement », l'HAS recommande une consultation systématique en début de grossesse à la recherche de signes de maladies parodontales et un contrôle dans les 6 mois qui suivent.

Afin d'instaurer un suivi optimal de la patiente, le chirurgien-dentiste remplirait un formulaire attestant de l'état bucco-dentaire de la patiente à remettre à la sage-femme pour compléter le dossier obstétrical. Ce compte-rendu renseignerait le nombre de dents présentes, la qualité de la dentition avec le nombre de dents cariées soignées, cariées non soignées, l'état des gencives, la présence de tartre et de plaque dentaire favorisant la gingivite. Le chirurgien-dentiste élaborait un plan de traitement pour la patiente si besoin est. Un projet de ce compte-rendu est placé en annexe III.

Les soins,

Du premier au troisième mois,

Au vu des risques d'avortements spontanés et des risques tératogènes, seuls des consultations de dépistage sont possibles. Le chirurgien-dentiste réalise un examen complet de la cavité bucco-dentaire à la recherche de signes de maladies parodontales et de lésions carieuses. Un détartrage est possible pour éliminer tout risque de survenue de maladies parodontales. Il dispense aussi les informations nécessaires à une bonne hygiène bucco-dentaire : fréquence des brossages, alimentation, tabac… et informe la patiente d'éventuelles modifications gingivales telles que la gingivite gravidique.

En cas de nécessité de soins, le traitement de la douleur et de l'infection se fera de manière appropriée à l'état gravidique.

Du quatrième au septième mois,

Les soins de routine et de prophylaxie sont possibles.

Après un bilan bucco-dentaire, le chirurgien-dentiste établit un plan de traitement des soins à réaliser. Il est possible d'utiliser un anesthésique local et des antalgiques.

Les traitements complexes (prothèse, chirurgie…) sont reportés après la naissance de l'enfant.

Les huitième et neuvième mois,

C'est une période de contrôle de l'évolution de l'état bucco-dentaire. Les soins sont difficilement réalisables en raison de la menace d'accouchement et la position sur le fauteuil accroit le risque du syndrome cave. Les soins sont reportés après la naissance. En cas d'urgence, il faut veiller à des rendez-vous de courte durée et une position semi-assise inclinée sur la gauche.

Les examens diagnostiques,

La radiographie,

La radiographie peut être utilisée chez la femme enceinte protégée d'un tablier de plomb. Selon l'*American College of Radiology*, il n'y a aucune mesure de diagnostic radiologique, qui, en cas d'utilisation unique, provoquerait une dose d'irradiation suffisamment élevée représentant un risque quelconque pour le développement normal de l'embryon ou du fœtus.

En cas de diagnostic radiographique, le seuil-limite admissible est de 50 mGy. Lors de la réalisation d'un cliché dentaire sur film standard, l'exposition du fœtus aux rayons ionisants est de 0,1 à 1µGy, soit une dose très nettement inférieure au seuil admissible.

Les prescriptions médicamenteuses,

Les antalgiques,

En cas de douleurs bucco-dentaires, il est possible de prescrire à la patiente du paracétamol quel que soit le trimestre de grossesse. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à éviter au long cours entraînant la fermeture prématurée du canal artériel.

Les antibiotiques,

Etant donné les risques d'atteinte fœtale et les conséquences non négligeables du syndrome infectieux sur la grossesse, il ne faut pas hésiter à prescrire à la patiente des antibiotiques dès que nécessaire, en privilégiant la pénicilline (Amoxicilline, Acide clavulanique-Amoxicilline) ou les macrolides en cas d'allergie à la pénicilline (Erythromycine, Spiramycine) (21).

Les anesthésiques locaux,

De nombreux chirurgiens-dentistes utilisent aujourd'hui chez une femme enceinte, l'Articaïne. Cette molécule, qui ne traverse pas la barrière placentaire, est donc sans danger pour le fœtus.

3.3.3. Missions de l'Assurance Maladie

A l'heure actuelle, les familles peuvent redouter de consulter leur chirurgien-dentiste par souci financier pour les plus modestes d'entre elles.

Avant le sixième mois, la prise en charge de la plupart des soins par l'Assurance Maladie (carie, détartrage…) est de 70% au régime général et de 90% au régime local.

A compter du sixième mois de grossesse, l'ensemble des frais médicaux de la femme enceinte est pris en charge à 100% par l'Assurance Maternité. Sur le plan bucco-dentaire, cette prise en charge est trop tardive. En effet, les soins sont possibles jusqu'au septième mois, ce qui ne laisse que peu de temps au chirurgien-dentiste pour réaliser les actes nécessaires.

Devant ce constat, deux propositions seraient à faire à la Caisse d'Assurance Maladie :

- La prise en charge à 100% des soins dentaires commence plus tôt dans la grossesse.
- La Caisse d'Assurance Maladie assure la promotion de la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse. Un livret intitulé « Guide Maternité de 0 à 6 mois », dans lequel est stipulé « *N'oubliez pas la surveillance de votre dentition… Enceinte, un petit tour chez le dentiste s'impose…* » est téléchargeable sur le site internet Améli.fr et envoyé à chaque patiente. Pour une meilleure diffusion et information, la création d'une brochure spécifique à la santé bucco-dentaire envoyée aux femmes enceintes pourrait être envisagée, comme le fait déjà la MSA.

3.3.4. Missions de la femme

Le dernier acteur de ce système de prévention est la femme elle-même. Elle constitue le dernier maillon de la chaine et c'est elle qui fera en sorte que le système de prévention fonctionnera.

D'après diverses études, les femmes qui consultent régulièrement leur chirurgien-dentiste iront consulter pendant la grossesse. En revanche, l'enjeu de la prévention est pour les femmes qui ne consultent pas régulièrement. Il est alors indispensable d'instaurer au cours de la grossesse un comportement nouveau avec des consultations régulières chez le chirurgien-dentiste pouvant ainsi espérer un contrôle annuel par la suite. Cela est envisageable car quel que soit leur niveau socio-économique, la totalité des femmes a accès au système de soins pendant la grossesse.

En permettant à la mère de prendre soin de ses propres dents, cette dernière sera moins démunie à l'apparition des dents de son enfant et le conduira chez le praticien pour des visites de contrôle. Quand lui-même sera adulte et parent, il dirigera ses propres enfants chez le chirurgien-dentiste et ainsi de suite. L'habitude des consultations dentaires se « transmet » de génération en génération. De plus ce qui freine habituellement les gens à consulter est la peur d'avoir mal. Avec les techniques actuelles, la douleur est réduite à son minimum par des antalgiques, anesthésiques et

grâce aux consultations régulières, la population a moins peur, donc consulte plus facilement.

Au cours de la grossesse, ce n’est pas uniquement la santé bucco-dentaire de la mère qui est en jeu mais à travers elle, celle de l’enfant en devenir.

CONCLUSION

Pendant la grossesse, l'état hormonal, la baisse de l'immunité, les modifications alimentaires sont à l'origine d'un certain nombre de manifestations cliniques au niveau bucco-dentaire telles que la gingivite gravidique, la parodontite, l'épulis, les caries dentaires. Parallèlement, les conséquences d'une mauvaise santé bucco-dentaire sur la grossesse ne sont plus à démontrer, les risques étant la menace d'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin ou la pré-éclampsie.

Notre étude réalisée auprès de femmes enceintes puis d'accouchées, assortie d'un document informatif, nous montre que les patientes sont bien informées de l'influence potentielle d'une pathologie bucco-dentaire sur la grossesse. Malgré cela, seule la moitié de ces femmes a consulté un chirurgien-dentiste pendant la grossesse.

Pour remédier à cette situation et sensibiliser les femmes enceintes, la sage-femme a à sa disposition l'entretien prénatal individuel, le carnet de maternité, les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Au cours de ces différents temps, la sage-femme a la possibilité d'informer, de prévenir, d'inciter les femmes à consulter et de repérer les situations à risque. Pour faire intégrer le message de prévention auprès des femmes, il est nécessaire de rappeler l'information à différents moments de la grossesse. La mise en place d'une consultation systématique chez un chirurgien-dentiste au début de la grossesse, avec un compte rendu bucco-dentaire à insérer dans le dossier obstétrical, permettrait de faire un bilan de l'état bucco-dentaire maternel et d'éviter l'apparition de complications pouvant avoir des conséquences sur le fœtus. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de créer une collaboration entre les différents acteurs : sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, chirurgiens-dentistes.

Cette action aurait un double impact car une femme bien informée, sera moins démunie pour la prise en charge de la dentition de son enfant. Reste à évaluer la qualité de la dentition et la fréquence des caries de l'enfant dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

1) AFP SANTE.
Grossesse, mieux vaut éviter les radios chez le dentiste.
Profession Sage-Femme, 2004, n°106, p.12.

2) AGBO-GODEAU S.
Stomatologie et grossesse.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, 2002, stomatologie, 22-050-F-10, gynécologie-obstétrique, 5-045-A-10, pp. 301-304.

3) AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS).
Communiqué de presse : Fluor et prévention de la carie dentaire. 2002.

4) AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS).
Mise au point : Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18ans. Octobre 2008. 14p.

5) AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS)
Prescription des antibiotiques en odontologie et en stomatologie. 2001, 5p.

6) AGENCE DE LA SANTE PUBLIQUE DU CANADA.
Le guide pratique d'une grossesse en santé. 2007.

7) AGUEDA A., RAMON JM., MANAU C., et al.
Periodontal disease as a risk for adverse pregnancy outcomes : a prospective cohort study.
Journal of Clinical Periodontology, janvier 2008, vol 35, n° 1, pp. 16-22.

8) AGENCE NATIONALE D'ACCREDIATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES).
Parodontopathies : diagnostic et traitements. 2002, 19 p.

9) AGENCE DE PRESSE MEDICALE SANTE (APM SANTE).
Des conséquences à ne pas négliger. Profession Sage-Femme, 2006, n°122, p. 10.

10) BANCHEREAU C., DOUSSIN A., ROCHEREAU T., et al.
Evaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? Bulletin d'information en économie de la santé, Questions d'économie de la santé, octobre 2002, n°57, 6 p.

11) BEYNET A., MENAHEM G.
Problèmes dentaires et précarité.
Bulletin d'information en économie de la santé, février 2002, n°48, 6p.

12) BINA M., CARTON L.
Maladies bucco-dentaires et accouchement prématuré : participation à une étude nationale multicentrique (Alsace).
Thèse de Chirurgie Dentaire, Strasbourg, 2005, 91p.

13) BOGGESS KA., LIEFF S., MURTHA AP., et al.
Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia.
Obstetrics & Gynecology, 2003 Feb; 101(2): 227-31

14) BOURDILLON F., BRÜCKER G., TABUTEAU D.
Traité de santé publique.
Editions Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 2004, 536 p., ISBN 2-257-15061-9.

15) CAZABAN M., DUFFOUR J., FABBRO-PERAY P.
Santé publique, 5ème édition.
Ed Masson Paris, 2005, 242 p., ISBN 2-294-01857-5.

16) CHABERT R., MATYSIAK M., GRADELET J., et al.
Le bilan bucco-dentaire: suivi prospectif d'adolescents en France. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15ans en 1999.
Revue Médicale de l'assurance maladie, vol 34, n°1, janvier-mars 2003.

17) CHOLLET S.
Prévention des risques buccodentaires chez la femme enceinte.
Thèse de Chirurgie Dentaire, Reims, 2006, 83p.

18) CODE DE LA SANTE.
Médecine préventive : Femmes enceintes et enfants en bas âge.
Luxembourg, 2003.

19) COLLOQUE PLURIDISCIPLINAIRE. Faculté de Droit et de Sciences Politiques de Rennes, 24 et 25 septembre 1998.
L'Education en santé : enjeux, obstacles, moyens.
Editions CFES, collection séminaire, 2001, 198p.

20) CONTREAS A., HERRERA JA., SOTO JE., et al.
Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women.
Journal of Periodontology. 2006 Feb;77(2):182-8.

21) DELACOURT LEONARD J.
La femme enceinte au cabinet dentaire.
Thèse de Chirurgie Dentaire. Nancy, 2006, 134p.

22) DE MONCK D'UZER O.
Maladies parodontales et risque d'accouchement prématuré.
L'information dentaire, 2006, n°33, pp. 1991-1994.

23) DE SAXCE F.
Des dents saines pour une grossesse sereine.
Mémoire de Sage-femme, Metz, 2005, 49p.

24) EL MOUADDEN M., BENAZZA D., ENNIBI O.K., et al.
Les maladies parodontales et le risque d'accouchement prématuré et/ou d'hypotrophie fœtale.
Journal de Parodontologie et Implantologie Orale, 2006, vol. 26, n°2, pp. 141-148.

25) HAGE G., DAVARPANAH M., KEBIR M., et al.
Grossesse et état parodontale : revue de littérature- aspects cliniques.
Journal de Parodontologie et Implantologie Orale, 1995, vol. 15, n°4/96, pp. 379-387.

26) HAUTE AUTORITE DE SANTE.
Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale.
2005, 11p.

27) INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM).
Maladies parodontales: thérapeutiques et prévention.
Ed. Expertive collective, 1999, 310p.

28) JEFFCOAT MK., GEURS NC., REDDY MS., et al.
Periodontal infection and preterm birth : results of a prospective study.
The Journal of the American Dental Association, juillet 2001, vol. 132, n° 7, pp. 875-880.

29) LAVAL I.
Le parondonte. www.webodonto.uclermont1.fr/Documents/pdf/**Parodonte**.pdf

30) LEQUART C.
Une prise en charge attentive.
Dentiste Mag, 2006, n°3, pp. 26-30.

31) MUTUELLE SOCIALE AGRICOLE (MSA) ALSACE PREVENTION DE LA SANTE.
Une bouche saine pour une grossesse sereine. 2007.

32) NABET C., LELONG N., COLOMBIER ML., et al.
Parodontite maternelle, pré-éclampsie et accouchement prématuré.
38ème Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Strasbourg, du 15 au 17 octobre 2008.

33) OFFENBACHER S., BOGGESS KA., MURTHA AP., et al.
Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery.
Obstetrics & Gynecology, janvier 2006, vol. 107, n°1, pp. 29-36.

34) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).
Santé bucco dentaire. Aide mémoire, février 2007, n°318.

35) PITIPHATW., JOSHIPURA KJ., GILLURAN MW., et al.
Maternal peridontitis and adverse pregnancy outcomes.
Community Dent Oral Epidemiology, février 2008, vol. 36, n°1, pp.3-11.

36) PMI MOSELLE.
La prévention bucco dentaire lors de la visite à domicile des sages-femmes de PMI de Moselle. 2006.

37) PRINC G.
Lésions dentaires et gingivales.
La Revue du Praticien, Paris, 2005, n°55, pp. 2291-2296.

38) RAGOT J.P.
Foyers infectieux dentaires et leurs complications.
La Revue du Praticien, Paris, 1998, n°48, pp. 1711-1721.

39) RATHA-KRUGER P., KUNZE M., SCHACHER B., et al.
Grossesse et maladies parodontales.
Titane, 2006, vol 3, n°3, pp. 52-56.

40) SELLAOUI N.
La parodontite est-elle un facteur de risque des accouchements prématurés ?

Thèse de Chirurgie Dentaire, Strasbourg, 2003, 151p.

41) ZITOUN-SZTAINMAN A.
Face à une femme enceinte.
Indépendentaire, 2004. n°23, pp. 88-92.

ANNEXE I

Questionnaire destiné aux patientes consultant pour leur échographie des 22SA sur les sites Bon Secours et Sainte Croix.

La santé bucco-dentaire au cours de la grossesse

Madame,

Vous êtes enceinte et allez accoucher dans les semaines à venir. Vous avez reçu de nombreuses informations au cours de votre grossesse, consulté différents professionnels de santé pour prendre soin de vous, de votre grossesse et de votre enfant…

Je m'appelle Julie JACQUET, je suis élève sage-femme à Metz.

Je réalise un travail de fin d'études sur la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse et particulièrement sur la promotion de l'hygiène bucco-dentaire. Vous pouvez m'aider dans ce travail de recherche.

Dans un premier temps, je vous demande de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint, puis de lire la plaquette informative qui vous a été distribuée. Dans un second temps, avec votre accord, vous allez recevoir un deuxième questionnaire lors de votre séjour à la maternité. Afin qu'il vous soit distribué, je vous serais reconnaissante de bien vouloir m'indiquer vos nom, prénom, date de naissance et coordonnées. En cas d'oubli de notre part, n'hésitez pas à le demander aux sages-femmes ou à me contacter personnellement au numéro figurant ci-dessus.

Toutes les réponses recueillies grâce à votre aide resteront anonymes et confidentielles.

Vous remerciant par avance du temps que vous voudrez bien m'accorder.

Julie JACQUET

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

☐ accepte de participer à l'étude intitulée « la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse » et d'être recontactée.

Adresse :

Téléphone :

Signature

Date prévue d'accouchement :

Vous souhaitez accoucher à : ☐ la maternité à Thionville
☐ la maternité à Metz

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre situation familiale ? ☐ Célibataire
☐ En concubinage
☐ Pacsée
☐ Mariée
☐ Autre :

Quelle profession exercez-vous ?
Quelle profession exerce votre conjoint ?
Combien d'enfants avez-vous à charge ?

Durant la grossesse de nombreuses modifications s'observent dans le corps, la bouche est-elle aussi concernée ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut-elle avoir un impact sur le déroulement de la grossesse ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Est-il possible de consulter son chirurgien dentiste durant toute la grossesse ?
☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Est-il possible de réaliser des soins dentaires lors de la grossesse ?
☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Les caries sont-elles causées par une bactérie ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Si oui, est-il possible de transmettre cette bactérie à votre enfant après la naissance ?
☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Vous vous brossez les dents : ☐ une fois par semaine
☐ tous les 2 jours
☐ 1 fois par jour
☐ 2 fois par jour
☐ 3 fois par jour

Vos gencives saignent-elles ? ☐ oui ☐ non
Si oui, vos gencives saignent : ☐ spontanément ☐ au brossage
Vos gencives sont-elles gonflées ? ☐ oui ☐ non

Je vous suis très reconnaissante du temps que vous m'avez accordée.

Merci de bien vouloir remettre le questionnaire et vos coordonnées à la secrétaire ou à votre médecin ou sage-femme échographiste.

Questionnaire destiné aux patientes ayant accouché et participé à la première partie de l'enquête, site de l'Hôpital Maternité de Metz.

La santé bucco-dentaire au cours de la grossesse

Madame,

Vous venez de mettre au monde votre bébé, toutes mes félicitations !

Je m'appelle Julie JACQUET, je suis élève sage-femme à Metz. Dans le cadre de mes études, je réalise un travail sur la santé bucco-dentaire au cours de la grossesse.

Il y a quelques semaines, vous avez participé à une première étape de ce travail de recherche en remplissant un questionnaire et en lisant une plaquette d'information. Vous aviez accepté d'être recontactée pour remplir le questionnaire ci-dessous.

Je vous remercie du temps que vous voudrez m'accorder, et vous garantis la confidentialité de vos réponses.

En ce qui vous concerne,

Quel âge avez-vous ?
Quelle est votre situation familiale ?
- ☐ Célibataire
- ☐ En concubinage
- ☐ Pacsée
- ☐ Mariée
- ☐ Autre :

Quelle profession exercez-vous ? ……
Quelle profession exerce votre conjoint ? ……
Combien d'enfants avez-vous à charge ? ……..

En ce qui concerne votre suivi bucco-dentaire,

Vous consultez votre chirurgien dentiste :
- ☐ quand vous avez mal aux dents
- ☐ régulièrement pour un contrôle
  A quelle fréquence ?

Avez-vous consulté **avant** la grossesse ? ☐ oui ☐ non
Si oui, pourquoi ?
- ☐ vous aviez mal aux dents
- ☐ pour votre contrôle périodique
- ☐ pour faire un bilan avant la grossesse

Avez-vous consulté votre chirurgien dentiste **pendant** la grossesse ? ☐ oui ☐ non
Si oui, pourquoi ?
- ☐ vous en avez ressenti le besoin
- ☐ vous avez été informée du bénéfice d'une consultation durant la grossesse

Vous vous brossez les dents :
- ☐ une fois par semaine
- ☐ tous les 2 jours

 1 fois par jour
 2 fois par jour
 3 fois par jour

Vos gencives saignent-elles ? oui non
Si oui, vos gencives saignent : spontanément au brossage
Vos gencives sont-elles gonflées ? oui non

En ce qui concerne vos connaissances dans le domaine bucco-dentaire,

Durant la grossesse de nombreuses modifications s'observent dans le corps, la bouche est-elle aussi concernée ? oui non je ne sais pas

Une mauvaise hygiène bucco-dentaire peut-elle avoir un impact négatif sur le déroulement de la grossesse ? oui non je ne sais pas

Est-il possible de consulter son chirurgien dentiste durant toute la grossesse et de faire des soins ? oui non je ne sais pas

Les caries sont-elles causées par une bactérie ? oui non je ne sais pas

Si oui, est-il possible de transmettre cette bactérie à votre enfant après la naissance ?
 oui non je ne sais pas

Avez-vous été informée du lien de votre santé bucco-dentaire avec votre grossesse ?
 oui non

Si oui, par : votre médecin gynécologue votre sage-femme
 votre dentiste votre secteur de PMI
 internet la plaquette informative
 vos lectures autres :……..

En ce qui concerne la plaquette informative,

Avez-vous consulté votre chirurgien dentiste après avoir reçu l'information ? oui non
La plaquette vous a-t-elle incité à consulter ? oui non

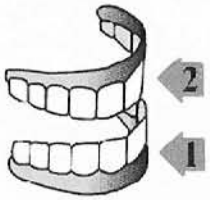
Qu'avez-vous pensé de l'information dispensée ?
> elle est claire oui non
> elle est facile à comprendre oui non
> elle répond à mes questions oui non
> elle est utile oui non

Autres remarques concernant la plaquette :

Plaquette informative distribuée aux patientes lors de leur échographie

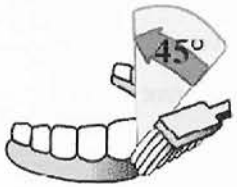
Quelques règles d'hygiène buccodentaire:

La méthode BROS:

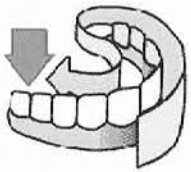


Brosser le bas et le haut de façon indépendante.

Rouleaux et mouvements rotatifs pour brosser les dents et les gencives. Brosser de la gencive vers la dent (du rose vers le blanc).



Oblique en inclinant la brosse de 45° sur la gencive.



Suivre un trajet pour emprunter toutes les surfaces dentaires sans oublier le dessus.

Source: www.dr-teboul-andre.chirurgiens-dentistes.fr

SANTE BUCCO-DENTAIRE

Prenez soin de vos dents même pendant votre grossesse !

Conçue par Julie JACQUET, élève sage-femme à l'école de Metz.
Brochure réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'études.

UN ENFANT, UNE DENT: MYTHE OU REALITE?

Votre grossesse s'accompagne de nombreuses modifications, votre bouche est aussi concernée.

Les caries peuvent apparaître par modification du comportement alimentaire (grignotage, sucreries, boissons sucrées…).

CONSEIL: **Evitez** les aliments et les boissons sucrées (sodas, sirops). Limitez-vous à **5 prises alimentaires** par jour.

Une carie non soignée est une zone à risque pour votre grossesse.

Faites soigner vos caries même pendant la grossesse.

Il est possible de consulter un chirurgien-dentiste et de réaliser vos soins dentaires tout au long de la grossesse.

Les variations hormonales associées à une mauvaise hygiène buccodentaire peuvent être la cause de gingivite gravidique; vos gencives sont alors sensibles, gonflées, de couleur rouge foncée et saignent facilement.

CONSEIL: Adoptez un **brossage** efficace, régulier.

Consultez votre chirurgien-dentiste pour un bilan de votre état dentaire.

La grossesse est parfois rythmée par des reflux gastriques et des vomissements.

CONSEIL: Rincez-vous la bouche avec une solution de bicarbonate de sodium (une cuillère à café dans un verre d'eau)

La carie, le tartre, la plaque dentaire et la gingivite sont des sources d'infection qui peuvent avoir des conséquences sur le déroulement de votre grossesse.

CONSEIL: Pour vous et votre enfant, prenez soin de vos dents, consultez votre chirurgien dentiste.

Avec une bonne hygiène, vos risques de transmettre, après la naissance, la bactérie responsable des caries à votre enfant est réduit.

CONSEIL: Transmettez lui la vie, pas vos caries.

Tous vos soins médicaux sont pris en charge par la Sécurité Sociale à 100% à compter du 6ème mois de grossesse.

Consultez votre chirurgien dentiste pour un bilan.

ANNEXE II

La prévention bucco-dentaire lors de la visite à domicile des sages-femmes de PMI de Moselle.

Les documents qui suivent sont la propriété du Conseil Général de la Moselle.
Les fiches sont à destination des professionnels.

Santé buccodentaire de la femme enceinte

La grossesse est une période à risque pour la santé buccodentaire.

PHYSIOPATHOLOGIE

Répercussion de la grossesse sur l'état buccodentaire

	Processus	Résultats	Conséquences pathologiques
Modification hormonale	↗ de la vascularisation des muqueuses	• prolifération et fragilisation des tissus muqueux	• gingivites • epulis • gingivorragies facteur aggravant en présence de plaque dentaire
	↘ activité enzymatique de la salive ↘ pH salivaire ↗ quantité de salive ↘ immunité générale	• ↘ immunité locale • déminéralisation • ↗ flore cariogène et des candida • ↗ risque de bactériémie	• caries • candidoses • septicémies
Carence vitaminique	↘ Vitamine C ↘ Vitamine D	• fragilité de la muqueuse buccale	• gingivite • gingivorragies
Reflux gastro-oesophagien	↘ pH de la cavité buccale	• sélection de germes anaérobies • déminéralisation	• caries • candidoses

Répercussion de l'état buccodentaire sur la grossesse

Physiopathologie	Résultat	Conséquences pathologiques
• plaque dentaire • tartre • parodontopathies • carie	• ↗ facteurs de l'inflammation (PgE) • bactériémie	• contractions utérines ↓ dilatation du col ↓ **Risque de prématurité X 7**

FICHE N°6 validée par Mme DROZ - Maître de Conférence au Service d'Odontologie Pédiatrique à NANCY

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

	Action sur les facteurs de risque	Dépistage	Soins - Limitation des complications
Carences	• information sur une alimentation saine et nutritive • stimuler les attitudes éducatives positives (pédagogie du modèle) • promotions des recommandations	• recherche du trouble des conduites alimentaires • recherche d'anémie	• rééquilibrage alimentaire • consultation diététique • prescription de suppléments nutritionnels (vitamine D au 7ème mois - 100 000 u)
Lésions buccodentaires	• information sur l'impact des lésions buccodentaires sur la grossesse, l'allaitement et de la grossesse sur la santé buccodentaire • considérer la carie comme un foyer infectieux • stimuler les attitudes éducatives positives en matière d'hygiène buccodentaire • consultation dentaire préventive 1x/an • information sur la prise en charge • promotion des recommandations	• évaluation de l'hygiène buccodentaire • évaluation des facteurs de risque • consultation dentaire de dépistage systématique	• traitement dentaire conservateur • traitement médical adapté • limiter les soins à l'apaisement de la douleur et au traitement anti-infectieux (général et local) lors du 1er trimestre de la grossesse et les 2 derniers mois → pas de contre-indication aux soins de la carie du 4ème au 7ème mois → pas de contre-indication aux radiographies dentaires (avec certaines protections), ni aux anesthésiques locaux → précautions pour la pose et la dépose d'amalgames au Hg, la prescription d'antalgiques, d'antibiotiques → précautions lors de l'installation de la patiente sur le fauteuil (éviter le décubitus dorsal → préférer le décubitus latéral partiel)
Reflux gastro-oesophagien	• information de l'impact du reflux gastro-oesophagien sur la sphère bucco-dentaire	• le rechercher systématiquement	• prescription d'anti-acides • conseiller de se rincer la bouche avec du bicarbonate plutôt que de se brosser les dents et boire du lait plutôt que des boissons acides

RECOMMANDATIONS AUX FEMMES ENCEINTES

- ✓ *alimentation saine et nutritive*
- ✓ *supplémentation en Vitamine D au 7ème mois (100 000 u)*
- ✓ *pas de supplémentation en fluor par voie générale en prénatal, mais application de produits fluorés topiques possible renforcement de l'hygiène buccodentaire pendant la grossesse (brossage quotidien 3x/jour)*
- ✓ *consultation systématique au 1er trimestre de la grossesse et au 7ème mois*
  (il n'existe aucune contre-indication, bien au contraire, à réaliser les soins nécessaires chez les femmes enceintes, sous réserve de certaines précautions - cf. Tableau)
- ✓ *éviter les irritants locaux (tabac, prothèses)*
- ✓ *en cas de reflux gastro-oesophagien, il est conseillé de :*
  - *se rincer la bouche avec du bicarbonate plutôt que de se brosser les dents*
  - *de boire du lait plutôt que des boissons acides. Le brossage des dents, 3 fois par jour, doit être poursuivi.*

En 1960, Paul KEYES révolutionna la pensée sur la carie dentaire. Il a développé la notion selon laquelle la bactérie (Streptococcimutans= Sm) responsable de l'initiation de la carie, présente dans la plaque dentaire était transmissible d'une génération à l'autre, des individus infectés aux non infectés, par une transmission directe de la flore bactérienne buccale.

Ces bactéries sont absentes de la bouche de l'enfant pendant sa première année. Leur nombre augmente avec l'âge, le nombre des dents et des sites rétentifs sur les faces dentaires.

Par l'utilisation des empreintes chromosomiques de l'ADN bactérien, la mère a été identifiée comme principale source de l'infection bactérienne Elle a lieu entre le 19ème et le 33ème mois de l'enfant avec un âge médian de 26 mois.

De plus, on a pu mettre en évidence que certaines souches étaient plus virulentes, autrement dit plus cariogènes que d'autres.

Une fois cette contamination faite, l'enfant conserve ces bactéries dans sa flore buccale. La présence de ces bactéries, à elle seule, est insuffisante pour le développement du processus carieux . Mais sans celles-ci, il est minimal ou impossible

La prévention "primaire-primaire" concerne l'ensemble des moyens qui peuvent être utilisés afin de diminuer, d'éviter ou de retarder la colonisation de la bouche de l'enfant par les Sm par son entourage. Il est important que l'enfant ne soit pas contaminé avant l'âge de la fenêtre de contamination potentielle.

Il est difficile d'empêcher cette contamination car elle s'effectue dans des gestes de la vie quotidienne que la mère n'identifie pas comme étant à risque.

Certaines études ont donc opté pour des actions préventives visant à réduire le taux de Sm chez les mères, avec succès.

Les soins prophylactiques apportés à la femme enceinte sont donc un moyen efficace de prévenir la carie dentaire de l'enfant.

MOSELLE

POUR VOUS ET VOTRE ENFANT, PRENEZ SOIN DE VOS DENTS !

Le saviez-vous ?

I. CONNAISSEZ-VOUS LES DICTONS ?

"A chaque grossesse, on perd une dent"
"Un enfant, une dent en moins"

II. EST-IL POSSIBLE DE L'EVITER ?

Les modifications hormonales dues à la grossesse fragilisent les dents, mais ce n'est pas une fatalité. Il faut :

- limiter les boissons sucrées,
- se brosser les dents 3 fois par jour,
- faire un bilan dentaire chez son dentiste dès le 1er trimestre de la grossesse.

III. LA CARIE DENTAIRE EST-ELLE DUE A UNE INFECTION ?

La carie dentaire est due à un microbe qui infecte la dent.

IV. LES ACIDITES GASTRIQUES ACCENTUENT-ELLES LES RISQUES DE CARIES ?

Le reflux gastrique augmente l'acidité dans la bouche, ce qui favorise le risque d'infection. Il faut se rincer la bouche avec du bicarbonate de sodium en cas de reflux et boire du lait plutôt que des boissons acides (comme le coca-cola).

V. LES DENTISTES PEUVENT-ILS SOIGNER LES DENTS D'UNE FEMME ENCEINTE ?

Les dentistes doivent soigner une dent infectée même pendant la grossesse.

VI. LA SANTE DE VOS DENTS PEUT-ELLE AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR VOTRE GROSSESSE ?

Les maladies buccodentaires risquent d'entraîner des contractions responsables d'accouchements prématurés.

Une maman dont les dents sont bien soignées a moins de risque de transmettre le microbe de la carie à ses enfants (contacts salivaires par les sucettes, cuillères…).

POUR PLUS D'INFORMATION, LA SAGE-FEMME DE PMI EST A VOTRE DISPOSITION.

ANNEXE III

Santé buccodentaire et grossesse : compte rendu d'examen

Date de l'examen:
Age de la grossesse :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Schéma dentaire :

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	**47**	**46**	**45**	**44**	**43**	**42**	**41**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**

Indiquer : A dent absente ; C : dent cariée ; O : dent obturée

Santé gingivale :

Présence de plaque dentaire : □ absente □peu étendue □ très étendue
Gingivite : □ absente □ légère sévère
Parodontopathie : oui non

Nécessité de soins :□

Soins urgents :
Dents conservables, à soigner :
Dents à avulser :
Détartrage
Précautions particulières à préciser

Prévention :

Conseils alimentaires (alimentation variée, pas de grignotage)
Education à l'hygiène bucco-dentaire
Conseils relatifs à l'hygiène de vie (tabac…)

Contrôle souhaité : □ oui □ non

à quelle date ?

Commentaires :

Réalisé par :

RESUME

Au cours de la grossesse, de nombreuses modifications s'observent dans le corps de la femme. La cavité buccale est aussi concernée pouvant aboutir à des pathologies type gingivites, parodontites et épulis.

A l'inverse, les pathologies bucco-dentaires ont des répercussions sur la grossesse telles que la menace d'accouchement prématuré.

Malgré ces conséquences non négligeables, ce domaine n'est que peu exploré par les sages-femmes lors du suivi de grossesse.

Lors de ce travail, afin d'évaluer l'information dispensée aux patientes, nous explorerons les connaissances des femmes sur le lien de la santé bucco-dentaire et la grossesse. Nous pouvons en conclure que les femmes sont bien informées et malgré cela, les patientes ne consultent pas en masse.

Les sages-femmes ont la possibilité d'informer les patientes au cours de l'entretien prénatal individuel ou des consultations prénatales et de les orienter vers une consultation bucco-dentaire.

Il est nécessaire de créer une dynamique entre les différents acteurs de prévention (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et chirurgiens-dentistes) afin de mettre en place une véritable prise en charge. Une patiente bien informée et consultant régulièrement son chirurgien-dentiste, aura une meilleure santé bucco-dentaire et moins de risque de développer des pathologies.

Mots clés : grossesse, hygiène bucco-dentaire, maladies parodontales, menace d'accouchement prématuré, prévention.