

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2011

N° :

**La prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte :
enquête auprès des professionnels de la grossesse, des chirurgiens
dentistes et des femmes enceintes.**

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée
et soutenue publiquement par

EGEA Luc, né le 23/08/84

Le 1 Juillet 2011 devant le jury ci-dessous

Président Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN
Assesseur Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE
Assesseur Madame le Docteur Bénédicte CASTELOT-ENKEL
Assesseur Monsieur le Docteur Tony GOURE

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
ETAT DE LA QUESTION.....	4
I- La santé bucco-dentaire de la femme enceinte.....	4
II- Lien entre maladies parodontales et accouchement prématuré et/ou naissance d'enfant de faible poids.	4
III- Lien entre maladies parodontales et pré-éclampsie.....	7
IV- Soins dentaires durant la grossesse et connaissances des professionnels médicaux..	8
MATERIELS ET METHODES	10
I- Professionnels de la grossesse.....	10
II- Chirurgiens dentistes	10
III- Femmes enceintes	10
RESULTATS	11
I- Professionnels de la grossesse.....	11
II- Chirurgiens dentistes	19
III- Femmes enceintes	31
DISCUSSION.....	40
CONCLUSION.....	49
ANNEXES	50
Annexe 1 : Questionnaire pour les professionnels de la grossesse.....	50
Annexe 2 : Questionnaire pour les chirurgiens dentistes	53
Annexe 3 : Questionnaire pour les femmes enceintes	57
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	61

INTRODUCTION

Il n'est pas rare de rencontrer au cours de notre activité professionnelle, des femmes nous faisant part de troubles dentaires rencontrés pendant la grossesse. Certaines pensent que l'on ne peut pas bénéficier de soins dentaires pendant la grossesse, d'autres ont rencontré des chirurgiens-dentistes qui ont refusé de les soigner parce qu'elles étaient enceintes, et parmi les femmes qui ont été soignées, une partie d'entre elles ont dû subir des soins algogènes sans anesthésie car leur chirurgien-dentiste considérait que les anesthésies étaient contre-indiquées pendant la grossesse.

D'une façon plus générale, on remarque également qu'avoir une bonne santé bucco-dentaire n'est pas une préoccupation majeure de la femme enceinte.

Pourtant, des informations existent : par exemple, on trouve très facilement des sites Internet de vulgarisation scientifique qui traitent de cette question ^{10, 25, 42}.

Mais les informations qui s'y trouvent sont-elles conformes aux données actuelles de la science ?

De plus, ces sites expriment souvent l'idée que « les dentistes préfèrent se limiter aux interventions indispensables », et qu'en cas de doute, ils suggèrent au chirurgien-dentiste de contacter le professionnel de santé qui suit la grossesse de notre patiente, c'est à dire la sage-femme ou le médecin gynécologue-obstétricien.

Qu'en est-il réellement dans les cabinets dentaires? Existe-t-il des soins contre-indiqués pendant la grossesse? Quelles sont les connaissances de ces professionnels de la grossesse sur les soins dentaires chez la femme enceinte ? Ont-ils les « outils » intellectuels pour répondre à nos questions?

C'est pour tenter de répondre à toutes ces interrogations que cette enquête a été réalisée. L'outil choisi est un ensemble de trois questionnaires proposés à trois groupes de personnes bien distincts : le premier est adressé aux chirurgiens-dentistes, le second aux professionnels de la grossesse, c'est-à-dire les médecins gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, et le dernier aux femmes enceintes.

L'objectif est de connaître la nature de la prise en charge de la femme enceinte au niveau de sa cavité buccale, et si cette prise en charge est conforme aux données actuelles de la science.

Ceci implique d'être au fait des connaissances de la recherche scientifique sur ce sujet. Il est donc nécessaire de se pencher sur cette première question : Aujourd'hui, que nous dit la science sur la santé bucco-dentaire de la femme enceinte ?

ETAT DE LA QUESTION

I- La santé bucco-dentaire de la femme enceinte.

Durant les neuf mois de sa grossesse, une femme enceinte subit d'importants changements hormonaux. Parmi eux, l'élévation du taux de Progestérone, qui induit une vasodilatation générale, et donc une augmentation de la perméabilité capillaire. Ceci a pour conséquence au niveau de la cavité buccale une sensibilité accrue des muqueuses aux agressions^{4, 11}. Il est donc fréquent de rencontrer des pathologies des muqueuses orales chez les femmes enceintes, notamment la gingivite gravidique, dont la fréquence varie selon les études de 10 à 70%⁴, ou encore l'épulis gravidique.

Gingivite gravidique : état inflammatoire de la gencive, qui devient rouge, oedématiée, perd son aspect granité. Les papilles interdentaires deviennent congestives et saignent au contact. Elle est peu douloureuse et est donc souvent négligée.

Epulis gravidique : tumeur gingivale nodulaire, siégeant entre deux dents. Elle est pédiculée ou sessile, rouge, indolore, et saigne au moindre contact. L'étiologie est inconnue. Des facteurs irritatifs locaux, comme la plaque dentaire, peuvent être incriminés, mais les facteurs prépondérants semblent être hormonaux, car ces lésions régressent après l'accouchement, et récidivent lors de grossesses ultérieures de manière plus précoce et de taille plus volumineuses. L'excision chirurgicale sous anesthésie locale peut être envisagée selon les répercussions de cette lésion, mais les récurrences sont fréquentes. On peut tenter de contrôler les saignements par cryothérapie, qui peut être renouvelée plusieurs fois sans risque pour la grossesse⁴.

D'autres pathologies bucco-dentaires peuvent s'observer plus fréquemment pendant la grossesse. En effet, la femme enceinte subit des changements dans son alimentation, tant au niveau de la qualité que de la quantité. Les prises alimentaires sont plus nombreuses, avec une appétence particulière pour le sucre. Peuvent s'associer à cela des nausées, des vomissements, et une baisse du pH salivaire, qui amènent de l'acidité dans la cavité buccale. Tout ceci contribue à une diminution du pH buccal, et donc, à une augmentation du risque d'érosion dentaire, du risque carieux et à une accélération des lésions carieuses préexistantes pendant la grossesse^{1, 32, 46}.

II- Lien entre maladies parodontales et accouchement prématuré et/ou naissance d'enfant de faible poids.

Maladies parodontales (MP): elles regroupent les gingivites et les parodontites, maladies inflammatoires d'origine infectieuses entraînant une altération des tissus de soutien des dents, c'est à dire des gencives, de l'os alvéolaire et du ligament alvéolo-dentaire.

Accouchement prématuré (AP): toute naissance survenant entre la 22^e et la 37^e semaine d'aménorrhée révolue, soit avant 259 jours d'aménorrhée, d'un enfant de plus de 500g²⁴.

Naissance d'enfant de faible poids : toute naissance d'un enfant de moins de 2500g⁶.

La fréquence des naissances prématurées en France est voisine de 6%. La prématurité représente la principale cause de mortalité et de morbidité néonatale, et les enfants survivants présentent un risque important de complications respiratoires, neurologiques, et sensorielles.

ETAT DE LA QUESTION

Déterminer les causes et les facteurs de risque des accouchements avant terme représente donc un enjeu majeur de santé publique¹⁸.

Depuis les travaux d'Offenbacher en 1996 qui ont montré pour la première fois une corrélation positive entre parodontites et AP³⁷, beaucoup d'études ont exploré cette voie de recherche sous différents aspects : des études prospectives, cas-témoins, des essais randomisés contrôlés, des revues de littérature, des méta-analyses... Mais les conclusions sont loin d'être unanimes : certaines suggèrent un lien entre MP et AP^{21, 38, 39, 56}, alors que d'autres estiment que MP et AP sont indépendants^{12, 22, 26, 29, 30, 31, 33, 36, 49, 53}.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer le mécanisme d'action. La première suppose que les bactéries parodontopathogènes (par exemple *Porphyromonas Gingivalis* ou *Fusobacterium Nucleatum*) passent dans le sang, induisant ainsi une bactériémie. Ces bactéries atteindraient l'utérus par voie sanguine, et seraient à l'origine de contractions utérines. Une autre hypothèse implique les médiateurs de l'inflammation sécrétés pour lutter contre les infections parodontales. Ces cytokines, parmi lesquels le TNF- α , IL-1, IL-6, IL-8 ou encore le PGE₂, seraient ensuite véhiculées dans le sang jusqu'à l'unité foeto-maternelle, traverseraient la barrière placentaire et induiraient des contractions utérines^{5, 14, 18, 19}.

Vergnes J-N. et Sixou M. ont suggéré dans leur méta-analyse que la maladie parodontale peut être un facteur de risque indépendant de l'accouchement prématuré ou de la naissance d'enfant de faible poids. Ils ont observé que plus la méthodologie de l'étude est rigoureuse, plus l'intensité de l'association est faible⁵³.

Polyzos N.P. et coll. ont réalisé une autre méta-analyse qui suggère à l'inverse, que le traitement des parodontites réduit significativement le risque d'avoir un accouchement prématuré ou d'avoir un enfant de faible poids de naissance³⁹.

On note dans certaines études que le taux d'AP est plus important quand la parodontite est sévère et progressive, c'est-à-dire lorsque la MP est dans une phase active de son évolution^{18, 38}.

Ainsi, malgré la multitude d'articles sur le sujet, aucune conclusion précise n'a pu établir de manière formelle qu'une maladie parodontale puisse être à l'origine ou non, d'une menace d'accouchement prématuré (MAP) et/ou d'une naissance d'un enfant de faible poids. Plusieurs éléments peuvent expliquer cela :

- La parodontite et la MAP sont deux pathologies multi-factorielles dont certains facteurs, comme le statut socio-économique de la patiente, sont communs à ces événements. Il est donc difficile de déterminer si les résultats observés sont imputables aux variables étudiées ou si les co-facteurs n'influencent pas les résultats.

- De nombreux critères sont utilisés pour définir une MP. Il a été constaté que l'association entre MP et AP varie en fonction de la définition utilisée pour la MP. On constate d'une étude à l'autre des différences dans les diagnostics même des variables à comparer. C'est particulièrement vrai pour la maladie parodontale, qui est, selon les études, tantôt établi lorsqu'on a un saignement au sondage, et tantôt lorsqu'on a des poches parodontales d'au moins 4 mm.

- Les populations étudiées sont très différentes entre les articles. La prévalence des maladies parodontales et celle des accouchements prématurés varient d'un pays à l'autre, et dans un même pays, d'une population à l'autre. Il est donc très difficile de

ETAT DE LA QUESTION

comparer les résultats de ces études et donc d'aboutir à une synthèse claire. Il a été observé que plus le niveau socio-économique des patientes est bas, moins les conditions parodontales sont favorables, et plus l'association MP/AP est mise en évidence. Souvent, quand les études ne montrent pas de corrélation, la population étudiée comprend des femmes dont l'accès aux soins dentaires est plus aisé¹⁸.

Un des articles les plus souvent cités dans la littérature et des plus avancés sur le plan de la méthodologie a été réalisé par Michalowicz B.S. et coll. en 2006³⁰. Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée portant sur 823 femmes enceintes séparées en 2 groupes : un groupe test bénéficiant d'un traitement parodontal basé sur un détartrage et surfaçage radiculaire sous anesthésie locale, et un groupe contrôle ne recevant qu'un examen oral pendant leur grossesse, le traitement parodontal étant reporté après l'accouchement. Les auteurs n'ont pas trouvé de différence significative entre les 2 groupes, ni dans le poids de naissance du bébé, ni au niveau du terme de la grossesse. Toutefois, les auteurs modèrent leur conclusion. Leur étude pourrait être biaisée par le fait que la thérapeutique parodontale serait peut-être intervenue trop tard dans la grossesse (avant la 21^e semaine d'aménorrhée) pour que les effets s'en fassent sentir sur les complications obstétricales.

Ce dernier point est partagé par Offenbacher S. et Beck J., qui ont édité un commentaire peu après la parution de l'étude précédemment citée. Ils ajoutent également dans ce commentaire que les AP surviennent plus fréquemment chez des patientes atteintes de MP sévères ou progressives, car l'hypothèse de départ est bien que les complications obstétricales peuvent être liées aux effets systémiques des phénomènes inflammatoires et infectieux induits par la MP, et non aux signes cliniques locaux de la MP³⁵.

Offenbacher S. et coll. ont également publié 2 études en 2006 et 2009 sur les effets des thérapeutiques parodontales sur la survenue d'accouchements prématurés. Mais les conclusions diffèrent^{36, 38}. La première conclut à un bénéfice du traitement parodontal, qui réduirait la survenue d'AP, mais la valeur scientifique de celle-ci est fortement réduite par le faible nombre de sujets inclus (N=67). La deuxième est plus pertinente, car il s'agit d'une étude randomisée, contrôlée comprenant 1806 patientes. Mais les auteurs aboutissent à une différence non significative entre le groupe traité et le groupe contrôle dans la survenue de complications obstétricales. Ils donnent quelques éléments de réflexion qui pourraient expliquer ces conclusions :

- La première serait que la MP n'influence pas la survenue d'AP.
- La seconde est que la MP augmente le risque d'AP, mais que le traitement ne réduit pas ce risque.
- La troisième est que le traitement parodontal n'est pas toujours un succès, la maladie pouvant persister après la thérapeutique.
- Enfin, il est suggéré que le protocole d'intervention parodontal (c'est-à-dire détartrage et surfaçage radiculaire) ne soit pas approprié pour contrôler l'inflammation gingivale.

Pour faire le point sur cette question, la *Cochrane Collaboration* a publié en 2005 un protocole visant à synthétiser les études publiées sur le sujet, et ne garder que celles présentant une valeur scientifique importante¹⁷. Mais jusqu'à présent, aucune publication n'a exploité ce protocole pour en fournir des réponses.

ETAT DE LA QUESTION

Il semblerait donc que le lien entre maladies parodontales d'une part et accouchement prématuré et naissance d'enfant de faible poids d'autre part, soit plausible. Le problème est qu'à l'heure actuelle, les études sur le sujet diffèrent trop d'un point de vue méthodologique, ce qui nous empêche d'aboutir à une conclusion claire et précise. On ne peut donc pas, aujourd'hui, affirmer ou infirmer qu'une parodontite augmente le risque de survenue d'un accouchement prématuré⁵⁴ ou de naissance d'un enfant de faible poids. D'autres études sont nécessaires pour tester cette hypothèse.

III- Lien entre maladies parodontales et pré-éclampsie.

Pré-éclampsie : Maladie placentaire entraînant une hypertension associée à une protéinurie au cours de la grossesse. L'évolution défavorable s'appelle l'éclampsie, qui se manifeste par un état convulsif à répétition, pouvant être suivi d'un coma. La pré-éclampsie peut aussi se compliquer en un hématome rétro-placentaire, un retard de croissance fœtal, voire la mort fœtale²⁴.

Plus récemment, la littérature s'est intéressée à une possible association entre la maladie parodontale et la pré-éclampsie. Même si on ne dispose pas d'autant d'éléments que pour l'accouchement prématuré, la majeure partie des études existantes indique qu'une atteinte parodontale serait un facteur de risque de pré-éclampsie^{16, 41, 47, 56}. Parmi elles, on peut citer les revues systématiques et méta-analyse de Conde-Agudelo A. et coll. et celle de Xiong X. et coll. qui nous apprennent notamment que l'association est d'autant plus forte que la maladie parodontale est sévère ou progressive^{16, 56}.

Le mécanisme avancé est similaire à celui décrit précédemment, à savoir que l'agression parodontale induirait une cascade inflammatoire. Les médiateurs de l'inflammation seraient alors acheminés vers le placenta par voie sanguine, et conduirait ainsi à une pré-éclampsie⁴¹.

Toutefois, toutes les études n'ont pas abouti à cette conclusion⁴⁹, et Ruma M. et coll.⁴¹ précisent que les marqueurs inflammatoires identifiés ne sont pas forcément d'origine parodontale. Encore une fois, il s'agit de 2 pathologies multi-factorielles, et il est par conséquent très difficile d'affirmer qu'il y a un lien entre les deux.

A l'image de la menace d'accouchement prématuré, il est probable que les parodontites, de par son action sur les défenses immunitaires de la femme enceinte, participe à la survenue de ces complications obstétricales, et n'en serait pas directement une cause, mais un cofacteur.

D'autres études doivent être menées pour préciser ces relations.

ETAT DE LA QUESTION

IV- Soins dentaires durant la grossesse et connaissances des professionnels médicaux.

Cette problématique est souvent posée au cours de la grossesse. Peut-on réaliser tous les soins dentaires chez la femme enceinte ? Qu'en est-il de l'anesthésie dentaire ? Faut-il l'associer ou non à un vaso-constricteur ?

De nombreux articles rappellent qu'il n'existe aucune contre-indication à prodiguer des soins dentaires pendant la grossesse, il n'y a pas lieu de différer les soins s'ils s'avèrent nécessaires, spécialement dans un contexte d'urgence^{11, 13, 15, 20, 23, 32, 46, 50}. Quelques précautions peuvent être prises en fonction de la patiente et de l'histoire de la grossesse.

L'anamnèse de la patiente est de ce fait essentielle pour connaître d'éventuelles complications qui pourraient gêner la réalisation de soins dentaires. En fin de grossesse, il est conseillé d'installer la patiente en position semi-assise sur le fauteuil ou de surélever la hanche droite avec un coussin par exemple, afin de décaler la masse utérine du côté gauche et éviter un syndrome hypotensif dû à la compression de la veine cave inférieure^{20, 32, 46}.

Pour éviter toute toxicité mercurielle, la pose et la dépose d'amalgame sont à différer après la grossesse. Toutefois, si une situation d'urgence impose de retirer un amalgame, cet acte doit se faire sous digue avec une aspiration efficace^{11, 32}.

Il a même été évoqué qu'en réduisant l'activité cariogène de la femme enceinte par des soins consciencieux et par des conseils de prévention et de promotion de l'hygiène bucco-dentaire, on réduirait le risque de transmission de la flore cariogène à l'enfant^{13, 27}.

Un rapport de l'Académie Américaine de Parodontologie recommande aux femmes enceintes ou projetant de l'être de bénéficier d'un examen parodontal. Il indique également que les traitements nécessaires comme le détartrage ou le surfaçage radiculaire peuvent être réalisés pendant la grossesse⁸.

Michalowicz B.S. et coll. ont repris en 2008 les données de leur étude de 2006, dans laquelle il a été réalisé, préalablement à l'étude du traitement parodontal, des traitements dentaires dits « indispensables » chez toutes les femmes présentant des sites infectieux latents ou patents. 483 femmes, soit 58.7% de l'échantillon, ont bénéficié de traitements tels que des restaurations temporaires ou définitives, des traitements endodontiques ou des extractions avant 21 semaines. Il a été étudié a posteriori l'incidence de survenue de complications obstétricales. Sous réserve de biais déjà cités, il n'a pas été observé d'augmentation de cette incidence chez les femmes ayant bénéficié de soins dentaires quels qu'en soient leur nature. Les auteurs ont donc conclu que les traitements dentaires peuvent être réalisés pendant la grossesse sans risque pour le fœtus²⁸.

Concernant les anesthésies locales, leur administration n'a pas révélé d'effet tératogène ni d'effet délétère sur la grossesse^{50, 55}. De même, même si l'adrénaline peut théoriquement induire des contractions utérines, sa concentration dans les anesthésies n'est pas suffisamment importante pour perturber le déroulement de la grossesse⁴⁸.

Cependant, une étude a observé une légère augmentation du taux d'accouchement prématuré dans le groupe des femmes enceintes ayant été traitées de leur maladie parodontale, mais les auteurs estiment que des biais ont pu influencer leur résultats, notamment la taille de leur échantillon pourrait être insuffisant, et leur définition de MP peut être influente sur les résultats²⁶.

ETAT DE LA QUESTION

Plusieurs études, en dehors de la France, ont évalué les connaissances des professionnels de santé. Elles concluent toutes que les obstétriciens ont un bon niveau de connaissance sur les manifestations orales de la grossesse. Ils reconnaissent l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire pour le bon déroulement d'une grossesse, mais ils admettent pour la plupart ne pas prodiguer de conseils dans ce sens à leurs patientes, ni conseiller de consulter leur chirurgien-dentiste en vue d'un bilan ^{7, 34, 45, 57}.

Une enquête brésilienne de 2004 a évalué les connaissances de 58 obstétriciens et de 37 chirurgiens dentistes. On apprend que ces professionnels de santé ont reçu des enseignements sur les soins dentaires pendant la grossesse, mais que leur point de vue est très variable d'un praticien à l'autre et qu'il y a souvent un décalage avec les connaissances contemporaines de la science ⁵⁷.

Aucun organisme officiel n'a publié de recommandation sur les soins dentaires chez la femme enceinte, à l'exception du guide de bonne pratique du Département de la Santé de l'Etat de New-York. Ce guide conseille d'effectuer tous les soins dentaires nécessaires pendant la grossesse, en précisant que le 2^e trimestre est la période la plus favorable, et que les actes facultatifs devraient être reportés après la grossesse, mais sans préciser la nature de ces actes ⁴³.

Les données de la science sont donc rassurantes concernant la faisabilité des soins dentaires chez la future parturiente. Mais ces données semblent atteindre difficilement les professionnels de santé. Qu'en est-il en France ? Et quelles sont les informations qui parviennent aux femmes enceintes ?

Tel est le but de cette étude : établir un état des lieux des connaissances et des pratiques de l'ensemble des professions médicales et des patientes concernées.

MATERIELS ET METHODES

3 questionnaires ont été élaborés pour atteindre cet objectif :

Le premier pour le personnel médical qui prend en charge la grossesse

Le second à l'attention des chirurgiens dentistes libéraux.

Le dernier pour les femmes enceintes.

Ils se présentent sous la forme de questions à choix multiples (QCM) pour pouvoir être complétés de manière simple et rapide. Ils ont été testés une première fois par un faible échantillon, afin de corriger d'éventuelles incompréhensions et d'améliorer encore leur simplicité.

I- Professionnels de la grossesse (Annexe 1)

On entend par professionnels de la grossesse les sages-femmes et les médecins gynécologues obstétriciens. Ce questionnaire a pour but d'évaluer les connaissances des praticiens en matière de santé bucco-dentaire de la femme enceinte et sa prise en charge. Il cherche également à déterminer si les patientes sont adressées à un chirurgien-dentiste et dans quelles circonstances.

Il a donc été proposé aux sages femmes et médecins travaillant à l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes, ainsi qu'à ceux exerçant à la Maternité du CH du Mans afin d'améliorer les résultats de cette enquête en évitant un effet mono-centrique. L'échantillon comporte 130 sages-femmes, 34 médecins et internes en gynécologie-obstétrique.

II- Chirurgiens dentistes (Annexe 2)

Ce questionnaire a été distribué à 544 chirurgiens dentistes participant aux journées de formation continue ainsi qu'aux journées de formation à la radioprotection au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Nantes durant une période allant du 16 Octobre 2008 au 15 Décembre 2009. Ont également été sollicités les 69 étudiants en TCEO1 de l'année 2009/2010 afin d'évaluer le niveau de connaissances des chirurgiens dentistes à l'issue de leur formation initiale.

III- Femmes enceintes (Annexe 3)

Les femmes interrogées sont des patientes venues en consultation à l'hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes et à la Maternité du CH du Mans. Ce questionnaire a également été proposé à des patientes hospitalisées dans le service de grossesse à haut risque du CHU de Nantes. Au total, 284 personnes ont été sollicitées pour cette partie de l'enquête.

RESULTATS

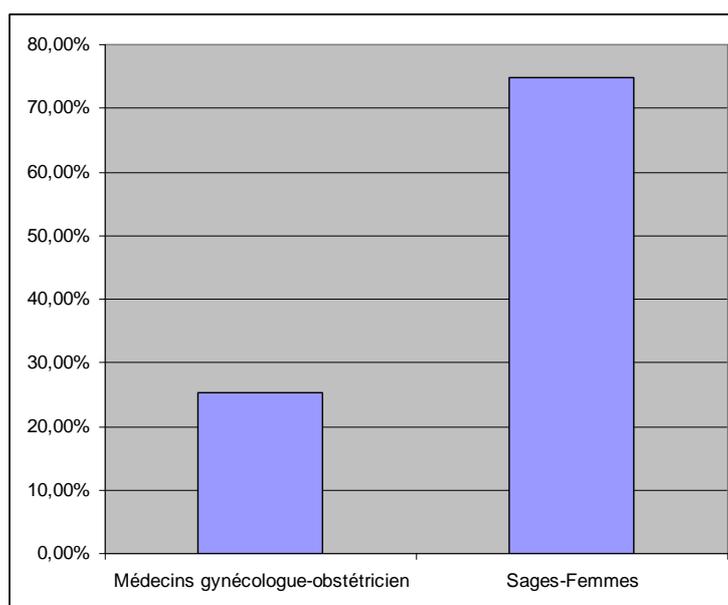
Dans un souci de clarté et d'exhaustivité, il a été choisi de présenter les résultats séparément en reprenant les réponses dans le même ordre d'apparition que dans les questionnaires. Ainsi, chaque question sera associée au nombre de réponses, au pourcentage correspondant, et sera illustrée par un graphique regroupant les informations.

I- Professionnels de la grossesse

87 personnes ont répondu (28 = Le Mans et 59 = Nantes), soit un taux de participation global de 53%. 73,7% des médecins, 53,3% des internes et 50% des sages-femmes ont participé à cette enquête.

1. Profession :

N=87

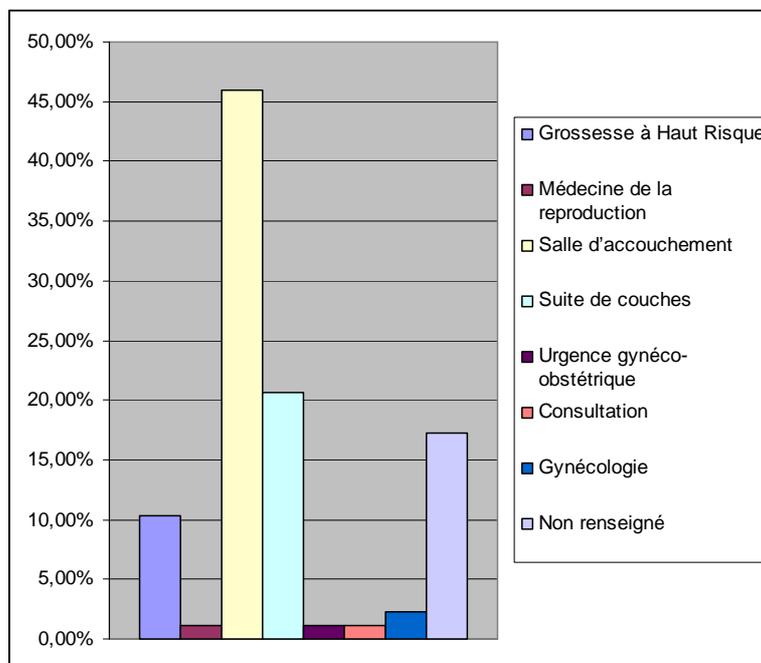


Médecins gynécologue-obstétricien	22 dont 8 internes	25.3%
Sage-Femme	65	74.7%

RESULTATS

2. L'unité dans laquelle vous travaillez :

N=87

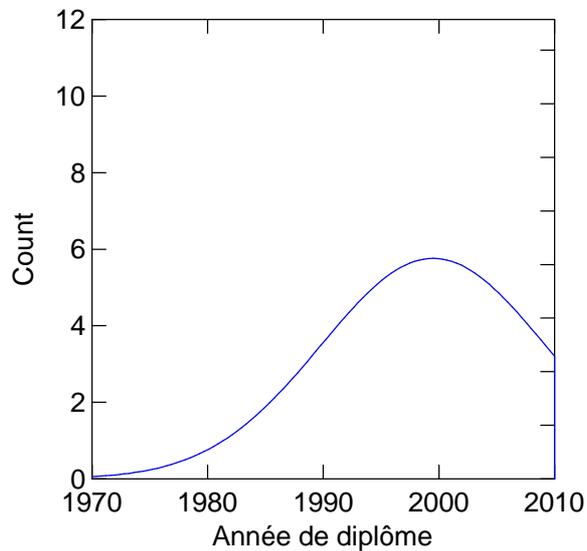


Grossesse à Haut Risque	9	10.3%
Médecine de la reproduction	1	1.1%
Salle d'accouchement	40	46%
Suite de couches	18	20.7%
Urgence gynéco-obstétrique	1	1.1%
Consultation	1	1.1%
Gynécologie	2	2.3%
Non renseigné	15	17.2%

L'échantillon déclare principalement travailler en Salle d'accouchement, mais il s'avère que les personnels hospitaliers peuvent être amenés à changer de service durant leur activité professionnelle.

RESULTATS

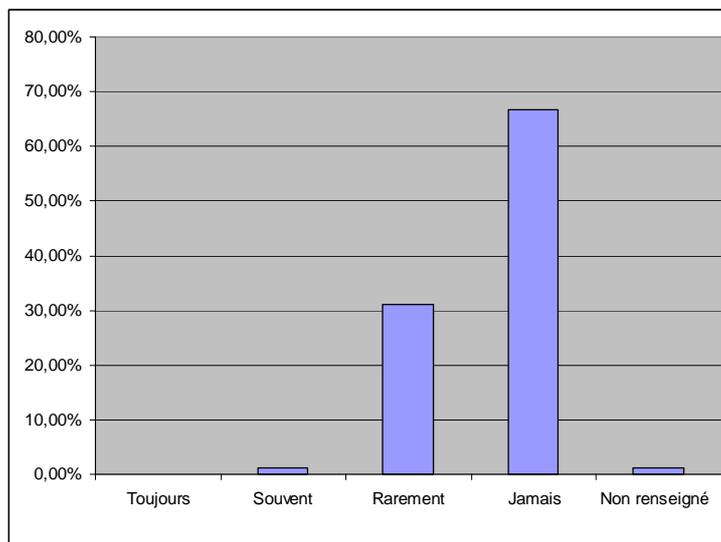
3. En quelle année avez-vous reçu votre diplôme ?



Ce graphique indique que les personnes interrogées ont obtenu leur diplôme entre 1974 et 2009, la moyenne se situe en 1998, et la médiane à 2001.

4. Examen de la bouche au cours des consultations de femmes enceintes ?

N=87

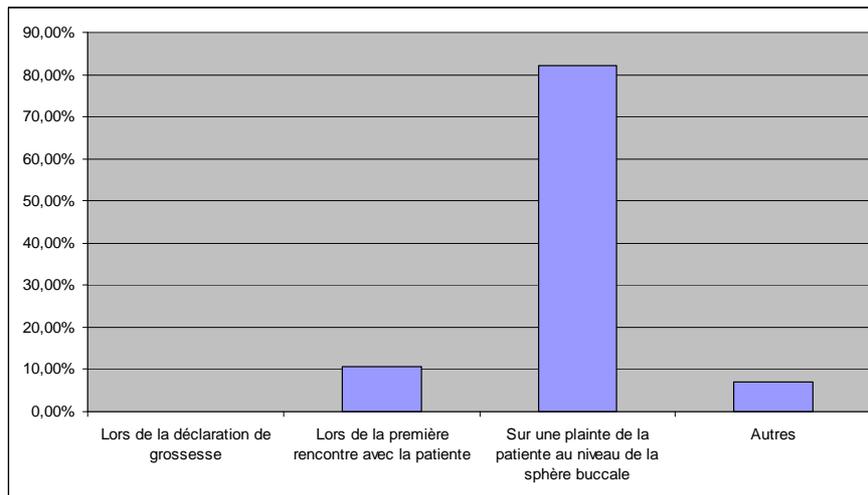


Toujours	0	0%
Souvent	1	1.1%
Rarement	27	31.1%
Jamais	58	66.7%
Non renseigné	1	1.1%

RESULTATS

5. Si oui, à quel moment de la grossesse ?

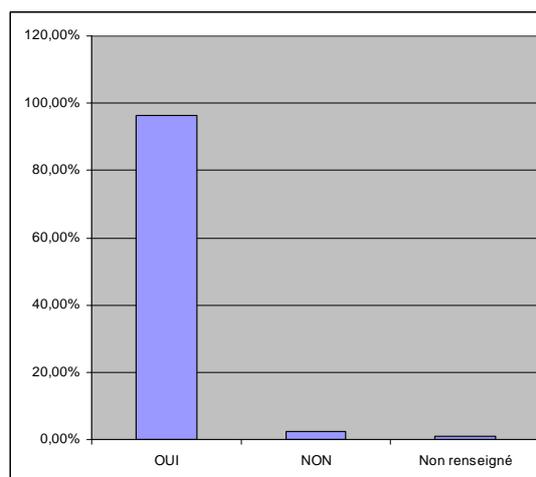
N = 28



Lors de la déclaration de grossesse	0	0%
Lors de la première rencontre avec la patiente	3	10,7%
Sur une plainte de la patiente au niveau de la sphère buccale	23	82,1%
Autres	2	7,1%

6. Lors de la grossesse, une infection d'origine bucco-dentaire présente-t-elle un risque ?

N=87

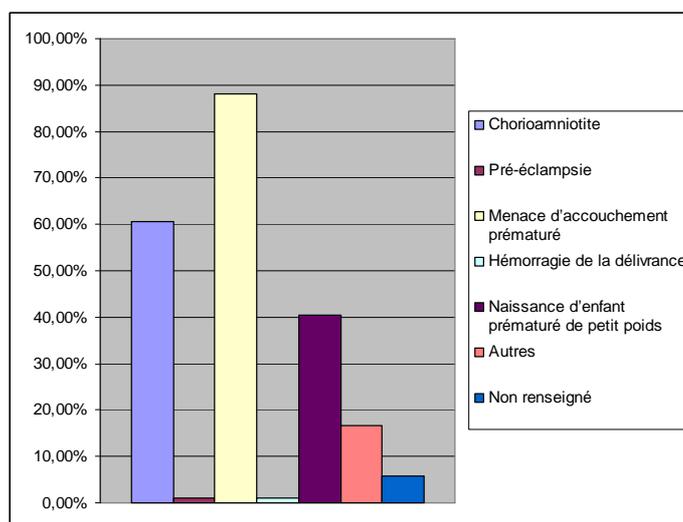


OUI	84	96,5%
NON	2	2,3%
Non renseigné	1	1,1%

RESULTATS

7. Si oui, selon vous, quel(s) est (sont) ce(s) risque(s) ?

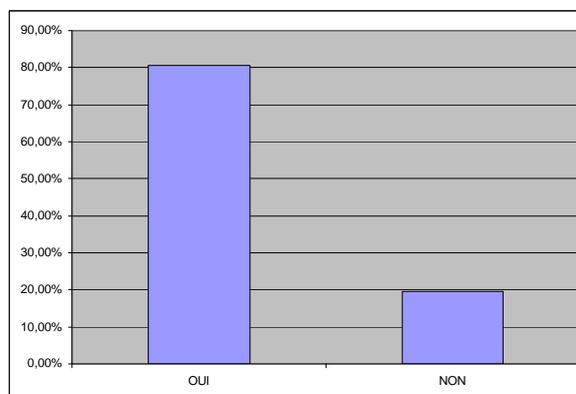
N= 84



Chorioamniotite	51	60.7%
Pré-éclampsie	1	1.1%
Menace d'accouchement prématuré	74	88.1%
Hémorragie de la délivrance	1	1.1%
Naissance d'enfant prématuré de petit poids	34	40.5%
Autres	14	16.7%
Non renseigné	5	5.9%

8. Connaissez-vous les manifestations bucco-dentaires de la grossesse ?

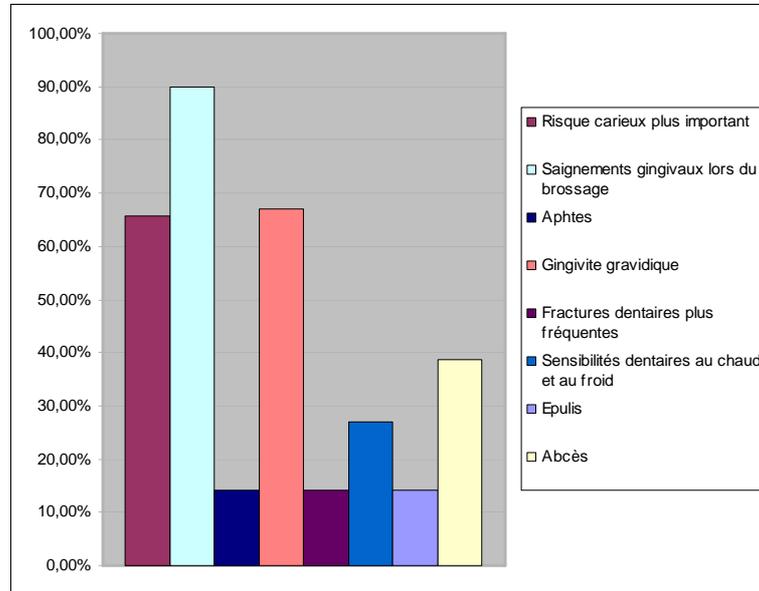
N=87



OUI	70	80.5%
NON	17	19.5%

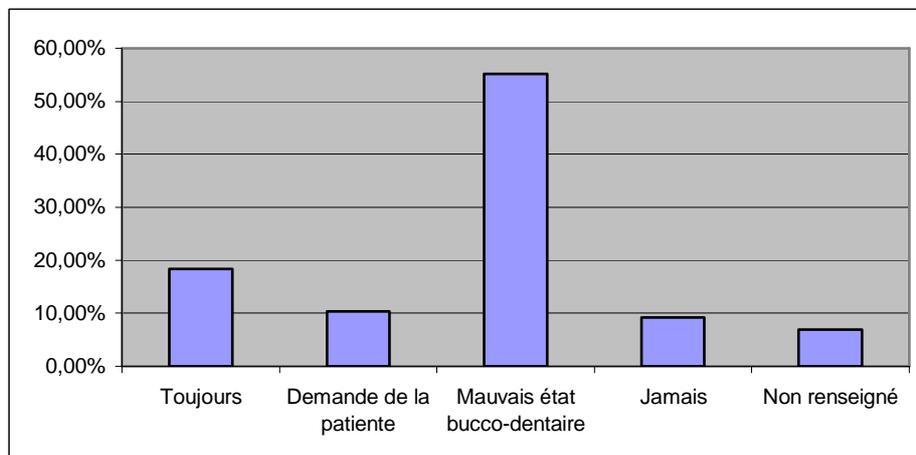
RESULTATS

9. Si oui, selon vous, quelles sont-elles ? N = 70



Risque carieux plus important	46	65.7%
Saignements gingivaux lors du brossage	63	90%
Aphtes	10	14.3%
Gingivite gravidique	47	67.1%
Fractures dentaires plus fréquentes	10	14.3%
Sensibilités dentaires au chaud et au froid	19	27.1%
Epulis	10	14.3%
Abcès	27	38.6%

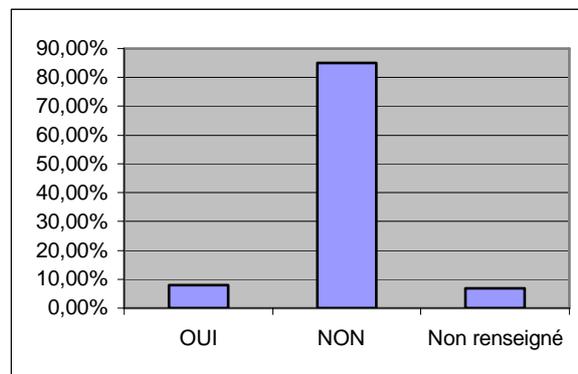
10. Dans le cadre du protocole de prise en charge des femmes enceintes, les orientez-vous vers un chirurgien dentiste ?



RESULTATS

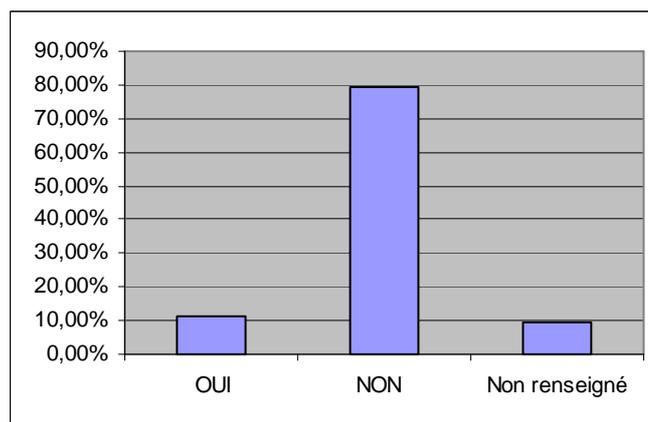
Toujours	16	18.4%
Oui, sur demande de la patiente	9	10.3%
Oui, dans le cas où la patiente semble présenter un mauvais état bucco-dentaire	48	55.2%
Jamais	8	9.2%
Non renseigné	6	6.9%

11. Avez-vous reçu des enseignements sur les pathologies bucco-dentaires de la femme enceinte au cours de vos études?



OUI	7	8%
NON	74	85,1%
Non renseigné	6	6,9%

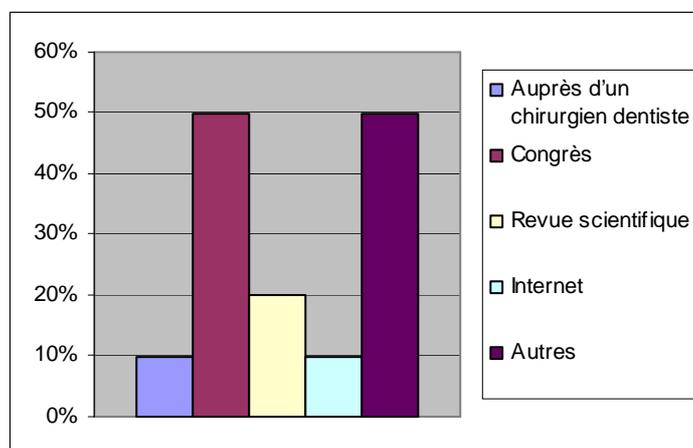
12. Après vos études ?



OUI	10	11,5%
NON	69	79,3%
Non renseigné	8	9,2%

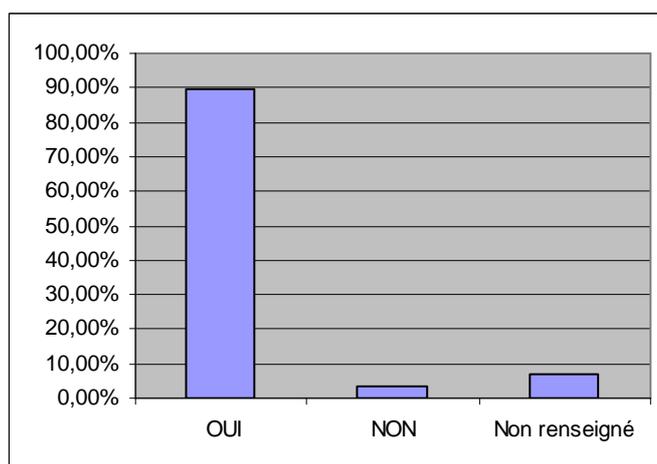
RESULTATS

13. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? N = 10



Après d'un chirurgien dentiste	1	10%
Au cours d'un congrès	5	50%
Dans une revue scientifique	2	20%
Sur Internet	1	10%
Autres	5	50%

14. Seriez-vous intéressé(e) par une réactualisation de vos connaissances à ce sujet ?



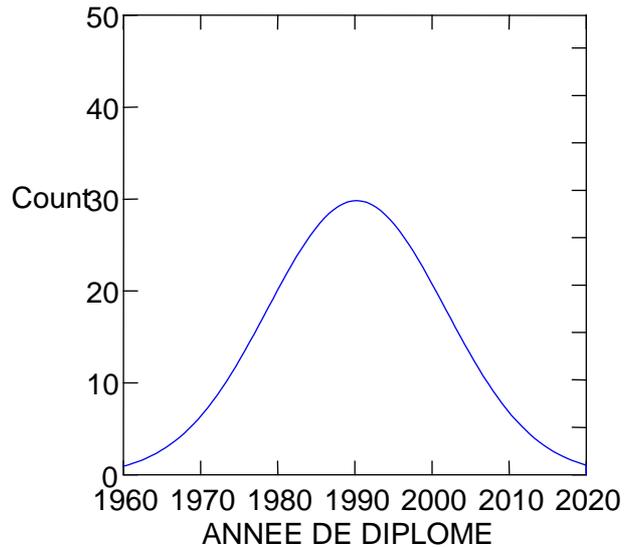
OUI	78	89,7%
NON	3	3,4%
Non renseigné	6	6,9%

RESULTATS

II- Chirurgiens-dentistes

N= 259

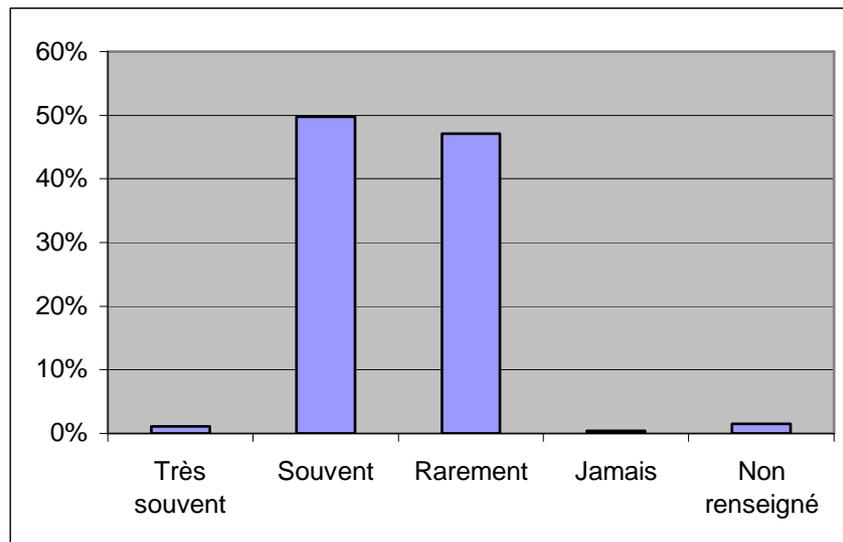
1. En quelle année avez-vous reçu votre diplôme ?



Ici, l'année de diplôme des participants se situe entre 1968 et 2010, la moyenne est autour de 1990, et l'année médiane est 1988. Contrairement à ce que le graphique peut laisser paraître, la distribution n'est donc pas tout à fait gaussienne.

2. Dans votre cabinet, vous voyez des femmes enceintes :

N=259

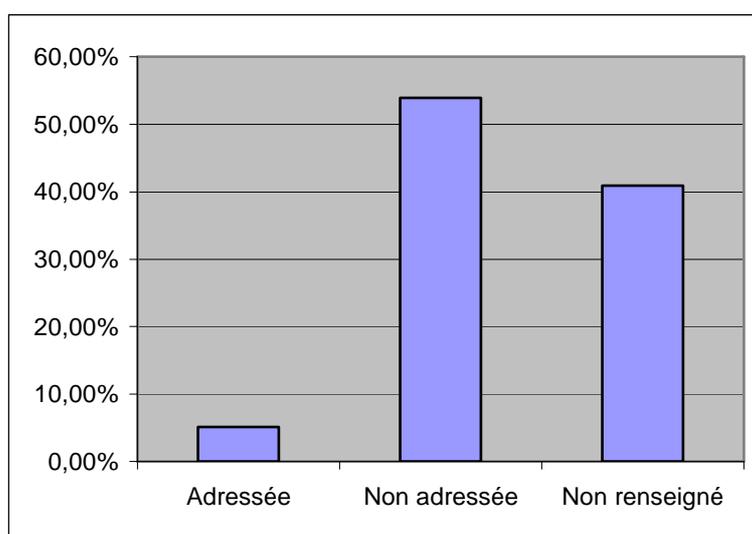


RESULTATS

Très souvent	3	1,1%
Souvent	129	49,8%
Rarement	122	47,1%
Jamais	1	0,4%
Non renseigné	4	1,5%

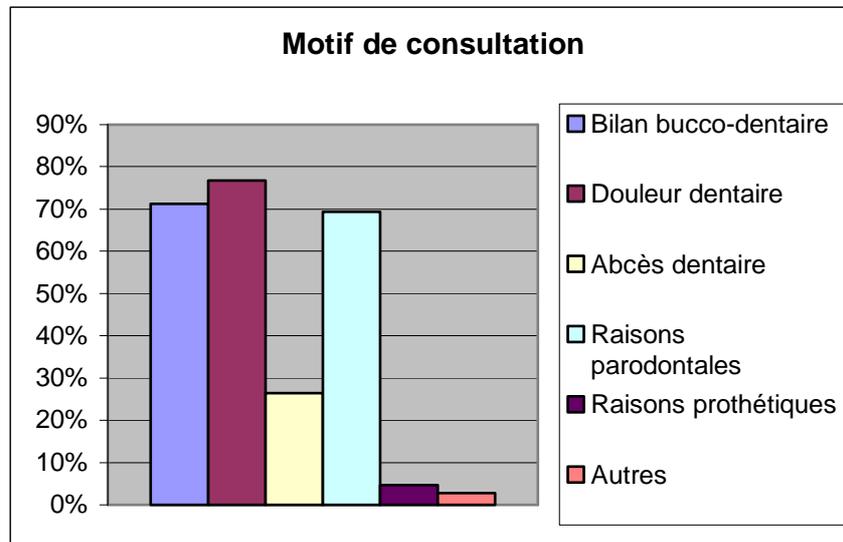
3. Si oui, motif de consultation :

N = 254



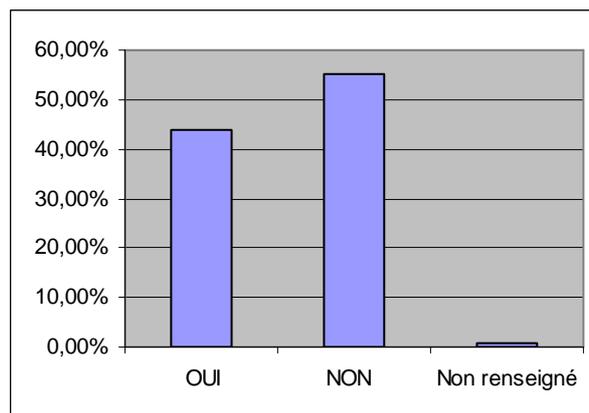
Adressée par une sage-femme ou un médecin	13	5,1%
Non adressée par une sage femme ou un médecin	137	53,9%
Non renseigné	104	40,9%

RESULTATS



Pour un bilan bucco-dentaire	181	71,2%
Pour une douleur dentaire	195	76,8%
Pour un abcès dentaire	67	26,4%
Pour des raisons parodontales	176	69,3%
Pour des raisons prothétiques	12	4,7%
Autres	7	2,8%

4. L'anesthésie dentaire : un risque au cours de la grossesse ? n=259



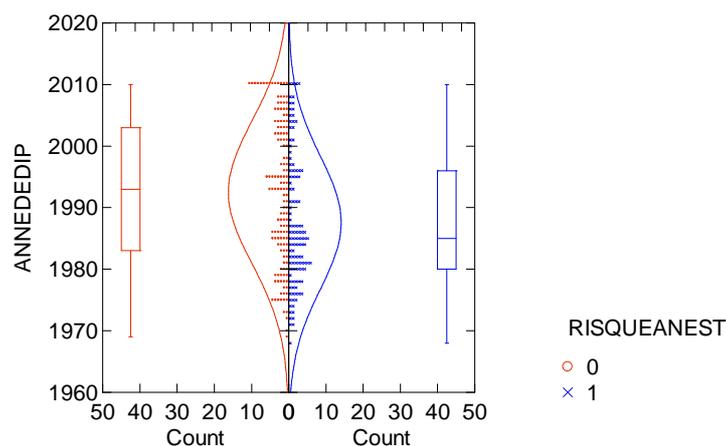
OUI	114	44%
NON	143	55.2%
Non renseigné	2	0,8%

Dans le but d'affiner ces résultats, un second graphique a été confectionné. Il dissocie deux groupes permettant d'observer l'année d'obtention du diplôme en fonction des réponses données à cette question : en bleu les personnes ayant répondu « OUI », et en rouge, les

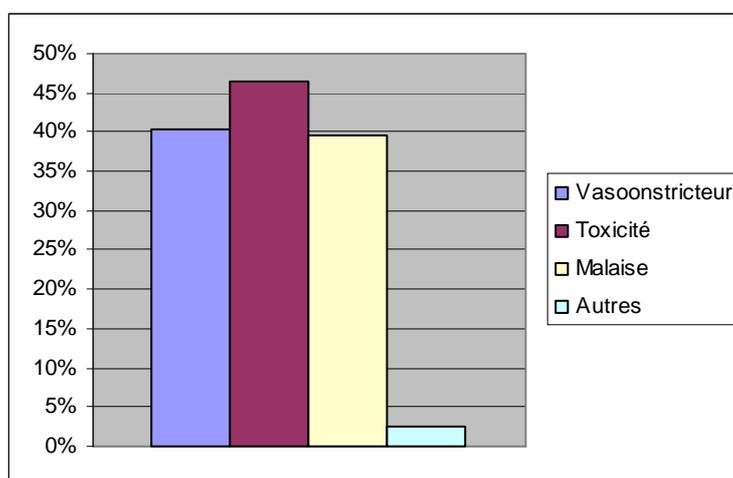
RESULTATS

personnes ayant répondu « NON ». A travers ceci, on constate que l'année moyenne d'obtention du diplôme des personnes ayant répondu OUI est 1987.55, et celle ayant répondu NON est 1992.5. Il semblerait donc que les praticiens considérant l'anesthésie dentaire comme un risque pour la grossesse soient plus âgés que ceux la considérant comme sûre.

A noter que 77,8% des étudiants en TCEO1 ont répondu « NON »



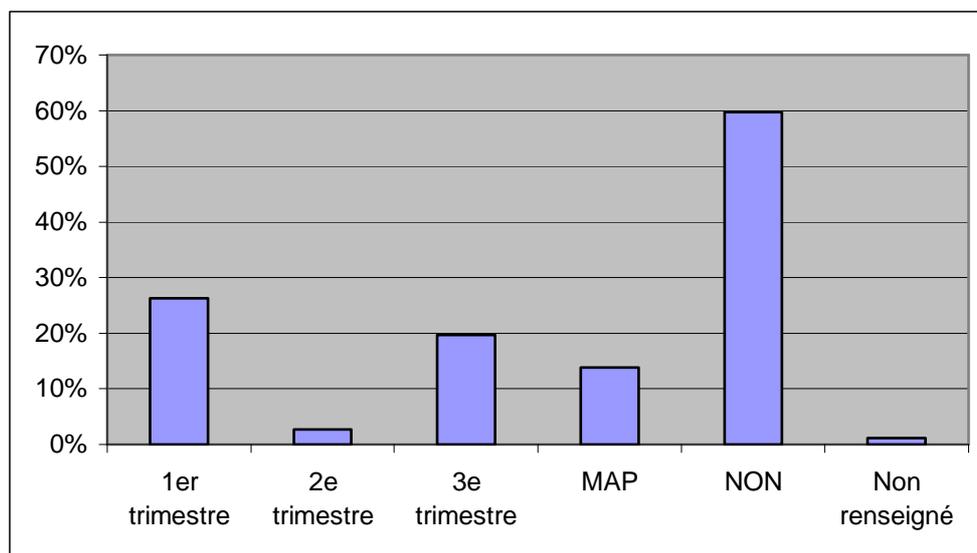
5. Si oui, d'après vous, quel(s) est (sont) le(s) risque(s) ? N = 114



Le vasoconstricteur (Adrénaline) peut déclencher des contractions utérines.	46	40,4%
Certaines molécules contenues dans la cartouche peuvent traverser la barrière placentaire et sont potentiellement toxiques pour le fœtus.	53	46,5%
L'anesthésie peut engendrer un malaise chez la femme enceinte.	45	39,5%
Autres	3	2,6%

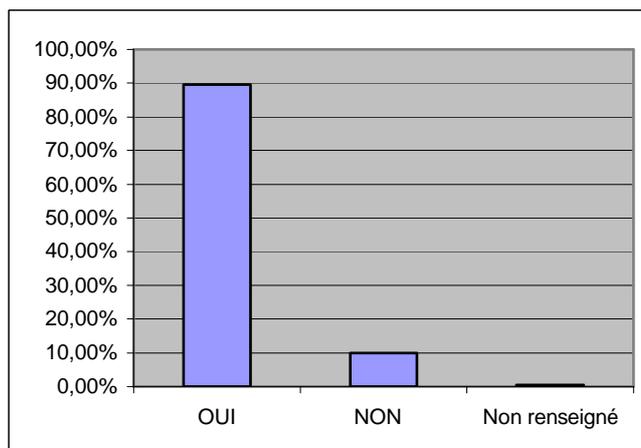
RESULTATS

6. Selon vous, est-ce que l'anesthésie est contre-indiquée pour une femme enceinte ? n=259



Au premier trimestre	68	26,3%
Au deuxième trimestre	7	2,7%
Au troisième trimestre	51	19,7%
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	36	13,9%
NON	155	59,8%
Non renseigné	3	1,1%

7. Prescrivez-vous des antibiotiques à une femme enceinte ? n=259

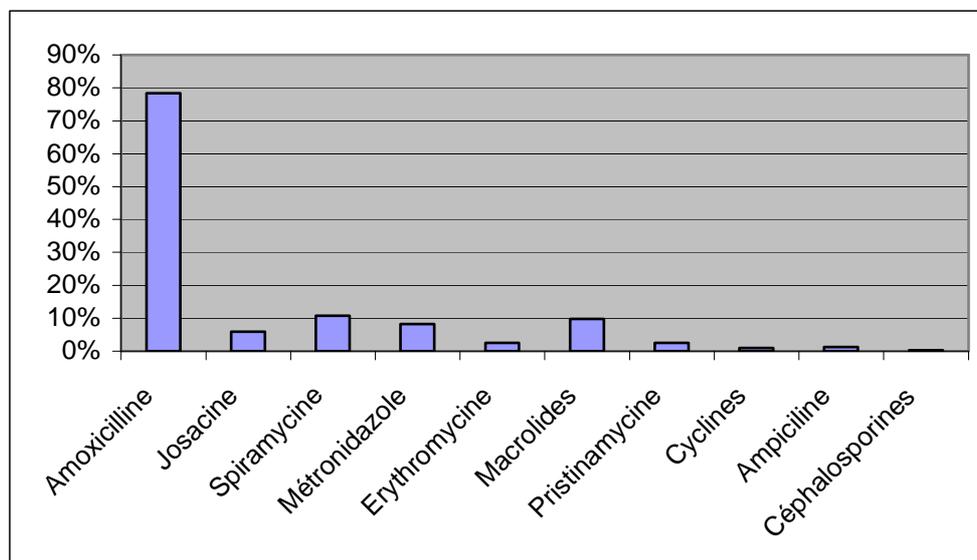


OUI	232	89,6%
NON	26	10%
Non renseigné	1	0,4%

RESULTATS

8. Si oui, quels antibiotiques ?

n=232



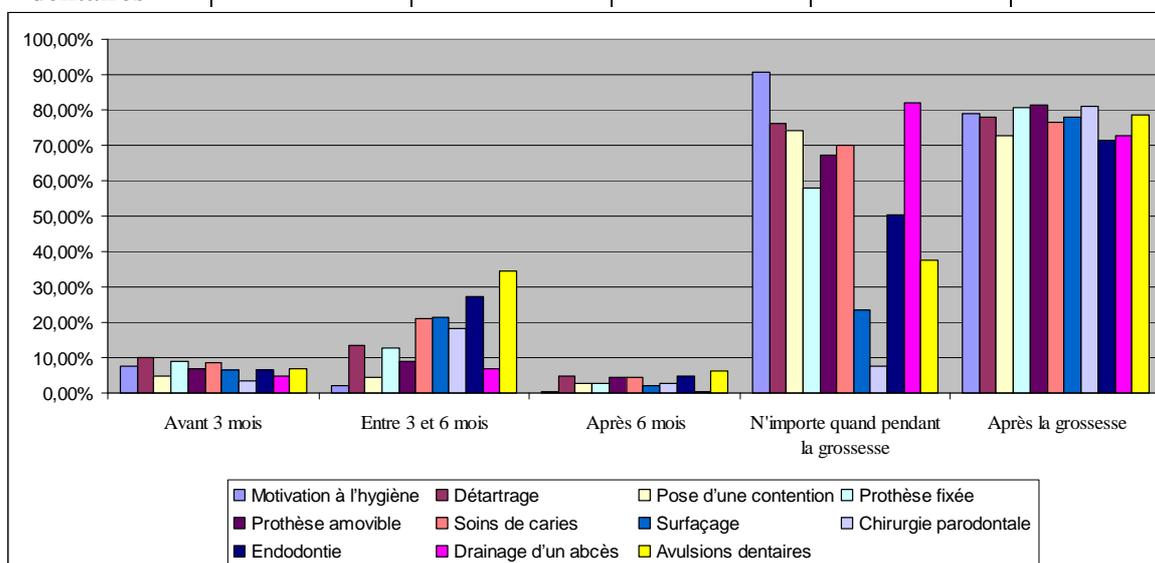
Amoxicilline	182	78,4%
Josacine	14	6%
Spiramycine	25	10,8%
Métronidazole	19	8,2%
Erythromycine	6	2,6%
Macrolides	23	9,9%
Pristinamycine	6	2,6%
Cyclines	2	0,9%
Ampicilline	3	1,3%
Céphalosporines	1	0,4%

RESULTATS

9. Quels soins pourraient être réalisés chez la femme enceinte?

12 = non renseignés ou incomplets

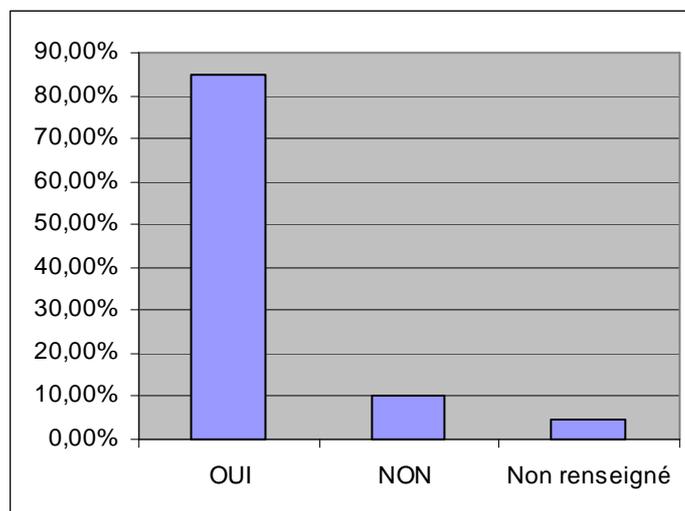
	Avant 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Après 6 mois	N'importe quand pendant la grossesse	Après la grossesse
Motivation à l'hygiène	19 (7.7%)	5 (2%)	1 (0.4%)	224 (90.7%)	195 (78.9%)
Détartrage	25 (10.1%)	33 (13.4%)	12 (4.9%)	188 (76.1%)	193 (78.1%)
Pose d'une contention	12 (4.9%)	11 (4.5%)	7 (2.8%)	183 (74.1%)	180 (72.9%)
Prothèse fixée	22 (8.9%)	31 (12.6%)	7 (2.8%)	143 (57.9%)	199 (80.6%)
Prothèse amovible	17 (6.9%)	22 (8.9%)	11 (4.5%)	166 (67.2%)	201 (81.4%)
Soins de caries	21 (8.5%)	52 (21.1%)	11 (4.5%)	173 (70%)	189 (76.5%)
Surfaçage	16 (6.5%)	53 (21.5%)	5 (2%)	58 (23.5%)	193 (78.1%)
Chirurgie parodontale	9 (3.6%)	45 (18.2%)	7 (2.8%)	19 (7.7%)	200 (81%)
Endodontie	16 (6.5%)	67 (27.1%)	12 (4.9%)	147 (50.5%)	176 (71.3%)
Drainage d'un abcès	12 (4.9%)	17 (6.9%)	1 (0.4%)	203 (82.2%)	180 (72.9%)
Avulsions dentaires	17 (6.9%)	85 (34.4%)	15 (6.1%)	93 (37.7%)	194 (78.5%)



RESULTATS

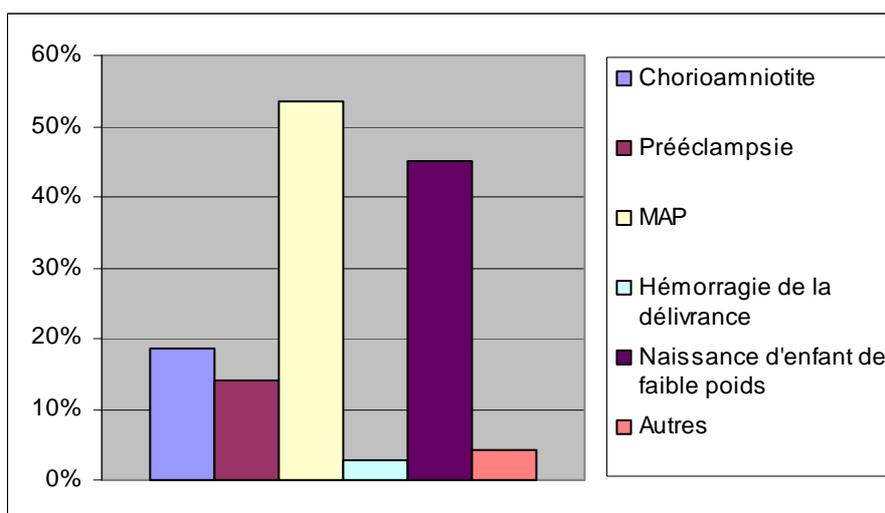
10. Lors de la grossesse, une infection d'origine bucco-dentaire présente-t-elle un risque ?

n=259



OUI	220	84,9%
NON	27	10,4%
Non renseigné	12	4,7%

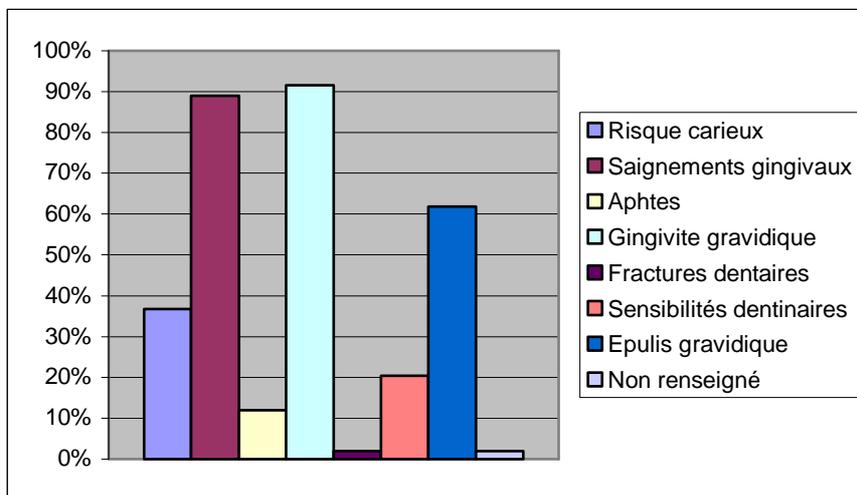
11. Si oui, selon vous, quels sont ces risques ?



RESULTATS

Chorioamniotite	41	18,6%
Prééclampsie	31	14,1%
Menace d'accouchement prématuré (MAP)	118	53,6%
Hémorragie de la délivrance	6	2,7%
Naissance d'enfant prématuré de faible poids	99	45%
Autres	9	4,1%

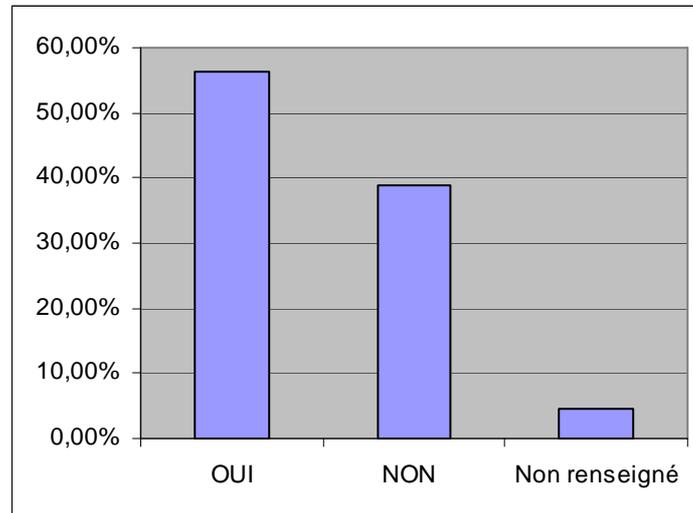
12. Selon vous, quelles sont les manifestations bucco-dentaires les plus fréquentes lors de la grossesse?



Risque carieux plus important	95	36,7%
Saignements gingivaux spontanés	230	88,9%
Aphtes plus fréquents	31	12%
Gingivite gravidique	237	91,5%
Fractures dentaires plus fréquentes	5	1,9%
Sensibilités dentinaires au chaud et au froid	53	20,4%
Epulis gravidique	160	61,8%
Non renseigné	5	1,9%

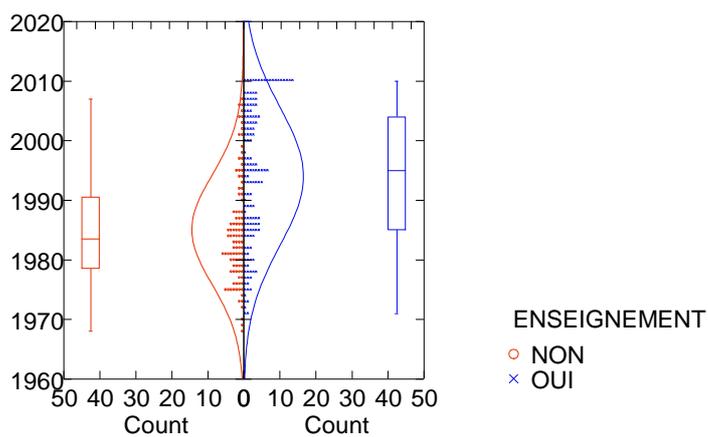
RESULTATS

13. Avez-vous reçu des enseignements sur les pathologies dentaires et la prise en charge de la femme enceinte au cours de vos études?
n=259



OUI	146	56,4%
NON	101	39%
Non renseigné	12	4,6%

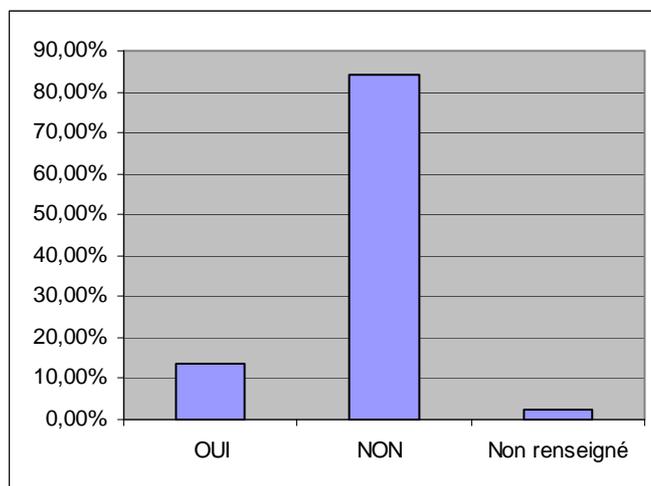
Le graphique ci-dessous indique que la moyenne des personnes ayant bénéficié d'enseignements sur la grossesse est 1994, alors que celles n'en ayant pas reçu est 1985.



RESULTATS

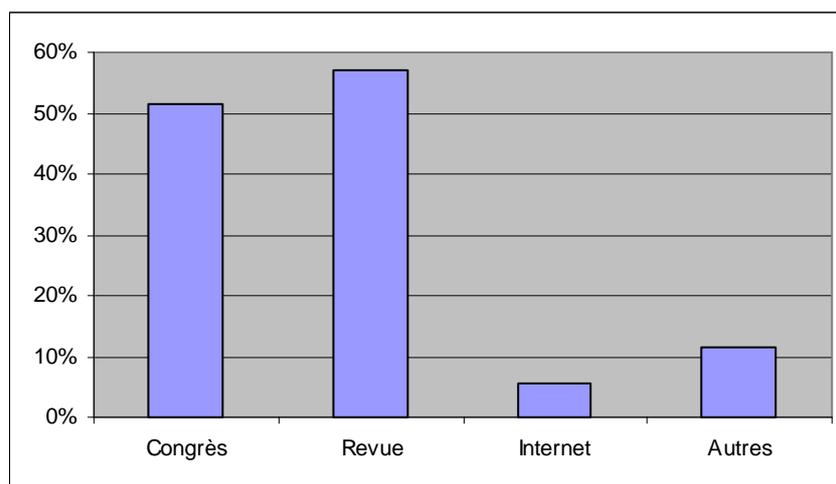
14. Avez-vous suivi une formation continue sur les pathologies dentaires de la femme enceinte et leur prise en charge ?

n=259



OUI	35	13,5%
NON	218	84,2%
Non renseigné	6	2,3%

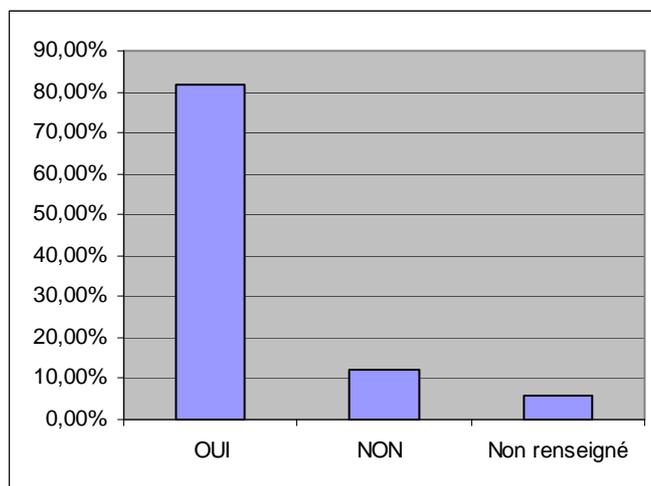
15. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? N = 35



Congrès	18	51,4%
Revue	20	57,1%
Internet	2	5,7%
Autres	4	11,4%

RESULTATS

16. Seriez-vous intéressé(e) par une réactualisation de vos connaissances à ce sujet ?
n=259



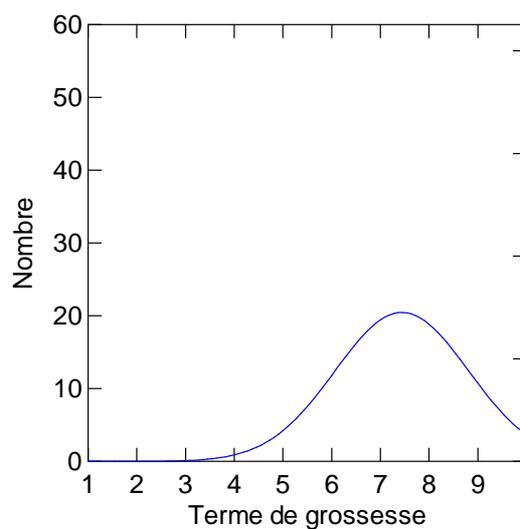
OUI	212	81,8%
NON	32	12,4%
Non renseigné	15	5,8%

RESULTATS

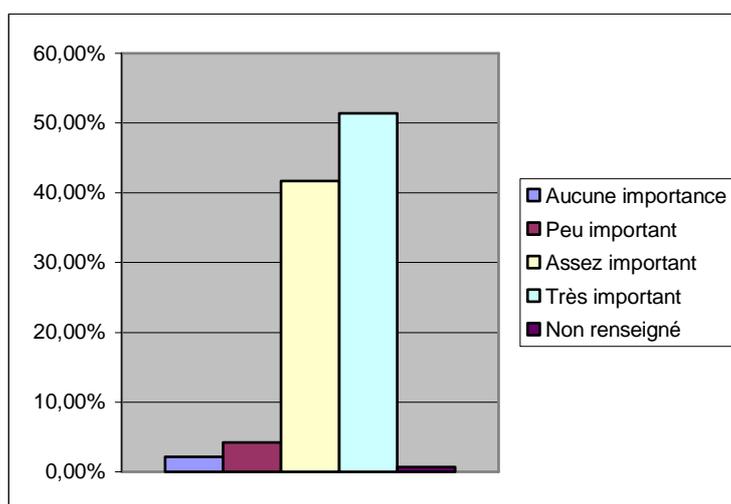
III- Femmes enceintes

N= 144

1. De combien de mois êtes-vous enceinte ?



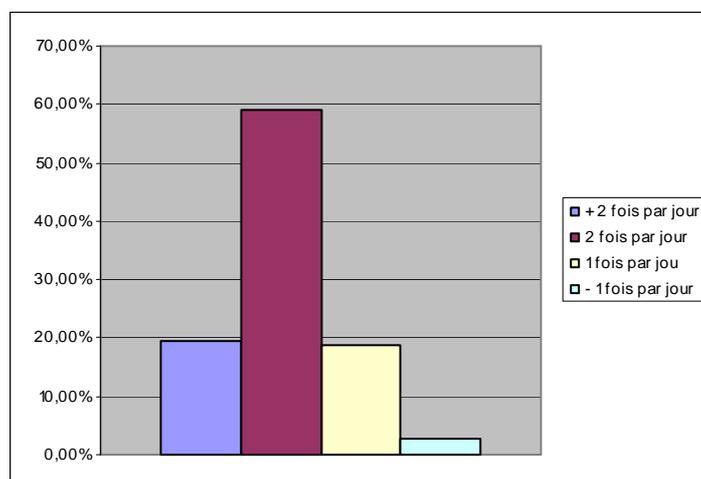
2. Quelle importance accordez-vous à votre hygiène bucco-dentaire ?



Aucune importance	3	2.1%
Peu important	6	4.2%
Assez important	60	41.7%
Très important	74	51.4%
Non renseigné	1	0.7%

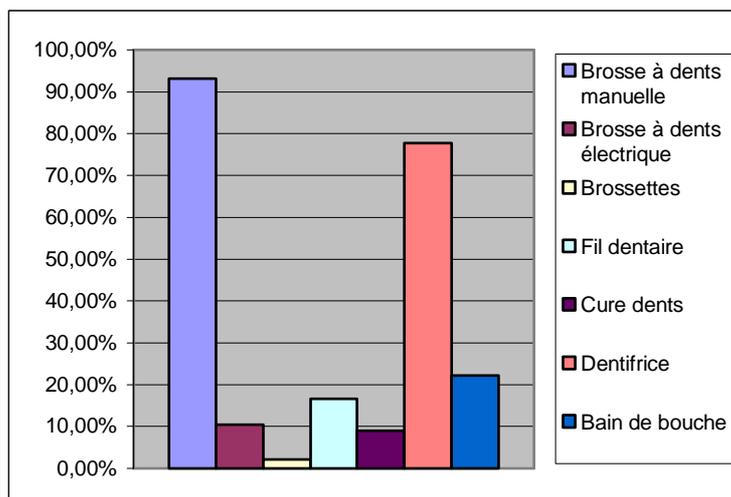
RESULTATS

3. Avec quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?



+ 2 fois par jour	28	19.4%
2 fois par jour	85	59%
1 fois par jour	27	18.8%
- 1 fois par jour	4	2.8%

4. Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour vous nettoyer les dents ?

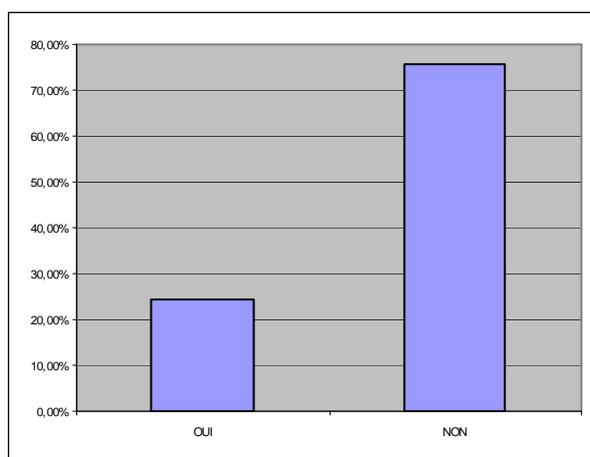


Brosse à dents manuelle	134	93,1%
Brosse à dents électrique	15	10,4%
Brossettes	3	2,1%
Fil	24	16,7%
Cure dents	13	9,0%
Dentifrice	112	77,8%
Bain de bouche	32	22,2%

RESULTATS

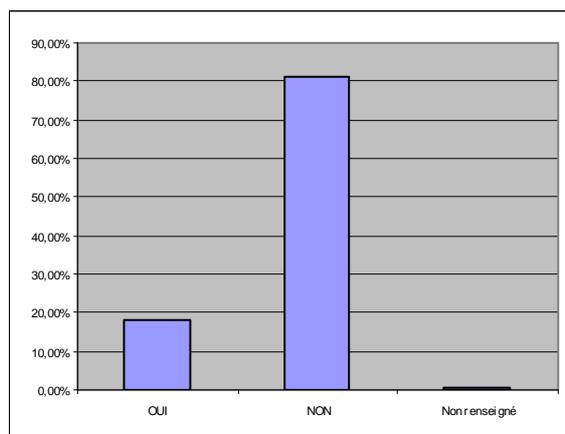
Malgré l'attention portée à l'élaboration de ce questionnaire, il est possible qu'un problème d'interprétation ait persisté dans cette question, amenant à un résultat surprenant sur l'utilisation du dentifrice, où seulement 77,8% des femmes déclarent en utiliser.

5. Etes-vous plus attentive à votre hygiène bucco-dentaire depuis que vous êtes enceinte ?



NON	109	75.7%
OUI	35	24.3%

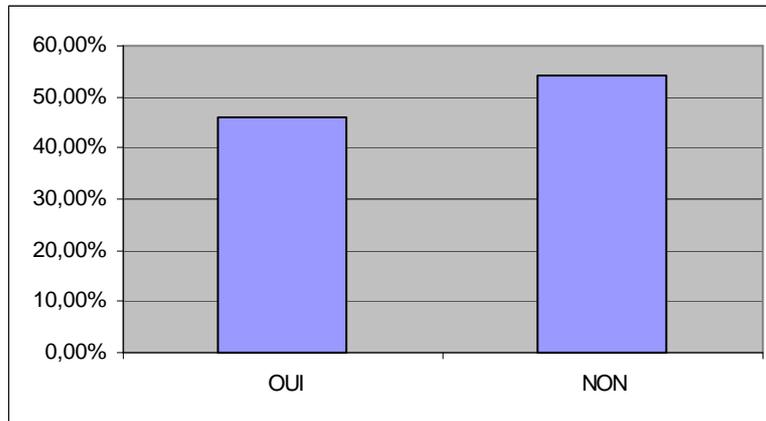
6. Estimez-vous qu'entretenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante est plus difficile lors de la grossesse ?



NON	117	81.3%
OUI	26	18.1%
Non renseigné	1	0.7%

RESULTATS

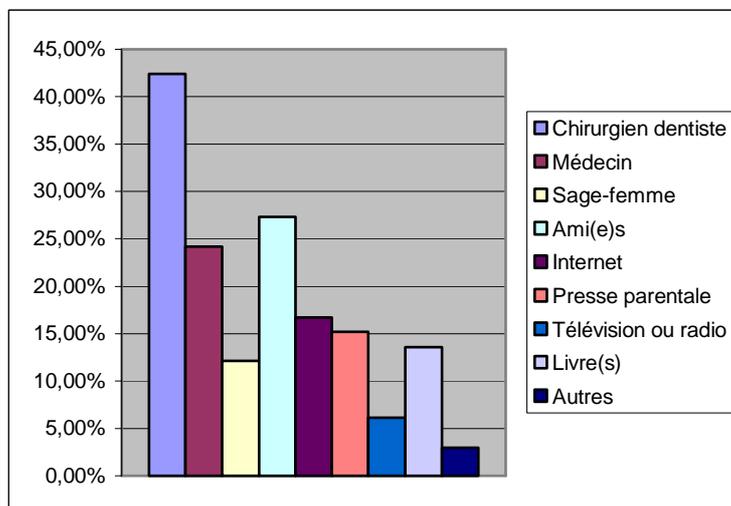
7. Avez-vous été informé sur les manifestations buccales lors de la grossesse et sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire ?



NON	78	54.2%
OUI	66	45.8%

8. Si oui, comment et/ou par qui ?

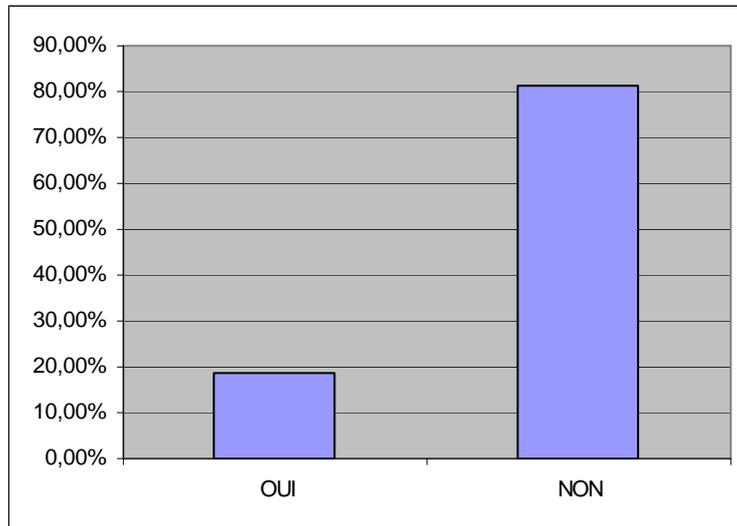
N=66



Chirurgien dentiste	28	42.4%
Médecin	16	24.2%
Sage-femme	8	12.1%
Ami(e)s	18	27.3%
Internet	11	16.7%
Presse parentale	10	15.2%
Télévision ou radio	4	6.1%
Livre(s)	9	13.6%
Autres	2	3.0%

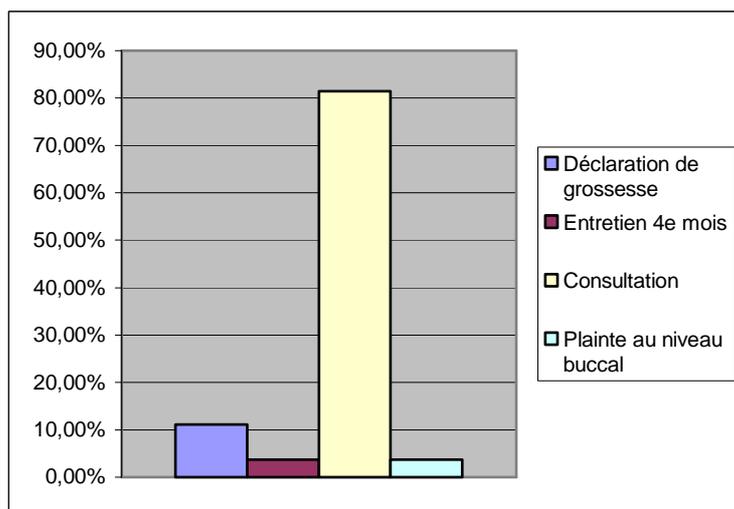
RESULTATS

9. Le personnel médical qui suit votre grossesse vous a-t-il conseillé d'aller consulter votre chirurgien dentiste ?



NON	117	81.2%
OUI	27	18.8%

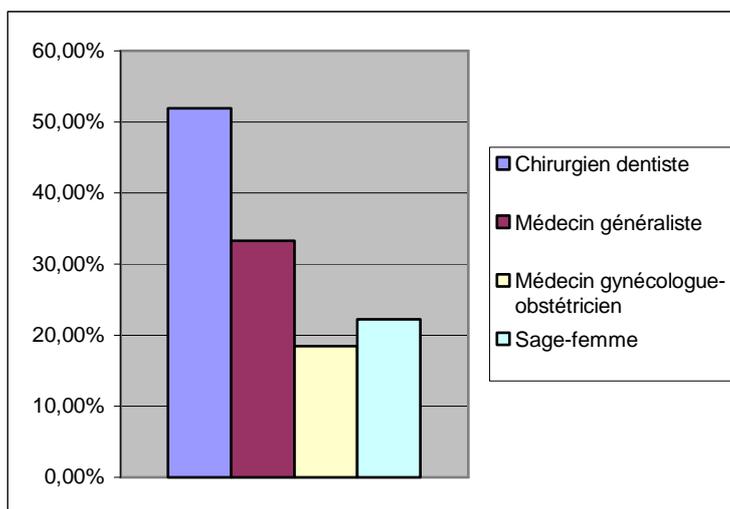
10. Si oui, l'a-t-il fait :



Au décours de la déclaration de grossesse	3	11.1%
Pendant l'entretien du 4 ^e mois	1	3.7%
Au cours d'une consultation	22	81.5%
Suite à une plainte de votre part au niveau buccal	1	3.7%

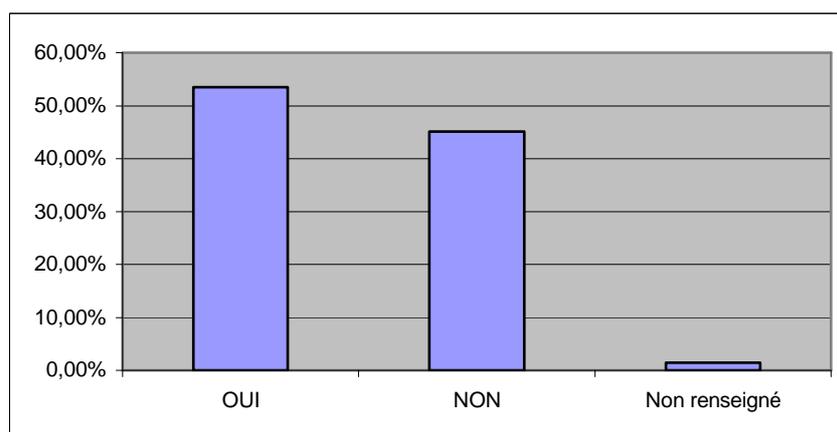
RESULTATS

11. Quel(s) praticien(s) vous a (ont) conseillé de consulter votre chirurgien dentiste pendant la grossesse ?



Votre chirurgien dentiste avant votre grossesse	14	51.9%
Un médecin généraliste	9	33.3%
Un gynécologue-obstétricien	5	18.5%
Une sage-femme	6	22.2%

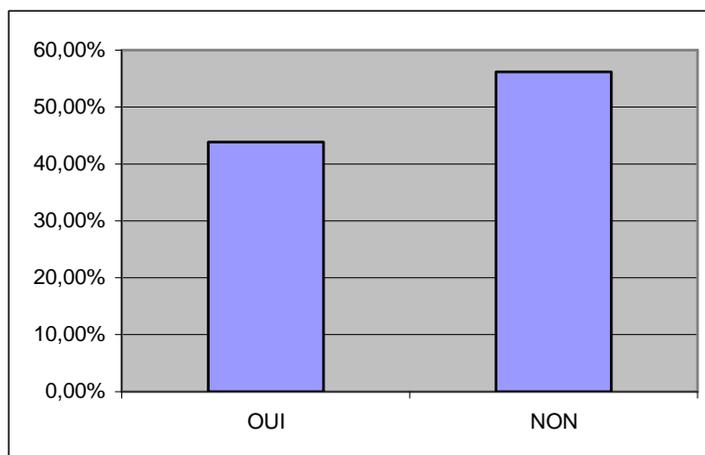
12. Trouvez-vous important de consulter votre chirurgien-dentiste au cours de la grossesse ?



NON	65	45.1%
OUI	77	53.5%
Non renseigné	2	1.4%

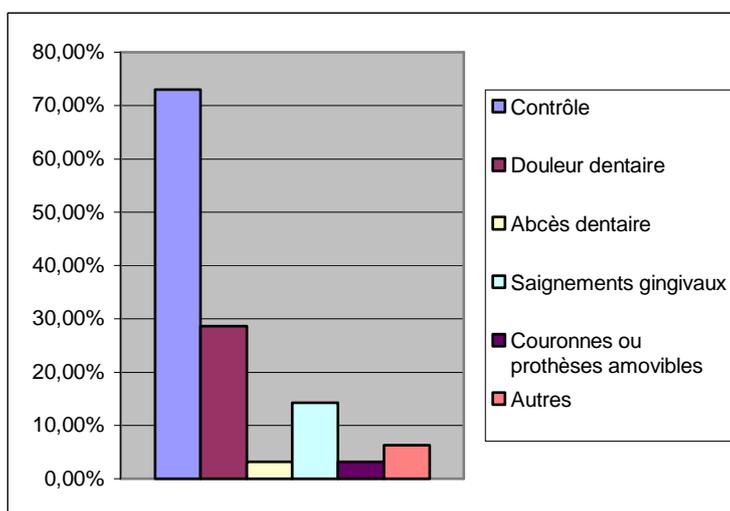
RESULTATS

13. Etes-vous allée consulter votre chirurgien-dentiste pendant votre grossesse ?



NON	81	56.2%
OUI	63	43.8%

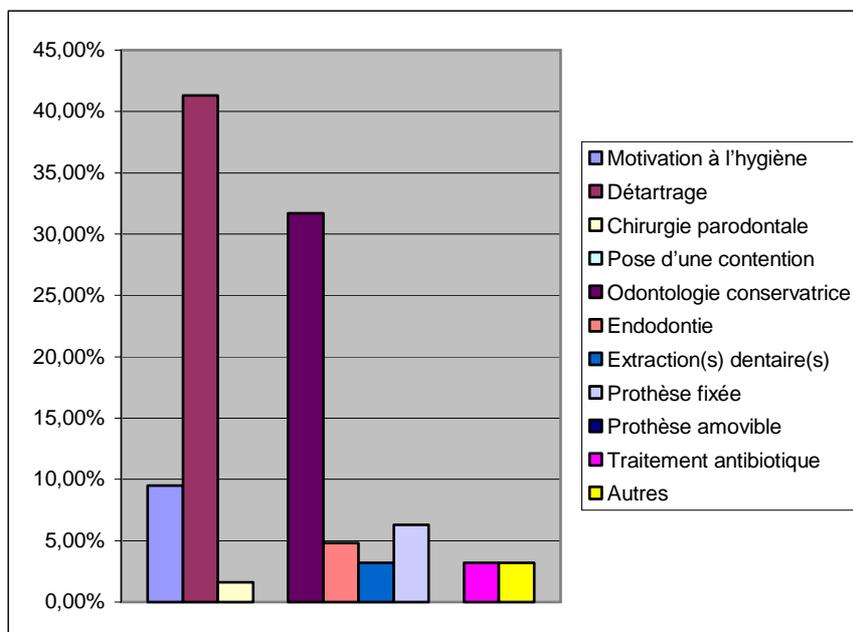
14. Si oui, pour quel motif ?



Contrôle	46	73.0%
Douleur dentaire	18	28.6%
Abcès dentaire	2	3.2%
Saignements gingivaux	9	14.3%
Couronnes ou prothèses amovibles	2	3.2%
Autres	4	6.3%

RESULTATS

15. Quel(s) traitement(s) a-t-il (elle) réalisé ?

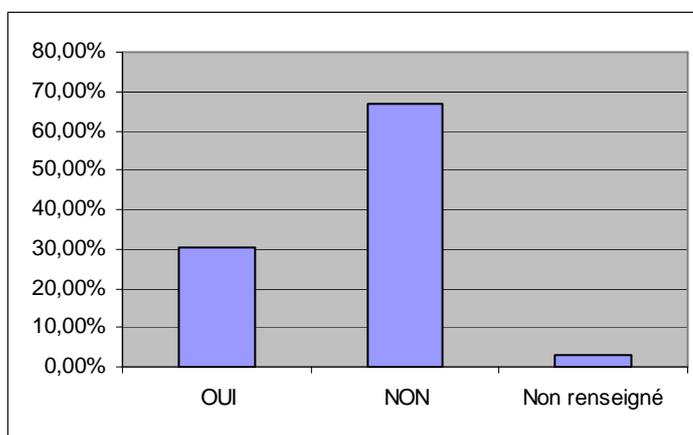


Motivation à l'hygiène	6	9.5%
Détartrage	26	41.3%
Chirurgie parodontale	1	1.6%
Pose d'une contention	0	0%
Odontologie conservatrice	20	31.7%
Endodontie	3	4.8%
Extraction(s) dentaire(s)	2	3.2%
Prothèse fixée	4	6.3%
Prothèse amovible	0	0%
Traitement antibiotique	2	3.2%
Autres	2	3.2%

De plus, sur 18 femmes venant pour une douleur dentaire, 5 chirurgiens dentistes ont reportés les soins après la grossesse.

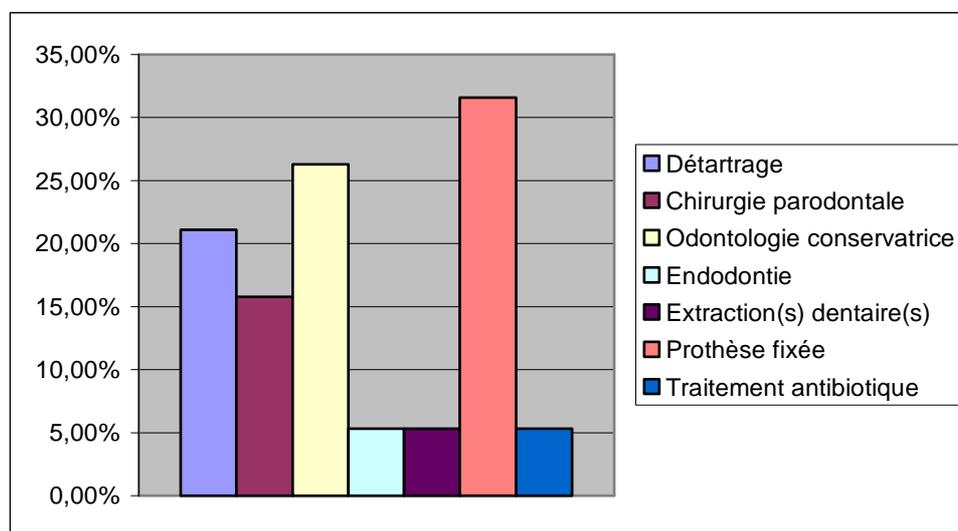
RESULTATS

16. Vous a-t-il (elle) fait part de soin(s) à réaliser après votre grossesse ?



NON	42	66.7%
OUI	19	30.2%
Non renseigné	2	3.1%

17. Si oui, quel(s) type(s) de soin(s) ?



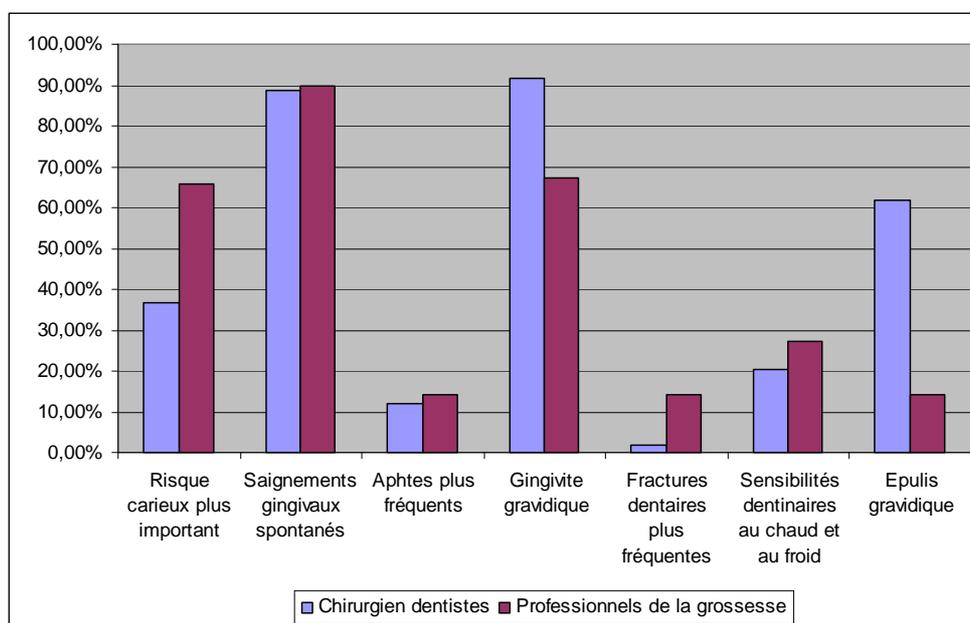
Détartrage	4	21,1%
Chirurgie parodontale	3	15,8%
Odontologie conservatrice	5	26,3%
Endodontie	1	5,3%
Extraction(s) dentaire(s)	1	5,3%
Prothèse fixée	6	31,6%
Traitement antibiotique	1	5,3%

DISCUSSION

La problématique de la relation entre grossesse et santé bucco-dentaire fait intervenir plusieurs personnes : le professionnel de santé qui est attentif au bon déroulement de la grossesse, le chirurgien dentiste, le seul à même d'évaluer et traiter d'éventuelles pathologies bucco-dentaires, et la femme enceinte, qui est le « sujet » de toutes les attentions. Cette dernière constitue « un trait d'union » entre les professionnels, car elle reçoit les discours des uns et des autres. Pour la première fois, à travers cette enquête, nous pouvons évaluer les connaissances de l'ensemble des protagonistes de cette relation.

Lorsque l'on compare les résultats des différents questionnaires aux données actuelles de la littérature, on constate que la plupart des professionnels de santé, qu'ils soient chirurgiens dentistes, sages-femmes ou médecins gynécologues obstétriciens, ont certes des connaissances concernant les soins dentaires de la femme enceinte, mais ces informations semblent insuffisantes.

Le graphique 1 indique les réponses à la question : « Quelles sont les manifestations bucco-dentaires de la grossesse ? » Comme décrit en amont, la littérature scientifique nous apprend que le risque carieux est plus important pendant la grossesse, du fait de la modification du pH salivaire et de changements d'habitudes alimentaires. De plus, l'imprégnation de progestérone dans les muqueuses buccales augmente la sensibilité des tissus parodontaux aux agressions bactériennes, favorisant ainsi la survenue de gingivite gravidique, se manifestant entre autres par des saignements gingivaux spontanés, et parfois peut apparaître un épulis gravidique.



Graphique 1

En observant cet histogramme, on constate que la gingivite et les saignements gingivaux sont les manifestations les plus souvent citées au sein des différentes professions médicales. On note pourtant des écarts de pourcentages entre les corps de métiers concernant le risque carieux, la gingivite gravidique, les fractures dentaires et l'épulis :

DISCUSSION

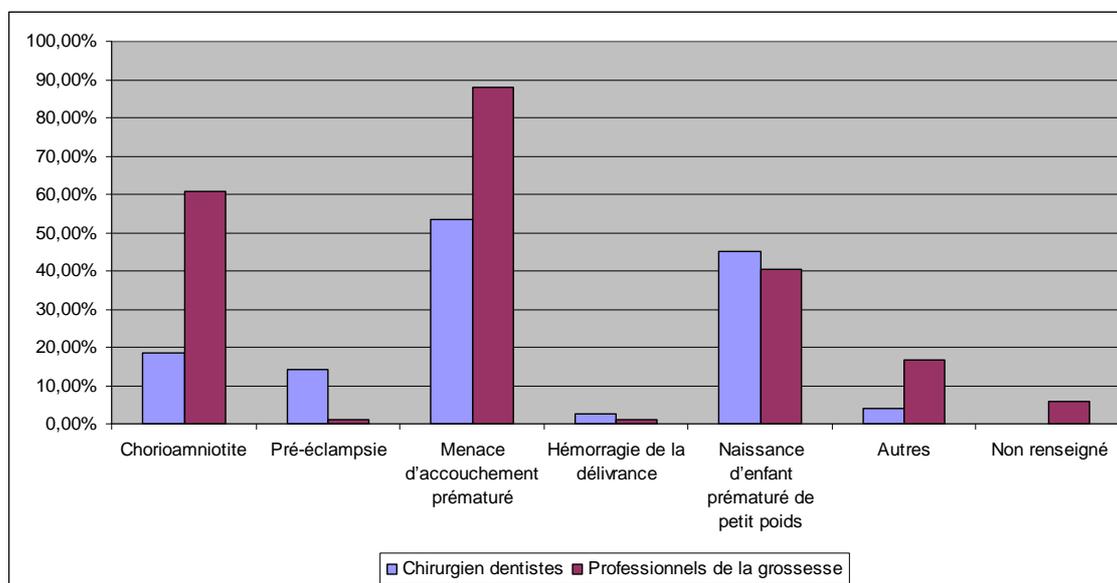
□ 65,7% des professionnels de la grossesse contre 36,7% des chirurgiens dentistes considèrent que le risque carieux est plus important pendant la grossesse. Ce faible pourcentage (36,7%) peut paraître paradoxal de la part des odontologistes. On peut penser qu'ils estiment, à juste titre, que l'incidence cariogène est modifiée par des changements alimentaires et des habitudes d'hygiène orale, et non par la grossesse elle-même.

□ Même si les pourcentages restent faibles, 14,3% des professionnels de la grossesse, contre 1,9% des chirurgiens-dentistes considèrent que les fractures dentaires sont plus fréquentes pendant la grossesse. Il semble persister chez certaines personnes cette idée ancienne que les dents peuvent être plus « fragiles » chez la femme enceinte.

□ A l'inverse, l'épulis gravidique est largement cité par les chirurgiens dentistes (61,8%) et peu par les professionnels de la grossesse (14,3%). De même pour la gingivite gravidique, qui est plus souvent citée par les chirurgiens-dentistes (91,3%) que par les professionnels de la grossesse (67,1%).

Ces deux pathologies sont en effet largement décrites et connues dans le domaine bucco-dentaire, mais elles sont quasi inconnues dans le monde obstétrical.

Le graphique 2 indique les réponses à la question : « Quels sont les risques d'une infection bucco-dentaire pendant la grossesse ? » Les études sur le sujet, bien que controversées, indiquent qu'une infection d'origine dentaire pourrait augmenter le risque d'accouchement prématuré, de pré-éclampsie, ou d'un enfant prématuré de faible poids de naissance.



Graphique 2

Les principales réponses formulées unanimement par l'ensemble des praticiens sont la menace d'accouchement prématuré, et la naissance d'enfant prématuré de faible poids de naissance. De nombreux articles ont concerné ces deux complications obstétricales, qui ont été cités dans des formations ou des revues scientifiques, ce qui explique qu'elles soient

DISCUSSION

principalement énoncées dans ces questionnaires. Les sage-femmes et médecins ont également ajouté, pour 60,7% d'entre eux, la chorioamniotite dans leurs réponses. Pourtant, la littérature ne témoigne pas de lien entre cet événement et une infection d'origine dentaire. Il est probable que ces professionnels aient résonné en termes d'infection au sens large, car il est vrai que certaines infections peuvent contaminer l'unité fœto-placentaire, et être à l'origine de chorioamniotite, mais ceci n'a pas été décrit pour les infections dentaires à notre connaissance.

En revanche, alors que des articles récents argumentent sur une relation significative entre pré-éclampsie et parodontites, seulement 14,1% des chirurgiens dentistes et 1,1% des professionnels de la grossesse interrogés, ont estimé que le risque de pré-éclampsie puisse être plus important en présence d'une infection bucco-dentaire. Il semble donc persister un défaut d'information des professionnels de santé sur cette question.

A la lecture de ces deux graphiques, il apparaît des imprécisions dans les connaissances des professionnels de santé, et ces lacunes ont un impact sur la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.

- Si on observe le groupe des professionnels de la grossesse, il est composé à 74,7% de sage-femmes, et à 25,3% de médecins et internes en gynécologie-obstétrique. Ils travaillent principalement en salle d'accouchement (46%) et dans le service de suite de couches (20.7%), mais, en milieu hospitalier, ces professionnels changent régulièrement de services au cours de leur activité.

96,5% d'entre eux ont conscience qu'une infection d'origine dentaire présente un risque pour la grossesse, mais seulement 18,4% adressent systématiquement leur patiente à un chirurgien-dentiste. Dans la majeure partie des cas (55,2%), les femmes enceintes ne sont orientées vers leur chirurgien dentiste que si elles semblent présenter un mauvais état bucco-dentaire, laissant ainsi de côté les pathologies latentes (exemple : la parodontite, ou la nécrose pulpaire) qui réclameraient un examen clinique approfondi pour être identifiées. Bien sûr, ces professionnels n'ont majoritairement pas reçu de formation sur les pathologies bucco-dentaire de la femme enceinte, ni pendant leurs études (85,1%), ni après (79,3%) ; Pour reprendre le commentaire d'une personne interrogée : « Ce n'est pas notre rôle d'examiner la cavité buccale des patientes. » D'ailleurs, 66,7% des personnes interrogées n'effectuent jamais d'examen buccal chez la femme enceinte, et pour les cas où un tel examen est réalisé, il se fait principalement suite à une plainte de la patiente au niveau de la sphère buccale (82,1%). Pour pallier à cela, il pourrait être utile d'inclure dans les protocoles obstétricaux, un questionnaire élaboré en collaboration avec des chirurgiens dentistes, et à l'attention des praticiens encadrant la grossesse. Ce questionnaire pourrait permettre de repérer les patientes présentant un risque infectieux potentiel d'origine dentaire, et de les orienter alors vers un chirurgien-dentiste. Il serait également intéressant d'inclure des formations à ces professionnels de la grossesse, aussi bien pendant leur cursus initial, que dans le cadre de la formation continue. Ceci les aiderait sans doute à mieux appréhender les problèmes dentaires de leurs patientes, et à donner quelques éléments de réponses à leurs questions. La plupart des praticiens interrogés (89,7%) sont d'ailleurs tout à fait intéressés par une actualisation de leurs connaissances sur ce sujet.

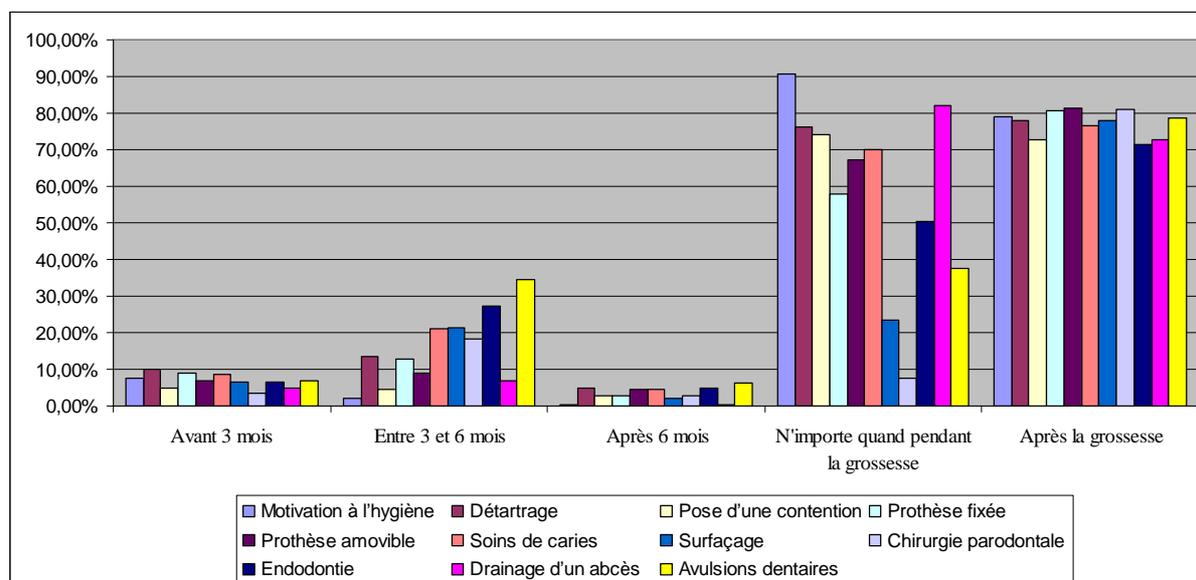
DISCUSSION

- Le groupe des chirurgiens dentistes est composé à 93,1% de praticiens libéraux et à 6,9% d'étudiants en TCEO1. Plusieurs éléments du questionnaire les concernant sont à discuter concernant les soins dentaires chez la femme enceinte :

□ Le premier porte sur l'anesthésie dentaire : il est rappelé que la littérature n'a rapporté aucun risque, ni aucune contre-indication à sa réalisation pendant la grossesse. Pourtant, 44% des personnes interrogées considèrent que cet acte peut présenter un risque, et seulement 59,8% estiment qu'elle n'est pas contre-indiquée pendant la grossesse. Malgré tout, il faut noter que plus le praticien est jeune, plus ses réponses se rapprochent des données de la littérature. Toutefois, chez les étudiants de TCEO1 de l'année 2009/2010, 22,2% considèrent que l'anesthésie peut présenter un risque pendant la grossesse. Il persiste donc une incertitude sur ce sujet dans la profession.

□ Concernant les antibiotiques, 89,6% en prescrivent à leur patiente enceinte, l'Amoxicilline étant le plus largement prescrit (78,4%), puis viennent les Macrolides (29,3%), en incluant la Spiramycine (10,8%), la Josacine (6%), l'Erythromycine (2,6%), puis le Métronidazole (8,2%), la Pristinamycine (2,6%), ce qui correspond aux données actuelles de l'AFSSAPS². Mais on remarque également que 0,9% des praticiens prescrivent des cyclines pendant la grossesse, antibiotiques qui sont pourtant formellement contre-indiqués chez la femme enceinte du fait des colorations qu'ils engendrent sur les germes dentaires de l'enfant à naître.

□ Le troisième point porte sur les actes bucco-dentaires pouvant être réalisés par les chirurgiens-dentistes chez les femmes enceintes. Il est le sujet de la question 9 du questionnaire concernant ces professionnels et dont le graphique qui en résulte est rappelé ci-après :



DISCUSSION

Pour les soins pouvant être réalisés « n'importe quand pendant la grossesse », les réponses diffèrent beaucoup en fonction de l'acte : alors que la motivation à l'hygiène (90,7%), le détartrage (76,1%), la pose d'une contention (74,1%), la prothèse amovible (67,2%), les soins de caries (70%), et le drainage d'un abcès (82,2%), sont considérés pour la plupart des praticiens comme étant réalisables quelle que soit la période de la grossesse, seulement 1 praticien sur 2 pense que la prothèse fixée (57,9%) et l'endodontie (50,5%) peuvent être réalisés chez la femme enceinte sans tenir compte du terme de la grossesse et une minorité sont de cet avis concernant le surfaçage (23,5%), la chirurgie parodontale (7,7%), et les avulsions dentaires (37,7%).

D'une manière générale, les chirurgiens dentistes n'effectuant pas les soins dentaires quelque soit le terme de la grossesse, estiment que la période la plus propice pour les réaliser est pendant le deuxième trimestre.

On peut conclure à la lecture de ce graphique que les chirurgiens dentistes interrogés estiment que :

1. La motivation à l'hygiène peut être réalisée n'importe quand pendant la grossesse, de même que le détartrage, la pose de contention, la prothèse amovible, les soins conservateurs, et le drainage d'un abcès. Il est possible que ces actes soient considérés comme sûrs pendant la grossesse, soit parce qu'ils peuvent être réalisés sans anesthésie, mais on sait que certains soins conservateurs nécessitent une anesthésie, soit parce que les praticiens pensent que ces actes ne présentent que peu de risques de diffusion bactérienne dans l'organisme maternel. Or, le drainage d'un abcès, par exemple, peut faire passer des agents pathogènes dans le parodonte, et induire une bactériémie.
2. Une incertitude persiste sur la prothèse fixée et l'endodontie. La moitié des personnes de l'enquête réalise ces actes sans tenir compte de la période de grossesse, l'autre moitié effectue ces actes soit au cours du deuxième trimestre, soit les reporte après la grossesse.
3. Le surfaçage et la chirurgie parodontale sont principalement reportés après la grossesse. Moins d'1 praticien sur 4 les réalisent chez la femme enceinte, et cette proportion baisse à moins d'1 sur 5 pour la chirurgie parodontale.
4. Les avulsions dentaires sont effectuées par 34,4% des praticiens entre le 3^e et le 6^e mois de la grossesse, par 37,7% quelque soit le terme, et la plupart des autres les reportent après l'accouchement.

Ces données ne sont que partiellement conformes aux données actuelles de la littérature, qui rappellent qu'à partir du moment où un traitement est médicalement justifié et s'avère nécessaire à la bonne santé de la patiente, l'état de grossesse n'est pas un argument suffisant pour différer ce traitement. Les études ont montré que les soins bucco-dentaires ne peuvent influencer à eux seuls l'issue d'une grossesse, alors que la persistance de foyers infectieux latents ou patents peut être préjudiciable à son bon déroulement. Concernant le surfaçage et la chirurgie parodontale, l'ANAES rappelle, dans ses recommandations sur le diagnostic et traitements des parodontopathies publiées en 2002, que « ...la découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue car la maladie parodontale semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance...»³.

DISCUSSION

On apprend également que 56,4% des chirurgiens-dentistes interrogés ont reçu des enseignements sur la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte, alors que 39% n'en ont pas reçu. D'autre part, les praticiens ayant reçu ces enseignements sont globalement plus jeunes que les praticiens n'en ayant pas reçu. De plus, 84,2% des praticiens de l'étude déclarent n'avoir eu aucune formation continue sur le sujet. Dans la mesure où 81,8% des chirurgiens dentistes sont intéressés, il pourrait être utile de proposer des formations continues traitant de ce sujet et également d'approfondir les enseignements dans le cursus initial.

Ce questionnaire nous apprend également que la question des soins dentaires chez la femme enceinte peut se poser dans les cabinets dentaires dans la mesure où 49,8% des praticiens rencontrent souvent ces patientes dans leur cabinet, et 47,1% rarement. Selon eux, elles viennent la plupart du temps pour une douleur d'origine dentaire (76,8%), ou pour un bilan bucco-dentaire (71,2%), mais non adressé par le professionnel qui suit la grossesse (53,9%), ou pour des raisons parodontales (69,3%). Il est donc intéressant de connaître le point de vue des patientes, et savoir si elles ont été informées sur ce sujet.

- Le dernier questionnaire regroupe les réponses de 144 femmes enceintes réparties entre le CHU de Nantes et le CH du Mans. Elles considèrent que l'hygiène bucco-dentaire est assez importante (41,7%), voire très importante (51,4%). 97,2% d'entre elles déclarent se brosser les dents au moins une fois par jour (18,8% 1 fois par jour, 59% 2 fois par jour, 19,4% plus de 2 fois par jour), en utilisant principalement une brosse à dents manuelle (93,1%), et du dentifrice (77,8%). Il s'agit donc d'une population déjà sensibilisée à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire, et aux méthodes pour l'optimiser. Toutefois, seulement 2,1% des femmes interrogées utilisent des brossettes inter-dentaires, et 9% des cure-dents, des améliorations sont donc à envisager afin d'optimiser les méthodes de brossage inter-dentaires au profit de l'utilisation des brossettes.

On observe également que l'état de grossesse ne modifie pas les habitudes d'hygiène orale des femmes, 75,7% d'entre elles ne sont pas plus attentives à leur brossage, et 81,3% n'éprouvent pas de difficulté particulière pour maintenir un bon contrôle de plaque dentaire. Pourtant, au vu des modifications physiologiques de la grossesse et de leurs conséquences sur la cavité buccale, notamment la majoration des risques carieux et parodontal, une femme enceinte devrait être particulièrement attentive à la qualité de son contrôle de plaque. Il semblerait donc que les patientes manquent d'informations sur ce sujet. C'est d'ailleurs ce que témoignent 54,2% d'entre elles dans le questionnaire.

Pour celles ayant reçu des conseils, ils provenaient essentiellement de leur chirurgien dentiste (42,4%), puis de **leurs amis (27,3%)**, de leur médecin (24,2%), d'Internet (16,7%), de la presse parentale (15,2%), de livres (13,6%), de la sage femme (12,1%), et enfin de la Télévision et la radio (6,1%). Les informations disponibles sur Internet^{10, 25, 42} sont plus ou moins cohérentes avec les données actuelles de la littérature, mais certaines d'entre elles peuvent être mal interprétées par les patientes. Il faut donc pouvoir argumenter devant des patientes qui se documentent de plus en plus par elles même et qui ont quelques a priori sur les soins dont elles pourraient bénéficier. Ici, on note que la sage-femme est faiblement représentée dans les conseils qu'elle donne, car d'une part, il a été vu plus haut que la sage-femme manque de formation sur le sujet, et d'autre part, peu de grossesses sont encadrées par ces professionnels, la sage-femme rencontre souvent ses patientes dans la période de travail

DISCUSSION

précédant l'accouchement, et ne peut donc pas délivrer de conseils de prévention quand ils s'avèreraient utiles.

Alors que l'ensemble de la littérature scientifique est unanime sur l'intérêt d'orienter les femmes enceintes vers une consultation dentaire, seules 18,8% des femmes de l'étude ont bénéficié d'un tel conseil, le plus souvent par le chirurgien dentiste lui-même avant la grossesse (51,9%) ou par leur médecin généraliste (33,3%). Pour pallier à cela, un plan de prévention bucco-dentaire a été annoncé par le Ministre de la santé le 25 Novembre 2005, lors d'un congrès de l'Association Dentaire Française⁹. La première mesure de ce plan prévoit une consultation dentaire au 4^e mois de grossesse, et une deuxième, 6 mois après l'accouchement. Cette mesure n'a toujours pas été mise en place, car elle fait partie de la prochaine Convention entre l'Assurance Maladie et les syndicats de chirurgiens dentistes, qui est toujours en cours de négociation, d'après les dires du Dr Paul KARSENTY, chirurgien dentiste travaillant au bureau Santé Population de la Direction Générale de la Santé, lors d'un entretien téléphonique le 21 septembre 2009.

Quand une femme émet le souhait d'être enceinte, il serait judicieux que les soins dentaires puissent être déjà réalisés avant le début de la grossesse. Dans le cadre d'une grossesse programmée, les patientes devraient donc être adressées à leur chirurgien-dentiste pour éliminer les foyers infectieux latents ou patents et recevoir les conseils d'hygiène bucco-dentaire adéquates, à l'image de ce qui est recommandé pour les patients devant bénéficier de certains traitements, comme les biphosphonates.

Même si très peu de patientes ont été adressées à un chirurgien-dentiste, 53,5% jugent important le fait d'aller le consulter pendant la grossesse, mais seulement 43,8% d'entre elles l'ont fait. Dans la majorité des cas, le motif de consultation était un bilan bucco-dentaire (73%), ou une douleur (28,6%), ou des saignements gingivaux (14,3%), ce qui correspond aux résultats obtenus auprès des chirurgiens dentistes. Sur ce point, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) du Limousin a réalisé une étude en 2005 sur les « Traitements et prescriptions bucco-dentaires chez la femme enceinte »^{51, 52}. La première phase de cette étude avait pour but de faire un état des lieux du suivi et des prescriptions chez la femme enceinte. Cette étape a révélé, à l'image de notre étude, que peu de femmes enceintes (27,2%) avaient consulté un chirurgien-dentiste. La deuxième phase de l'étude évaluait la mesure d'impact de différentes actions d'information des professionnels de santé et de motivation des patientes : un guide regroupant les dernières recommandations sur les actes dentaires a été élaboré et adressé à l'ensemble des chirurgiens-dentistes du Limousin. Une affiche conçue pour sensibiliser les femmes enceintes à un meilleur suivi bucco-dentaire a été envoyé aux médecins généralistes et gynécologues. Enfin, un questionnaire-test, permettant d'évaluer la nécessité de consulter un chirurgien-dentiste, a été envoyé à toutes les femmes ayant fait une déclaration de grossesse. Il a alors été constaté une augmentation significative de la proportion de patiente ayant consulté un professionnel de santé bucco-dentaire, passant de 27,2% à 38,4%. Cette étude prouve tout l'intérêt d'informer les professionnels de santé et de sensibiliser les femmes enceintes.

Dans notre enquête, les patientes interrogées déclarent avoir bénéficié principalement de détartrage (41,3%), de soins conservateurs (31,7%), de conseils d'hygiène bucco-dentaire (9,5%), et peu de prothèse fixée (6,3%), de soins endodontiques (4,8%), d'extractions dentaires (3,2%), et de chirurgie parodontale (1,6%). Ces données rejoignent celles recueillies

DISCUSSION

par l'URCAM du Limousin, mais elles restent difficiles à interpréter, car on ne peut pas déterminer les besoins en traitements de ces patientes. D'ailleurs, la plupart des patientes (66.7%) n'avaient pas besoin de revenir après l'accouchement pour poursuivre leurs soins.

Cependant, il faut noter que sur 18 femmes enceintes consultant pour une douleur dentaire, 5 d'entre elles, soit 27,7%, déclarent que leur praticien n'a « rien réalisé », et que les soins ont été reportés après la grossesse. Une de ces femmes a notamment déclaré que son chirurgien-dentiste avait décidé, du fait de la grossesse, de ne pas soigner une dent douloureuse et présentant une cavité, et plus tard, un autre praticien a diagnostiqué chez cette patiente un kyste d'origine dentaire. Il est bien sûr difficile de juger cet exemple, mais il faut savoir que plusieurs sages-femmes ont témoigné des événements similaires chez des patientes qu'elles prenaient en charge. Il est regrettable qu'aujourd'hui, au vu des données rassurantes de la littérature, une femme enceinte ne puisse pas bénéficier des soins nécessaires au traitement d'une infection qui pourrait avoir des conséquences importantes, voire grave, pour la mère comme pour l'enfant à naître.

Notre enquête a mis en lumière des lacunes pour chacun des groupes interrogés. Ces incertitudes conduisent à des attitudes parfois inadaptées, des discours contradictoires envers les femmes enceintes, et des décisions basées plus souvent sur d'anciennes croyances que sur des réalités scientifiques actuelles. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce manque d'informations :

- ❑ Les contradictions dans les conclusions des études, notamment sur le lien entre prématurité et maladie parodontale.
- ❑ L'absence de recommandations officielles claires.
- ❑ Le manque de formation des professionnels de santé.
- ❑ Le manque de sensibilisation des patientes.

Toutefois, on peut penser que des biais ont pu intervenir dans les résultats de cette étude, empêchant ainsi de les extrapoler à l'ensemble de la population générale :

- Les chirurgiens dentistes interrogés l'ont tous été dans le cadre de congrès à la faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes, ce qui ne correspond pas à l'ensemble de la profession. Nous nous sommes adressés à un groupe qui, géographiquement, se concentre autour d'une ville, et dont la formation continue est à priori basée sur des congrès sur un lieu universitaire.

- De la même façon, le groupe des professionnels de la grossesse est très localisé, cette fois sur deux maternités de niveau 3 situées dans la même région, à savoir Nantes et Le Mans. A ce biais de sélection s'ajoute le faible effectif de ce groupe (n=87), qui réduit la pertinence des données recueillies. Enfin, les personnes interrogées travaillent toutes dans des centres hospitaliers, ils ne côtoient donc les femmes enceintes le plus souvent à l'occasion de complications obstétricales, ou au moment de l'accouchement. Ces situations ne permettent pas de délivrer des conseils de prévention bucco-dentaires. Il aurait été intéressant de connaître les réponses de praticiens exerçant à titre libéral, car ils sont fortement concernés par le suivi de grossesse, et sont donc plus à même de sensibiliser les patientes, qui sont plus réceptives aux conseils qui leur sont donnés.

DISCUSSION

- Le groupe des femmes enceintes présente les mêmes limites que l'échantillon précédent, c'est à dire la situation géographiquement réduite, et l'effectif relativement faible des patientes interrogées (n=144). De plus, ces femmes ont reçu les questionnaires dans le cadre d'une consultation à la maternité, elles sont, de ce fait, déjà sensibilisées à l'importance du suivi de leur grossesse, ce qui n'est pas le cas de l'ensemble des femmes enceintes. Cependant, il est à noter, que même chez ces patientes, qui ont eu un suivi régulier et bien mené, la question du suivi bucco-dentaire n'est que peu, voire pas abordée.

Une étude identique a été réalisée à Lille en utilisant les mêmes questionnaires. Il serait utile de confronter les résultats, afin d'observer s'il existe des différences dans la prise en charge de la femme enceinte en fonction des régions étudiées, ou s'il est possible de rassembler les conclusions afin de les extrapoler à la population générale des professionnels de santé et des futures parturientes, ce qui pourrait aboutir à des recommandations sur les soins dentaires au cours de la grossesse, et la mise en place de formations pour améliorer la prise en charge de nos patientes.

CONCLUSION

Peut-on réaliser des soins dentaires chez une femme enceinte ? Certains pensent que oui, d'autres que non, les autres répondent : « Oui, mais... » Au final, les patientes entendent des discours contradictoires, argumentés d'un côté comme de l'autre, et ne savent plus quoi faire, ni penser. Elles poussent alors le principe de précaution en se disant : « Dans le doute, je ne vais pas prendre de risque pour mon bébé, et je ne vais pas aller me faire soigner. »

Depuis quelques années, la littérature scientifique a considérablement progressé sur le sujet, et est en mesure de fournir des réponses à cette question. Les manifestations bucco-dentaires de la grossesse sont clairement décrites et ne présentent pas d'ambiguïté. On sait donc que la femme enceinte présente un risque majoré de pathologies dentaires et/ou parodontales. La relation inverse, c'est à dire les conséquences de pathologies bucco-dentaires sur le bon déroulement de la grossesse, est plus sujette à controverse. La tendance actuelle est de considérer qu'une infection dentaire non traitée pourrait concourir à une augmentation du risque d'accouchement prématuré, de naissances d'enfants prématurés de faible poids, et/ou de pré-éclampsie. Toutes les études récentes portant sur les possibilités de soigner les femmes enceintes nous disent que les soins dentaires sont tout à fait réalisables, et qu'il n'y a pas lieu de les reporter, spécialement dans un contexte d'urgence.

L'enquête présentée ici, a permis de faire un état des lieux des connaissances de toutes les professions médicales et des patientes concernées par cette question. Elle révèle que des connaissances réelles, mais partielles, sont intégrées par les personnes interrogées. Des mesures doivent donc être prises afin d'améliorer la diffusion des informations :

- D'abord, inciter les femmes enceintes à consulter leur chirurgien dentiste. Ceci est prévu dans la prochaine Convention entre l'Assurance Maladie et les syndicats de chirurgiens-dentistes avec une consultation prise en charge au 4^e mois de grossesse, mais dès à présent, cette consultation doit être intégrée dans les examens de routine à réaliser. On peut même aller plus loin en conseillant aux femmes présentant un projet de grossesse de consulter leur chirurgien dentiste pour prévenir d'éventuels accidents infectieux bucco-dentaire qui pourraient déstabiliser le bon déroulement de leur future grossesse.

- Il faut aussi que l'ensemble des professionnels de santé soient mieux formés sur ce sujet, afin d'avoir un discours unique et clair pour nos patientes : « N'hésitez pas à consulter votre chirurgien dentiste pendant votre grossesse, afin qu'il puisse éliminer d'éventuels foyers infectieux qui pourraient être des facteurs de risques pour la grossesse. Il vous aidera également à optimiser votre brossage afin de conserver une bonne santé bucco-dentaire. » Car n'oublions pas que la femme enceinte est très souvent plus réceptive aux conseils de prévention. La grossesse est donc une excellente occasion de progresser en la matière. De plus, on sait que les habitudes d'hygiène se transmettent des parents aux enfants, et plus spécifiquement, de la mère à l'enfant. La femme enceinte est donc un levier très intéressant pour développer la prévention bucco-dentaire de l'ensemble de la population générale.

Il est donc nécessaire de développer la formation initiale et continue des professionnels de santé, en créant des enseignements transversaux, c'est à dire des conférences réalisées par des chirurgiens dentistes pour les professionnels de la grossesse, et inversement. Ceci permettrait de développer les échanges entre les corps de métier, de « désacraliser » la femme enceinte aux yeux des odontologistes, et de donner des outils aux sages-femmes et aux médecins pour prodiguer des conseils, détecter d'éventuelles pathologies nécessitant une prise en charge immédiate, et adresser leurs patientes en connaissance de causes.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire pour les professionnels de la grossesse

Enquête sur la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte.

De nombreuses études traitent de l'état de santé bucco-dentaire des femmes enceintes, mais les résultats ne sont pas unanimes sur le sujet.

De plus, il n'existe aucune recommandation suffisamment précise concernant les soins dentaires au cours de la grossesse.

Dans le cadre d'un travail de thèse, je réalise une enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au niveau bucco-dentaire.

J'ai alors réalisé différents questionnaires adressés aux chirurgiens dentistes installés en cabinet libéral, aux femmes enceintes, ainsi que le présent questionnaire qui vous est destiné.

Le but de la présente enquête est de réaliser un état des lieux des actes et des discours prodigués à ces patientes qui réclament une attention toute particulière.

Je vous remercie donc par avance pour l'attention dont vous ferez preuve en répondant aux questions qui vont suivre.

Luc EGEA
Etudiant en Chirurgie Dentaire

Pour répondre, veuillez cocher une ou plusieurs cases selon les questions

1. Vous êtes :

- Médecin gynécologue-obstétricien Sage-Femme

2. L'unité dans laquelle vous travaillez :

-

3. En quelle année avez-vous reçu votre diplôme ?

-

4. Effectuez-vous un examen de la bouche au cours des consultations de femmes enceintes ? (1 seule réponse possible)

- Toujours Souvent Rarement Jamais

5. Si oui, à quel moment de la grossesse ? (1 seule réponse possible)

- Lors de la déclaration de grossesse
 Lors de la première rencontre avec la patiente
 Sur une plainte de la patiente au niveau de la sphère buccale
 Autres Précisez :

6. Lors de la grossesse, une infection d'origine bucco-dentaire présente-t-elle un risque ?

- OUI NON

7. Si oui, selon vous, quel(s) est (sont) ce(s) risque(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Chorioamniotite
 Prééclampsie
 Menace d'accouchement prématuré
 Hémorragie de la délivrance
 Naissance d'enfant prématuré de petit poids
 Autres Précisez :

8. Connaissez-vous les manifestations bucco-dentaires de la grossesse ?

- OUI NON

9. Si oui, selon vous, quelles sont-elles ? (plusieurs réponses possibles)

- Risque carieux plus important
 Abscès
 Saignements gingivaux lors du brossage
 Fractures dentaires plus fréquentes
 Gingivite gravidique
 Epulis
 Sensibilités dentaires au chaud et au froid
 Aftes

10. Dans le cadre du protocole de prise en charge des femmes enceintes, les orientez-vous vers un chirurgien dentiste ? (1 seule réponse possible)

- Toujours
- Oui, sur demande de la patiente
- Oui, dans le cas où la patiente semble présenter un mauvais état bucco-dentaire.
- Jamais

11. Avez-vous reçu des enseignements sur les pathologies bucco-dentaires de la femme enceinte au cours de vos études?

- OUI
- NON

12. Après vos études ?

- OUI
- NON

13. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- auprès d'un chirurgien dentiste
- Au cours d'un congrès
- Dans une revue scientifique
- Sur Internet
- Autres Précisez :

14. Seriez-vous intéressé(e) par une réactualisation de vos connaissances à ce sujet ?

- OUI
- NON

15. Avez-vous des remarques à ajouter ?

.....

.....

.....

.....

.....

Enquête sur la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte.

De nombreuses études traitent de l'état de santé bucco-dentaire des femmes enceintes, mais les résultats ne sont pas unanimes sur le sujet.

De plus, il n'existe aucune recommandation suffisamment précise concernant les soins dentaires au cours de la grossesse.

Il résulte de cela une grande disparité dans les soins dentaires administrés aux femmes enceintes par les chirurgiens-dentistes.

Dans le cadre d'un travail de thèse, je m'adresse à vous par le biais de ce questionnaire afin de savoir, d'un point de vue pratique, comment une femme enceinte est prise en charge dans un cabinet dentaire.

Le but de la présente enquête est de réaliser un état des lieux des actes et des discours prodigués à ces patientes qui réclament une attention toute particulière.

Je vous remercie donc par avance pour l'attention dont vous ferez preuve en répondant aux questions qui vont suivre.

Luc EGEA
Etudiant en Chirurgie Dentaire

Pour répondre, veuillez cocher une ou plusieurs cases selon les questions

1. En quelle année avez-vous reçu votre diplôme ?

.....

2. Dans votre cabinet, vous voyez des femmes enceintes : (1 seule réponse possible)

Très souvent Souvent Rarement Jamais

3. Si oui, motif de consultation : (plusieurs réponses possibles)

Pour un bilan bucco-dentaire adressée par une sage-femme ou un médecin
 non adressée par une sage femme ou un médecin

Pour une douleur dentaire Pour un abcès dentaire

Pour des raisons parodontales

Pour des raisons prothétiques

Autres Précisez :

4. L'anesthésie dentaire : un risque au cours de la grossesse ?

OUI NON

5. Si oui, d'après vous, quel(s) est (sont) le(s) risque(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Le vasoconstricteur (Adrénaline) peut déclencher des contractions utérines.

Certaines molécules contenues dans la cartouche peuvent traverser la barrière placentaire et sont potentiellement toxiques pour le fœtus.

L'anesthésie peut engendrer un malaise chez la femme enceinte.

Autres Précisez :

6. Selon vous, est-ce que l'anesthésie est contre-indiquée pour une femme enceinte ? (plusieurs réponses possibles)

OUI

Au premier trimestre.

Au deuxième trimestre.

Au troisième trimestre.

Seulement pour les patientes présentant une menace d'accouchement prématuré.

NON

7. Prescrivez-vous des antibiotiques à une femme enceinte ?

OUI NON

8. Si oui, quels antibiotiques ?

.....

.....

.....

.....

9. Quels soins pourraient être réalisés chez la femme enceinte? (cochez vos réponses dans le tableau ci-dessous)

	Avant 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Après 6 mois	N'importe quand pendant la grossesse	Après la grossesse
Motivation à l'hygiène					
Détartrage					
Pose d'une contention					
Prothèse fixée					
Prothèse amovible					
Soins de caries					
Surfaçage					
Chirurgie parodontale					
Endodontie					
Drainage d'un abcès					
Avulsions dentaires					
Autres (précisez) :					

10. Lors de la grossesse, une infection d'origine bucco-dentaire présente-t-elle un risque ?

- OUI NON

11. Si oui, selon vous, quels sont ces risques ? (plusieurs réponses possibles)

- Chorioamniotite
- Prééclampsie
- Menace d'accouchement prématuré
- Hémorragie de la délivrance
- Naissance d'enfant prématuré de petit poids
- Autres Précisez :

12. Selon vous, quelles sont les manifestations bucco-dentaires les plus fréquentes lors de la grossesse? (plusieurs réponses possibles)

- Risque carieux plus important
- Saignements gingivaux spontanés
- Aphtes plus fréquents
- Gingivite gravidique
- Fractures dentaires plus fréquentes
- Sensibilités dentinaires au chaud et au froid
- Epulis gravidique

13. Avez-vous reçu des enseignements sur les pathologies dentaires et la prise en charge de la femme enceinte au cours de vos études?

- OUI
- NON

14. Avez-vous suivi une formation continue sur les pathologies dentaires de la femme enceinte et leur prise en charge ?

- OUI
- NON

15. Si oui, par quel(s) moyen(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Au cours d'un congrès
- Dans une revue scientifique
- Sur Internet
- Autres Précisez :

16. Seriez-vous intéressé(e) par une réactualisation de vos connaissances à ce sujet ?

- OUI
- NON

17. Avez-vous des remarques à ajouter ?

.....

.....

.....

.....

Enquête sur la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte.

Dans le cadre d'un travail de thèse, je réalise une enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au niveau bucco-dentaire. J'ai alors réalisé différents questionnaires adressés aux médecins et sages-femmes qui suivent la grossesse, aux chirurgiens dentistes installés en cabinet libéral, ainsi que le présent questionnaire qui vous est destiné.

En effet, il me semble important de savoir comment sont perçues les informations médicales par nos patients, et spécialement par les femmes enceintes, qui réclament une attention toute particulière.

Je vous remercie donc par avance pour l'attention dont vous ferez preuve en répondant aux questions qui vont suivre. A la suite de cela, veuillez remettre le présent questionnaire au personnel médical que vous rencontrerez lors de votre consultation.

Luc EGEA
Etudiant en Chirurgie Dentaire

Pour répondre, veuillez cocher une ou plusieurs cases selon les questions

1. **De combien de mois êtes-vous enceinte ?** mois

2. **Quelle importance accordez-vous à votre hygiène bucco-dentaire ?** (1 seule réponse possible)
 - Très important
 - Assez important
 - Peu important
 - Aucune importance

3. **Avec quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?** (1 seule réponse possible)
 - Plus de 2 fois par jour
 - 2 fois par jour
 - 1 fois par jour
 - Moins d'1 fois par jour

4. **Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour vous nettoyer les dents ?** (plusieurs réponses possibles)
 - Brosse à dents manuelle
 - Brosse à dents électrique
 - Brossettes inter-dentaires
 - Fil dentaire
 - Cure-dent
 - Dentifrice
 - Bain de bouche

5. **Etes-vous plus attentive à votre hygiène bucco-dentaire depuis que vous êtes enceinte ?**
 - OUI
 - NON

6. **Estimez-vous qu'entretenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante est plus difficile lors de la grossesse ?**
 - OUI
 - NON

7. **Avez-vous été informé sur les manifestations buccales lors de la grossesse et sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire ?**
 - OUI
 - NON

8. **Si oui, comment et/ou par qui ?** (plusieurs réponses possibles)
 - Chirurgien dentiste
 - Médecin
 - Sage-femme
 - Ami(e)s
 - Internet Nom(s) du (ou des) site(s) :
 -
 - Presse parentale Nom(s) :
 - Emission de télévision ou de radio Nom(s) :
 - Livre(s) Nom(s) :

9. **Le personnel médical qui suit votre grossesse vous a-t-il conseillé d'aller consulter votre chirurgien dentiste ?**

- OUI NON

10. **Si oui, l'a-t-il fait :** (*plusieurs réponses possibles*)

- Au décours de la déclaration de grossesse
- Pendant l'entretien du 4^e mois
- Au cours d'une consultation
- Suite à une plainte de votre part au niveau buccal

11. **Quel(s) praticien(s) vous a (ont) conseillé de consulter votre chirurgien dentiste pendant la grossesse ?** (*plusieurs réponses possibles*)

- Votre chirurgien dentiste avant votre grossesse
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue-obstétricien
- Une sage-femme
- Autres Précisez :

12. **Trouvez-vous important de consulter votre chirurgien-dentiste au cours de la grossesse ?**

- OUI NON

13. **Etes-vous allée consulter votre chirurgien-dentiste pendant votre grossesse ?**

- OUI NON

14. **Si oui, pour quel motif ?** (*plusieurs réponses possibles*)

- Pour un contrôle
- Pour une douleur dentaire
- Pour un abcès dentaire
- Pour des saignements gingivaux
- Pour confectionner des couronnes ou des prothèses amovibles
- Autres Précisez :

15. **Quel(s) traitement(s) a-t-il (elle) réalisé ?** (*plusieurs réponses possibles*)

- Motivation à l'hygiène
- Détartrage
- Chirurgie gingivale
- Pose d'une contention
- Soins de caries
- Dévitalisation(s) de dent(s)
- Extraction(s) dentaire(s)
- Réalisation de couronne(s) dentaire(s)
- Réalisation d'appareil(s) dentaire(s)
- Traitement antibiotique Nom :
- Autres Précisez :

16. **Vous a-t-il (elle) fait part de soin(s) à réaliser après votre grossesse ?**
 OUI NON

17. **Si oui, quel(s) type(s) de soin(s) ?** *(plusieurs réponses possibles)*

- Détartrage
- Chirurgie gingivale
- Pose d'une contention
- Soins de caries
- Dévitalisation(s) de dent(s)
- Extraction(s) dentaire(s)
- Réalisation de couronne(s) dentaire(s)
- Réalisation d'appareil(s) dentaire(s)

- Autres Précisez :

18. **Avez-vous des remarques à ajouter ?**

.....

.....

.....

.....

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ACHARYA S, BHAT PV ET ACHARYA S.**
Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women.
Int J Dent Hygiene, 2009; (7):102-107.
2. **AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS).**
Livret Médicaments et Grossesse : Infectiologie.
Version n°1, Octobre 2005.
3. **AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES).**
Parodontopathies : diagnostic et traitements.
Paris : ANAES, mai 2002.
4. **AGDO-GODEAU S.**
Stomatologie et grossesse.
Encycl Méd Chir, Stomatologie, 22-050-F-10
Encycl Méd Chir, Gynécologie/Obstétrique, 5-045-A-10, 2002, 4.
5. **AGUEDA A, ECHEVERRIA A ET MANAU C.**
Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight:
Review of the literature.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008; **13**(9): E609-E615.
6. **AGUEDA A, RAMON JM, MANAU C, ET COLL.**
Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective
cohort study.
J Clin Periodontol 2008;**35**(1):16-22.
7. **AL-HABASHNEH R, ALJUNDI SH ET ALWAEELI HA.**
Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral
health and pregnancy outcomes.
Int J Dent Hygiene 2008; (6):214-220.
8. **AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY.**
American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management
of the pregnant patient.
J Periodontol 2004; **75**(3) 495.
9. **ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE**
Discours de Mr Xavier Bertrand, Ministre de la Santé.
Congrès de l'ADF, Paris, 25 Novembre 2005.
10. **BATAREC A.**
Vos dents pendant la grossesse.
[http://www.9mois-emoi.com/etre-enceinte-devenir-maman/ma-sante/vos-dents-
pendant-la-grossesse.html](http://www.9mois-emoi.com/etre-enceinte-devenir-maman/ma-sante/vos-dents-
pendant-la-grossesse.html)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

11. BEN LAGHA N, ALANTAR A ET MAMAN L.

La femme enceinte et les soins dentaires.
Rev Prat Gynecol Obstet 2003, (69), 17-20.

12. BOGESS KA.

Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth: results from Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS)
Am J Obstet Gynecol 2010, **202**(2) 101-102.

13. BOGESS KA ET EDELSTEIN BL.

Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infants oral health.
Matern Child Health J 2006; **10**:S169-S174.

14. BOUTIGNY H, BOSCHIN F ET DELCOURT-DEBRUYNE E.

Maladies parodontales, tabac, et grossesse.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;**34** (Hors Série n°1):3S74-3S83.

15. CAVALIERE TA.

Should elective dental procedures be done during pregnancy?
MCN Am J Matern Child Nurs 2008;**33**(1):8.

16. CONDE-AGUDELO A, VILLAR J ET LINDHEIMER M.

Maternal Infection and risk of preeclampsia: Systematic review and metaanalysis.
Am J Obstet Gynecol 2008,**198**(1): 7-22.

17. CROWTHER CA, THOMAS N, MIDDLETON P ET COLL.

Treating periodontal disease for preventing preterm birth in pregnant women (Protocol).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005297.

18. DRIDI SM, EJEIL AL, GAMGNE GUIADEM C ET COLL.

Naissances prématurées spontanées et maladies parodontales: le débat continue!
Rev Odontostomatol 2008; **37**(1):19-42.

19. EKELUND CK, VOGEL I, SKOGSTRAND K ET COLL.

Interleukin-18 and interleukin-12 in maternal serum and spontaneous preterm delivery,
J Reprod Immunol 2007, doi: 10.1016/j.jri.2007.07.002.

20. GIGLIO JA, LANNI SM, LASKIN DM ET COLL.

Oral health care for the pregnant patient.
J Can Dent Assoc 2009; **75**(1): 43-48.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 21. HEIMONEN A, JANKET S-J, KAAJA R ET COLL.**
Oral inflammatory burden and preterm birth.
J Periodontol 2009; **80**(6): 884-891.
- 22. JARJOURA K, DEVINE PC, PEREZ-DELBOY A ET COLL.**
Markers of periodontal infection and preterm birth
Am J Obstet Gynecol 2005; **192**(2): 513-519.
- 23. JEFFCOAT MK.**
Pregnant women in your practice – What do we know? What should we do?
Pa Dent J(Harrib) 2007; **74**(1): 21-25.
- 24. LANSAC J, BERGER C ET MAGNIN G.**
Obstétrique. 4^e Ed. Collection Pour le Praticien
Paris : Masson, 2003.
- 25. LAUZANE J.**
Pendant la grossesse, attention à vos dents.
http://www.doctissimo.fr/html/grossesse/petits_troubles/gr_3988_dents_grossesse.htm
- 26. MACONES GA, PARRY S, NELSON DB ET COLL.**
Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth : results from the Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS).
Am J Obstet Gynecol 2010; 202:147.e1-147.e8.
- 27. MEYER K, GEURTSSEN W ET GÜNAY H.**
An early oral healthcare program starting during pregnancy. Results of a prospective clinical long-term study.
Clin Oral Invest 2009; **14**(3): 257-264.
- 28. MICHALOWICZ BS, DIANGELIS AJ, NOVAK MJ ET COLL.**
Examining the safety of dental treatment in pregnant women.
J Am Dent Assoc 2008;**139**(6):685-695.
- 29. MICHALOWICZ BS ET DURAND R.**
Maternal periodontal disease and spontaneous preterm birth.
Periodontol 2000 2007; **44**(2):103-112.
- 30. MICHALOWICZ BS, HODGES JS, DIANGELIS AJ ET COLL.**
Treatment of periodontal disease and the risk of preterm birth.
N Engl J Med 2006; **355**(18): 1885-1894.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 31. MICHALOWICZ BS, HODGES JS ET NOVAK M.J.**
Change in periodontitis during pregnancy and the risk of preterm birth and low birthweight.
J Clin Periodontol 2009; **36**(4): 308-314.
- 32. MINOZZI F, CHIPAILA N, UNFER V ET COLL.**
Odontostomatological approach to the pregnant patient.
Eur Rev Med Pharmacol Sci 2008; **12**(4): 397-409.
- 33. MOBEEN N, JEHAN I, BANDAY N ET COLL.**
Periodontal disease and adverse birth outcomes: a study from Pakistan.
Am J Obstet Gynecol 2008; **198**(5): 514.e1-514.e8.
- 34. MORGAN MA, CRALL J, GOLDENBERG RL ET COLL.**
Oral health during pregnancy.
J Matern Fetal Neonat Med 2009; **22**(9): 733-739.
- 35. OFFENBACHER S ET BECK J.D.**
Has periodontal treatment failed to reduce adverse pregnancy outcomes? The Answer may be premature.
J Periodontol 2007; **78**(2):195-197.
- 36. OFFENBACHER S, BECK JD, JARED HL ET COLL.**
Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: a randomized controlled trial.
Obstet Gynecol 2009; **114**(3): 551-559.
- 37. OFFENBACHER S, KATK V, FERTIK G ET COLL.**
Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight.
J Periodontol 1996; **67**(Suppl):1103-1113.
- 38. OFFENBACHER S, LIN D, STRAUSS R ET COLL.**
Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: a pilot study.
J Periodontol 2006; **77**(12): 2011-2024.
- 39. POLYZOS NP, POLYZOS IP, MAURID ET COLL.**
Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials.
Am J Obstet Gynecol 2009;**200**(3): 225-232.
- 40. QUINONEZ R ET STEARNS SC.**
Issues and early evidence for the economic evaluation of the effects of periodontal therapy on pregnancy outcomes.
J Periodontol 2008; **79**(2): 203-206.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

41. RUMA M, BOGESS K, MOSS K ET COLL.

Maternal periodontal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia.
Am J Obstet Gynecol 2008; **198**(4): 389.e1-389.e5.

42. SANS AUTEUR.

La femme enceinte et ses dents.

<http://www.dentalespace.com/patient/soins-dentaires/14-femme-enceinte-ses-dents.htm>

43. SANS AUTEUR

Oral health care during pregnancy and early childhood: practice guidelines
New York State Department of Health, August 2006.

44. SEMBENE M, MOREAU JC, MBAYE MM ET COLL.

Infection parodontale de la femme enceinte en état de grossesse et faible poids du bébé à la naissance.

Odontostomatol Trop 2000;(89):19-22.

45. SHENOY RP, NAYAK DG ET SEQUEIRA PS.

Periodontal disease as a risk factor in pre-term low birth weight – An assessment of gynecologists' knowledge: A pilot study.

Indian J Dent Res 2009; **20**(1): 13-16.

46. SILK H, DOUGLASS AB, DOUGLASS JM ET COLL.

Oral health during pregnancy.

Am Fam Physician 2008; **77**(8): 1139-1144.

47. SIQUEIRA FM, COTA LOM, COSTA JE ET COLL.

Maternal periodontitis as a potential risk variable for preeclampsia : a case-control study.

J Periodontol 2008; **79**(2): 207-215.

48. SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE BUCCALE ET CHIRURGIE BUCCALE.

Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie : Recommandations.

Med Buccale Chir Buccale 2003 ; **9**(2):65-94.

49. SRINIVAS SK, SAMMEL MD, STAMILIO DM ET COLL.

Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes; is there an association?

Am J Obstet Gynecol 2009; **200**(5): 497.e1-497.e8

50. TURNER MD, SINGH F ET GLICKMAN RS.

Dental management of the gravid patient.

N Y State Dent J 2006; **72**(6): 22-27

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

51. URCAM DU LIMOUSIN

Traitements et prescriptions bucco-dentaires chez la femme enceinte : Etude initiale.
2006a.

<http://www.limousin.assurance-maladie.fr/Evaluation-du-programme-sur-la.12438.0.html>

52. URCAM DU LIMOUSIN

Traitements et prescriptions bucco-dentaires chez la femme enceinte : Mesure d'impact.
2006b.

<http://www.limousin.assurance-maladie.fr/Evaluation-du-programme-sur-la.12438.0.html>

53. VERGNES J-N ET SIXOU M.

Preterm low birth weight and maternal periodontal status : a meta-analysis.
Am J Obstet Gynecol 2007; **196**(2): 135.e1-135.e7.

54. WIMMER G ET PIHLSTROM BL.

A critical assessment of adverse pregnancy outcome and periodontal disease.
J Clin Periodontol 2008;**35**(Suppl. 8):380-397.

55. WRZOSEK T ET EINARSON A.

Dental care during pregnancy.
Can Fam Physician 2009;**55**(6): 598-599.

56. XIONG X, BUEKENS P, FRASER WD ET COLL.

Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes : a systematic review.
BJOG Int J Obstet Gynaecol 2006; **113**(2): 135-143

57. ZANATA RL, FERNANDES KBP ET NAVARRO PSL.

Prenatal dental care : evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Barau/SP, Brazil, 2004.
J Appl Oral Sci 2008;**16**(3):194-200

RESUME

La question de la réalisation des soins dentaires au cours de la grossesse s'est longtemps posée, et se pose encore à l'heure actuelle au sein de la profession (quels soins peut-on réaliser et quand les réaliser?). Il est établi aujourd'hui que la grossesse induit des modifications au niveau de la cavité buccale, entraînant une élévation du risque de survenue ou d'évolution de pathologies bucco-dentaires. Par ailleurs, nous savons que les soins dentaires peuvent être réalisés pendant la grossesse, de plus, ils peuvent prévenir l'impact négatif de la diffusion bactérienne et des médiateurs de l'inflammation au niveau systémique, ce qui peut constituer un facteur de risque potentiel et concourir à l'apparition de complications obstétricales. Ces données sont-elles parvenues aux professionnels de santé? Dans ce travail, un rappel des données de la littérature a été succinctement présenté et une enquête a été menée. L'objectif de cette enquête a été de réaliser un état des lieux sur la nature de la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte. 3 questionnaires ont été diffusés à 3 populations distinctes: les professionnels de la grossesse, les chirurgiens dentistes et les femmes enceintes. Les résultats de cette enquête montrent qu'il existe un manque d'information sur le sujet pour les 3 groupes interrogés. Il serait donc intéressant de proposer des formations et des campagnes de sensibilisation aux professionnels de santé et aux femmes enceintes afin d'améliorer les connaissances de chacun et d'aboutir à une prise en charge conforme aux données actuelles de la science.

MOTS-CLES :

GROSSESSE	PREGNANCY
SOINS DENTAIRES	DENTAL CARE
COLLECTION DE DONNEES	DATA COLLECTION