

# La cavité buccale et la femme enceinte

**KIRSCH Mélanie<sup>1</sup>, SALHI Leila<sup>2</sup>,  
VAN WYMERSCH Didier<sup>3</sup>**

## **CORRESPONDING AUTHOR :**

Dr KIRSCH Mélanie, 20 Avenue Lucien Salentiny,  
Ettelbruck [dr.melanie.kirsch@gmail.com](mailto:dr.melanie.kirsch@gmail.com)

## **MOTS CLÉS :**

Hyperplasie gingivale; Parodontite : petit poids de naissance et accouchement prématuré ; Carie dentaire et la grossesse; Glossite migratoire et la grossesse; Candidose

## **ABSTRACT**

Through this article, we wanted to demonstrate the possible links between different pathologies of the oral cavity and pregnancy as well as the plausible implications caused by the gravid state on oral health. Pregnancy can be the cause of several oral issues affecting the gums, the tongue and the teeth. Specifics related to pregnancy like frequent vomitings, snacking, cravings for sugary foods but also rising levels of estrogens and progesterone, can have an impact on several levels. On the contrary, oral complications could impact the pregnancy and the foetus. All of this shows the importance of a good dental follow-up during the pregnancy and an efficient interdisciplinary collaboration to ensure the well being of the future mother and the child to come.

## **Résumé**

A travers cet article, nous voulions démontrer les liens possibles entre les différentes pathologies de la cavité buccale et inversement, les implications possibles de l'état gravide sur la santé buccale.

La grossesse peut être à l'origine de plusieurs problèmes buccaux reprenant des problèmes au niveau de la gencive, de la langue et des dents.

-----  
1 Cabinet privé ; 20 Avenue Lucien Salentiny, Ettelbruck

2 Centre hospitalier universitaire de Liège, Département de neuro-dentologie, chirurgie bucco-

Des spécificités de la grossesse telles que les vomissements récurrents, le grignotage, les envies de sucré mais également l'augmentation du taux d'œstrogène et de progestérone peuvent avoir un impact à plusieurs niveaux. A l'inverse, des complications buccales pourraient avoir un impact sur la grossesse et sur le fœtus. Tout ceci démontre l'importance d'une bonne prise en charge par les dentistes durant la grossesse et une bonne collaboration interdisciplinaire pour assurer le bien-être de la future mère et de l'enfant à naître.

## Pathologies buccales

### Introduction

Durant la grossesse, différentes maladies buccales peuvent apparaître et peuvent toucher l'*odontologie* (la carie, l'érosion dentaire) et/ou le *parodontologie* (la gingivite, le granulome gravidique ou la parodontite), la langue (la glossite migratoire bénigne) ou la cavité buccale plus globale (candidose) (1).

Comme pour toute personne, une plaque dentaire se forme à la surface de la dent et de la gencive et peut être responsable de lésions dentaires ou lésions parodontales. Ses lésions peuvent apparaître, facilitées par le statut hormonal très spécifique de la femme enceinte, pouvant avoir des répercussions sur le devenir de la grossesse. Les dérèglements hormonaux peuvent également favoriser des atteintes à la langue ou la cavité buccale tout entière.

### Le parodontologie

Le parodontologie est composé de la gencive, du cément, du ligament alvéolo-dentaire, de l'os alvéolaire, et de la muqueuse alvéolaire.

La gencive est un tissu épithélio-conjonctif parcourant la crête alvéolaire, les septa osseux interdentaires jusqu'à la jonction mucogingivale. Elle est variable en termes de contour, de forme et de consistance. Elle est composée par la gencive libre (ou marginale) et par la gencive attachée. Le cément est une fine couche de tissu minéralisé, situé entre la dentine et le ligament alvéolo-dentaire. Il recouvre la racine de la dent et permet l'ancrage des fibres desmodontales (2)(3). Le ligament alvéolo-dentaire, ou desmodonte, est un tissu conjonctif s'étendant entre la partie interne de l'alvéole dentaire et le cément. Il est notamment responsable de l'ancrage de la dent dans l'os alvéolaire et de la proprioception (4) (5). L'os alvéolaire entoure la surface radiculaire, il comprend une corticale externe, un os spongieux médian et une corticale interne. Il est constamment renouvelé en réponse à la demande fonctionnelle (proposition résorption) (6)(7). La dernière partie du parodontologie est

(apposition-résorption) (8)(1). La dernière partie du parodonte est constituée par la muqueuse alvéolaire et ses freins. Elle comprend les muqueuses jugulo-linguales et alvéolaires.

Lorsqu'on parle de gingivite, il s'agit d'une maladie du parodonte superficiel sans que l'os, le cément ou encore le ligament ne soient touchés alors que la parodontite correspond à l'atteinte et à la destruction de ces structures conjonctivales plus profondes dont l'os alvéolaire (8).

### **L'hyperplasie gingivale**

L'augmentation des taux hormonaux de progestérone et d'œstrogène durant la grossesse sont à l'origine de plusieurs changements au niveau de la gencive tels que l'augmentation de la perméation et la prolifération vasculaire (9). Ce statu très particulier à la femme enceinte peut provoquer un œdème gingival. Outre ces effets des changements hormonaux sur la gencive, l'accumulation de bactéries gram positif (biofilm) associée à ces changements peut aboutir à une gingivite hyperplasique (1)(8). Selon les études, au minimum un tiers des femmes enceintes présente une gingivite dite « gravidique » (10).

Cliniquement, la couleur de la gencive va du rouge vif au rouge bleuté avec un liseré rouge vif. Elle apparaît œdématiée d'aspect fragile et saigne au moindre toucher (11)(12). Ces altérations peuvent apparaître dès le deuxième mois de grossesse et atteindre son pic au huitième mois de grossesse (10). En absence de traitement, cette gingivite peut évoluer vers la parodontite, ce qui entraîne le passage de bactéries gram négatives, plus virulentes, depuis les tissus parodontaux vers la circulation sanguine. Le suivi de la gingivite se fait par le dentiste en éliminant de la plaque dentaire. Une bonne hygiène bucco-dentaire est utile pour prévenir des maladies parodontales, éviter leur progression et leurs complications (1)(13).

Finalement l'aspect gingival revient à la normale après l'accouchement sans pour autant garantir un retour à une bonne santé gingivale si la plaque dentaire n'est pas contrôlée (8)(12).



*Fig. 1 : Hyperplasie gingivale (@ Pr. SALHI L.*



*Fig. 2 : patiente au 4<sup>e</sup> mois présentant une gingivite hyperplasique @ Dr BOUHLEL Fady*

*Fig. 3 : la même patiente après traitement @ Dr BOUHLEL Fady*

### **L'épulis gravidique (granulome gravidique)**

L'accroissement des taux de progestérone et l'œstrogène peut être associé à la formation du granulome gravidique. Ce dernier résulte d'une inflammation impliquant différents facteurs tels qu'un traumatisme, une irritation, une présence de plaque bactérienne et des changements hormonaux (14)(15). Dans ces derniers cas, l'augmentation hormonale favorise l'angiogenèse dans le tissu inflammatoire et facilite l'apparition de l'épulis gravidique (15).

Comme pour l'hyperplasie gingivale, le granulome est une des causes de saignement buccal pendant la grossesse (16). Cette lésion peut disparaître spontanément cependant en absence de régression spontanée, une exérèse sous anesthésie locale pourra être réalisée même durant la grossesse (15). D'autres possibilités de traitements sont possibles tels que la cryothérapie ou encore le laser (17).





*Fig. 4: Photo d'un épulis gravidique entre l'incisive latérale et la canine @ Pr CAMPANA F.*

## **La parodontite**

La parodontite est une maladie inflammatoire infectieuse chronique caractérisée par la présence de bactéries gram négatives et par une réponse immuno-inflammatoire contre les parodontopathogènes (18)(19). Cette maladie est influencée par différents facteurs environnementaux et systémiques, (20) y compris les conditions de la femme enceinte, qui potentialisent sa genèse ou sa progression. Une récente revue de littérature atteste, et même si toutes les études ne sont pas unanimes, que les femmes enceintes souffrant d'une parodontite pourraient possiblement avoir plus de risque de présenter des complications pendant cette période et d'accoucher prématurément (21)(22)(23)(24)(25)(26).

Durant la grossesse, la perméabilité vasculaire s'accroît, permettant aux parodontopathogènes et à leurs sous-produits d'envahir la circulation sanguine. La bactériémie consécutive peut engendrer une infection métastatique à distance au niveau du compartiment fœto-placentaire et/ou induire une élévation de l'inflammation systémique avec libération de cytokines. Les deux mécanismes sont responsables de complications de la grossesse chez les patientes souffrant d'une parodontite tels que l'accouchement prématuré, le faible poids de naissance et le risque de pré-éclampsie (1)(8)(22)(25)(26)(27) (Fig 7).

Cette maladie contrôlable est la plus importante à traiter chez la femme enceinte vu que des soins parodontaux diminuent l'inflammation systémique et le risque d'infection métastatique et par conséquent pourraient agir positivement sur les risques de complications de la grossesse (1)(14)(25)(28).





Fig. 5 : Parodontite @ Pr. SALHI L.

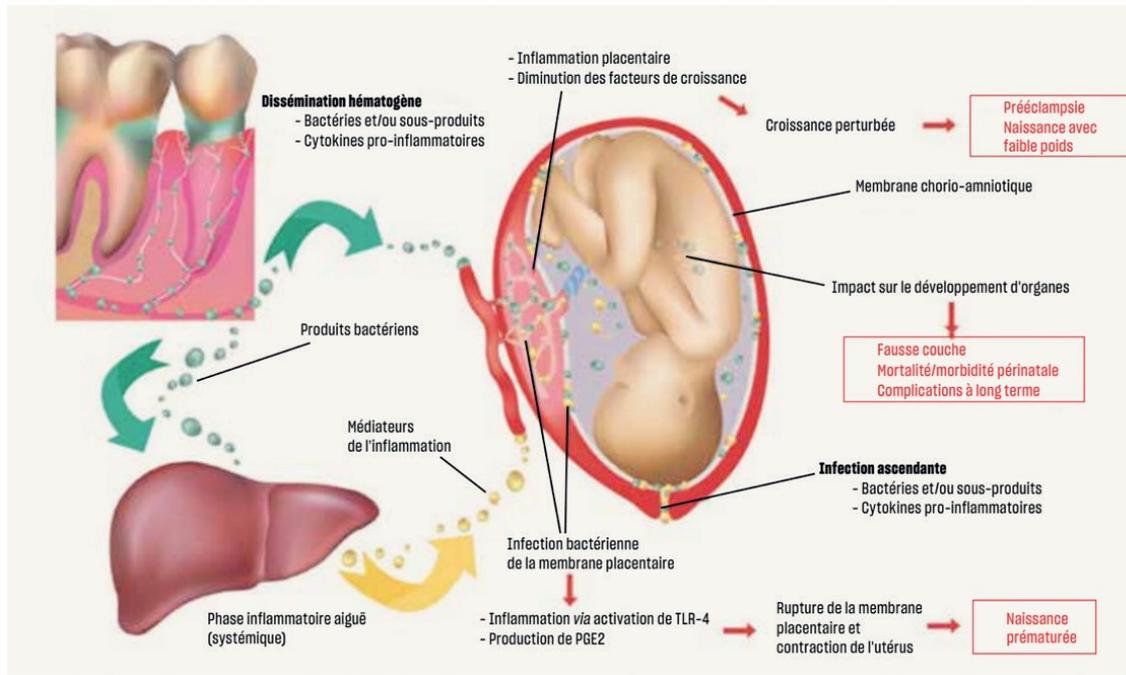


Fig. 6 : Mécanismes biologiques possibles associant la parodontite et les complications de grossesse

© Information Dentaire (27)

## La dent

### L'érosion dentaire

La grossesse peut être impliquée dans plusieurs lésions dentaires. Les patientes enceintes se plaignent souvent de reflux gastro-œsophagien ou de vomissements. D'autres, principalement d'origine africaine, présentent un ptyalisme. Toutes ces plaintes associées à l'augmentation du taux hormonal de la progestérone aboutissent à une diminution du pH buccal (12) et favorisent l'érosion dentaire (29)(30). L'érosion peut quant à elle favoriser l'apparition d'une carie. Dans ce cas, la prise en charge est surtout préventive en tentant d'augmenter le pH buccal en rinçant, entre autres, la cavité buccale avec de l'eau après les vomissements ou mieux encore avec des bains de bouche au bicarbonate de soude (10).

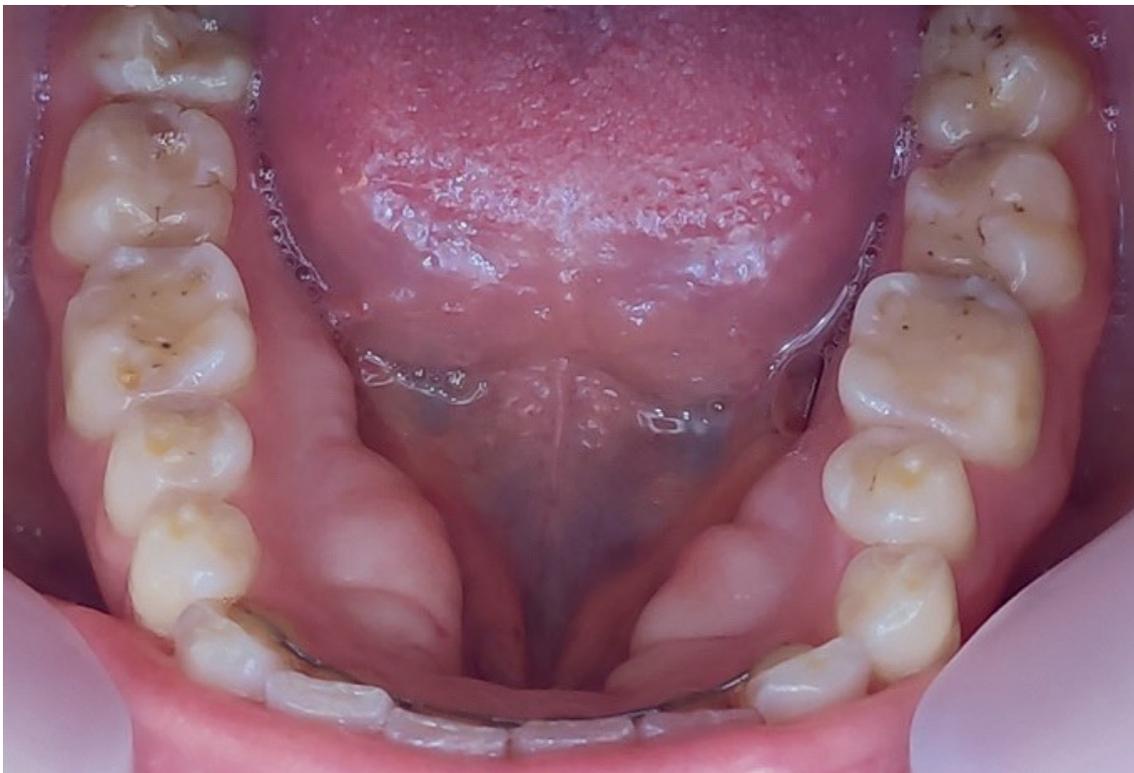
L'érosion présente différents stades, elle ira de la perte superficielle de l'émail jusqu'à l'exposition de la plages dentinaires et perte d'une grande partie de tissu dentaire dans les cas les plus avancés (29). Elle se manifestera par une hyper-sensibilité dentaire pouvant aller jusqu'à une douleur sévère selon le stade de l'atteinte (31).

Lorsque l'érosion devient trop gênante pour la patiente, la mise en place de vernis ou de composite fluoré durant la grossesse peut atténuer les

symptômes (32).



*Fig. 7 : Erosion dentaire @ Pr. SALHI L.*



*Fig. 8 : érosion dentaire @ Dr DELBROUCK V.*

### **La carie**

Plus de 30% des femmes enceintes présentent au moins une carie à des

niveaux différents durant leur grossesse (émail : 30,1%, dentine : 46%, pulpe : 24,9%) (12). Evidemment la carie dentaire n'est pas spécifique à la patiente enceinte et elle est liée à une diminution de l'hygiène buccale et à la sélection de bactéries acidogènes et acidogéniques. Cependant la femme enceinte a quelques particularités qui facilitent spécifiquement chez elle l'apparition de carie.

L'érosion dentaire facilite l'apparition d'une carie. Les facteurs de ce type de maladie liés à la grossesse sont, entre autres, le ptyalisme, le reflux, les vomissements et l'augmentation du taux de progestérone.

En outre, certaines femmes enceintes ont des envies de sucré ou consomment plus de boissons sucrées pour calmer les vomissements, facilitant aussi l'apparition de caries (12). D'autres patientes vont, durant le premier trimestre, fractionner les repas pour éviter les nausées ou du moins les amoindrir. Ce fractionnement diminue continuellement le pH buccal et contribue à l'apparition de la carie dentaire (12)(33).

En absence de traitement de la carie dentaire, elle peut atteindre la pulpe et engendrer soit une pulpite (inflammation de la pulpe), soit une nécrose du nerf avec la possibilité d'aboutir à la formation d'un abcès dentaire ou d'une cellulite (1). Bien entendu, des traitements sont possibles durant la grossesse (32).



*Fig. 9 : Caries sur l'incisive latérale et médiane @ Dr DELBROUCK V.*

### **Glossite migratoire bénigne**

La langue géographique est une lésion migrante, le plus souvent retrouvée sur les deux tiers de la face dorsale de la langue mais elle peut aussi se manifester sur d'autres localisations de la cavité buccale (34) (35). Elle se présente comme des lésions érythémateuses délimitées par des bords blanchâtres (35).

Généralement, la langue géographique est une manifestation buccale asymptomatique mais certaines personnes peuvent ressentir une gêne, une irritation ou une sensation de brûlure à certains fruits, au tabac ou encore à la nourriture épicée (35)(36).

Son étiologie d'apparition reste jusqu'à maintenant assez floue (34). Plusieurs facteurs pourraient être impliqués : le diabète, les facteurs génétiques, le stress psychologique (36) ou encore les hormones

généralistes, le stress psychologique (36) ou encore les hormones féminines (35), le contexte de grossesse et la contraception sont également évoqués (34). La prévalence de cette lésion durant la grossesse est d'environ de 2,8-2,9% (9), la littérature attestant ou réfutant le lien entre la langue géographique et la grossesse sont assez pauvre et controversée sur ce sujet (37)(38). Il n'existe pas encore de traitement spécifique pour la langue géographique.



*Fig. 10 : Glossite migratoire bénigne @ Pr. SALHI L.*

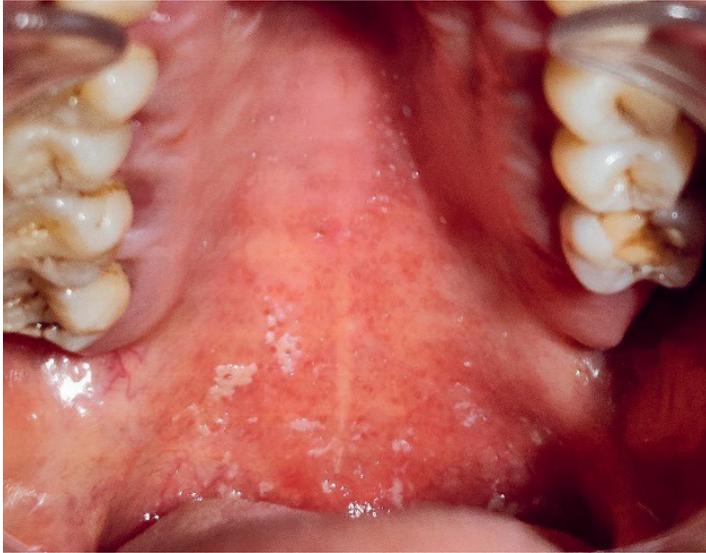


*Fig. 11 : patiente a 34 semaines de grossesse hospitalisée dans le service de grossesse à risque se plaignant d'une lésion sur sa langue lui provoquant quelques désagréments durant la prise de certains aliments*

## **Candidose de la cavité buccale**

La candidose buccale peut être présente à différents endroits dans la cavité orale et est souvent due à la présence de *Candida albicans* (39). Certains facteurs seraient propices à l'avènement de la candidose. Parmi ceux-ci, l'acidité créée pendant les neuf mois de grossesse (23)<sup>63</sup> et l'augmentation du taux de progestérone influenceraient le microbiote

buccal (30) qui est un des facteurs favorisant la candidose orale. Les patientes peuvent alors se plaindre de brûlures au niveau d'une zone de la bouche, d'un goût métallique ou encore d'une sécheresse buccale mais dans la majorité des cas les symptômes sont que peu présents (39). Le traitement par antimycosique peut se faire, même durant la grossesse.



*Fig.12 : Candidose du palais @ Pr. SALHI L.*



*Fig. 13: patiente présentant une candidose au niveau de la langue @ Pr CAMPANA F.*

## Conclusion

Durant la grossesse, les maladies buccales sont multiples et peuvent impliquer tant le dentiste et parodontologue que le généraliste ou encore le gynécologue. Il est donc important de bien connaître l'origine de ces maladies, leur prévention et leurs traitements possibles pour le bien-être de la femme en premier lieu mais également pour le bien-être de la grossesse et du fœtus. Il est donc important de ne pas méconnaître ces lésions ou de les banaliser. Une bonne collaboration entre les médecins-dentistes et les médecins reste indispensable.

In fine un suivi bucco-dentaire est indispensable avant, pendant et après

in time, un suivi bucco-dentaire est indispensable avant, pendant et après la grossesse afin de prévenir et/ou traiter les lésions.

## Remerciements

Je remercie mes collègues et les patientes pour leur soutien et leur aide.

Un merci particulier au Professeur CAMPANA, Chirurgien Oral de Marseille, à Dr BOUHLEL et à Dr DELBROUCK de m'avoir permis d'avoir quelques-unes de belles images et leur aide.

Enfin un énorme merci à Dr VAN WYMERSCH et Dr SALHI d'être mes co-auteurs pour ce travail.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Doucède, G., Dehaynin-Toulet, E., Kacet, L., Jollant, B., Tholliez, S., Deruelle, P., et al «Dents et grossesse, un enjeu de santé publique.» La Presse Médicale (2019) ; 48.10 : 1043-1050.
2. Edith M. & Klaus H. Rateitschak, 2005, « biologie structurale », Herbert F. Wolf, Parodontologie, Masson, 3<sup>e</sup> édition, p 8.
3. Lindhe, 2008, « the anatomy of periodontal tissues », Jan, Clinical Periodontology and implant dentistry, vol 1, Blackwell, fifth edition p 5, p 69.
4. Edith M. & Klaus H. Rateitschak, 2005, « biologie structurale », Herbert F. Wolf, Parodontologie, Masson, 3<sup>e</sup> édition, p 12-p 14.
5. Lindhe, 2008, « the anatomy of periodontal tissues », Jan, Clinical Periodontology and implant dentistry, vol 1, Blackwell, fifth edition, p 27 - p 31.
6. Edith M. & Klaus H. Rateitschak, 2005, « biologie structurale », Herbert F. Wolf, Parodontologie, Masson, 3<sup>e</sup> édition, p 16.
7. Lindhe, 2008, « the anatomy of periodontal tissues », Jan, Clinical Periodontology and implant dentistry, vol 1, Blackwell, fifth edition, p 34.
8. Modjo Kenmeugne, Germaine Lorna Lapatience. Évaluation des connaissances des femmes enceintes sur les risques des parodontites pour la grossesse dans la maternité de l'Infirmier Hôpital de Bamako (IHB). Diss. USTTB, 2022.
9. Bett, J. V. S., Batistella, E. Â., Melo, G. et al Prevalence of oral mucosal disorders during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Journal of Oral Pathology & Medicine (2019) ; 48.4 : 270-277
10. Clément, C., Laczny, E., & Dalstein, A. Santé bucco-dentaire et grossesse. (2015).
11. SUR, RÉPERCUSSIONS DE L'ÉTAT GRAVIDIQUE, and LE PARODONTE. Dossiers du mois. (2001).

12. Bengondo, M. C., Minkande, J. Z., Mengong, H. P. et al Pathologie bucco-dentaire de la femme enceinte en milieu Camerounais. *Clinics in Mother and Child Health* (2006) ; 3.1 : 449-452.
13. Chapple, I. L., Van der Weijden, F., Doerfer et al F. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *Journal of clinical periodontology*, (2015) ; 42 : S71-S76.
14. Nair, V., Giri, P. K., & Rudra, A. Oral pyogenic granuloma in pregnancy: a predicament. *IMJ* (2016) ; 23 : 64-65.
15. Tamba, B., Tine, S. D., Niang, P. D. A., Gassama-Barry, B. C., Diatta, M., & Diallo, B. Granulome pyogénique palatin chez une femme enceinte. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale*(2011) ; 17.3: 237-239.
16. Jafarzadeh, H., Sanatkhan, M., & Mohtasham, N. Oral pyogenic granuloma: a review. *Journal of oral science*(2006) ; 48.4: 167-175.
17. Tamba, B., Tine, S. D., Niang, P. D. A., Gassama-Barry, B. C., Diatta, M., & Diallo, B. Granulome pyogénique palatin chez une femme enceinte. *Médecine Buccale Chirurgie Buccale* (2011) ; 17.3: 237-239.
18. Kornman, K. S. Mapping the pathogenesis of periodontitis: a new look. *Journal of periodontology*, (2008); 79: 1560-1568.
19. Page, R.C. The etiology and pathogenesis of periodontitis. *Compend. Contin. Educ. Dent.* (2002); 23: 11–14
20. KUMAR, P S. Oral microbiota and systemic disease. *Anaerobe*, (2013); 24: p. 90-93.
21. Sanu, O., and Ronald F. L. Periodontal disease and bacterial vaginosis as genetic and environmental markers for the risk of spontaneous preterm labor and preterm birth. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* (2011) ; 24.12: 1476-1485.
22. Dörtbudak, O., Eberhardt, R., Ulm, M., & Persson, G. R. Periodontitis, a marker of risk in pregnancy for preterm birth. *Journal of clinical periodontology* (2005) ; 32.1: 45-52.
23. Sarifakioglu, E., Gunduz, C., & Gorpelioglu, C. Oral mucosa manifestations in 100 pregnant versus non-pregnant patients: an epidemiological observational study. *European Journal of Dermatology* (2006) ;16.6: 674-676.
24. Nabet, C., Lelong, N., Colombier, M. L., et al. Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study. *Journal of clinical periodontology* (2010) ; 37.1 : 37-45.
25. Khader, Y. S., & Ta'ani, Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: A meta-analysis. *Journal of periodontology* (2005) ; 76.2: 161-165.
26. Michalowicz, B. S., & Durand, R. Maternal periodontal disease and spontaneous preterm birth. *Periodontology 2000* (2007) ; 44.1: 103-112.
27. Toma S., Salhi L. *L'Information Dentaire* (2022); 13 : 76-79,
28. Lopez N I, Da Silva I, Ininza I & Gutiérrez I. Periodontal

28. Lopez, N. J., Da Silva, I., Ipinza, J., & Gutierrez, J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *Journal of periodontology* (2005) ; 76: 2144-2153.
29. Picos, A. M., Poenar, S., Opris, A. et al. Prevalence of dental erosions in GERD: a pilot study. *Clujul Medical* (2013) 86.4: 344.
30. Africa, C. W., & Turton, M. "Oral health status and treatment needs of pregnant women attending antenatal clinics in KwaZulu-Natal, South Africa." *International journal of dentistry* 2019 (2019).
31. Linnett, V., & Seow, W. K. Dental erosion in children: a literature review. *Pediatric dentistry* (2001) ; 23.1: 37-43.
32. Dalstein, A., Camelot, F., Laczny, E., Clément, C., & Yasukawa, K. *Prise en charge des urgences chez la femme enceinte.* (2015)
33. Da-Danho, V., Datté, A. S., N'Zébo Marcellin Nouaman, M. S., Guinan, J. C., & Bakayoko-Ly, R. "Meless Guanga David. »
34. Ghalayani, P., Tavangar, A., Nilchian, F., & Khalighinejad, N. The comparison of salivary level of estrogen and progesterone in 1st, 2nd and 3rd trimester in pregnant women with and without geographic tongue. *Dental research journal* (2013) ; 10.5 : 609.
35. Shulman, J. D., & Carpenter, W. M. Prevalence and risk factors associated with geographic tongue among US adults. *Oral diseases* (2006) ; 12.4: 381-386.
36. Ebrahimi, H., Pourshahidi, S., Andisheh, T. A., & Shyan, S. B. The relationship between geographic tongue and stress. (2010): 313-315.
37. Honarmand, M., Mollashahi, L. F., Shirzaiy, M., & Sehhatpour, M. Geographic tongue and associated risk factors among Iranian dental patients. *Iranian journal of public health* (2013) ; 42.2 : 215.
38. Díaz-Guzmán, L. M., & Castellanos-Suárez, J. L. Lesions of the oral mucosa and periodontal disease behavior in pregnant patients. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal* (2004) ; 9.5 : 434-7.
39. Agbo-Godeau, S., & Guedj, A. *Mycoses buccales.* EMC-Stomatologie (2005) ; 1.1 : 30-41.