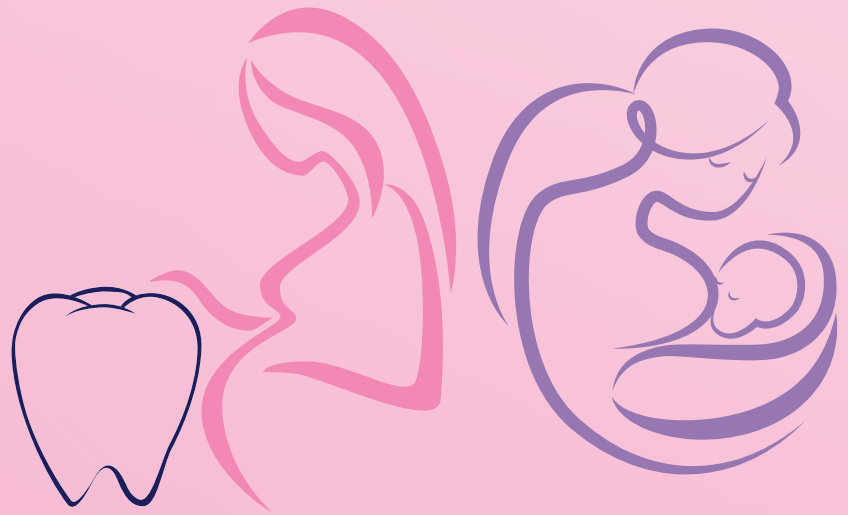




Recommandations pour la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte et allaitante 2017

Référentiel



A.G.O.S

Association des Gynécologues
Obstétriciens de Sfax



Tunisian A.C.A.D.M.I

Advanced health Care Association
for Dental and Medical Interaction



**Service de Médecine Dentaire
& Service de Gynécologie - Obstétrique**

CHU Hédi Chaker de SFAX

Sommaire

Introduction.....	1
Liste des participants.....	2
Méthodologie de travail.....	3
1^{ère} partie : Les modifications bucco-dentaires de la femme enceinte.....	4
1- Les modifications physiologiques de la grossesse influant la santé bucco-dentaire	5
1-1 Modifications immunologiques	
1-2 Modifications tissulaires	
1-3 Modifications vasculaires	
2- Les manifestations bucco-dentaires chez la femme enceinte.....	5
2-1 Manifestations muqueuses	
2-1-1 La gingivite gravidique	
2-1-2 L'épulis gravidique	
2-2 Manifestations salivaires	
2-2-1 Manifestation quantitative : hyper-sialorrhée	
2-2-2 Manifestation qualitative	
2-3 Manifestations dentaires	
2-3-1 La carie dentaire	
2-3-2 L'érosion / L'hyperesthésie	
2-3-3 La mobilité dentaire	
2-4 Manifestations infectieuses	
3- Conseils et recommandations à la femme enceinte.....	9
2^{ème} partie : Influence de la maladie parodontale sur le déroulement de la grossesse	10
1- Définition de la maladie parodontale.....	11
2- Le lien entre la maladie parodontale et les complications de la grossesse	12
2-1 Accouchement prématuré	
2-2 Petit poids pour l'âge gestationnel	
2-3 Pré-éclampsie	
3- Mécanismes physio-pathogéniques expliquant le lien entre la maladie parodontale et les complications de la grossesse	13
4- Influence du traitement parodontal sur les complications de la grossesse	14
5- Conclusion et recommandations.....	14

3ème partie : Prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte	16
1- Particularités des soins dentaires chez la femme enceinte.....	17
1-1 Le moment idéal des soins dentaires	
1-2 La position de travail la plus adaptée	
1-3 L'anesthésie en médecine dentaire	
1-4 Les examens radiologiques	
1-5 L'amalgame dentaire	
2- La prescription médicamenteuse chez la femme enceinte	18
2-1 Les antibiotiques	
2-2 Les antalgiques	
2-3 Les anti-inflammatoires	
2-4 Les antifongiques	
2-5 Les antiseptiques	
2-6 Les médicaments contre l'hyperacidité gastrique	
2-7 Le fluor	
3- Indications/Contre indications	23
3-1 Les soins dentaires contre indiqués chez la femme enceinte	
3-2 Situations obstétricales qui contre indiquent les soins dentaires	
4- Situations particulières	24
4-1 Femme enceinte et hypertension artérielle	
4-2 Diabète gestationnel/ Diabète et grossesse	
4-3 Femme enceinte sous anti-thrombotiques	
4ème partie : Prise en charge bucco-dentaire de la femme allaitante	27
1- Prescriptions médicamenteuses chez la femme allaitante	28
1-1 Principes généraux	
1-2 Anesthésie et allaitement	
1-3 Médicaments et allaitement	
1-3-1 Les antibiotiques	
1-3-2 Les antalgiques	
1-3-3 Les anti-inflammatoires	
1-3-4 Les antifongiques	
1-3-5 Les antiseptiques	
1-3-6 Les médicaments contre l'hyperacidité gastrique	
1-3-7 Le fluor	
2- Relation entre la santé bucco-dentaire maternelle et infantile	33
2-1 Facteurs responsables du passage des bactéries cariogènes de la mère à l'enfant	
2-2 Recommandations et conseils pour minimiser la transmission précoce des bactéries cariogènes de la mère à l'enfant	
Annexe 1 : Rôle de l'allaitement maternel sur la croissance crânio-faciale	35
chez le nourrisson	
Annexe 2 : Lettre de liaison Gynécologue-Médecin Dentiste.....	38
Conclusion	39



Introduction

La grossesse entraîne des changements physiologiques majeurs qui bouleversent la santé bucco-dentaire de la femme enceinte. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut également avoir des conséquences sur le bon déroulement de la grossesse à type d'accouchement prématuré, d'hypotrophie fœtale et de prééclampsie.

D'autre part, plusieurs organisations et associations scientifiques internationales insistent sur l'importance de la santé bucco-dentaire de la femme enceinte et allaitante afin de réduire la transmission de bactéries cariogènes des mères à leurs enfants.

Cependant, en Tunisie, peu de femmes enceintes ont accès aux soins dentaires dans le cadre de leurs suivies prénataux. Aujourd'hui, parmi les examens obligatoires au cours de la grossesse, aucun ne concerne la santé bucco-dentaire. Ces questions sont également peu abordées à la consultation prénatale.

Dans ce cadre, la « Tunisian Advanced health Care Association for Dental and Medical Interaction » (Tunisian ACADMI), l'association des gynécologues obstétriciens de Sfax (AGOS), les services de gynécologie et de médecine dentaire au CHU HédiChaker de Sfax/Tunisie, sont honorés de vous présenter ces recommandations, argumentées par des données scientifiques récentes, sur la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte et allaitante.

Ce travail aborde, en une première partie, les différentes modifications bucco-dentaires pendant la grossesse et les moyens préventifs et curatifs proposés. La deuxième partie est consacrée à l'étude de l'influence de la maladie parodontale et du traitement parodontal sur certaines complications de la grossesse. Les deux dernières parties s'intéressent aux particularités de la prise en charge bucco-dentaires chez la femme enceinte et allaitante.

Nous espérons que ce travail servira pour guide à tout professionnel de santé prenant en charge la femme enceinte et allaitante afin d'améliorer la santé bucco-dentaire chez ces parturientes et leurs enfants.

Liste des participants

Coordinateurs :

Dr Doukira Louati.....(Gynécologue, Pr Ag HU)
Dr Ines Hachicha.....(Médecin Dentiste spécialiste en
MCB, SP)

Groupe de Travail :

Dr Achraaf Abdelhedi.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Abdallah Dammak(Gynécologue, AHU)
Dr Ahmed Amine Chaabane.....(Médecin
Dentiste Spécialiste en ODF, LP)
Dr Afif Hakim.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Ahlem Feriani.....(Médecin Dentiste, SP)
Dr Amen Hentati.....(MédecinDentiste, LP)
Dr Asma Elloumi(MédecinDentiste, LP)
Dr Balkis Hamza.....(MédecinDentiste, LP)
Dr Chema HadjTaib.....(MédecinDentiste, LP)
Dr Doukira Louati.....(Gynécologue, Pr Ag HU)
Dr Donia Fourati.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Emna Kammoun.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Fadoua Bellaaj.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Faouzi Bouzid.....(Gynécologue, LP)
Dr Fatma Chabchoub.....(Médecin Dentiste, SP)
Dr Fatma Ben Jdidia.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Fatma Mehdi.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Habib Midassi.....(Gynécologue, LP)
Dr Habiba Khemekhem.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Hana Amouri.....(Médecin Dentiste
Spécialiste en Paro, LP)
Dr Hasna Gargouri.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Hela Kammoun.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Hichem Gassara(Gynécologue, AHU)
Dr Ines Hachicha.....(Médecin Dentiste spécialiste en
MCB, SP)
Dr Kais Chaabane.....(Gynécologue,
Chef de service HU)
Dr Khadija Bellaaj.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Khaled Trigui.....(Gynécologue, AHU)
Dr Leila Guedri.....(Médecin Dentiste, SP)
Dr Mariem Hadded.....(Médecin Dentiste)
Dr Melek Chakchouk.....(Médecin Dentiste, LP)

Dr Mohamed Derbel.....(Gynécologue, AHU)
Dr Mohamed Guermazi.....(Gynécologue, LP)
Dr Mohamed Mnif.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Mourad Guargouri.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Ridha Rekik(Gynécologue, LP)
Dr Rim Hammemi.....(Médecin Dentiste, SP)
Dr Rym Chaari.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Sahbi Kebaili(Gynécologue, Pr Ag HU)
Dr Sami Megdich.....(Gynécologue, LP)
Dr Sawsan Ben Hlima.....(Gynécologue, AHU)
Dr Sawssen Njeh.....(Médecin Dentiste)
Dr Souad Bellaaj.....(Médecin Dentiste,
Spécialiste en Paro, LP)
Dr Taher Safi.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Wafa Gheryani.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Walid Ghorbel.....(Médecin Dentiste,
Chef de service HU)
Dr Yamen Boujelben.....(Médecin Dentiste,
Spécialiste en PC, LP)

Comité de synthèse :

Dr Abdelhamid Ammous.....(Gynécologue, LP)
Dr Abdellatif Ben Salah.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Ahmed Amine Chaabane....(Médecin Dentiste,
Spécialiste en ODF, LP)
Dr Amine Ghorbel.....(Gynécologue, LP)
Dr Doukira Louati.....(Gynécologue, Pr Ag HU)
Dr Faouzi Bouzid.....(Gynécologue, LP)
Dr Fatma Khanfir.....(Gynécologue, AHU)
Dr Fatma Zouari.....(Gynécologue, AHU)
Dr Habib Amouri.....(Gynécologue, LP)
Dr Habib Midassi.....(Gynécologue, LP)
Dr Hasna Gargouri.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Hichem Gassara(Gynécologue, AHU)
Dr Ines Hachicha.....(Médecin Dentiste spécialiste en
MCB, SP)
Dr Kais Chaabane.....(Gynécologue,
Chef de service HU)
Dr Khaled Trigui.....(Gynécologue, AHU)
Dr Mohamed Derbel.....(Gynécologue, AHU)
Dr Mohamed Guermazi.....(Gynécologue, LP)
Dr Mohamed Hammami.....(Gynécologue, LP)
Dr Mohamed Mnif.....(Médecin Dentiste, LP)

Dr Nouha Jallouli.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Ridha Rekik(Gynécologue, LP)
Spécialiste en PC,
Dr Rym Chaari.....(Médecin Dentiste, LP)
Dr Sami Megdich.....(Gynécologue, LP)
Dr Sawsan Ben Hlima.....(Gynécologue, AHU)
Dr Yamen Boujelben.....(Médecin Dentiste,
Spécialiste en PC, LP)

Nos remerciements à «Dr Manel Turki» (Professeur agrégée en Pharmacologie et chef de service de la Pharmacie au CHU Hédi Chaker) et «Dr Mourad Mseddi» (Pharmacien Pharmacologue) pour leur précieuse participation à l'élaboration de ce travail.

*HU : Hospitalo-universitaire,*SP : santé publique,
*LP : Libre Pratique, *MCB : Médecine et chirurgie buccales,
*ODF : Orthopédie dento-faciale, *Paro : Parodontologie,
*PC : Prothèse conjointe.

Méthodologie de travail :

Un appel à candidature pour faire partie des groupes de travail sur le thème « femme enceinte et allaitante et santé bucco dentaire » a été lancé auprès des médecins dentistes et des gynécologues de la région de Sfax.

L'objectif de ce travail est d'élaborer des recommandations de prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte et allaitante.

Les participants bénévoles ont été répartis en quatre groupes. Chaque groupe a discuté une des quatre parties de ce document en se référant aux données actuelles de la littérature.

Le rapport final a été validé par un comité de synthèse.

En complément de ce référentiel, un texte court des recommandations est résumé dans un livret : guide du médecin (GDM) .

Une lettre de liaison entre le gynécologue et le médecin dentiste est élaborée pour optimiser la collaboration entre ces deux intervenants.

Ces documents sont disponibles sur
«www.tunisianacadmi.org» .

1^{ère} PARTIE :
***Les Modifications Bucco-Dentaires
de la Femme Enceinte***

La grossesse, moment privilégié de la vie d'une femme, reste un état physiologique caractérisé par des modifications physiques, métaboliques, hormonales et comportementales. Ces modifications peuvent avoir des répercussions orales au niveau de la flore parodontale, du système immunitaire et tissulaire exposant ainsi la femme à un risque accru d'affection du parodonte et des dents.

1- Les Modifications Physiologiques de la Grossesse influant la Santé Bucco-Dentaire :

Les modifications physiologiques qui surviennent chez la femme enceinte résultent essentiellement de l'activité endocrinienne du placenta qui amplifie la sécrétion des œstrogènes et de la progestérone. La sécrétion de ces hormones augmente pendant la grossesse avec une concentration qui est multipliée par dix pour la progestérone et par trente pour l'œstradiol. L'augmentation de leurs taux entraîne des modifications immunologiques, tissulaires et vasculaires sur le milieu buccal.

1-1 Modifications Immunologiques

L'augmentation du taux de la progestérone engendre une immunodépression générale. Ainsi, les tissus parodontaux deviennent plus sensibles à l'action pathogène de la plaque bactérienne par diminution de l'action antibactérienne des neutrophiles.^{1,2,3}

1-2 Modifications Tissulaires

L'augmentation du taux d'œstrogène et de la progestérone entraîne une fluidité plus importante de la matrice des tissus conjonctifs. En effet, elles exercent une action inhibitrice sur la synthèse des fibroblastes, présents dans les ligaments entre autre le ligament alvéolo-dentaire.

De plus, une diminution de la kératinisation pendant cette période entraîne une déficience de la barrière épithélio-conjonctive facilitant le passage des bactéries.^{2,4,5}

1-3 Modifications Vasculaires

La progestérone agit sur la perméabilité vasculaire gingivale, induisant une prolifération et une néoformation capillaire. Ceci aura comme conséquence une hyper-vascularisation responsable de la tendance œdémateuse et congestive de la gencive chez la femme enceinte.^{2,4,5}

2 - Les Manifestations Bucco-Dentaires chez la Femme Enceinte :

2-1 Manifestations Muqueuses

2-1-1 La Gingivite Gravidique

• Clinique

Il s'agit d'une inflammation gingivale et elle est présente chez 30 à 100% des femmes enceintes. Cette gingivite s'installe au cours du troisième mois, et ne régresse que dans le post partum, mais elle peut persister et évoluer selon un mode chronique.

La gingivite gravidique est caractérisée cliniquement par une gencive de couleur rouge violacée due à l'augmentation de sa vascularisation, des contours plus prononcés au niveau des papilles inter-dentaires, une consistance molle, œdémateuse et une texture lisse, brillante et fragile (Figure 1). Un saignement provoqué par le brossage et même spontané est un signe constant.



Figure 1 :
La gingivite gravidique

• **Physio-pathogénie**

La gingivite gravidique est répertoriée selon la classification d'American Association of Periodontology 1999 comme étant « gingivite liée à la plaque bactérienne et associée aux facteurs systémiques notamment les modifications hormonales ».

- Facteur inducteur : la négligence de l'hygiène buccale en raison des troubles neuro-végétatifs chez la femme enceinte au début de la grossesse.

- Facteur aggravant : les modifications hormonales augmentant la sensibilité des tissus parodontaux à la plaque bactérienne, ce qui amplifie la réaction inflammatoire initialement induite par la plaque bactérienne.

• **Traitement**

Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire associée à un détartrage permet d'améliorer la symptomatologie clinique. L'utilisation de bains de bouche antiseptiques à base de Chlorhexidine est conseillée.^{4,5,6,7,8}

2-1-2 L'Épulis Gravidique

• **Clinique**

La fréquence de cette pseudo-tumeur chez la femme enceinte est estimée à 5%. Il s'agit d'un nodule gingival de petite taille, rouge, pédiculé ou sessile à surface irrégulière. Il se développe préférentiellement au niveau de la gencive antéro-supérieure. Il peut atteindre un diamètre de 2 cm et peut être bilobée de part et d'autre des dents. Il apparaît généralement vers le troisième trimestre de la grossesse et régresse habituellement spontanément après l'accouchement. Il peut devenir ulcéré et douloureux. (Figure 2).



Figure 2 :
Épulis gravidique⁵

• **Physio-pathogénie**

L'épulis gravidique est due à la présence de plaque bactérienne et souvent à la présence d'irritants locaux : tartre, prothèses mal adaptées, débris alimentaires, obturations défectueuses.

Le système immunitaire de la mère présente des changements particuliers qui réduisent la réaction de défense des tissus gingivaux contre les facteurs irritants locaux.

• **Traitement**

- Motivation à l'hygiène et enseignement d'une bonne méthode brossage

- Traitement Parodontal

- Suppression du facteur irritant local : refaire une obturation coronaire, ajuster une prothèse,...

- Exérèse chirurgicale de l'épulis n'est indiquée pendant la grossesse que lorsque la lésion est douloureuse, inesthétique ou causant une gêne fonctionnelle vu le risque important de récurrence pendant cette période.

L'épulis gravidique disparaît généralement après l'accouchement ou après la période d'allaitement. En cas de persistance, l'exérèse chirurgicale s'impose.^{4,5,6,7,9}

2-2 Manifestations Salivaires

2-2-1 Manifestation Quantitative : Hyper-sialorrhée

Le ptyalisme ou hyper-sialorrhée fait partie des signes sympathiques de la grossesse. C'est une hyper salivation transitoire, de courte durée principalement en début de grossesse, souvent accompagné par le vomissement matinal, obligeant la femme à déglutir souvent.

Les causes du ptyalisme peuvent être diverses :

- Il peut survenir pour compenser le reflux gastro-oesophagien (RGO). Il neutralise ainsi les acides gastriques à l'aide du pouvoir tampon des bicarbonates salivaires et protège les parois œsophagiennes contre l'irritation chronique.

- Il peut être en rapport avec les nausées et les vomissements. On constate que les femmes enceintes sujettes à ce problème de vomissements évitent bien souvent d'avaler leur salive, ce qui provoque dans la plupart des cas un problème d'hypersalivation.

- Il a été décrit aussi que même la grossesse peut être une cause de stress qui pourrait engendrer une hypersalivation.^{4,10}

2-2-2 Manifestation Qualitative :

La modification de la composition salivaire est présente chez toutes les femmes enceintes. Elle est perceptible parfois comme une sensation d'amertume. La salive retrouve sa composition initiale spontanément en post partum.

• Modification du pH salivaire

Le pH salivaire baisse régulièrement chez la femme enceinte jusqu'à la valeur de 6,2 (valeur normale entre 6,6 et 7,2). Ceci est dû à la baisse des ions bicarbonates (HCO_3) salivaires.

La modification du pH est due aussi à d'autres facteurs tels que le déficit en calcium, les vomissements, le RGO et la consommation d'aliments à dégradation acide.

Cette modification du pH favorise le développement d'une flore bactérienne pathogène.^{10,11,12}

• Modification de la composition biochimique

Les études comparatives entre les femmes enceintes et non enceintes ont montré que la composition biochimique est quasiment la même. La diminution du calcium et l'augmentation du phosphore dans la salive sont non significatives.^{10,11,12}

Rio et al. ont démontré une diminution de la concentration de glucose dans la salive tout au long de la grossesse.¹¹

• Le système de défense

Le système de défense salivaire spécifique (IgA salivaires) et non spécifique (les lysozymes) est sensiblement altéré par les modifications hormonales pendant la grossesse.¹⁰

2-3 Manifestations Dentaires

2-3-1 La Carie Dentaire

La théorie qui disait que la déminéralisation des dents chez la femme enceinte est due à la mobilisation du calcium et du phosphore lors de l'édification du squelette du fœtus ont été abandonnées.¹³

Cependant, plusieurs études ont montré que la carie dentaire est plus fréquente chez la femme enceinte. Mital¹⁴ et Rakchanok¹⁵ ont montré que la femme enceinte est 2 à 3 fois plus exposée à la carie dentaire que celle non enceinte.

• Physio-pathogénie

La carie est la destruction progressive des tissus durs de la dent. Elle est d'origine bactérienne associée à la présence de la plaque dentaire non éliminée par le brossage. Les bactéries vont transformer les sucres des débris en acides. Ces acides attaquent l'émail des dents en provoquant une déminéralisation puis un effondrement des tissus dentaires et la formation d'une cavité de carie.

Le mécanisme de la carie est la résultante de quatre facteurs concomitants qui sont modifiés pendant la grossesse.(Figure 3)

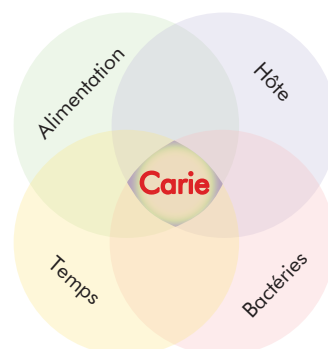


Figure 3 :
Schéma de Keyes
modifié¹⁵

• Hôte :

Le milieu buccal, qui devenu plus acide, est favorable au développement de la carie à cause :

- d'une hygiène buccale défectueuse en raison des troubles neuro-végétatifs
- du reflux gastro-oesophagien (RGO) responsable de la fragilisation du tissu dentaire par l'acidité.
- des modifications salivaires quantitatives et qualitatives induisant une diminution du pH.
- d'une diminution de la fonction protectrice de la salive.

• Alimentation :

Pour remédier à l'inconfort causé par les nausées, les vomissements et le RGO, fréquents au cours de la grossesse, la femme enceinte va généralement modifier son comportement alimentaire conditionné par son changement de goût.

La prise alimentaire chez la femme enceinte est souvent fractionnée et moins équilibrée : on note une préférence aux aliments sucrés et très acides (agrumes, vinaigrette, sodas, jus de fruits...).

• Bactéries :

Ils prennent la devance vu le terrain favorable : immunodéficiência, accumulation de plaque dentaire par manque de brossage, milieu acide...

L'acidité buccale favorise le développement de la flore cariogène comme les Streptocoques Mutans.

• Temps :

La grossesse est une longue période permettant le processus de déminéralisation.

De plus, la fragmentation des repas et le grignotage pendant la grossesse empêche la salive de jouer son rôle de nettoyage et de protection, ce qui favorise les caries dentaires.^{4,5,6,15}

2-3-2 L'Érosion/l'Hyperesthésie

• Clinique

L'érosion dentaire est la perte de substance non cariogène des tissus dentaires. Elle peut être observée chez la femme enceinte au niveau des tables occlusales et surtout des faces palatines des dents antérieures.

L'hyperesthésie, assez fréquente chez la femme enceinte, se manifeste par une hypersensibilité aux aliments acides, froids ou chauds. Elle est généralement observée tout au long de la grossesse.

• Physio-pathogénie

La survenue de l'érosion dentaire est liée à l'attaque acide provoquée par les vomissements matinaux, par les RGO, et par la consommation fréquente d'aliments et de boissons acides.

Ce phénomène est à l'origine des sensations d'hyperesthésie par dissolution de la couche protectrice de l'émail.^{5,6}

2-3-3 La Mobilité Dentaire

Il s'agit d'une légère mobilité perceptible par la patiente elle-même et peut être douloureuse.

Les mobilités dentaires observées chez la femme enceinte pourraient être expliquées par un relâchement du desmodonte due probablement à l'œstrogène.

La rémission est spontanée après l'accouchement.^{5,6}

2-4 Manifestations Infectieuses

La baisse de l'immunité ainsi que le manque de suivi chez le dentiste pendant la grossesse sont à l'origine de l'évolution rapide des foyers infectieux bucco-dentaires (Abscess, Périonarite de la dent de sagesse...). Ces infections peuvent diffuser vers les tissus adjacents et évoluer ainsi vers la cellulite faciale ou l'adénophlegmon.

Le traitement médical et étiologique doit être instauré en urgence.

Le traitement dentaire (conservation ou extraction) peut être fait pendant la grossesse pour éviter les récidives.⁴

3 - Conseils et Recommandations à la Femme Enceinte :

Les professionnels de santé exerçant auprès des femmes enceintes (Gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, professionnels des maternités, chirurgiens-dentistes) doivent être sensibilisés afin de donner des conseils d'éducation pour l'hygiène bucco-dentaire. Un contrôle rigoureux de la plaque bactérienne par un brossage régulier et efficace permet de minimiser la survenue de ces complications bucco-dentaires.

D'autres précautions sont à prendre en considération :

- Instaurer une alimentation équilibrée non cariogène, riche en vitamines et protéines.
- Réduire les aliments très acides (agrumes, vinaigrette, sodas, jus de fruits)
- Eviter tout brossage juste après un vomissement mais préférer un rinçage à l'eau couplé au bicarbonate de sodium.
- Utiliser un bain de bouche antiseptique à base de Chlorhexidine dès l'apparition des signes de gingivite.
- Appliquer du fluor et des pâtes dentifrices pour renforcer la structure dentaire en cas d'hypersensibilité dentaire.
- Ne pas hésiter à consulter le médecin dentiste dès le début de la grossesse pour prévenir des éventuelles complications bucco-dentaires.

A retenir

- **Les manifestations bucco-dentaires survenues pendant la grossesse sont généralement bénignes et transitoires. Cependant, elles peuvent altérer la qualité de vie de la patiente et influencer son régime alimentaire qui doit être équilibré pour la bonne santé materno-fœtale.**
- **Une prise en charge précoce par le « médecin dentiste » et des conseils de la part de le « gynécologue-obstétricien » sont le meilleur moyen pour prévenir et gérer ces manifestations.**

Bibliographie

- 1- Madianos PN. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. J Periodontol 2013;84(4 Suppl.):S170-S180
- 2- Figuero E et al. Effect of pregnancy on gingival inflammation in systemically healthy women: a systematic review. J Clin Periodontol 2013 ; 40: 457-473
- 3- Srivastava A et al. Effects of Sex Hormones on the Gingiva in Pregnancy: A Review and Report of Two Cases. J Periodontol Implant Dent 2011 ; 3(2):83-87
- 4- Cordier G. et al. Stomatologie et grossesse. EMC - Obstétrique/Gynécologie 2013 ;8(4) : 1-5
- 5- Silva de Araujo Figueiredo C et al. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. J. Obstet. Gynaecol. 2017 ;43(1) :16-22.
- 6- Silk H. et al. Oral Health During Pregnancy. Am Fam Physician. 2008;77(8):1139-1144
- 7- Naseem M. et al Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. The Saudi Journal for Dental Research. 2016 ;7(2) :138-146
- 8- Ovadia R et al. Relationship between pregnancy and periodontal disease. Medicine and Biology. 2007;14(1):10 – 14
- 9- Nova Cruz L E R et al. Clinical evaluation at two-year follow-up control of pregnancy granuloma. Archives of Oral Research 2012;8(1):81-85.
- 10- Rockenbach M et al. Salivary flow rate, pH, and concentrations of calcium, phosphate, and sIgA in Brazilian pregnant and non-pregnant women. Head & Face Medicine 2006; 2(44) :1-5
- 11- Rio R et al. The biochemistry of saliva throughout pregnancy. Medical Express (São Paulo, online).2015;2(5)
- 12- Jain K et al. Prevalence of oral lesions and measurement of salivary pH in the different trimesters of pregnancy. Singapore Med J 2015; 56(1): 53-57
- 13- Jacquet J. Santé bucco-dentaire : grossesse et prévention. Gynécologie et obstétrique. 2009
- 14- Mital I. et al. Dental caries and gingivitis in pregnant women. Sch. J. App. Med. Sci 2013 ; 1(6): 718-723
- 15- Rakchanok N. et al. Dental caries and gingivitis among pregnant and non pregnant women in Chiang Mai, Thailand. Nagoya J Med Sci 2010 ; 72 (1-2) : 43-50

2^{ème} PARTIE :
***Influence de la Maladie Parodontale
sur le Déroulement de la Grossesse***

Depuis 1996 des hypothèses montrent que certaines pathologies dentaires constituent un facteur de risque sur le bon déroulement de la grossesse à savoir la pré-éclampsie, la menace d'accouchement prématuré et le petit poids pour l'âge gestationnel¹⁶.

1 - Définition de la Maladie Parodontale

Les parodontopathies sont des pathologies inflammatoires induites par le biofilm bactérien. Elles touchent le parodonte, tissu de soutien de la dent qui assure le maintien de la dent dans son alvéole. (Figure 4). Ce tissu comprend la gencive, le ciment (qui recouvre la totalité de la racine), l'os alvéolaire et le ligament alvéolo-dentaire (qui s'étend entre le ciment et l'os alvéolaire).

On décrit deux types de parodontopathies :

• Les gingivites :

Ce sont des atteintes inflammatoires réversibles de la gencive marginale induites par la plaque bactérienne qui se limitent aux tissus mous supra-crêtaux.

Les symptômes cliniques sont une rougeur, un œdème (et/ou une hypertrophie) et des saignements spontanés (et/ou provoqués par le brossage ou le bol alimentaire)

• Les parodontites :

Ce sont des pathologies inflammatoires irréversibles du parodonte induites par la plaque bactérienne et caractérisées cliniquement par les signes de la gingivite avec une destruction des tissus de soutien de la dent superficiels (gencive,...) et profonds (os alvéolaire,...). La résorption osseuse conduit à la formation d'une poche parodontale plus ou moins profonde avec une flore très complexe et une forte composante anaérobie Gram négative parodontopathogène.¹⁷

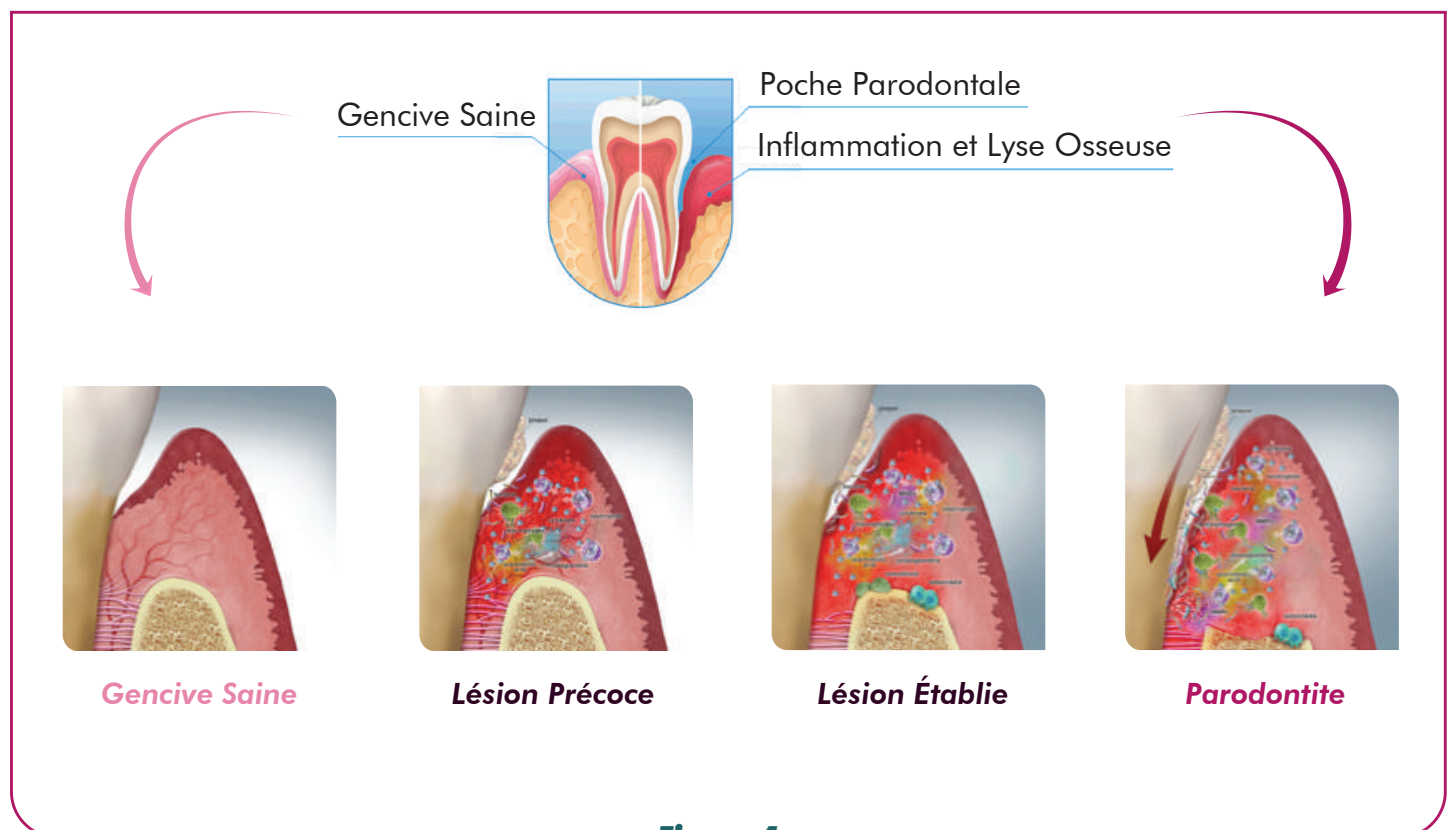


Figure 4 :
Schéma explicatif des mécanismes étiopathogéniques de la maladie parodontale

2 - Le Lien entre la Maladie Parodontale et les Complications de la Grossesse :

2-1 Accouchement Prématuro

Un accouchement prématuré est défini par tout accouchement survenu avant la 37^{ème} semaine d'aménorrhée.

Selon l'OMS, la prématurité est en constante augmentation depuis plus de 15 ans et près d'un bébé sur 10 né prématurément dans le monde avec un taux qui varie entre 5% et 18%.¹⁸

La naissance prématurée est la 1^{ère} cause de mortalité néonatale et plus de 1 million d'enfants décèdent chaque année en raison des complications liées à la prématurité. Un nombre considérable des survivants souffrent d'une infirmité motrice.¹⁹

En Tunisie, selon le rapport de l'OMS de 2010, le taux de prématurité est estimé à 8,9%.¹⁸

L'étude d'Offenbacher de 1996, est la première étude qui a rapporté que 18% des naissances prématurées seraient dues à une parodontite chez la mère.¹⁶

Les revues systématiques de la littérature et les méta-analyses ont conclu à l'existence d'une corrélation entre les affections parodontales et les naissances prématurées^{20,21,22, 23}

L'étude de Khader en 2005 a montré que les femmes atteintes de parodontites avaient 4,28 fois plus de risque d'accoucher prématurément²²

Vergnes et Sixou en 2007 ont étudié 17 publications réunissant un total de 7151 patientes. Seize études montraient une association significative entre accouchement prématuré et parodontites dont neuf présentaient un OR très significatif lorsque l'accouchement prématuré était couplé au faible poids de naissance (OR 2,83)²³

2-2 Petit Poids pour l'Age Gestationnel

On entend par bébé de petit poids pour l'âge gestationnel les bébés avec un poids

à la naissance inférieur à 2500mg. Actuellement, le collège national des gynécologues et obstétriciens français définit le petit poids pour l'âge gestationnel par un poids isolé inférieur au 10^e percentile.²⁴

Cette anomalie représente 60 à 80% des décès néonataux.

Un rapport de consensus entre la fédération européenne de parodontologie et l'académie américaine de parodontologie en 2013 a conclu que la naissance de bébé de petit poids, la prématurité et la pré-éclampsie sont associées à la maladie parodontale chez la mère.¹⁹

Santos Pireira et al. trouvent que la maladie parodontale augmente le risque d'enfant de petit poids avec un odd ratio OR=4,2.²⁵

2-3 Pré-éclampsie

La pré-éclampsie et l'association d'une HTA ($\geq 140/90$ mmHg à deux reprises à quatre heures d'intervalles) et d'une protéinurie ($\geq 0,3$ grammes/24 heures) survenant après 20 semaines d'aménorrhées.

C'est une complication grave de la grossesse qui peut mettre en jeu le pronostic vital de la femme enceinte et constitue la principale cause de prématurité induite.

Sibai et al. et Canakci et al. montrent que la présence d'une parodontite sévère chez la femme enceinte semble augmenter les risques d'avoir une pré-éclampsie (OR de 2,46). Ce risque est corrélée à la sévérité de la pathologie parodontale.^{26,27}

➤ Bien que toutes ces études démontrent une association statistiquement significative entre la maladie parodontale et les complications de la grossesse sus-citées, elles n'arrivent pas à démontrer le lien direct de cause à effet entre ces pathologies. Ceci est dû à la grande hétérogénéité dans les populations étudiées, dans les définitions et les moyens d'évaluation de la maladie parodontale utilisés et dans le contrôle des autres facteurs,...

3 - Mécanismes Physio-patho-géniques expliquant le Lien entre la Maladie Parodontale et les Complications de la Grossesse :

Deux principales hypothèses ont été proposées pour expliquer le lien entre la maladie parodontale et l'accouchement prématuré, le petit poids pour l'âge gestationnel et la pré-éclampsie. (Figure 5)

• 1^{ère} hypothèse : Mécanisme Direct Hématogène

La poche parodontale représente un réservoir de bactéries qui pourraient contaminer l'unité foeto-placentaire par voie hématogène.

En effet, les études ont montré qu'il existe plus que 500 espèces microbiennes distinctes dans la plaque dentaire et que le nombre de bactéries peut atteindre 10^8 bactéries dans une poche parodontale¹⁷.

On estime que dans une parodontite généralisée modérée, la surface de tissu conjonctif exposé à des bactéries gram négatif et anaérobies est estimé à 72 cm² soit équivalente à la pomme d'une main infectée.

De plus, l'augmentation du taux de l'œstrogène et de la progestérone pendant la grossesse augmente la perméabilité des tissus gingivaux ce qui induit un passage plus facile des bactéries et leurs toxines dans le sang.

Des études ont confirmé cette hypothèse par des mesures des bactéries parodontothogènes oraux (Le *Fusobacterium nucleatum* et le *Porphyromonas gingivalis* sont les principaux bactéries retrouvées) et leurs dérivés dans le liquide amniotique des femmes qui ont accouché prématurément, dans le cordon ombilical, dans le placenta, ... et par des mesures positives des anticorps anti-microorganismes oraux (IgM) dans le sang maternel et le cordon ombilical.^{19, 28}

• 2^{ème} hypothèse : Mécanisme Indirect Immunologique

Lors de la maladie parodontale de très nombreuses molécules médiatrices de l'inflammation sont produites. Ces médiateurs de l'inflammation tels que le PGE2, TNF alpha, cytokines (IL6), ... atteignent l'unité foeto-placentaire par voie sanguine.

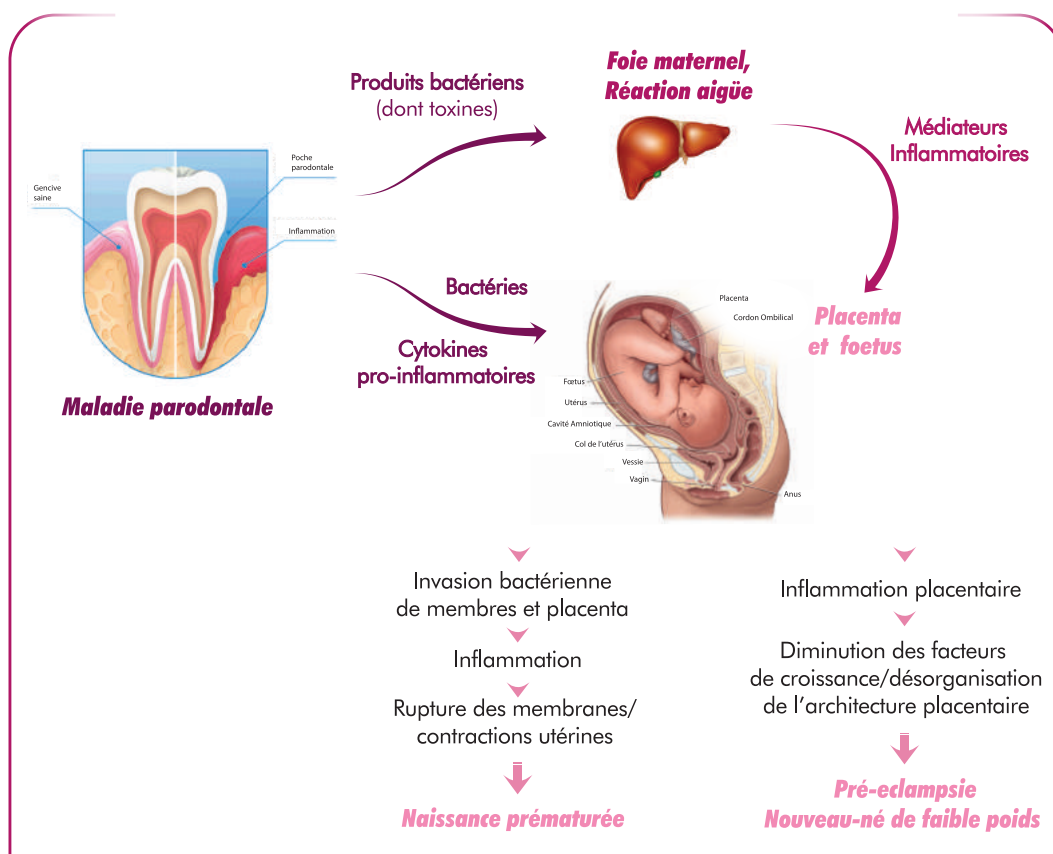


Figure 5:
Schéma explicatif des mécanismes étiopathologiques possibles incriminés dans l'association maladie parodontale/complications de la grossesse²⁶

D'autres auteurs soulignent le rôle du foie dans la production des médiateurs de l'inflammation (CRP,...) qui sont incriminés dans le processus d'accouchement prématuré.

Des études ont montré la présence de ces marqueurs dans le sang maternel, le cordon ombilical et dans le liquide amniotique des femmes accouchant prématurément.²⁹

➤ On suppose que ces bactéries, leurs toxines (LPS) ou les médiateurs de l'inflammation peuvent être à l'origine de la rupture prématurée des membranes, les contractions utérines précoces aboutissant à un accouchement prématuré.

➤ Cette infection et inflammation peuvent être à l'origine des perturbations des échanges materno-fœtale.

➤ L'altération de la structure vasculaire au niveau du placenta peut perturber le flux sanguin normal chez la mère et causer une pré-éclampsie.^{19, 28}

4 - Influence du Traitement Parodontal sur les Complications de la Grossesse :

Plusieurs études se sont intéressées à l'effet du traitement parodontal sur la diminution ou pas de l'incidence des complications de la grossesse. Les résultats sont très controversés.^{30,31}

Une méta-analyse des études randomisées faite en 2009 a conclu que le traitement parodontal réduit significativement le taux des naissances prématurés.³⁰

Une revue systématique de la littérature, montre les quelques études qui ont suivi des critères correctes de diagnostic de la maladie parodontale et qui ont prouvé l'efficacité clinique du traitement parodontal mené, ont montré une diminution du taux de l'accouchement prématuré chez les femmes qui ont reçu une thérapeutique parodontale non chirurgicale.³²

D'autre part, l'inefficacité du traitement parodontal dans la réduction du taux des complications de la grossesse est expliquée par certains auteurs par le fait que le mécanisme inflammatoire est déjà installé lors de la grossesse en présence de la maladie parodontale. L'élimination de la charge bactérienne parodontale lors du traitement ne suffit pas à éliminer les médiateurs de l'inflammation circulant dans le sang et atteignant l'unité foeto-placentaire.

Ces auteurs suggèrent qu'un traitement parodontal précoce voir même en pré-conceptionnel pourrait être plus efficace dans la diminution du taux d'accouchement prématuré.³³

5 - Conclusion et Recommandations :

L'hypothèse d'une éventuelle implication des maladies parodontales dans le déclenchement de l'accouchement prématuré continuera d'être un sujet de débat. La relation entre ces deux pathologies multifactorielles existe, mais sans lien direct prouvé. Seules des études randomisées, multicentriques et à grande échelle permettraient d'infirmier ou de confirmer ce lien.

Cependant, toutes ces études s'accordent sur la nécessité de mettre en place au cours de la grossesse un suivi bucco-dentaire pour prévenir, dépister et traiter la maladie parodontale. Cette thérapeutique serait plus efficace en consultation pré-conceptionnelle.

Ainsi, le groupe de travail, conformément aux recommandations internationales^{34,35} recommande deux consultations systématiques chez le dentiste pour toute femme enceinte :

• Consultation au Début de la Grossesse

pour évaluation du risque parodontal et carieux afin d'entamer une thérapeutique précoce et mettre en place les conseils adaptés et les mesures prophylactiques nécessaires.

• **Consultation au Début du 2^{ème} Trimestre
(4^{ème} ou 5^{ème} mois)**

pour donner les mesures prophylactiques et thérapeutiques nécessaires et éliminer tout foyer infectieux bucco-dentaire.

L'élimination des foyers infectieux bucco-dentaires est particulièrement recommandée chez « la femme ayant un projet de grossesse ».

Cette prise en charge pré-conceptionnelle semble plus efficace pour prévenir les complications de la grossesse.

Bibliographie :

- 16- Offenbacher S et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. J Periodontol. 1996 Oct;67(10 Suppl):1103-13
- 17-Pihlstrom B. et al. Periodontal diseases. Lancet 2005 ; 336 : 1809-20
- 18-OMS : Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées. Mai 2012
- 19- Sanz M. et al. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases J Periodontol 2013;84(4 Suppl.):S164-S169
- 20-Xiong X. et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. BJOG 2006; 113:135-143.
- 21- Ide M. et al Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes – systematic review J Periodontol 2013;84(4):S181-S194
- 22- Khader Y, Ta'ani Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis. J Periodontol 2005;76:161-5.
- 23- Vergnes JN, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta analysis. AJOG 2007;135:e1-7.
- 24- Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Le retard de croissance intra-utérin. 2013
- 25- Santos-Pereira SA et al. Chronic periodontitis and pre-term labour in Brazilian pregnant women: an association to be analysed. J Clin Periodontol 2007;34:208-13.
- 26- Sibai et al. Pre-eclampsia. Lancet. 2005 ;365(9461):785-799
- 27-Canakci V. et al. Periodontal disease increases the risk of severe pre-eclampsia among pregnant women. J Clin Periodontol 2007; 34: 639-645
- 28- Madianos PN et al. Adverse pregnancy outcomes (APOs) and periodontal disease: pathogenic mechanisms. J Periodontol 2013;84(4 Suppl.):S170-S180
- 29- Dortbudak O. et al. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. J Clin Periodontol 2005; 32: 45-52
- 30- Polyzos NP. Et al. Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. AJOG march 2009 : 225-32
- 31- Polyzos et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2010;341:c7017
- 32- Nestor J. et al. Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of meta analyses Periodontology 2000 ; 67, 87-130
- 33- Michalowicz BS. Et al. The effects of periodontal treatment on pregnancy outcomes J Periodontol 2013;84(4 Suppl.):S195-S208
- 34-Agence nationale d'accréditation et évaluation de la santé, service des recommandations et références professionnelles : Parodontopathies, diagnostic et traitements. Mai 2002
- 35- Société française de chirurgie orale. Recommandations de prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. 2012

3^{ème} PARTIE :
***Prise En Charge Bucco-Dentaire
de la Femme Enceinte***

Malgré l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire pour la femme enceinte et le bon déroulement de sa grossesse, la plupart des femmes évitent de consulter un dentiste pendant cette période. D'autant plus que la plupart des praticiens évitent les soins dentaires au cours de ces neuf mois.

Il nous paraît utile de mettre le point sur les possibilités et les limites thérapeutiques afin d'éliminer toute ambiguïté dans la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte.

1 - Particularités des Soins Dentaires chez la Femme Enceinte :

1-1 Le Moment Idéal des Soins Dentaires

Les soins d'urgences, de routine et les soins préventifs peuvent être pratiqués tout au long de la grossesse.

De préférence, les soins dentaires lourds qui nécessitent des séances longues sur fauteuil seront reportés après la grossesse.

Le praticien peut soigner la femme enceinte tout au long de la journée mais préférablement le matin. ³⁶

1-2 La Position de Travail la Plus Adaptée

Les positions habituelles (allongée-assise) sont possibles pendant le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre.

Au cours du 3^{ème} trimestre il est préférable de mettre la patiente dans une position assise et d'éviter si possible la position allongée car il y a un risque de compression de la veine cave inférieure. La patiente peut se plaindre ainsi de difficultés respiratoires et dans certains cas extrêmes de signes de pâleur, une transpiration abondante et des nausées. Il faut dans ce cas allonger la patiente sur le côté gauche du corps en plaçant un coussin sous la hanche droite.

Les femmes enceintes doivent être remises en position assise lentement, les mouvements brusques sont à éviter car il y a un risque d'hypotension orthostatique qui peut provoquer une souffrance fœtale. ³⁷

1-3 L'Anesthésie en Médecine Dentaire

Trois molécules sont utilisées en anesthésie dentaire: l'articaine (la molécule de choix), la lidocaïne et la mépivacaïne. Leurs concentrations plasmatiques sont très faibles dans ce contexte d'utilisation.

Pendant la grossesse, on pourrait utiliser la lidocaïne, l'articaine et la mépivacaïne pour une anesthésie dentaire quel que soit le terme de la grossesse.

Si nécessaire, on pourrait leur associer de l'adrénaline ou de la noradrénaline puisque les quantités sont très faibles et elles permettent d'augmenter la durée et l'intensité de l'anesthésie locale. ^{36,38,39}

1-4 Les Examens Radiologiques

Une dose d'irradiation, reçue par le fœtus, inférieure à 100 mGy (= 10 Rad) est tolérable pour la femme enceinte. ⁴⁰

La dose de pénétration dans le corps (dose à l'entrée) des radiographies dentaires est nettement inférieure à 100mGy. La dose reçue par le fœtus est encore plus faible.

• Rétro alvéolaire : (dose à l'entrée pour un cliché intra-buccal de 1 à 8mGy)

- Doses très faibles au niveau des maxillaires et des dents
- Diminution de 30 à 50 % de la dose pour les techniques numériques (surtout pour un bilan complet)
- Dose au niveau de l'abdomen négligeable

• Panoramique : (dose à l'entrée de 1 à 7 mGy/cm2)

- Rayonnement peu énergétique et très focalisé
- 10 à 20 fois supérieur à la dose d'un cliché rétro-alvéolaire
- Développement des techniques numériques diminuant l'exposition de 30à50%
- Dose délivrée à l'abdomen inférieure à 0.1μGy soit l'équivalent de 30 min d'irradiation naturelle

- **Téléradiographie de profil :**
(dose à l'entrée de 1 à 7 mGy)

- Doses très faibles

- **Scanner du massif facial et ConeBeam :**

- Dose délivrée faible.

- Privilégier le ConeBeam lorsque l'indication se pose: technique volumique récente et moins irradiante.

➤ **Conclusion**

Les doses délivrées par les clichés intra-buccaux et céphalométriques sont faibles, habituellement équivalentes à moins d'une journée d'exposition naturelle. Les doses délivrées par le panoramique sont plus variables, mais même celles qui se situent dans la fourchette haute sont équivalentes à quelques jours d'irradiation naturelle ou à une radiographie du thorax. En ce qui concerne les explorations 3D (ou volumiques) réalisées avec des scanners ou des appareils dédiés, les doses sont toujours inférieures à 10 mGy, quel que soit l'organe considéré.^{37,38,40,41,42}

Pour les examens diagnostiques justifiés médicalement, le risque induit par l'absence de diagnostic est très largement supérieur au risque induit par l'exposition aux rayonnements ionisants. Les examens où le fœtus est à distance de la région explorée (dents, crâne, thorax, extrémités,..) peuvent être réalisés sans risque.⁴⁰

Le collège américain des gynécologues-obstétriciens indique que les soins dentaires et les radiographies utilisées en médecine dentaire sont sans risque pour la femme enceinte.⁴³

Cependant, les moyens de protections suivantes sont souhaitables :

- Opter pour un tablier plombé : action très limitée vue la faible dose reçue par l'abdomen (assure plutôt un confort psychologique pour la patiente).
- Prévoir un collier cervical : protection des thyroïdes
- Privilégier les techniques numériques
- Orienter le cône loin de l'abdomen.

1-5 L'Amalgame Dentaire

Des quantités très négligeables de mercure diffusent à partir des obturations et traversent la barrière placentaire mais sont sans danger pour le fœtus.

Cependant, la prudence suggère de différer pendant la grossesse la pose et surtout la dépose des obturations d'amalgame.

Les matériaux alternatifs à l'amalgame peuvent être utilisés (les résines composites,...).^{44,45,46}

➤ **Conclusion**

Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation de l'amalgame chez la femme enceinte.

2 - Prescription Médicamenteuse chez la Femme Enceinte :

La prise de médicaments au cours de la grossesse suscite généralement une certaine inquiétude chez les femmes enceintes, partagée en partie par le corps médical.

Les connaissances physiopathologiques et pharmacologiques ont conduit à abandonner la notion fortement ancrée de «barrière» placentaire protectrice au profit de celle d'un placenta «zone d'échanges» entre la mère et le fœtus.

Ceci n'a fait que renforcer l'appréhension liée aux prises médicamenteuses, demeurée très vive depuis un certain temps.³⁸

Les recommandations de prescription médicamenteuse en Médecine dentaire chez la femme enceinte sont résumées dans le **Tableau 1** (page 25).

Le code couleur suivant est adopté :

- Médicament contre indiqué
- Médicament à éviter
- Médicament à utiliser avec précaution
- Médicament autorisé

2-1 Les Antibiotiques

2-1-1 Pénicillines

- **Amoxicillines** ●

Les données chez les femmes enceintes

exposées à l'amoxicilline sont rassurantes (les publications sont très nombreuses et le recul est important).

Il est possible d'utiliser l'amoxicilline quel que soit le terme de la grossesse à posologie efficace.^{48,49}

• **Amoxicilline + Acide Clavulanique** ●

Les données publiées chez les femmes enceintes exposées à l'acide clavulanique sont nombreuses et aucun élément inquiétant n'est retenu à ce jour.

Il est possible d'utiliser l'acide clavulanique quel que soit le terme de la grossesse à posologie efficace.^{48,49}

• **Ampicilline** ●

Cette molécule trouve son indication dans le cas de prophylaxie avant les actes bucco-dentaire chez les patients à risque d'endocardite infectieuse non allergiques à la pénicilline et en cas d'impossibilité de la voie orale, à raison de 2 g en IM ou IV en dose unique 30 à 60min avant l'acte.⁵⁰

L'ampicilline est à utiliser avec prudence chez la femme enceinte, faute de données cliniques exploitables.^{48,49}

Remarque : la voie IM est contre indiquée chez les patients sous AVK.

2-1-2 Céphalosporines ●

La céfazoline trouve son indication dans le cas de prophylaxie avant les actes bucco-dentaires chez les patients à risque d'endocardite infectieuse en cas d'impossibilité de la voie orale et/ou présentant une allergie non systémique à la pénicilline et, à raison de 1 g en IM ou IV en dose unique 30 à 60min avant l'acte.⁵⁰

La céfazoline peut être administrée pendant la grossesse après une évaluation rigoureuse des bénéfices et des risques et avec précaution d'emploi selon les recommandations de la FDA (Food and Drug Administration) et la TGA (Australien Therapeutic goods administration).

2-1-3 Macrolides et Apparentés

• **Spiramycine** ●

L'utilisation de la spiramycine peut être

envisagée au cours de la grossesse si besoin. En effet, l'utilisation large de la spiramycine au cours de la grossesse n'a pas révélé, à ce jour, d'effet malformatif ou fœtotoxique de cette molécule.^{48,49}

• **Azithromycine**

• 1^{er} Trimestre : ●

Il est préférable, par mesure de précaution, de ne pas utiliser l'azithromycine au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse. En effet, bien que les données animales chez le rongeur ne mettent pas en évidence d'effet malformatif, les données cliniques sont insuffisantes.

• À partir du 2^{ème} Trimestre : ●

En raison du bénéfice attendu, l'utilisation de l'azithromycine peut être envisagée à partir du 2^{ème} trimestre de la grossesse si besoin. En effet, bien que limitées, les données cliniques sont rassurantes en cas d'utilisation au delà du 1^{er} trimestre.^{48,49,51}

• **Clarithromycine** ●

Les données cliniques sur un nombre très limité de femmes exposées au cours du premier trimestre indique un possible risque d'avortement plus élevé. A ce jour, il n'existe aucune autre donnée pertinente de nature épidémiologique.

Les études chez l'animal n'ont pas montré de toxicité relative à la reproduction. Le risque potentiel chez l'homme n'est pas connu. Il ne faut utiliser la clarithromycine pendant la grossesse qu'après une évaluation rigoureuse du rapport bénéfice/risque.

Il est préférable par mesure de précaution de ne pas utiliser la clarythromycine lors de la grossesse.^{48,49,51,52}

• **Pristinamycine** ●

En pratique dentaire, cette molécule ne trouve son indication qu'en cas d'antibiprophyllaxie des patients à risque d'endocardite infectieuse et allergiques à la pénicilline

(recommandation européenne 1992) ou en traitement curatif en deuxième intention d'une sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire.⁵³

En raison du bénéfice attendu, l'utilisation de la clindamycine peut être envisagée au cours de la grossesse en dernier recours, malgré des données animales et cliniques insuffisantes.

• **Clindamycine** ● ●

La clindamycine traverse la barrière placentaire.

Les données d'exposition de la clindamycine par voie systémique ou topique chez la femme enceinte au premier trimestre de grossesse sont limitées.

Les données disponibles lors d'une exposition lors des seconds et troisièmes trimestres sont nombreuses et il n'a pas été signalé d'augmentation du risque fœtal.

Ainsi, compte tenu des données disponibles, il est préférable par mesure de prudence d'éviter d'utiliser la clindamycine au cours du **premier trimestre** de grossesse.

Lors du **deuxième et troisième trimestre** de grossesse, la clindamycine peut être utilisée si nécessaire.^{48,49,51,52}

2-1-4 Cyclines

• **Doxycycline** ● ●

La Doxycycline est indiquée en pratique dentaire en cas de traitement de la parodontite agressive localisée.

En clinique, l'utilisation des cyclines au cours d'un nombre limité de grossesses n'a apparemment révélé aucun effet malformatif particulier à ce jour. Toutefois, des études complémentaires sont nécessaires pour évaluer les conséquences d'une exposition en cours de grossesse.

L'administration de cyclines au cours des deuxième et troisième trimestres expose le fœtus au risque de coloration des dents de

En conséquence, par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser les cyclines pendant le **premier trimestre** de la grossesse.

A partir du deuxième trimestre de la grossesse, l'administration de cyclines est contre-indiquée.^{48,49}

2-2 Les Antifongiques

2-2-1 Métronidazole ●

Le métronidazole est prescrit en 2ème intention en pratique bucco-dentaire et en association avec l'amoxicilline ou un macrolide.

En clinique, l'analyse d'un nombre élevé de grossesses exposées n'a apparemment révélé aucun effet malformatif ou fœtotoxique particulier du métronidazole. En conséquence, le métronidazole peut être prescrit pendant la grossesse.^{48,49}

2-2-2 Fluconazole ●

Des données sur quelques centaines de femmes enceintes traitées par des doses standard (<200 mg/jour) de fluconazole, administré en une seule prise ou en prises répétées pendant le premier trimestre, n'ont pas montré d'effets indésirables sur le fœtus.

Le traitement court par des doses standard de fluconazole ne doit être utilisé pendant la grossesse qu'en cas d'absolue nécessité.

Le fluconazole en traitement prolongé et/ou à fortes doses ne doit pas être utilisé pendant la grossesse sauf en cas d'infections potentiellement fatales.^{48,49}

2-2-3 Miconazole ●

En clinique, aucun effet malformatif ou fœtotoxique n'est apparu à ce jour. Toutefois, le nombre de grossesses documentées exposées au miconazole est insuffisant pour exclure tout risque. En conséquence, l'utilisation du miconazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.^{48,49}

2-2-4 Amphotéricine B ●

Il n'existe pas actuellement de données en nombre suffisant pour évaluer un éventuel effet malformatif ou fœtotoxique de l'amphotéricine B lorsqu'elle est administrée pendant la grossesse.

L'absorption par la muqueuse digestive est quasi nulle.

Compte tenu de ces données, l'utilisation de l'amphotéricine B ne doit être envisagée lors de la grossesse que si nécessaire.^{48,49}

2-2-5 Nistatine ●

Il n'y a pas de données fiables de tératogénèse chez l'animal.

En clinique, aucun effet malformatif ou fœtotoxique particulier n'est apparu à ce jour.

Toutefois, le suivi de grossesses exposées à la nystatine est insuffisant pour exclure tout risque.

En conséquence, l'utilisation de la nystatine per os ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.^{48,49}

2-3 Les Antalgiques

2-3-1 Les Antalgiques Non Opiacés (palier 1)

• Paracétamol (Vidal) ●

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être prescrit pendant toute la grossesse.^{48,49}

• Paracétamol + caféine ●

Les études épidémiologiques ne montrent pas d'augmentation du risque malformatif dû à la caféine. En fin de grossesse à fortes doses, la caféine est susceptible de provoquer une arythmie cardiaque fœtale ou néonatale.

En conséquence, l'utilisation de la caféine ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire.^{48,49}

2-3-2 Les Antalgiques Opioides (palier 2)

• Paracétamol + Codéine ●

L'utilisation ponctuelle de ce médicament peut être envisagée au cours de la grossesse si besoin quel que soit le terme, mais son utilisation chronique doit être évitée.

Au voisinage du terme, éviter ce médicament (risque théorique de dépression respiratoire chez le nouveau-né après de fortes doses avant l'accouchement, risque de syndrome de sevrage en cas d'administration chronique en fin de grossesse).^{48,49}

• Tramadol ●

• Seul ou en Association par Voie Orale :

On ne dispose pas de preuves suffisantes, concernant la sécurité d'emploi du tramadol pendant la grossesse dans l'espèce humaine. il ne doit donc pas être utilisé chez les femmes enceintes.

Administré avant ou pendant l'accouchement, le tramadol ne modifie pas la contractilité utérine. Le tramadol peut provoquer chez les nouveau-nés des modifications de la fréquence respiratoire, qui sont généralement sans conséquences cliniques préjudiciables. Une utilisation prolongée pendant la grossesse peut entraîner un syndrome de sevrage chez le nouveau-né.

• Forme Injectable :

Il est préférable de ne pas utiliser Tramadol solution injectable en ampoule pendant le premier trimestre de la grossesse. A partir du deuxième trimestre, une utilisation prudente est ponctuellement possible.

Durant le dernier trimestre, l'utilisation chronique du tramadol peut induire, quelle que soit la dose, un syndrome de sevrage chez le nouveau-né. A la fin de la grossesse, des doses élevées, même pour un traitement de courte durée, peuvent entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né.

^{48,49}

2-4 Les Anti-inflammatoires

2-4-1 Les Anti-inflammatoires

Stéroïdiens ●

Les corticoïdes (glucocorticostéroïdes) sont utilisés par voie générale ou locale en médecine dentaire. On préférera, si possible, la prednisolone, la prednisone ou la méthylprednisolone (puissance d'action modérée, métabolisme placentaire ...).

Les corticoïdes peuvent être prescrits pendant la grossesse si besoin.^{48,49}

2-4-2 Les Anti-inflammatoires Non

Stéroïdiens ● ●

L'utilisation ponctuelle ou chronique de tous les AINS est formellement contre-indiquée à partir du 6ème mois de grossesse (24 SA), quelle que soit leur voie d'administration.

En prévision d'une grossesse, on arrêterait un traitement par AINS dès le début de la grossesse dans la mesure du possible. On pourrait avoir recours à d'autres antalgiques ou aux corticoïdes.

Tous les AINS peuvent provoquer une toxicité fœtale et /ou néonatale cardiaque et/ou rénale, parfois irréversible, voire fatale, en particulier à partir du début du 6ème mois de grossesse (24 semaines d'aménorrhée) :

- constriction partielle ou totale du canal artériel avec les conséquences cardiaques et vasculaires qui en découlent (insuffisance cardiaque, atteintes de l'arbre vasculaire pulmonaire...)
- atteinte de la fonction rénale (oligo- ou anamnios, oligurie ou anurie, lésions histologiques rénales...).

Cette toxicité est majorée par une durée de prise longue.

Des accidents aigus (insuffisance cardiaque voire mort fœtale in utero) peuvent survenir avec des prises très brèves à l'approche du terme par constriction du canal artériel.

Plus le terme avance, plus le risque d'accident aigu est élevé.

Les atteintes décrites sont consécutives à une inhibition de synthèse des prostaglandines fœtales et néonatales. Ce mécanisme d'action est commun à tous les AINS.

On éviterait si possible, les prises prolongées d'AINS jusqu'au début du 6ème mois (24 SA).^{48,49}

2-5 Les Antiseptiques

2-5-1 Chlohexidine ●

Il n'y a pas de contre-indication à l'utilisation de la Chlorhexidine au cours de la grossesse.^{36,37,43}

2-5-2 Povidone Iodée ● ●

La thyroïde fœtale commençant à fixer l'iode après 14 semaines d'aménorrhée, aucun retentissement sur la thyroïde fœtale n'est attendu en cas d'administrations préalables.

La surcharge iodée, très vraisemblable avec l'utilisation prolongée de ce produit passé ce terme, peut entraîner une hypothyroïdie fœtale, biologique ou même clinique (goitre).

En conséquence, l'utilisation prolongée de ce médicament est contre-indiquée à partir du 2e trimestre. Son utilisation, à titre ponctuel, ne doit être envisagée que si nécessaire.⁴⁸

2-6 Les Médicaments Contre l'Hyperacidité Gastrique

2-6-1 Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons IPP

• Oméprazole ●

Les résultats de trois études épidémiologiques prospectives (plus de 1000 résultats d'expositions) indiquent qu'il n'y a aucun effet indésirable de l'oméprazole lors de la grossesse ou sur la santé du fœtus/nouveau-né.

L'oméprazole peut être utilisé lors de la grossesse.^{48,49}

- **Ésomeprazole** ●

Les données cliniques lors de grossesses exposées à l'esoméprazole sont insuffisantes. L'ésoméprazole doit être prescrit avec précaution au cours de la grossesse. ^{48,49}

- **Lansoprazole** ●

Aucune donnée clinique lors de grossesses exposées au lansoprazole n'est disponible. Les études chez l'animal n'indiquent pas d'effet nocif direct ou indirect concernant la grossesse, le développement embryonnaire/fœtal, l'accouchement ou le développement post-natal.

Par conséquent, par mesure de sécurité, l'utilisation du lansoprazole n'est pas recommandée pendant la grossesse. ^{48,49}

- **Pantoprazole** ●

Les données disponibles sur la grossesse sont limitées. Au cours des études de reproduction chez l'animal, des signes discrets de fœtotoxicité ont été observés pour des doses supérieures à 5 mg/kg. Il n'existe aucune donnée sur le passage du pantoprazole dans le lait humain.

En conséquence, le pantoprazole ne devra être utilisé que lorsque le bénéfice escompté pour la mère est supérieur au risque potentiel pour le fœtus/nouveau-né. ^{48,49}

2-6-2 Les Anti-histaminiques

- **Famotidine** ●

En clinique, il n'existe pas actuellement de données suffisamment pertinentes pour évaluer un éventuel effet malformatif ou fœtotoxique de la famotidine lorsqu'elle est administrée pendant la grossesse.

En conséquence, par mesure de précaution, il est préférable de ne pas utiliser la famotidine pendant la grossesse. ^{48,49}

2-6-3 Les Anti-acides

- **Alginate de Sodium et Bicarbonate de Sodium** ●

En clinique, un recul important et un suivi de grossesses exposées en nombre suffisam-

-ment élevé, n'ont pas révélé d'effet malformatif ou fœtotoxique des anti-acides. En conséquence, les anti-acides peuvent être prescrits pendant la grossesse, si besoin. ^{48,49}

- **Sel d'Hydroxide d'Aluminium + Hydroxide de Magnesium** ●

En clinique, aucun effet malformatif ou fœtotoxique particulier n'est apparu à ce jour. Toutefois, le suivi de grossesses exposées à ce médicament est insuffisant pour exclure tout risque.

En conséquence, l'utilisation de ce médicament ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si nécessaire. ^{48,49}

2-7 Le Fluor ●

L'exposition systémique aux ions fluor étant faible pour les pâtes dentifrices, les pâtes dentifrice même à haute teneur en fluor (2500ppm) peuvent être utilisées durant la grossesse. ^{36,44,49}

Pour la prise systémique de fluorure pendant la grossesse, il a été démontré que la fluorure traverse la membrane placentaire et arrive à l'état dilué dans la circulation fœtale. Le placenta empêche cependant, le passage du fluorure à des taux de concentration élevés. Ainsi, la propriété sélective du placenta a deux conséquences cliniques :

- Il n'existe presque aucun risque de fluorose intra-utérine (des dents de lait)

- L'apport de suppléments de fluorures avant la naissance n'offre aucune protection supplémentaire contre les caries chez l'enfant.

Vue la richesse naturelle de la nappe phréatique en Tunisie en fluorure, la prise de suppléments de fluorure ne semble pas être justifié pour la femme enceinte.

3 - Indications/ Contre-indications :

3-1 Les Soins Dentaires Contre Indiqués chez la Femme Enceinte

Il est préférable d'éviter tout acte qui nécessite une séance longue sauf urgence.

• **Les urgences dentaires à prendre en considération sont :**

- Des urgences inflammatoires : inflammation pulpaire irréversible, parodontite apicale aiguë, septite.
- Des urgences infectieuses : abcès apical aigu, abcès parodontal, péri coronarite suppurée, cellulite d'origine dentaire, ...

3-2 Situations Obstétricales qui Contre-indiquent les Soins Dentaires chez la Femme Enceinte

Pas de contre-indications aux soins bucco-dentaires pour toute femme enceinte qui consulte au cabinet dentaire.

Pour les situations obstétricales particulières, il est recommandé de contacter le gynécologue traitant.

4 - Situations Particulières :

4-1 Femme Enceinte et Hypertension Artérielle

Vérifier la tension artérielle avant les soins.

Si la TA systolique est supérieure ou égale à 140 mmHg, les soins dentaires doivent être reportés et la patiente doit être adressée pour un examen spécialisé sauf urgence bucco-dentaire.

4-2 Diabète Gestationnel / Diabète et Grossesse

La maladie parodontale chez la femme ayant un diabète gestationnel induit une réponse inflammatoire durable qui peut aggraver l'insulino-résistance préexistante détériorant ainsi l'équilibre glycémique.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire et le traitement de la maladie parodontale chez la femme enceinte diabétique ou la femme ayant un diabète gestationnel protège contre les complications materno-foetales. C'est pourquoi une femme enceinte doit impérativement respecter une bonne hygiène buccodentaire soit un brossage régulier des dents et des visites régulières chez le dentiste.

Tout signe d'atteinte bucco-dentaire (saignement, douleur, tuméfaction,...), doit inciter à consulter rapidement un dentiste. Ni son état de diabète ni sa grossesse ne doivent retarder une prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte diabétique sauf consigne de ses médecins traitants.

Les précautions particulières liées au diabète sont disponibles sur www.tunisiana-cadmi.org.⁵⁴

4-3 Femme Enceinte Sous Anti-thrombotiques

Selon les dernières recommandations internationales, les soins dentaires à risque hémorragiques peuvent être pratiqués sans arrêt du traitement anti-thrombotique. Les précautions particulières en cours de traitement par antiagrégant plaquettaire ou anti-vitamine K sont disponibles sur www.tunisiana-cadmi.org.⁵⁵

Pour les patientes sous héparine à bas poids moléculaire (HBPM), il est préférable d'arrêter l'héparine 12h avant les actes à risque hémorragiques.

En cas d'héparine à prise unique le soir, les soins dentaires peuvent être faites le matin sans changement du traitement héparinique.⁵⁶

A retenir

La grossesse est un état physiologique qui ne contre indique pas les soins bucco-dentaires.

Ces soins ne peuvent pas influencer à eux seuls l'issue de la grossesse mais la persistance de foyers infectieux peut être préjudiciable à son bon déroulement.

Cependant, une collaboration avec le « gynécologue-obstétricien » reste indispensable et certaines précautions sont à prendre en considération afin de traiter et prescrire en toute sécurité et se mettre à l'abri de toute complication materno-fœtale.

Tableau 1 : Médicaments utilisés en Pratique Dentaire pour la Femme Enceinte

Classe	Famille	DCI	Recommandation d'utilisation	
Antibiotiques	Pénicillines	Amoxicilline	Autorisé	
		Amoxicilline + Acide Clavulanique	Autorisé	
		Ampicilline ¹	Utiliser avec précaution	
	Céphalosporine	Cefazoline ¹	Utiliser avec précaution	
	Macrolides et Apparentés	Spiramycine	Autorisé	
		Azithromycine	1 ^{er} Trimestre : À éviter	2 ^{ème} et 3 ^{ème} Trimestre : Utiliser avec précaution
		Clarithromycine	À éviter	
		Pristinamycine	À éviter	
		Clindamycine	1 ^{er} Trimestre : À éviter	2 ^{ème} et 3 ^{ème} Trimestre : Utiliser avec précaution
	Cyclines	Doxycyclines	1 ^{er} Trimestre : À éviter	2 ^{ème} et 3 ^{ème} Trimestre : Contre Indiqué
Antifongiques		Metronidazole	Autorisé	
		Fluconazole	Utilisation courte et en cas d'absolue nécessité	
		Miconazole ²	Utiliser avec précaution	
		Amphotéricine B ³	Utiliser avec précaution	
		Nistatine ³	Utiliser avec précaution	
Antalgiques	Antalgiques non opiacés	Paracétamol	Autorisé	
		Paracétamol /Caféine	À éviter , Utilisation à faible dose	
	Antalgiques opioïdes	Codéine	Utilisation ponctuelle, À éviter à terme	
		Tramadol	1 ^{er} Trimestre : À éviter	2 ^{ème} et 3 ^{ème} Trimestre : Utilisation ponctuelle
Anti-inflammatoires	Les Anti-inflammatoires Stéroïdiens	Prednisolone Prednisone Dexaméthasone ...	Autorisé	
	Les AINS	Ibuprofène Diclofénac Ketoprofène Acide Méfénamique Acide Tiaprofénique ...	Avant 24 semaines d'aménorrhée : À éviter	Après 24 semaines d'aménorrhée : Contre Indiqué
Anti-septiques		Chlorhexidine ⁴	Autorisé	
		Povidone iodée ⁴	1 ^{er} Trimestre : À éviter	2 ^{ème} et 3 ^{ème} Trimestre : Utilisation ponctuelle si nécessaire
Médicaments contre l'hyperacidité gastrique	Les inhibiteurs de pompe à protons	Oméprazole	Autorisé	
		Esomeprazole	Utiliser avec précaution	
		Lansoprazole	Contre Indiqué	
		Pantoprazole	À éviter	
	Les anti-histaminiques	Famotidine	À éviter	
	Les anti-acides	Alginate de sodium et Bicarbonate de sodium ³	Autorisé	
		Sels d'hydroxyde d'aluminium et de magnésium ³	Utiliser avec précaution	

1-Injectable, 2-Gel dermique, 3-Suspension buvable, 4-Bain de bouche,
Pour le reste, il s'agit de la forme comprimé, gélule ou sachet.

Bibliographie

- 36- Giglio J A et al. Oral health care for the pregnant patient. JCDA 2009 ;75: 43-48
- 37- Patcas R. et al. Le suivi dentaire des femmes enceintes Rev Mens Suisse Odontostomatol 2012 ;122,9
- 38-Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)- <https://lecrat.fr>
- 39- Recommandation: Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie, SFCO 2013
- 40- Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (France) <http://www.irsn.fr/>
- 41- Lowe S. Diagnostic radiography in pregnancy: Risks and reality Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2004; 44: 191–196
- 42- Philippe P. et al. Antepartum Dental Radiography and Infant Low Birth Weight. JAMA. 2004;291:1987-1993
- 43-Oral Health care during pregnancy and through the lifespan. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Comité opinion N°569 August 2013 (reaffirmed 2015)
- 44- Corder G. et al. Stomatologie et grossesse. EMC-obstétrique/gynécologie 2013 ; 8(4) : 1-5
- 45- Golding J. et al. Dental associations with blood mercury in pregnant women. Community Dent Oral Epidemiol 2016; 44; 216–222
- 46- Le mercure des amalgames dentaires, actualisation des données. ANSM, Avril 2015
- 47- Jeanmougin P et al. Antibiothérapie chez la femme enceinte et allaitante. EMC-traité de médecine Akos 2014; 9(1): 1-6
- 48-Vidal 2017
- 49- Agence Nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (France), Résumé des caractéristiques du produit.
- 50- American Association of endodontists: AAE Quick Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update
- 51- Bérard A et al. Use of macrolides during pregnancy and the risk of birth defects: a population-based study. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2015; 24(12): 1241–1248.
- 52- Lin, K. J. et al. Safety of macrolides during pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013; 208(3): 221.e1-221.e8.
- 53- Recommandations : prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. ANSM, Juillet 2011
- 54- Recommandations de la T.ACADMI 2016. Consensus régional de prise en charge bucco-dentaire des diabétiques. www.tunisianacadmi.org
- 55-Recommandations de la T.ACADMI 2015. Recommandations régionales de prise en charge des patients cardiaques. www.tunisianacadmi.org
- 56- Recommandations : Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale. SFCO, Juillet 2015

4^{ème} PARTIE :
Prise En Charge Bucco-Dentaire
de la Femme Allaitante

La prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte vise aussi à préparer la future maman à la période d'allaitement maternel qui est le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson jusqu'à 6 mois.⁵⁷

Le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire chez la femme allaitante permet d'éviter la transmission des bactéries cariogènes à son enfant.

Des précautions lors de la prescription médicamenteuse chez la femme allaitante sont à prendre en considération afin d'éviter à la mère de suspendre voir même parfois arrêter l'allaitement maternel.

1 - Prescriptions Médicamenteuses chez la Femme Allaitante :

1-1 Principes Généraux

À ce jour, la prescription médicamenteuse chez les mères allaitantes a été identifiée comme la deuxième cause d'arrêts précoces de l'allaitement maternel.⁵⁷

Le lait maternel est une voie d'élimination supplémentaire du médicament, et peut donc exposer le nouveau-né à un risque. La prescription médicamenteuse dans ce contexte doit donc considérer le rapport bénéfice / risque pour la mère et l'enfant.

En pratique le choix de la prescription d'un médicament dépend de :

* Ses propriétés physicochimiques : chez la femme allaitante il faut préférer les molécules

- Fortement liées aux protéines plasmatiques ;
- Peu liposolubles ;
- à demi-vie courte ;
- Sans métabolites actifs ;
- Usuellement utilisés en pédiatrie ;

* Sa concentration plasmatique dans le sang maternel : Plus la concentration plasmatique du médicament est basse, moins son passage dans le lait sera important ;

* Lait ingéré : qualité et quantité ;

* L'âge du nourrisson : en cas de prématurité, hypotrophie.⁵⁸

1-2 Anesthésie et Allaitement

Tous les anesthésiques utilisés en pratique dentaire ont une concentration plasmatique très faible. Dans ce contexte leur utilisation est possible seuls ou en association à un vasoconstricteur.⁵⁷

Une préférence pour l'articaine car il présente une plus forte liaison aux protéines plasmatiques (>90%) par rapport aux autres molécules. Les vasoconstricteurs augmentent la durée et la qualité de l'analgésie. Leur passage dans le lait est possible mais ils sont détruits dans le tractus du tube digestif de l'enfant avant de pouvoir être absorbés.⁵⁹

1-3- Médicaments en Pratique Dentaire et Allaitement

Les recommandations de prescription médicamenteuse en pratique dentaire chez la femme allaitante sont résumées dans le **Tableau 2** (page 32).

1-3-1 Les Antibiotiques

De façon générale, l'utilisation es antibiotique chez la femme allaitante peut engendrer des effets indésirables chez le nourrisson (diarrhée, candidose, éruptions cutanées,...) par déséquilibre de la flore intestinale du bébé.

Par mesure de précaution, en cas d'apparition de ces effets lors d'un traitement par un antibiotique autorisé, il est recommandé d'arrêter l'allaitement pendant la période du traitement puis le temps nécessaire de l'élimination de la molécule de l'organisme (soit 5 demi-vies).

• Les Pénicillines

• Amoxicilline ●

Le passage de l'amoxicilline dans le lait maternel est faible et les quantités ingérées très inférieures aux doses thérapeutiques. En conséquence, l'allaitement est possible en cas de prise de cet antibiotique.^{60,61}

• Amoxicilline + Acide Clavulanique ●

Le passage de l'association amoxicilline-acide clavulanique dans le lait maternel est faible et les quantités ingérées très inférieures aux doses thérapeutiques. En conséquence, l'allaitement est possible en cas de prise de cet antibiotique.^{60,61}

• Ampicilline ●

Cette molécule trouve son indication dans le cas de prophylaxie avant les actes bucco-dentaire chez les patients à risque d'endocardite infectieuse non allergiques à la pénicilline et en cas d'impossibilité de la voie orale, à raison de 2 g en IM ou IV en dose unique 30 à 60min avant l'acte.⁶²

L'allaitement est possible en cas de prise de cet antibiotique.^{60,61}

• Les Céphalosporines ●

La céfazoline trouve son indication dans le cas de prophylaxie avant les actes bucco-dentaire chez les patients à risque d'endocardite infectieuse en cas d'impossibilité de la voie orale et/ou présentant une allergie non systémique à la pénicilline et, à raison de 1 g en IM ou IV en dose unique 30 à 60min avant l'acte.⁶²

La céfazoline passe dans le lait maternel à des concentrations très faibles. Ainsi, aux doses thérapeutiques, aucun effet n'est attendu sur l'enfant. Si une diarrhée ou une candidose se produit chez l'enfant pendant l'allaitement, la mère doit arrêter l'allaitement ou le traitement par céfazoline.^{60,61}

• Les Macrolides et Apparentés :

• Spiramycine ●

Le passage de la spiramycine dans le lait maternel est non négligeable. Des troubles digestifs ont été décrits chez le nouveau-né. En conséquence, l'allaitement est déconseillé en cas de traitement par ce médicament.^{60,61}

• Azithromycine ●

L'allaitement est possible en cour de traitement par azithromycine.^{60,61}

Si des troubles du tube digestif apparaissent

sur le nourrisson, arrêter l'allaitement jusqu'à 2 jours après l'arrêt du traitement. (la demi vie de l'azithromycine est de 44h)

• Clarithromycine ●

La clarithromycine et son métabolite actif sont excrétés dans le lait maternel. Par conséquent, une diarrhée et une infection fongique des muqueuses sont possibles chez le nourrisson, ce qui peut exiger l'arrêt de l'allaitement. Par ailleurs, il ne faut pas négliger le risque de sensibilisation.

En conséquence, en cas de bénéfice/risque bien évalué, l'allaitement est possible en cour de traitement avec surveillance du nourrisson.^{60,61}

• Pristinamycine ●

Compte tenu du profil de tolérance de ce médicament, l'allaitement est contre-indiqué en cas de traitement par ce médicament.^{60,61}

• Clindamycine ●

La clindamycine passe en faible quantité dans le lait maternel. Il existe un risque de troubles digestifs chez l'enfant allaité. En conséquence, par mesure de précaution, il convient d'éviter d'allaiter pendant la durée du traitement.^{60,61}

• Les Cyclines

• Doxycycline ●

En cas de traitement par ce médicament, l'allaitement est déconseillé.^{60,61}

1-3-2 Les Antifongiques

• Métronidazole ●

Le métronidazole passant dans le lait maternel, éviter l'administration de ce médicament pendant l'allaitement

• Fluconazole ●

Le fluconazole est excrété dans le lait à des concentrations inférieures à celles du plasma. L'allaitement peut être maintenu après l'administration d'une dose unique standard inférieure ou égale à 200 mg de fluconazole. L'allaitement est déconseillé après administration répétée ou de fortes doses de fluconazole.

- **Miconazole** ●

Il n'existe pas de données sur l'excrétion du miconazole dans le lait maternel. En conséquence, la prudence s'impose en cas de prescription chez la femme en cours d'allaitement. Le gel ne doit pas être appliqué sur le mamelon d'une femme allaitante en raison du risque de suffocation du nourrisson.^{60,61}

- **Amphotéricine B** ●

L'amphotéricine B n'est pratiquement pas absorbée par voie orale chez l'adulte traité.

L'utilisation d'amphotéricine B par voie orale est possible chez la femme qui allaite.^{60,61}

- **Nistatine** ●

Il n'existe pas de données concernant le passage de ce médicament dans le lait maternel.

Toutefois, en raison d'une absorption digestive très faible, l'allaitement est possible, tout en surveillant l'apparition d'éventuelles manifestations d'intolérance chez le nouveau-né (diarrhée, rejet du lait maternel, etc...).

1-3-3 Les Antalgiques

- **Les Antalgiques Non Opiacés (palier 1)**

- **Paracétamol** ●

À doses thérapeutiques, l'administration de ce médicament est possible pendant l'allaitement.^{60,61}

- **Paracétamol + Caféine** ●

La caféine passe dans le lait maternel et la concentration maximale s'observe 1 à 2 heures après la prise. La demi-vie de la caféine est considérablement augmentée chez le nouveau-né allaité, d'un facteur 15 environ.

Des doses répétées et importantes de caféine peuvent provoquer l'apparition d'agitation et d'irritabilité chez l'enfant allaité.

La dose maximale de caféine, susceptible de ne pas avoir de retentissement chez l'enfant, est de 100 à 200 mg par jour environ (soit une à deux tasses de café).

- En conséquence:

Si la prise de ce médicament apparaît indispensable, il convient de ne pas dépasser cette dose, apports alimentaires inclus, tout en espaçant les prises au maximum;

Le médicament sera pris juste après la tétée.^{60,61}

- **Les Antalgiques Opioides (palier 2)**

- **Codéine** ●

Ce médicament est contre-indiqué pendant l'allaitement :

À des doses thérapeutiques normales, la codéine et son métabolite actif peuvent être présents dans le lait maternel à des doses très faibles et il est peu probable qu'elle entraîne des effets indésirables chez l'enfant allaité. Cependant, si la patiente est un métaboliseur CYP2D6 ultra-rapide, une quantité importante du métabolite actif, la morphine, peut être présente dans le sang maternel ainsi que dans le lait maternel. Dans de très rares cas, ces taux élevés peuvent entraîner des symptômes de toxicité opioïde chez l'enfant (somnolence, difficulté de succion, pauses voire dépressions respiratoires et hypotonie) qui peuvent être fatals.^{60,61}

- **Tramadol** ●

Le tramadol et ses métabolites sont retrouvés en faibles quantités dans le lait maternel. Lors de l'allaitement, environ 0,1 % de la dose administrée à la mère pourrait être ingéré par le nouveau-né. Le chlorhydrate de tramadol ne doit pas être administré pendant l'allaitement. Sauf utilisation ponctuelle.^{60,61}

1-3-4 Les Anti-Inflammatoires

- **Les Anti-Inflammatoires Stéroïdiens** ●

En cas de traitement bref (moins d'une semaine), l'allaitement est possible quelque soit la posologie.

En cas de traitement à doses importantes et de façon chronique, l'allaitement est déconseillé.^{60,61}

• **Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens** ●

Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution, il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.^{60,61}

1-3-5 Les Antiseptiques

• **Chlohexidine** ●

L'utilisation de la chlorhexidine en bain de bouche ou gel chez la femme allaitante n'est pas contre indiquée.^{60,61}

• **Povidone Iodée** ●

En cas d'allaitement, il est préférable de ne pas utiliser ce médicament du fait de l'absence de données cinétiques sur le passage des dérivés terpéniques dans le lait et de la toxicité neurologique potentielle sur le nourrisson.

De plus, l'iode passe dans le lait maternel à des concentrations supérieures à celles du plasma maternel. En raison du risque d'hypothyroïdie chez le nourrisson, un traitement prolongé par ce médicament est contre-indiqué pendant l'allaitement.^{60,61}

1-3-6 Les Médicaments Contre l'Hyper-acidité Gastrique

• **Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons IPP**

• **Oméprazole** ●

L'oméprazole est excrété dans le lait maternel, mais n'a probablement pas d'influence sur l'enfant s'il est utilisé à dose thérapeutique.^{60,61}

• **Ésoméprazole** ●

L'excrétion dans le lait maternel de l'ésoméprazole n'est pas connue. Il n'y a pas d'étude chez la femme allaitante. En conséquence, l'ésoméprasol ne doit pas être utilisé au cours de l'allaitement.^{60,61}

• **Lansoprazole** ●

L'excrétion dans le lait maternel du lansoprazole n'est pas connue. Les études chez l'animal ont montré une excrétion de lansoprazole dans le lait.

La décision de continuer/interrompre l'allaitement ou de continuer/interrompre le traitement par lansoprazole doit prendre en compte

le bénéfice de l'allaitement pour l'enfant et le bénéfice du traitement par lansoprazole pour la mère.^{60,61}

• **Pantoprazole** ●

On ne sait pas si le pantoprazole est excrété dans le lait maternel. Des études chez l'animal ont mis en évidence l'excrétion de pantoprazole dans le lait maternel. Ce médicament ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement.^{60,61}

• **Les Anti-Histaminiques**

• **Famotidine** ●

Le passage dans le lait maternel des antihistaminiques H2 est documenté, avec un rapport de concentrations lait/plasma élevé mais les doses ingérées par l'enfant restent faibles (environ 1 % de la dose maternelle). Néanmoins, seules des données cinétiques sont disponibles. La tolérance chez l'enfant en cas de traitement maternel, a fortiori s'il est prolongé ou à doses élevées, n'est pas connue.

En conséquence, par mesure de précaution, il convient d'éviter ce médicament au cours de l'allaitement.

• **Les Anti-Acides**

• **Alginate de Sodium et Bicarbonate de Sodium** ●

Le Gaviscon peut être prescrit pendant l'allaitement, si besoin.

• **Sels d'Hydroxyde d'Aluminium et de Magnésium** ●

Aucune donnée sur le passage dans le lait maternel n'est disponible. Néanmoins, du fait du passage systémique limité des hydroxydes d'aluminium et de magnésium, l'allaitement peut être poursuivi lors de ce traitement.

1-3-7 Le Fluor ●

L'exposition systémique aux ions fluor étant faible pour les pâtes dentifrices, es pates dentifrice même à haute teneur en fluor (2500ppm) peuvent être utilisées durant l'allaitement.^{36,44, 61}

Tableau 2 : Médicaments utilisés en Pratique Dentaire pour la Femme Allaitante

Classe	Famille	DCI	Recommandation d'utilisation
Antibiotiques *	Pénicillines	Amoxicilline	Autorisé
		Amoxicilline + Acide Clavulanique	Autorisé
		Ampicilline ¹	Autorisé
	Céphalosporine	Cefazoline ¹	Utiliser avec précaution : Surveillance du nourrisson
	Macrolides et Apparentés	Spiramycine	À éviter
		Azithromycine	Utiliser avec précaution : Surveillance du nourrisson
		Clarithromycine	Utiliser avec précaution : Surveillance du nourrisson
		Pristinamycine	Contre Indiqué
		Clindamycine	Contre Indiqué
	Cyclines	Doxycyclines	À éviter
Antifongiques		Metronidazole	À éviter
		Fluconazole	Utilisation ponctuelle <= 200 mg
		Miconazole ²	Utiliser avec précaution
		Amphotéricine B ³	Autorisé
		Nistatine ³	Utiliser avec précaution : Surveillance du nourrisson
Antalgiques	Antalgiques non opiacés	Paracétamol	Autorisé
		Paracétamol /Caféine	A éviter ; Si nécessaire, dose <200mg/j
	Antalgiques opioïdes	Codéine	Contre Indiqué
		Tramadol	Contre Indiqué SAUF utilisation ponctuelle
Anti-inflammatoires	Les Anti-inflammatoires Stéroïdiens	Prednisolone Prednisone Dexaméthasone ...	Utiliser avec précaution : Traitement < 1 semaine
	Les AINS	Ibuprofène Diclofénac Ketoprofène Acide Méfénamique Acide Tiaprofénique ...	À éviter
Anti-septiques		Chlorhexidine ⁴	Autorisé
		Povidone iodée ⁴	A éviter ; Utilisation prolongée CONTRE INDIQUÉE
Médicaments contre l'hyperacidité gastrique	Les inhibiteurs de pompe à protons	Oméprazole	Autorisé
		Esomeprazole	Contre Indiqué
		Lansoprazole	À éviter
		Pantoprazole	À éviter
	Les anti-histaminiques	Famotidine	À éviter
	Les anti-acides	Alginate de sodium et Bicarbonate de sodium ³	Autorisé
		Sels d'hydroxyde d'aluminium et de magnésium ³	Autorisé

1-Injectable, 2-Gel dermique, 3-Suspension buvable, 4-Bain de bouche, Pour le reste, il s'agit de la forme comprimé, gélule ou sachet.

* Par mesure de précaution, en cas d'apparition d'effets indésirables chez le nourrisson lors d'un traitement de la femme allaitante par un antibiotique autorisé, il est recommandé d'arrêter l'allaitement pendant la période du traitement puis le temps nécessaire de l'élimination de la molécule de l'organisme.

2 - Relation entre la Santé Bucco-Dentaire Maternelle et Infantile :

2-1 Facteurs Responsables du Passage des Bactéries Cariogènes de la Mère à l'Enfant

Le streptocoque Mutans (S M) est considéré comme le principal groupe de bactéries cariogènes responsables de la carie dentaire. La colonisation d'un nourrisson par les SM peut se produire même à partir du moment de la naissance.

Plus la concentration de la salive maternelle est élevée en S M, plus la transmission verticale de ces bactéries cariogènes de la mère au nourrisson est importante.⁶³

Les données d'études cliniques montrent que les mères ayant des niveaux salivaires de SM plus de 10^6 organismes par millilitre de salive ont un taux de transmission de la bactérie de 50% à leurs bébés âgés de 10 à 16 mois comparés à un taux de seulement 30% dans le cas des mères ayant seulement 10^3 organismes par millilitre de salive.⁶⁴

Une prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte et allaitante permettra de diminuer au maximum le nombre des bactéries cariogènes dans la bouche de la mère réduisant ainsi l'incidence de la carie de la petite enfance.

D'autre part, il a été suggéré que l'allaitement maternel pourrait fournir une protection immunologique contre la transmission des SM de la mère à l'enfant en raison de la présence d'IgA (anticorps anti-SM), d'enzymes et d'agents antibactériens tels que la lactoferrine, l'interféron et Lysozymes.⁶⁴

Une étude in vitro a montré que le lait humain avait des lactobacilles qui pouvaient inhiber la croissance de streptocoques sélectionnés. Cette propriété n'a pas été retrouvée dans la salive de nourrissons nourris au biberon.⁶⁵

2-2 Recommandations et Conseils pour Minimiser la Transmission Précoce des Bactéries Cariogènes de la Mère à l'Enfant :

- Une prise en charge bucco-dentaire précoce et adéquate de la femme enceinte et allaitante pour éradiquer tout foyer infectieux bucco-dentaire,
- Motivation à l'hygiène et enseignement de la bonne méthode de brossage,
- Conseiller la mère d'éviter l'échange d'ustensiles de sa bouche vers celle de son enfant (cuillères, tétines, aliments, ...)
- Conseiller la mère de reprendre une alimentation équilibrée,
- Encourager l'allaitement au sein,
- Éviter les bisous sur la bouche de l'enfant,
- Éviter les biberons nocturnes pour le bébé et les boissons sucrées,
- Nettoyer la muqueuse des nourrissons avec une compresse imbibée d'eau après la tétée.

A retenir

Une femme allaitante peut bénéficier de tous les soins dentaires sans exception : chirurgicaux, conservateurs, prothétiques et esthétiques.

Une prise en charge bucco-dentaire adéquate de la femme allaitante lui permettra de :

- continuer à allaiter son enfant et lui faire profiter de tous les avantages de l'allaitement au sein notamment une croissance cranio-faciale harmonieuse et une éventuelle protection contre les dysmorphoses faciales. (voir Annexe)
- éviter la transmission verticale de ses bactéries cariogènes vers son bébé réduisant ainsi le risque de caries précoces de l'enfant.

Bibliographie

- 57- Rigourd V, Cheung K, Amirouche A, Serreau R.
Allaitement et médicaments. EMC Obstétrique
2012;7(2):1- 24 [Article 5-111-A-10].
- 58- Jeanmougin P, Le Bel J. Antibiothérapie chez la femme
enceinte et allaitante. EMC - Traité de Médecine Akos
2014;9(1):1-7
- 59- Popovic S. et al. Grossesse et allaitement : Quels
anesthésiques locaux? Quels analgésiques? Swiss
Dental Journal 2016, 126, 4
- 60- Vidal 2017
- 61- Agence Nationale de sécurité des médicaments et des
produits de santé (France), Résumé des caractéristiques
du produit.
- 62- American Association of endodontists: AAE Quick
Reference Guide on Antibiotic Prophylaxis 2017 Update
- 63- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline
on Perinatal Oral Health Care; Clinical practice guide-
lines 2011, 37, 6
- 64- Law V. et al. Factors influencing oral colonization of
mutans streptococci in young children. Australian Dental
Journal 2007; 52(2):93-100
- 65 - Nirunsittirat A. et al. Breastfeeding duration and
childhood caries: A Cohort Study. Caries Res
2016;50:498–507

Annexe 1 :

Rôle de l'allaitement maternel sur la croissance crânio-faciale chez le nourrisson

Le nouveau née présente à la naissance des rapports des bases squelettiques maxillaire et mandibulaire de classe II d'Angle par rétrognathie mandibulaire physiologique à la naissance (la mâchoire inférieure étant située en retrait par rapport à la supérieure)

Pendant les deux premières années de la vie de l'enfant, le rattrapage de croissance mandibulaire se fera grâce au bon déroulement des fonctions de ventilation et d'alimentation (tétée puis mastication).

Les enfants allaités au sein présentent une plus grande activité musculaire faciale par rapport à ceux nourris au biberon. Ceci favorise la croissance cranio-faciale et le développement des os de la mâchoire et minimise ainsi le risque de développement des malocclusions (Figure 6).^{66,67}

Une étude réalisée par Labbock et Hendershot sur plus de 9 000 enfants, annonçait un taux de malocclusions de 32,5 % chez les enfants allaités pendant moins de trois mois, contre 15,9 % chez les enfants allaités pendant au moins douze mois. Ce taux était 1,84 fois plus élevé chez les enfants nourris au lait industriel que chez les enfants allaités au sein. Les auteurs concluent que plus l'allaitement était long, plus la prévalence des malocclusions était basse.⁶⁸

D'autres auteurs ont montré que l'utilisation de biberons et de sucettes induisait, outre des problèmes d'allaitement, un risque accru de malocclusion. Farsi, en 1997, a montré que plus l'allaitement dure longtemps, moins l'enfant suce son pouce ou utilise une sucette.⁶⁹



Figure 6: Exemples de dysmorphoses dento-faciales
(a) : proalvéolie maxillaire antérieure, (b) : béance antérieure, (c) : inversé d'articulé



Figure 7:
Illustration du mouvement de propulsion
effectué par la mandibule lors de la tétée au
sein maternel afin de rattraper le décalage
sagittal physiologique⁷⁰

Tableau 3 : Comparaison entre Allaitement au Sein et Allaitement au Biberon ⁶⁹

	Allaitement au Sein	Allaitement au Biberon
	C'est le sein de la mère qui va s'adapter à la forme de la cavité buccale de l'enfant.	C'est la bouche de l'enfant qui s'adapte à la tétine.
Ouverture Buccale	Le nouveau-né ouvre grand sa bouche pour happer le sein de sa mère.	L'ouverture buccale est moins importante au biberon en raison de la forme des tétines usuelles, plus coniques qu'une aréole mammaire.
Lèvres	Les lèvres vont réaliser un joint étanche autour de l'aréole mammaire.	Les lèvres réalisent un joint moins étanche autour de la tétine.
Mandibule	Mouvement ample de propulsion de la mandibule vers l'avant puis vers le haut et l'arrière pour comprimer l'aréole et faire progresser le lait dans les canaux galactophores vers le téton.(Figure 7)	Mouvement de propulsion faible de la mandibule.
Langue	La partie médiane de la langue réalise un mouvement péristaltique antéropostérieur pour comprimer le téton le long de la voûte palatine et en faire sortir le lait vers le palais.	La pointe de la langue va réaliser un mouvement en piston contre le téton de la tétine pour en faire sortir le lait.
Muscles	Les muscles masticateurs sont fortement sollicités.	Le biberon demande plus d'efforts des muscles labiaux et jugaux et moins des muscles masticateurs.
Os Hyoïde	Remontée de l'os hyoïde, qui permet une fermeture postérieure étanche de la cavité buccale. Ainsi, l'enfant respire par le nez normalement pendant qu'il tète avant de déglutir.	La faible sollicitation des muscles masticateurs ne permet pas la remontée de l'os hyoïde et donc empêche la fermeture postérieure étanche de la cavité buccale ce qui entraînera des apnées respiratoires, et l'absorption d'un mélange air-lait sera à l'origine de nombreuses otites et coliques.
Respiration	Durant l'allaitement au sein, la respiration est toujours nasale.	Quand le biberon est plein, le lait s'écoule sous le seul effet de la pesanteur. Pour respirer, l'enfant place sa langue contre l'extrémité de la tétine afin d'empêcher l'écoulement.

Bibliographie

- 66-LimmeM. Diversification alimentaire et développement dentaire : importance des habitudes alimentaires des jeunes enfants pour la prévention de dysmorphoses orthodontiques Archives de Pédiatrie 2010;17: S217-S219
- 67-Peres.K.et al. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and metaanalysis. Acta Pædiatrica .2015 Dec;104(467): 54-61
- 68- Labbok M. et Hendershot G. Does breastfeeding protect against malocclusion ? An analysis of the 1981 Child Health Supplément to the National Health Interview Survey. Am J Prev Med 1987 ; 3 (4) : 227-32
- 69-Favé-Lesage et al. Allaitement et santé bucco-dentaire. L'information dentaire 2012 ; 19(9)
- 70-LIMME.M. Conduites alimentaires et croissance des arcades dentaires. Rev Orthop Dento Faciale , 2002 ; 36 : 289-309

Annexe 2 : Lettre de liaison Gynécologue - Médecin Dentiste



TUNISIAN ACADMI
Advanced health Care Association
for Dental and Medical Interaction



CHU Hédi Chaker de Sfax
Service de Médecine Dentaire
& Service de Gynécologie - Obstétrique



A.G.O.S
Amicale des Gynécologues
Obstétriciens de Sfax

Lettre de liaison entre Gynécologue - Médecin Dentiste

Date :

Nom et prénom de la patiente : âge :

Antécédants :

Allergie connue :

☐ Enceinte :

Semaine d'aménorrhée à ce jour : ;

Mois de grossesse : ;

Date prévue d'accouchement : ;

Complications au cours de la grossesse : ☐ Oui Précisez :
.....

☐ Non

☐ Allaitante

Médication en cours :

☐ Aspégic

☐ Héparine

☐ Anti-hypertenseurs :

☐ Autre :

Motif d'examen bucco-dentaire :

☐ Examen bucco-dentaire pré-conceptionnel

☐ Consultation systématique du 1^{er} trimestre

☐ Consultation systématique du 2^{ème} trimestre

☐ Urgence dentaire

☐ Signes de maladie parodontale

☐ Autre :

Précautions particulières lors des soins bucco-dentaires :

.....
.....
.....

Cachet et Signature du Gynécologue





Conclusion

Il est recommandé d'éliminer les foyers infectieux bucco-dentaires chez la femme enceinte et allaitante. Les soins dentaires pendant la grossesse et l'allaitement sont généralement indiqués et anodins.

De plus le confort et l'amélioration de la qualité de vie de la femme pendant cette période privilégiée, l'élimination des foyers infectieux bucco-dentaire, selon les études récentes, semble prévenir des complications de la grossesse telles que l'accouchement prématuré qui présente un problème de santé publique en Tunisie, et partout dans le monde.

Deux contrôles systématiques chez le dentiste sont recommandés pour la femme enceinte. Ces visites seront entre-autres le meilleur moment pour motiver la femme enceinte et lui donner les conseils nécessaires pour sa santé bucco-dentaire qui influe directement sur celle de son enfant.

Il est du rôle du médecin dentiste, comme tout professionnel de santé, d'encourager la future maman à l'allaitement maternel, vue son influence positive sur la croissance cranio-faciale du nouveau-né et sur la prévention des malocclusions dentaires.

L'étroite collaboration entre le médecin dentiste et l'obstétricien, ainsi que tout professionnel en contact avec la femme enceinte et allaitante est le seul garant de l'implication de cette dernière dans la promotion de sa santé bucco-dentaire et de celle de son enfant.



Recommandations pour la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte et allaitante 2017 - Référentiel

Association des Gynécologues Obstétriciens de Sfax - Tunisian Advanced health Care Association for Dental and Medical Interaction
Service de Médecine Dentaire & Service de Gynécologie Obstétrique au CHU Hédi Cheker de Sfax - TUNISIE