

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique



République du Mali

Un peuple Un But Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO  
(USTTB)

## Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire : 2012-2013

N°/...../

TITRE

**LES MANIFESTATIONS PARODONTALES CHEZ LA FEMME ENCEINTE  
EN CONSULTATION PRE NATALE DANS LE SERVICE  
DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHU GABRIEL TOURE: 208 CAS.**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement, le 07/12/2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

PAR : *Mlle. TCHONANG MANI ESTELLE DANIELLE*

Pour l'obtention du grade de Docteur en CHIRURGIE DENTAIRE

(Diplôme d'état)

**JURY**

Président : Pr. MAMADOU LAMINE DIOMBANA

Membre : Dr. YOUSSEUF TRAORE

Co-directeur : Dr. OUSSEYNOU DIAWARA

Directeur de thèse : Pr. TIEMOKO DANIEL COULIBALY

## **DEDICACES**

### **❖ Je rends grâce à L'ÉTERNEL mon DIEU;**

Seigneur, de tout mon cœur, je te rends grâce pour les merveilles que tu accomplis et que tu ne cesses d'accomplir chaque jour dans ma vie et celle de mes semblables. Merci pour le souffle de vie sans cesse ravivé. Pardonne-moi mes manquements. Fais de moi la personne que tu désires que je sois.

Puisses-tu guider mes pas tout au long de cette carrière qui débute afin que je ne cesse d'honorer ton Saint nom.

### **Je dédie cette thèse...**

#### **❖ A ma maman, Feu KEPSEU Lydie**

Maman chérie, tu es partie très tôt en nous laissant dans la tristesse et sans consolation, mais le Seigneur a su mettre sur nos chemins des anges qui nous gardent et nous protègent. Sache que tu resteras à jamais gravée dans nos cœurs... j'aurai tant voulu que tu sois là aujourd'hui avec nous. Repose en paix. Ce travail t'est personnellement dédié.

#### **❖ A mon papa chéri, Mr MANI Jean Pierre**

Papa je te remercie pour l'affection et l'amour, mais aussi et surtout la confiance que tu ne cesses de me porter. Malgré tes difficultés, tu as toujours été là pour moi. Les mots me manquent pour te dire tout ce que je ressens pour toi. Je suis fière d'être ta fille et j'espère qu'en ce jour je fais également ta fierté. Tu représentes le parent que j'aimerais être.

Merci pour tous les sacrifices consentis pour mes frères, mes sœurs et moi. Que DIEU te bénisse, t'accorde santé et longévité.

❖ **A mes grands-mères, Mfeugeu Véronique et Nanyep Elisabeth**

Vous êtes tellement gentilles attachantes et sympathiques. Vous êtes des grand-mères idéales, merci d'avoir toujours pensé à moi. Que Dieu renouvelle votre souffle de vie et vous accorde santé et tranquillité d'esprit.

❖ **A mes mères, Mme Tsobgny Toukam Pauline, Mme Nzesso Rose, Mme Mani Louise, Mme Nanjip Clautilde, Mme Njokam Grâce**

Je ne peux m'empêcher de couler quelques larmes en écrivant ce passage qui est le vôtre.

Aucune dédicace, aucun mot ne saurait exprimer tout le respect, l'affection et tout l'amour que je vous porte. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter toutes les impasses de ma vie. Que ce travail qui représente le couronnement de vos sacrifices généreusement consentis, de vos encouragements incessants et de votre patience soit le fruit de mon éternelle reconnaissance qui, si grande qu'elle soit, ne peut être à la hauteur de vos sacrifices et vos prières pour moi. Je prie l'Eternel notre Dieu de vous protéger et vous procurer santé, bonheur et longue vie afin que vous puissiez jouir du fruit de votre semence. Je vous aime très fort.

❖ **A mes frères et sœurs, Yolande, Françoise, Armelle, Stéphane, Valerie, Grâce, Lynda, Bertol, Arno, Bryan, Eddy, Lamine et Audray**

Vous êtes très discrets et conscients. Je suis persuadée que vous réussirez tout ce que vous entreprendrez. Les mots me manquent pour vous exprimer tout l'amour et la tendresse que je vous porte. Tout simplement merci d'avoir toujours été là pour moi. L'amour et la paix dans laquelle nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible. Ce travail est le vôtre. Je vous aime.

❖ **A Mes Oncles Et Tantes, Cousins Et Cousines;**

Merci pour votre disponibilité et votre présence pendant ces années, recevez ce travail en témoignage de ma gratitude. Que Dieu vous bénisse.

- ❖ **A Mon Feu frère, Tsobgny Nkouendji Olivier (Oliver);** repose en paix. Ce travail t'est dédié.
  
- ❖ **A Mes Neveux et Nièces;** merci de votre affection.
  
- ❖ **Aux familles Abolo, Mani, Menu, Tsobgny, Nkouendji, Nsia, Koita, Kante, Nguena, Onguene, Njokam, Momo, Molu ;** vous avez indirectement vécu ce cheminement, et votre aide et compréhension ont rendu possible l'aboutissement de ce travail.

## REMERCIEMENTS

### Mes remerciements s'adressent :

- ❖ **A mon mentor et père, Dr Oumar Koïta ;** je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils qui m'ont été précieux ; pour la place que vous m'offrez dans votre famille.
- ❖ **Au Dr Diawara Ousseynou;** merci pour votre disponibilité, vos conseils et d'avoir bien voulu guider ce travail.
- ❖ **A Mme Kanté Maya;** pour son aide dans la réalisation de mon stage et pour m'avoir offert son affection, puisse le Seigneur te bénir.
- ❖ **A Mr Ngankem Aurelien;** merci à toi d'avoir été si patient et d'avoir trouvé les mots justes pour m'apaiser, merci simplement de faire partie de ma vie.
- ❖ **A Mlle Emma Nsia Regine ;** Ta simplicité, ton courage, ton humilité, et ta franchise m'ont beaucoup séduite. Trouve dans ce travail le symbole de mon profond respect et de mon amour pour toi. Je souhaite de tout cœur que le seigneur te bénisse et t'inonde de grâces.
- ❖ **Aux Docteurs ;** Simo B, Epopa, Tchomtchoua, Nditchout, Tchogang, Modi, Mbassi, Mbena, Khope, Meukeu, Koudjou.
- ❖ **A mes sœurs de Bamako;** Waffo M, Youmbi A, Tebou L, Biéda L, Seudieu M, Tchapda M, Coulibaly D, Mbeumo N, Epape C, Mariko D.
- ❖ **A mes frères et fils de Bamako;** Grécory, Gilles, Cyril, Constant, Kevin, Yannick, Richie, Roméo, Herman, Matial, TERENCE et à tous les fils de la grande famille Tchoumtchoua-Modi.
- ❖ **A mes filles de Bamako;** Yvette N, Lynda S, Manuella T, Nadine, Marie-Marcelle Natacha, Sissako I, Ornella T, Yvette et toutes les filles de la grande famille Tchoumtchoua-Modi.
- ❖ **A mes amis,** Dr Christian, Dr Corine, Dr Natalie, Dr Steve, Dr Daniel, Franck, Yvan, Aminata Fofana, votre présence est un bien très précieux.

- ❖ **A mes amis et camarades de la promotion César** ; merci de m'avoir accueilli et pour toutes ces années que j'ai eu le plaisir de partager avec vous. Nous avons appris à nous apprécier les uns les autres et à nous accepter. Que l'Eternel nous garde toujours ensemble afin que nous puissions construire une part de l'édifice sanitaire de notre pays.
- ❖ **A mes grand-frères et Dr des promotions Pradier, Ségalen, Satre, Astra ...**
- ❖ **A mes cadets des promotions Degaulle, Sparte, Asturie, Troie, Rome...**
- ❖ **A tous les malades qui m'ont été confiés et me seront confiés**, j'espère ne jamais vous décevoir, ni trahir votre confiance.
- ❖ **Au personnel du cabinet ATHIA, du CHUOS, du service de gynéco obstétrique du CHU GT**, pour son aide appréciable tout au long de ces années universitaires.
- ❖ **A la première promotion de chirurgie dentaire pour la bonne ambiance et l'esprit d'entraide qui y a régné** merci à tous.
- ❖ **Aux promotions cadettes de chirurgie dentaire.**
- ❖ **Aux enseignants de la filière chirurgie dentaire**; c'est un grand plaisir et un honneur pour moi d'avoir appris auprès de vous. Trouvez ici chers maîtres, le témoignage de ma reconnaissance et de mon respect profond.
- ❖ **Tout le peuple du Mali** ; merci pour votre hospitalité.
- ❖ **Tous ceux** qui ont été involontairement omis ne m'en portez pas rigueur, je vous porte tous dans mon cœur.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury : Professeur DIOMBANA Mamadou Lamine.**

Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la FMOS

Ancien directeur général du CHU-OS

Ancien chef de service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital de Kati

Médaillé du mérite de la santé du Mali

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en présidant ce jury de thèse.  
Vos qualités humaines et professionnelles forcent le respect.

Nous avons été impressionnés par votre personne : un homme de science éclairé, un praticien infatigable.

Votre modestie, votre disponibilité, votre sens de l'humour, votre patience dans la transmission du savoir, votre accueil chaleureux nous ont à jamais marqué.

Nous avons bénéficié de votre enseignement avec un grand plaisir.

**Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et notre très grande considération.**

**A notre Maître et membre du jury : Docteur Youssouf TRAORE ;**

Maître Assistant de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,  
Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel TOURE  
Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).

**Cher Maître,**

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Vous nous avez assisté de façon régulière, efficace et rigoureuse ; avec un enthousiasme et une disponibilité sans faille malgré vos obligations professionnelles.

Nous vous remercions pour vos encouragements inlassables, votre amabilité et votre gentillesse qui méritent toute admiration.

**Soyez assuré cher Maître, de notre gratitude et notre respect.**



**A notre Maître et co-directeur de thèse : Docteur DIAWARA Ousseynou,**

Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS)

Spécialiste en santé publique odontostomatologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar (UCAD) ;

Spécialiste en parodontologie de l'université Cheick Anta DIOP de Dakar (UCAD) ;

Ancien médecin chef adjoint à BAFOULABE; KITA ;

Ancien médecin chef adjoint à l'hôpital secondaire de SAN.

Praticien hospitalier au CHU-OS

**Cher Maître,**

Votre disponibilité permanente, votre amour pour le travail bien fait, votre gentillesse, vos qualités humaines et scientifiques font de vous un maître exemplaire.

**Trouvez ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.**

**A notre Maître et directeur de thèse : Professeur COULIBALY Tiémoko Daniel :**

Maître de conférences d'odontostomatologie et de chirurgie maxillo-faciale à la FMOS

Spécialiste d'odontologie chirurgicale

Spécialiste de la Réhabilitation et la Prothèse Maxillo-Faciale

Chef du service de stomatologie et Chirurgicale Maxillo-Faciale du CHU-OS

Ancien président du comité médical d'établissement du CHU-OS

Coordinateur de la filière odontologie à la FMOS

.

**Cher Maître,**

C'est un honneur de vous avoir comme directeur de thèse.

Votre souci du travail bien fait et vos nombreuses qualités humaines font de vous un exemple à suivre.

La sagesse, l'esprit d'ouverture et de dialogue, la sérénité et l'humilité dont vous avez su faire preuve tout au long de notre séjour dans votre service nous ont marquées. Nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

**Nous vous prions, cher Maître de bien vouloir accepter l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.**

## SOMMAIRE

### I INTRODUCTION

A. Préambule

B. Intérêt

C. Généralités

1. Définitions

1.1 L'organe dentaire

1.2 La grossesse

2. Rappels anatomiques

2.1 Les tissus dentaires

2.1.1 L'émail

2.1.2 La dentine

2.1.3 La pulpe

2.2 Le parodonte

2.2.1 La gencive

2.2.2 Le desmodonte

2.2.3 Le ciment

2.2.4 L'os alvéolaire

3. Rappel physiologique du parodonte

4. Modifications Physiologiques Induites Par la Grossesse

4.1 Les modifications digestives

4.2 Les modifications de la cavité buccale

4.2.1 Les affections de l'organe dentaire

4.2.2 Les affections de la muqueuse buccale

4.3 Les Modifications de salive

4.4 Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse

4.4.1 Relation entre maladies parodontales et Pathologies obstétricales :

4.4.1.1 La Pré-éclampsie

4.4.1.2 L'hypotrophie fœtale

4.4.1.3 Accouchement prématuré

5. Quelques pathologies de l'organe dentaire

5.1 Les pulpopathies

5.1.1 La carie dentaire

5.1.2 L'inflammation pulpaire

5.1.3 La nécrose pulpaire

5.2 Les parodontopathies

5.2.1 Définitions

5.2.2 Etiologies

5.2.3 Classification

5.2.4 Les indices parodontaux

II. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Objectif général

2. Objectifs spécifiques

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

2. Type d'étude
3. Période d'étude
4. Echantillonnage
5. Critères de sélection
  - 5.1. Critère d'inclusion
  - 5.2. Critère de non inclusion
  - 5.3. Critère d'exclusion
6. collecte des données
7. Retombées scientifiques anticipées
8. Considérations éthiques
9. Limites de l'étude
10. Analyse statistique et saisie des données

#### IV. RESULTATS

#### V. DISCUSSION ET COMMENTAIRES

#### VI. CONCLUSION

#### VII. RECOMMANDATIONS

#### VIII. PERSPECTIVES

#### IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

#### X. ANNEXES

## **ABREVIATIONS ET SIGLES :**

CHU-OS : Centre hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie

CHU GT : Centre hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CPITN : Indice de besoin de la communauté en soins parodontaux

CPN : Consultation prénatale

CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

F.D.I : Fédération Dentaire Internationale

HBD: Hygiène bucco-dentaire

IT: Indice de Tartre

ID : Indice de débris

IG: Indice gingival

OHIS : Indice d'hygiène orale simplifiée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCIU : Retard de croissance intra- utérin

S.A : Semaine d'Aménorrhée

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TTT : Traitement.

# I. INTRODUCTION

## A- Préambule

Le terme de maladie parodontale englobe toutes les situations pathologiques atteignant le parodonte (tissus de soutien et de maintien de la dent). Les deux formes principales de maladies parodontales (gingivite et parodontite) résultent de l'exacerbation d'un processus inflammatoire, face à un agent infectieux bactérien, modulé par certains facteurs locaux ou généraux.

Les maladies parodontales sont très répandues à travers le monde. En Afrique leur prévalence semble être assez importante : 33,0 % au Ghana, 27,5 % au Nigeria et 30,0 % au Sénégal [25].

L'état de grossesse ou de gestation est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon (foetus), en principe au sein d'un utérus (gravide). Cet état gravidique a des répercussions sur le milieu buccal en général et sur le parodonte en particulier avec l'apparition de caries et de parodontopathies entraînant des répercussions fonctionnelles, esthétiques et psychologiques.

Les maladies parodontales sont associées aux infections chroniques causées par des bactéries Gram négatif qui entraînent des augmentations locales et systémiques des prostaglandines et des cytokines pro-inflammatoires. De plus, il existe de nombreuses preuves selon lesquelles les bactéries parodontales pénètrent fréquemment dans la circulation sanguine (infection focale) [48]. Par conséquent, une infection parodontale maternelle peut occasionner un accouchement prématuré par le biais de mécanismes comportant des médiateurs inflammatoires ou une attaque bactérienne directe sur l'amnios [40].

Les femmes enceintes qui ont des problèmes parodontaux courent plus de risques de donner naissance à un bébé prématuré ou de faible poids [40].

Les naissances d'enfants prématurés ou de faible poids ont coûté approximativement 1 million de dollars en coût direct en 1993 aux États-Unis. 18,2 % des 250.000 naissances d'enfants prématurés ou de faible poids à la naissance sont attribuables à l'infection parodontale (selon des extrapolations statistiques). Cela représente, aux États-Unis seulement, 45.000 naissances [48].

Les infections buccales non traitées ont des effets généraux sur la santé, car les micro-organismes et les endotoxines qui y sont associés provoquent une réaction immunitaire localisée chez l'hôte, s'accompagnant d'une destruction tissulaire et qui se répand dans la circulation sous forme de bactériémies et d'endotoxémie [33].

En raison du nombre élevé de cas de maladies parodontales graves non diagnostiquées et non traitées, et des données scientifiques actuelles établissant un lien entre la santé bucco-dentaire et la santé systémique, des mesures initiales ont été entreprises par l'Autriche afin de modifier son système de santé pour refléter un mode d'exercice interprofessionnel ; sensibiliser la population à ce lien et diriger vers un dentiste les patientes nécessitant des soins parodontaux [2, 24]. Beaucoup d'études ont démontré le lien entre maladies parodontales et la grossesse [12, 16, 40, 45]. Elles ont traité la problématique de la prise en charge de la femme enceinte [15].

Au Mali, Koné S [32] et Gandega S [19] ont rapporté que les maladies parodontales ont représenté 39,40 % et 41,50 % des cas de consultations au Centre hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako.



## **B- Intérêt de l'étude**

L'intérêt de l'étude réside sur le fait que les maladies parodontales sont très fréquentes; pendant la grossesse leur fréquence peut augmenter, car cet état constitue un facteur de risque d'affections parodontales. La complexité de la prise en charge des pathologies bucco-dentaires en général et parodontales en particulier chez la femme enceinte, et l'instauration de la prise en charge pluridisciplinaire et interprofessionnelle de ces patientes ont motivé le choix de l'étude.

## **C- Généralités :**

### **1. Définitions :**

#### **1.1 L'organe Dentaire :**

L'organe dentaire est constitué de:

- La dent ou Odonte
- Le parodonte (ensemble de tissus de soutien et de maintien de la dent). [41].

#### **1.2 La grossesse :**

L'état de grossesse ou de gestation est l'état d'une femme enceinte, c'est-à-dire portant un embryon (foetus), en principe au sein d'un utérus (gravide). La grossesse est donc la résultante de la rencontre du gamète mâle et du gamète femelle.

### **2. Rappel anatomique :**

#### **2.1 Les tissus dentaires :**

##### **2.1.1 L'émail : [23,41]**

Tissu très dur, cassant, insensible; il est le plus minéralisé de l'organisme et le plus pauvre en trame organique. Une fois formé, l'émail est le siège d'un métabolisme réduit et est incapable de réparation spontanée. Il est par opposition à la dentine, une structure fixée. Toutefois, l'émail est en interaction permanente avec le milieu buccal, sa spécificité et ses variations de pH. Il participe à des échanges continus avec les ions salivaires.

L'émail est constitué de :

- une phase minérale (92 à 96 %) dont le constituant principal est l'hydroxyapatite  $Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2$  auquel s'ajoutent du sodium, du magnésium, des carbonates et des traces de fer, du fluor, de l'oxyde de magnésium;
- une phase organique (1 à 2 %) qui se présente sous forme d'un gel complexe comportant des protéines, des protéoglycanes, des citrates ;
- l'eau (3 à 4 %).

L'émail recouvre toute la dentine coronaire de la dent et entre en contact avec le cément selon des modalités variables. L'épaisseur de l'émail est plus importante au niveau des cuspides et des bords incisifs. Il devient très faible au niveau des puits et fissures. Il est constitué de prismes.

### **2.1.2 La dentine : [23,41]**

La dentine est un tissu conjonctif minéralisé et non vascularisé; Sa partie coronaire est recouverte par l'émail et sa partie radiculaire par le cément. Elle est moins dure que l'émail mais plus dure que l'os et le cément. Elle peut être conçue comme la périphérie minéralisée de la pulpe. C'est pourquoi on parle de complexe pulpo-dentinaire. La dentine constitue la masse la plus importante de la dent. Elle est jaunâtre : sa couleur contribue de manière importante à la couleur de la couronne clinique, par suite de la translucidité de la couche d'émail. Comme l'os, la dentine est constituée essentiellement de :

- une matrice collagène minéralisée par du phosphate de calcium sous forme d'apatite (70 %).
- une phase organique (18 %) formée essentiellement de collagène (dentine inter tubulaire), de protéines non collagéniques (au niveau périlitubulaire), de glycoprotéines, de protéoglycanes, de lipides.
- l'eau (12 %)

L'aspect structural met en évidence :

- les odontoblastes
- les canalicules dentinaires
- la dentine péri-canaliculaire et inter-canaliculaire
- la prédentine.

On distingue différentes formes de dentine

- la dentine primaire élaborée lors de l'organogénèse
- la dentine secondaire formée dans les conditions physiologiques et durant la vie de la dent
- la dentine tertiaire ou dentine cicatricielle ou dentine réactionnelle consécutive à la minéralisation de la prédentine sécrétée au cours des atteintes dentinaires.

### 2.1.3 La pulpe : [34]

Elle est constituée d'un tissu conjonctif richement vascularisé et innervé. Le tissu pulpaire communique avec le périodonte et le reste de l'organisme par le foramen apical et les canaux accessoires dans la partie apicale de la racine. On note également la présence des canaux accessoires dans le tiers moyen des racines et dans les furcations des molaires.

L'élément le plus caractéristique de la pulpe est l'odontoblaste. Les odontoblastes sont des cellules situées à la périphérie de la pulpe disposées en une couche odontoblastique.

Dans la masse du tissu pulpaire, on peut observer trois principaux types de cellules des cellules mésenchymateuses inactives, des fibroblastes et des fibrocytes. D'autres cellules fixées de la pulpe appartiennent soit au système vasculaire, soit au système nerveux. On observe aussi par endroit des cellules inflammatoires comme des lymphocytes, des plasmocytes et des macrophages; les mastocytes sont rares dans une pulpe saine. La substance fondamentale de la pulpe de consistance mucoïde contient des cellules, des fibres et des vaisseaux. Elle est organisée comme un colloïde hétérogène avec des composants solubles et insolubles. Les principales molécules sont les protéoglycanes.

La pulpe contient deux principaux types de fibres : des fibres de collagène et des fibres élastiques.

La vascularisation de la pulpe résulte des vaisseaux pulpaires nés de l'artère dentaire qui pénètrent dans la pulpe par le foramen apical et éventuellement par les canaux accessoires.

Son innervation est assurée par des nerfs afférents qui conduisent les stimuli sensitifs et des nerfs du système autonome dont le rôle est de moduler essentiellement le débit des vaisseaux sanguins mais aussi la transmission des messages nociceptifs.

## **2.1 Le parodonte : [5, 20, 26, 35]**

Le parodonte est constitué de :

- la gencive,
- le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire,
- le ciment,
- l'os alvéolaire ou l'os parodontal.

### **2.1.1 La gencive :**

La gencive fait partie des tissus mous de revêtement de la cavité buccale. Elle entoure les collets des dents, assurant la continuité de l'épithélium buccal au-dessus du ligament alvéolo-dentaire et de l'os alvéolaire. De couleur rose pâle, la gencive peut être dans certains cas pigmentée.

La gencive se divise en trois parties :

- la gencive libre ou marginale,
- la gencive attachée,
- la papille gingivale ou gencive papillaire.

#### **2.2.1.1 La gencive libre ou marginale :**

Elle se présente sous la forme d'une mince bandelette plate et lisse qui recouvre la jonction amélo-cémentaire de la dent. La gencive libre est subdivisée en deux parties que sont la gencive marginale et la gencive papillaire.

La gencive marginale représente la bordure gingival ou sertissure gingivale étroite et mince sans soutien osseux. C'est une partie de faible hauteur (environ 1mm) qui s'étend de la région du collet vers une dépression appelée : Sillon marginal c'est la limite entre la gencive marginale et la gencive attachée. Entre la dent et la gencive marginale, nous avons un cul-de-sac virtuel appelé sillon gingivo-dentaire dont la profondeur varie entre 0,3 et 3 mm.

La papille gingivale encore appelée papille inter-dentaire continue la gencive marginale au niveau des espaces inter-dentaires. Elle a une forme pyramidale dans le

secteur antérieur de la denture, forme qui disparaît quand il y a une rupture de contact dentaire. Dans le secteur molaire, elle est aplatie dans le sens vestibulo-lingual entre deux dents qui sont séparées d'un diastème ; La papille gingivale est constituée de deux parties une papille vestibulaire et une papille palatine ou linguale. Ces deux papilles sont reliées par un col en forme de cuvette, épousant la forme de la zone de contact interproximal.

#### **2.2.1.2 La gencive attachée :**

La gencive papillaire est située sous les points de contact dentaires. Elle est constituée par deux protubérances triangulaires, les papilles linguales et vestibulaires. Entre ces deux papilles, il existe une zone de dépression : le col.

#### **2.2.2 Le desmodonte :**

Le desmodonte ou ligament alvéolo-dentaire est un tissu conjonctif non minéralisé. C'est le constituant du parodonte situé entre le ciment et l'os alvéolaire. Il entoure toute la racine dentaire. D'épaisseur variable selon la force occlusale appliquée à la dent et selon l'âge du sujet, il est constitué essentiellement par un tissu conjonctif composé principalement de fibres, de cellules, de substance fondamentale, de nerfs, de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Il assure trois fonctions : mécanique, nutritive et sensorielle.

#### **2.2.3 Le ciment :**

C'est un tissu calcifié et minéralisé, semblable à l'os. Il recouvre toute la dentine radiculaire de l'apex jusqu'à la jonction amélo-cémentaire. Il est ni vascularisé ni innervé.

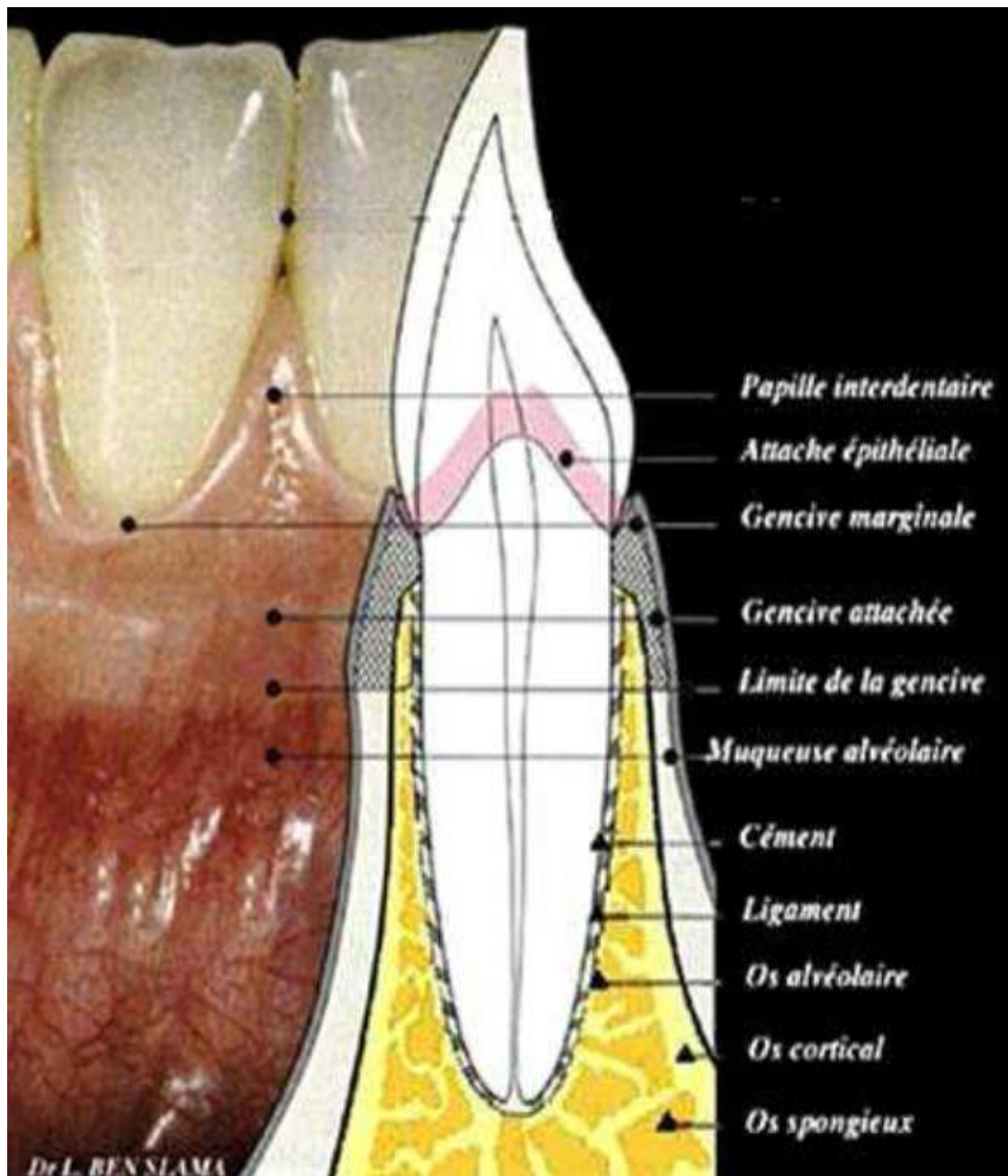
On distingue 4 types de ciments :

- le ciment acellulaire afibrillaire,
- le ciment acellulaire à fibres extrinsèques,
- le ciment cellulaire à fibres intrinsèques,
- le ciment cellulaire à fibres extrinsèques.

#### **2.2.4 L'os alvéolaire :**

L'os alvéolaire est défini comme la partie du maxillaire et de la mandibule qui forme et supporte les alvéoles dentaires. Il est formé par la réunion de deux corticales vestibulaires et linguales et sa morphologie varie en fonction des formes et des positions des racines. Il se développe avec les dents et s'efface presque totalement après leur disparition. Il se présente sous la forme d'une enveloppe d'os compact dense entourant un os spongieux à grands espaces médullaires assurant une vascularisation très importante. On distingue de l'extérieur vers l'intérieur :

- le périoste, fine membrane jaunâtre très fibreuse adhérent sur la surface osseuse,
- la corticale périphérique vestibulaire, constitué par un os compact continu,
- la paroi alvéolaire interne, constituée par une lame criblée de pertuis permettant le passage de structures vasculaires et nerveuses entre les espaces médullaires et le ligament parodontal (on l'appelle également la lamina dura car, elle apparaît à la radio autour de la dent comme une ligne dense),
- la corticale périphérique linguale, identique à la vestibulaire.



**Figure 1** : Vue anatomo-clinique (coupe sagittale) de la dent et du parodonte d'après Rateitschak [53].



### **3. Rappel physiologique du parodonte : [29]**

La cavité buccale représente un milieu idéal pour les bactéries qui y produisent un grand nombre de substances toxiques et antigéniques. Les dents et la gencive sont de ce fait continuellement baignées par un fluide septique. Le parodonte aura donc pour rôle principal d'assurer des barrières de défense efficaces. Recouverte par un épithélium pavimenteux stratifié à renouvellement rapide, entraînant avec lui les substances toxiques qui auraient pu s'y trouver, la gencive joue le rôle fondamental de protection des structures parodontales sous-jacentes. Le desmodonte ou ligament parodontal assure la fixation de la dent dans l'alvéole grâce à ses fibres ; il a aussi un rôle amortisseur des forces occlusales et sa présence est essentielle pour la mobilité dentaire. L'os alvéolaire avec le cément et les fibres desmodontales, constitue le système d'ancrage de la dent dans son alvéole. Le cément permet l'insertion des fibres principales du desmodonte et contribue au processus de réparation qui intervient après lésion de la surface radiculaire.

## **4 Modifications Physiologiques Induites Par La Grossesse :**

Au cours de la vie génitale de la femme, de nombreuses variations hormonales, liées à la puberté, aux cycles menstruels, à la contraception orale, à la grossesse et à la ménopause, peuvent avoir des répercussions au niveau du parodonte. Notre propos concerne uniquement la grossesse, période où nous observons les manifestations les plus fréquentes.

### **4.1 Les modifications digestives : [40, 59]**

La fonction gastrique est ralentie : l'activité sécrétoire de l'estomac est réduite, sa tonicité et sa mobilité sont affaiblies. On retiendra une fréquence des troubles digestifs (nausées, vomissements, pyrosis).

Les nombreuses modifications que subit le foie sont encore mal connues, cependant on peut noter la surcharge de la fonction hépatique du fait de l'importance des productions hormonales. C'est ainsi que les médicaments métabolisés ou éliminés par le foie auront leur action ou leur élimination perturbée. On peut expliquer ainsi la tendance plus marquée aux malaises hypoglycémiques existant chez la femme enceinte. La rétention biliaire intra- hépatique est fréquente.

### **4.2 Les modifications de la cavité buccale :**

Les affections stomatologiques chez la femme enceinte sont très fréquentes. La grossesse du fait de son influence hormonale, peut favoriser l'apparition ou le développement de plusieurs affections bucco-dentaires.

#### **4.2.1 Les affections de l'organe dentaire : [57]**

##### **4.2.1.1 L'érosion dentaire :**

L'érosion se définit comme la dissolution des tissus minéralisés (essentiellement l'émail) sous l'action de substances chimiques. Elle est liée à l'attaque acide provoquée par les vomissements de la grossesse. Les surfaces les plus touchées sont les faces palatines des incisives et canines maxillaires. L'hypersensibilité dentaire peut être une conséquence de l'érosion.

#### **4.2.1.2 La mobilité dentaire :**

Des mobilités dentaires peuvent être observées pendant la grossesse, même chez des femmes présentant un parodonte sain. Les dents les plus concernées sont les incisives maxillaires. L'apparition de ces mobilités serait due à des modifications minérales d'origine hormonale dans l'os alvéolaire et non à une perte d'attache alvéolaire. Ce type de mobilité dite transitoire disparaît rapidement après l'accouchement.

#### **4.2.1.3 La carie dentaire :**

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

Malgré le dicton "une dent par grossesse", celle-ci n'est cause ni de carie ni de décalcification [56].

Il y'a une stabilité des composantes de la dent notamment le calcium et le phosphore.

Cependant, il faut noter une aggravation de toutes les lésions préexistantes non traitées durant l'état gravidique. C'est ce qui explique l'apparition ou la recrudescence de douleurs dentaires diverses et multiples par caries profondes de la dentine, par pulpites et par poussées aiguës inflammatoires des foyers parodontaux, cervicaux et granulomateux apicaux.

#### **4.2.2 Les affections de la muqueuse buccale :**

La muqueuse buccale de la femme enceinte subit des modifications constantes, précoces, marquées par l'hyper vascularisation et la tendance œdémateuse, liées aux activités hormonales accrues. La desquamation est intense. Ceci peut aider le stomatologiste avisé à reconnaître sinon à soupçonner la grossesse.

-La gingivite : La gingivite est une inflammation de la gencive. Les signes cliniques associent la présence d'un œdème de la gencive libre (qui devient lisse et brillante), d'une rougeur (liserée framboisée autour des dents) et de gingivorragies, provoquées ou

spontanées. La gingivite est réversible si les techniques d'hygiène bucco-dentaire appropriées sont adoptées par le patient.

En raison des modifications hormonales, la réponse inflammatoire vis-à-vis de la plaque bactérienne peut être exacerbée durant la grossesse, conduisant à un œdème des gencives et à leur saignement spontané.

On observe une gingivite marginale généralisée atteignant son maximum au 5<sup>ème</sup> mois (gingivite gravidique).

-L'épulis gravidique : l'épulis gravidique (hyperplasie gingivale localisée) est une lésion hypertrophique localisée qui touche environ 1 à 5 % des femmes enceintes. Souvent appelée "pseudotumeur" de la grossesse, sa localisation principale est la gencive maxillaire antérieure. Cliniquement, l'épulis se présente comme une tuméfaction gingivale, d'aspect rouge, nodulaire unique ou polylobée, de consistance ferme, indolore. Cette tuméfaction peut être ulcérée et saigne facilement, son accroissement est souvent rapide. Son étiologie reste inconnue, bien qu'un traumatisme ou une hygiène insuffisante et des modifications hormonales soient associés à son développement. L'épulis régresse après l'accouchement ou à l'arrêt de l'allaitement et récidive souvent lors des grossesses ultérieures, plus précocement et avec un volume plus important.

Parmi les autres lésions de la muqueuse buccale, on peut noter :

- L'herpès : c'est une éruption vésiculeuse, très prurigineuse, apparaissant au 3<sup>e</sup> mois avec polyadénopathies, fièvre et fatigue.

Cependant, cette maladie virale reste rare au cours de la grossesse, Elle peut être responsable d'avortement, de malformation fœtale, d'herpès généralisé du nouveau-né par contamination fœtotransplacentaire. La contamination post-natale se fait par contact et doit être évitée actuellement avec les mesures d'asepsie et d'isolement.

L'herpès du nouveau-né reste très grave avec septicémie et méningo-encéphalite.

- L'aphtose buccale récidivante est une maladie très fréquente plus ou moins invalidante selon la fréquence des poussées.

- Des ulcérations longues géographiques, des lichens plans peuvent se rencontrer ainsi que d'autres lésions muqueuses comme le pemphigoïde buccal et le pemphigus vulgaire.

Toutes ces lésions bénignes disparaissent après la grossesse; donc le traitement aura pour but principal de pallier aux complications.

### **4.3 Les Modifications de salive :**

L'abaissement du PH salivaire et du pouvoir tampon de la salive et certaines modifications organiques de la salive traduisent l'action de la grossesse sur les glandes salivaires. La production excessive de salive tout au long de la grossesse est un constat fréquent. Cette sialorrhée ou ptyalisme gravidique peut favoriser la survenue de nausées.

Ce ptyalisme peut par exagération devenir pathologique.

### **4.4 Conséquences des pathologies bucco-dentaires sur la grossesse :**

Plusieurs études ont mis en évidence le lien entre les maladies parodontales et l'aggravation d'une pathologie obstétricale ou d'un devenir obstétrical [27, 46, 44].

Parmi les risques les plus fréquemment cités, nous retrouvons l'accouchement prématuré, l'hypotrophie fœtale, et l'augmentation de survenue d'une prééclampsie.

#### **4.4.1 Relation entre maladies parodontales et Pathologies obstétricales :**

##### **4.4.1.1 La Pré-éclampsie :**

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) la prééclampsie est caractérisée par une hypertension artérielle gravidique (PAS  $\geq$  140 mmHg) et/ou (PAD  $\geq$  90 mmHg) survenant après 20 S.A, associée à une protéinurie (> 0.3g/24h).

Le risque d'accouchement prématuré pour cause de prééclampsie est 2.5 fois plus important chez les femmes présentant une parodontite généralisée [44]. De plus, les parodontites sévères peuvent non seulement augmenter le risque de pré-éclampsie mais également aggraver leur sévérité [8].

La physiopathologie reste encore obscure, mais l'hypothèse principale pour expliquer cette relation tiendrait du fait que l'inflammation des tissus parodontaux augmente le niveau des protéines C réactives et d'autres médiateurs inflammatoires ; ceux-ci, entrant dans la circulation systémique, vont induire une réponse inflammatoire et une dysfonction des cellules endothéliales du placenta, augmentant le risque de prééclampsie [44].

#### **4.4.1.2 L'hypotrophie fœtale : [40]**

Le retard de croissance intra- utérin (RCIU) ou hypotrophie fœtale est une pathologie fréquemment rencontrée par l'obstétricien, puisque pouvant affecter la grossesse avec une sévérité variable.

On appelle Hypotrophes tous les nouveau- nés dont le poids est anormalement bas pour l'âge gestationnel, lorsque ce poids est reporté sur des courbes pondérales d'une population témoin.

On définit ainsi l'hypotrophie modérée par un poids de naissance compris entre les 10<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> percentiles ; et l'hypotrophie sévère par un poids inférieur au 3<sup>e</sup> percentile.

Parmi les origines des hypotrophies fœtales les infections occupent une grande place et cela peut être vrai pour l'infection parodontale.

#### **4.4.1.3 Accouchement prématuré :**

L'OMS définit la prématurité comme un accouchement survenant avant 37 semaines révolues d'aménorrhée (S.A).

La prévalence de la prématurité est en constante augmentation dans le monde, la mesure de l'âge gestationnel souligne l'importance de la maturité fœtale qui conditionne les possibilités d'adaptation à la vie autonome. Toute naissance prématurée comporte le risque que certaines fonctions ne s'établissent pas, d'autant plus que la grossesse est courte. L'âge gestationnel est le facteur pronostic essentiel de séquelles liées à la prématurité [7]. Les étiologies de la mortalité néonatale des prématurés sont dominées par les détresses respiratoires réfractaires, les hémorragies cérébrales et les infections. Les recherches étudiant le lien entre les maladies bucco-dentaires et les accouchements prématurés s'appuient sur : d'une part la théorie de l'infection focale, et d'autre part sur le rôle de l'infection et de l'inflammation dans la physiopathologie de l'accouchement prématuré [67].

## **5. Quelques pathologies de l'organe dentaire :**

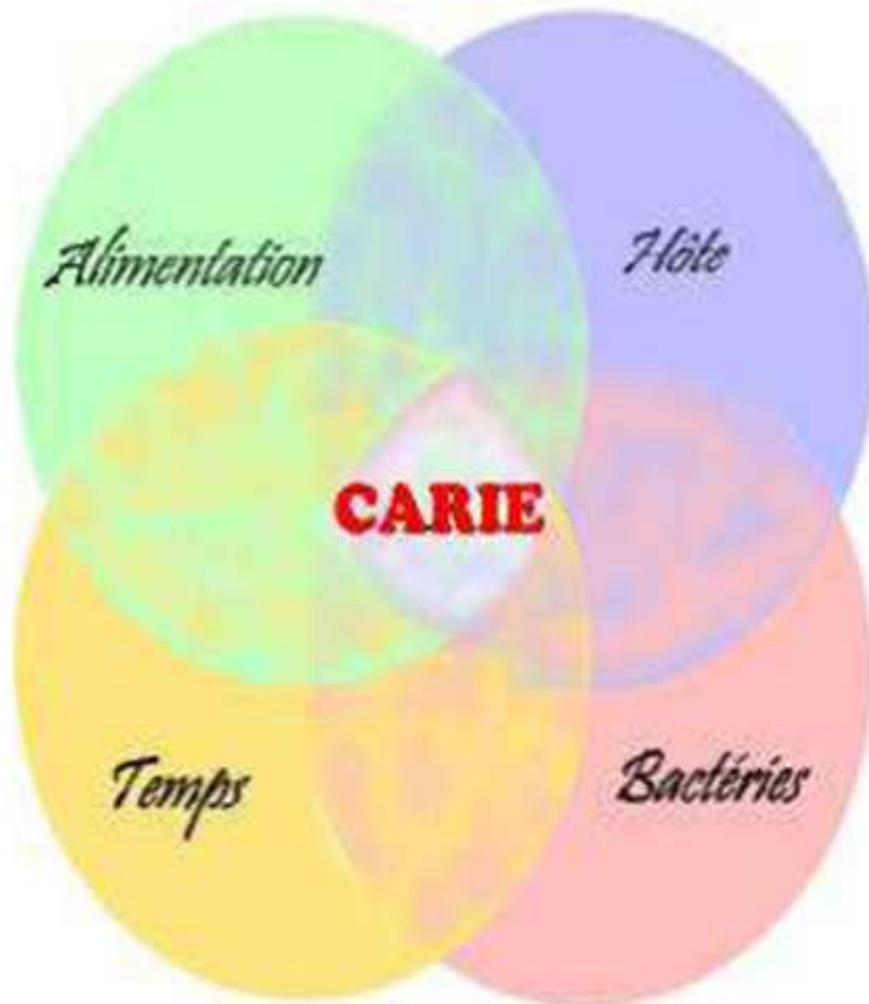
### **5.1 Les pulpopathies :**

#### **5.1.1. La carie dentaire : [41]**

La carie dentaire est un processus pathologique, localisé, d'origine bactérienne, qui entraîne la déminéralisation des tissus durs de la dent et la formation d'une cavité. La carie débute par une lésion microscopique qui peut évoluer vers la formation d'une cavité macroscopique. Les bactéries cariogènes de la cavité buccale s'organisent en plaque dentaire et colonisent les tissus minéralisés de la surface dentaire. La plaque bactérienne (ou plaque dentaire) est constituée de 60 à 80 % de micro-organismes. On admet que la composition chimique et microbienne est variable et dépend de la localisation, du milieu buccal, de l'âge de la plaque et de l'individu. La plaque dentaire est de loin la cause la plus fréquente des caries et des parodontopathies. Cette plaque bactérienne est une substance molle, blanchâtre qui s'accumule à la surface des dents à laquelle elle adhère fortement. La déminéralisation acide des tissus calcifiés de la dent est induite par les acides produits par les bactéries de la plaque lors du métabolisme des hydrates de carbone de l'alimentation cariogène. La carie dentaire est multifactorielle. En dehors de l'étiologie bactérienne, de nombreux facteurs jouent un rôle déterminant dans la survenue des caries :

- l'hôte, avec une denture plus ou moins propice à la carie,
- les micro-organismes,
- le substrat pour les micro-organismes,
- le temps.

Les germes les plus mis en cause sont le *Streptococcus mutans* et le *Lactobacillus*.



**Figure2** : Schéma de Keyes modifié [43] Etiopathogénie de la carie dentaire.



### **5.1.2 L'inflammation pulpaire ou pulpite : [49, 51]**

Les causes des pulpites sont multiples, elles peuvent être la résultante d'une agression microbienne, biochimique, mécanique ou thermique; à fortiori par une carie dentinaire. Ainsi, nous pouvons distinguer :

- les pulpites infectieuses dues aux caries ou à l'exposition de la dentine ou de la pulpe aux germes de la bouche,
- les pulpites traumatiques dues aux lésions traumatiques des dents,
- les pulpites iatrogéniques dues à certains traitements dentaires.

La symptomatologie est rarement corrélée avec les lésions histologiques.

L'inflammation pulpaire peut être réversible ou irréversible aboutissant à la nécrose pulpaire.

### **5.1.3. La nécrose pulpaire : [49, 51]**

La nécrose est la mort localisée de cellules. Les causes de la nécrose pulpaire sont les mêmes que celles de l'inflammation pulpaire.

Nous distinguons :

- la nécrose par liquéfaction;
- la nécrose ischémique.

Nous signalerons les atteintes du parodonte apical qui sont une extension de l'inflammation pulpaire et/ou de la nécrose pulpaire au niveau du parodonte apical.

En plus des maladies carieuses la dent peut être soumise à des lésions non carieuses telles que les érosions, les abrasions et les abfraction.

## 5.2 Les parodontopathies

Au même titre que les caries dentaires, ces maladies parodontales occupent de plus en plus une place importante et considérable dans notre pratique quotidienne.

### 5.2.1 Définitions : [5]

Ces maladies parodontales ou parodontopathies sont des affections des tissus de soutien de la dent; elles peuvent être inflammatoires ou dégénératives.

### 5.2.2 Etiologies : [10, 11, 34, 36]

A la fin du XX<sup>e</sup> siècle, après la mise en évidence de nouvelles données épidémiologiques, biologiques et cliniques en relation avec la parodontologie, un nouveau concept étiopathogénique des maladies parodontales a été proposé. Les maladies parodontales ont une étiologie multifactorielle et sont le reflet d'un déséquilibre entre les bactéries et la réponse (inflammatoire et immunitaire) de l'hôte. La présence de germes pathogènes et les facteurs de risque du patient vont s'associer pour qu'apparaisse le processus pathologique. Cependant, l'exposition chronique à la flore buccale pathogène reste un facteur étiologique majeur.

On distingue différents types de facteurs étiologiques :

Les facteurs locaux ou extrinsèques

Les facteurs locaux fonctionnels

Les facteurs systémiques ou intrinsèques

- Les facteurs locaux :

Il s'agit de facteurs retrouvés dans l'environnement immédiat du parodonte et constitués principalement par le biofilm (plaque bactérienne) :

Le biofilm est une colonie microbienne riche en bactéries aérobies et anaérobies, enrobées dans une matrice intercellulaire de polymères d'origine microbienne et salivaire [31, 42, 52]. Il adhère fortement à la surface des dents, sur les différents matériaux de restauration dentaire ainsi que sur les prothèses.

Il est aujourd'hui établi, que les micro-organismes présents dans le biofilm au niveau du

sulcus et des poches parodontales, constituent les agents étiologiques principaux des parodontopathies.

La flore bactérienne parodontopathogène est une flore particulièrement complexe impliquant à la fois des bactéries commensales, saprophytes, des bactéries opportunistes et des bactéries spécifiques responsables d'une infection vraie ou d'une surinfection. Parmi les bactéries spécifiques responsables des parodontites, certaines sont bien connues : *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Treponema denticola*.

En fait ces bactéries sont plus ou moins regroupées sous forme de complexes associant des bactéries commensales à des bactéries spécifiques [67].

A côté du biofilm bactérien, il existe des facteurs prédisposant qui favorisent la rétention de la plaque bactérienne. Parmi eux, le tartre sus et sous gingival, l'encombrement des dents sur l'arcade, les caries, la dentisterie restauratrice iatrogène, les traitements orthodontiques, la mauvaise hygiène buccale, les contours gingivaux non déflecteurs, le tabagisme, etc.

- Les facteurs locaux fonctionnels : [37].

Ils sont constitués par :

Les dents absentes non remplacées,

La malocclusion,

Les parafunctions (succion, tics, etc...).

- Facteurs étiologiques systémiques : [3, 18, 65].

Certaines pathologies systémiques peuvent, associées à la présence du facteur local, faciliter la destruction des tissus parodontaux. Elles agissent en abaissant la résistance des tissus parodontaux à l'agression bactérienne.

Ces facteurs systémiques peuvent être :

Les maladies métaboliques (diabète),

La prise de certains médicaments (anticonvulsifs, immunosuppresseurs, contraceptifs oraux),

Les maladies hématologiques (leucémie, thrombopénie, neutropénie Cyclique),

La malnutrition,

Les facteurs psychologiques (émotion, stress),

Les facteurs héréditaires.

### **5.2.3 Classification des maladies : [60, 61, 62, 39].**

A l'issue d'une conférence de consensus mondial, la classification de 1999 est aujourd'hui celle utilisée pour la recherche clinique et épidémiologique. Elle tente d'harmoniser les points de vue des principales sociétés scientifiques mondiales (Académie Américaine de Parodontologie, Fédération Européenne de Parodontologie...) au regard des connaissances scientifiques actuelles et des recherches entreprises au cours des dix dernières années. Les précédentes classifications se fondaient sur l'âge des patients au moment de la consultation comme facteur primordial de diagnostic.

On distingue les gingivites qui sont des maladies n'atteignant que le parodonte superficiel et les parodontites qui atteignent le parodonte profond.

#### **5.2.3.1 Les gingivites**

Elles ont été classées par MARIOTTI en 1999 en maladies gingivales induites ou non induites par la plaque.

- Maladies gingivales induites par la plaque dentaire :

Gingivites associées uniquement à la présence de la plaque dentaire,

Maladies gingivales modifiées par des facteurs systémiques,

Maladies gingivales modifiées par la prise de médicaments,

Maladies gingivales modifiées par la malnutrition.

- Maladies gingivales non induites par la présence de la plaque dentaire:

Maladies gingivales d'origine bactérienne spécifique,

Maladies gingivales d'origine virale,

Maladies gingivales d'origine fongique,

Maladies gingivales d'origine génétique,

Maladies gingivales de conditions systémiques.

Les gingivites sont des processus inflammatoires qui n'affectent que le parodonte superficiel sans détruire les structures parodontales profondes que sont l'os alvéolaire, le desmodonte et le cément. Il s'agit d'une réponse normale de défense du parodonte à la plaque bactérienne.

Les gingivites sont les affections parodontales les plus fréquentes. Un ou plusieurs des signes cliniques suivants peuvent être observés dans la gingivite : changement de forme, de texture et de couleur, inflammation, œdème, saignement (au brossage et/ou au sondage, spontané), douleurs et/ou sensibilité gingivale, prurit gingival. Au niveau clinique, il n'existe pas de pertes d'attache et, à la radio il n'y a pas d'alvéolyse.

#### **5.2.3.1 Les parodontites :**

Les parodontites sont définies comme des atteintes de la totalité des tissus parodontaux, c'est-à-dire à la fois de la gencive, du ligament parodontal, de l'os alvéolaire et du cément. Elles se caractérisent par des pertes d'attache plus ou moins importantes, très facilement décelables cliniquement et radiologiquement.

Elles comprennent :

La parodontite chronique,

La parodontite agressive,

La parodontite manifestation de maladies systémiques,

La parodontite ulcéro-nécrotique,

La parodontite associée à des lésions endo-parodontales.

#### **5.2.4 Les indices parodontaux :**

Ils sont destinés à quantifier de façon systématique les observations recueillies. Les indices sont des valeurs numériques qui traduisent des faits cliniques.

L'indice doit répondre à certains critères:

- utilisation simple par un grand nombre d'investigateurs;
- observation rapide mais suffisante des sujets examinés;
- quantification aisée des résultats;
- possibilité d'utilisation des résultats à des fins statistiques.

#### **5.2.4.1 Les indices gingivaux :**

##### **5.2.4.1.1 L'indice gingival de SCHOUR et MASSELER :**

Ces auteurs considèrent que la maladie commence par la papille (inflammation légère), s'étend à la gencive marginale (inflammation moyenne) et atteint la gencive adhérente. Cet indice est aussi appelé indice PMA (papille, gencive marginale, gencive adhérente).

La localisation du processus inflammatoire fournit, jusqu'à un certain point, des indications sur la gravité de la lésion.

##### **5.2.4.1.2 L'indice gingival de LOË et SILNESS**

La gravité de l'inflammation gingivale est notée de 0 à 3 pour chaque face de la dent.

0= absence de tout signe d'inflammation

1= absence de saignement au sondage

2 = saignement au sondage

3 = saignement spontané et/ou présence d'une ulcération gingivale.

Pour obtenir l'indice gingival de la dent, on additionne les indices des quatre faces que l'on divise par quatre.

L'indice gingival total est la somme des indices gingivaux par dent que l'on divise par le nombre de dents examinées.

##### **5.2.4.1.3 L'indice de saignement du sillon ou indice de MUHLEMAN et SON :**

En considérant les unités gingivales papillaires (P) et marginale (M), on a 5 degrés de gravité.

0 = pas de modification de P ni M et pas de saignement

1 = pas de modification apparente de P et M mais un sondage léger provoque un saignement

2 = saignement au sondage associé à des modifications de teinte au niveau de P et M

3 = saignement, changement de coloration, œdème

4 = saignement, changement de coloration, œdème manifeste

5 = saignement provoqué et spontané, modification de teinte, œdème important associé ou non à une ulcération.

L'examen est réalisé sur 6 dents: une molaire, une pré- molaire, une incisive latérale pour chaque

#### **5.2.4.1.4 L'indice d'hygiène**

L'indice d'hygiène orale simplifiée de GREENE et VERMILLON (OHIS)

L'examen se fait sur 6 dents: 16-11-26-36- 31-41.

Cet indice est composé de deux éléments : l'indice de débris et l'indice de tartre.

- L'indice de débris : I.D

0 : pas de dépôts

1 : dépôts invisible mais pouvant être déposé à la curette

2 : dépôts inférieurs aux 2/3 cervical de la dent

3 : dépôts supérieurs aux 2/3 cervical de la dent.

- L'indice de tartre: I.T

0 : pas de tartre

1 : tartre supra-gingival inférieur au 1/3 cervical

2 : tartre supra-gingival qui arrive aux 2/3 cervical de la dent

2 : tartre sous-gingival en îlots isolés.

3 : tartre supra-gingival supérieur aux 2/3 cervical

3 : tartre sous-gingival en bandes continues.

Indice d'hygiène= indice de débris + indice de tartre.

## **5.2.4.2 Les indices parodontaux**

### **5.2.4.2.1 L'indice parodontal de RUSSEL**

Il exprime la gravité de la maladie parodontale par l'estimation clinique de ses symptômes : inflammation, alvéolyse, poches parodontales. Toutes les dents sont examinées sauf, en général, les dents de sagesse.

Les indices vont de 0 à 8. Pour la recherche d'une gingivite, nous aurons:

0 : absence de symptôme

1 : gingivite légère (qui ne circonscrit pas la dent)

2 : gingivite déclarée (circonscrit la dent).

Pour la recherche des poches parodontales, nous aurons :

6 : inflammation avec poches parodontales sans mobilité ni migration.

8 : destruction parodontale importante avec une perte de la fonction: mobilité axiale.

### **5.2.4.2.2 L'indice de la maladie parodontale ou indice de RAMFJORD :**

Il exprime de façon plus fine que l'indice parodontal la gravité de la maladie parodontale par l'observation et par la mesure de l'alvéolyse.

La situation est examinée au niveau de 6 dents: 16-21-24-36-41-44.

0 : absence d'inflammation

1 : gingivite légère

2 : gingivite modérée ou légère qui circonscrit la dent.

3 : gingivite sévère caractérisée par une rougeur accentuée avec tendance hémorragique avec ou sans ulcération.

4 : poches parodontales n'excédant pas 3 mm.

5 : poches parodontales de 3 à 6 mm.

6 : poches parodontales supérieures à 6 mm.



#### **5.2.4.2.3 L'indice de besoin de la communauté en soins parodontaux : CPITN :**

C'est un indice proposé par un groupe d'experts de l'O.M.S en 1983 [1]. Il permet d'étudier la répartition des affections parodontales et permet d'indiquer les besoins en soins parodontaux des communautés examinées.

Cet examen se fait avec une sonde parodontale avec un bout mousse sphérique de 0,5 mm. La sonde est colorée entre 3,5 et 5,5 mm.

0 : pas de signe

1 : saignement

2 : tartre sus et/ou sous gingival

3 : poches de 3 à 5 mm

4 : poches supérieures à 6 mm.

Besoins en soins parodontaux

0 : pas de traitement

1 : amélioration de l'hygiène bucco-dentaire

2 : détartrage

3: détartrage – curetage

4: traitement complexe chez un spécialiste.

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Evaluer les manifestations parodontales chez les femmes enceintes venues en consultation prénatale dans le service de gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des manifestations parodontales chez la femme enceinte venue en consultation prénatale au CHU Gabriel Touré.
- Décrire les habitudes d'hygiène bucco-dentaire chez la femme enceinte venue en consultation prénatale au CHU Gabriel Touré,
- Décrire les types de pathologies parodontales chez la femme enceinte venue en consultation prénatale au CHU Gabriel Touré,
- Déterminer les facteurs de risque de maladies parodontales chez la femme enceinte venu en consultation prénatale au CHU Gabriel Touré,
- Evaluer les besoins en soins parodontaux chez la femme enceinte venue en consultation prénatale au CHU Gabriel Touré.

### III- METHODOLOGIE :

#### 1. Cadre d'étude :

Le Département de Gynécologie-Obstétrique du CHU GABRIEL TOURE a servi de cadre pour cette étude. Celui-ci se trouve au pavillon BENITIENI FOFANA (ex pavillon INPS). Il comprend deux services : le service de gynécologie et le service d'obstétrique. Il comporte quarante-deux (42) lits d'hospitalisation répartis entre treize (13) salles.

C'est un bâtiment à deux niveaux :

- au rez-de-chaussée, on y trouve

- une salle des urgences avec une toilette interne
- une toilette externe pour les sages-femmes
- un bureau pour la sage-femme maîtresse
- une salle d'accouchement avec deux tables d'accouchements
- une salle d'attente et des suites de couches immédiates avec deux lits
- un bloc opératoire d'urgence destiné aux urgences obstétricales et gynécologiques
- une salle de garde pour l'aide de bloc
- une salle de garde pour les sages-femmes
- une salle de soins infirmiers
- un bureau pour le major de l'hospitalisation
- huit bureaux pour les gynécologues
- deux toilettes externes pour les gynécologues
- une salle pour le dépistage du cancer du col de l'utérus
- un bureau pour les déclarations de naissance
- une salle et une toilette externe pour les étudiants stagiaires
- une toilette pour les infirmières
- six salles d'hospitalisation : A, B, C, D, E et F :
  - ✓ les salles A et B contiennent 3 lits chacune
  - ✓ les salles C, D et E contiennent 2 lits chacune

- A l'étage, on y trouve :
  - un bureau pour le chef du département avec un secrétariat
  - une salle de garde pour les anesthésistes de garde
  - un bloc opératoire à froid avec un bureau pour le major du bloc, une salle de réveil avec deux lits et une salle de stérilisation
  - six salles uniques d'hospitalisation dont trois avec toilettes internes (H, I et J) et trois sans toilettes internes (C, D et F)
  - une salle de garde avec toilette interne pour le gynécologue
  - une salle de garde pour les médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique
  - deux grandes salles A et B comportant douze (12) lits chacune
    - Le Personnel comprend :
      - six gynécologues obstétriciens
      - six internes des hôpitaux
      - trente-deux médecins en spécialisation de gynécologie-obstétrique
      - trente sages-femmes
      - un technicien supérieur de santé
      - un assistant médical
      - dix techniciens de santé dont une en formation
      - trois aide-soignants.

## **2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale analytique basée sur l'observation de l'état bucco-dentaire, particulièrement l'état parodontal des femmes enceintes venues en consultation prénatale (CPN).

## **3. Période d'étude :**

Notre étude a concerné tous les cas de CPN enregistrés dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU- GT du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 juillet 2013 (2 mois).

## **4. Echantillonnage :**

La population étudiée était constituée de toutes les femmes enceintes reçues dans le service pour une CPN et ayant accepté de participer à l'étude.

## **5. Critères de sélection :**

### **5.1 Critère d'inclusion :**

Toute femme enceinte venue pour une consultation prénatale dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ayant accepté de répondre au questionnaire et d'être examinée.

### **5.2 Critères de non inclusion :**

- Toute femme non enceinte venue en consultation gynécologique
- Toute femme enceinte n'ayant pas accepté de répondre au questionnaire et d'être examinée.

### **5.3 Critères d'exclusion :**

Toutes les patientes répondant aux critères d'inclusion mais dont la fiche d'enquête a été mal remplie.

Notre échantillon d'étude était constitué de 220 sujets ; mais 208 fiches d'enquêtes ont été retenues pour l'étude.

## **6. Collecte des données :**

### **6.1 Support des données :**

Nous avons utilisé :

- les dossiers des patientes
- les carnets de CPN et fiches de références
- la fiche d'enquête

### **6.2 Matériels :**

Pour l'examen bucco-dentaire, l'étudiant examinateur a disposé d'un plateau stérile composé de :

- une sonde 6,
- une sonde parodontale graduée,
- un miroir dentaire,
- une précelle.

Le matériel était sorti du stérilisateur chaque matin et après examen de chaque patiente; il était décontaminé dans une cuvette contenant une solution d'hypochlorite de sodium (soit 5 volumes d'eau pour 1 volume d'hypochlorite de sodium) puis lavé avec du savon et une brosse et remis au stérilisateur à la fin de chaque journée de consultation. Les informations et les données cliniques ont été consignées dans une fiche d'enquête élaborée pour la circonstance.

### **6.3 Méthode :**

L'enquête s'est déroulée pendant 8 semaines, durant les principaux jours de consultation que sont le Lundi, Mercredi, Jeudi. Les patientes retenues pour l'étude ont été soumises à un questionnaire puis examinées sur le plan bucco-dentaire (les dents, les muqueuses buccales, le sondage parodontal). Les Pathologies décelées après examen clinique complet sont évaluées dans le but d'un besoin de traitement global en général et parodontal en particulier.

- **Sondage des poches**

Un examen parodontal était exécuté pour chaque patiente. La sonde employée était une sonde manuelle, graduée et munie d'un embout sphérique de 0,5 mm de diamètre et marquée d'une bande noire à une distance de 3,5 à 5,5 mm de cet embout.

Les dents ont été examinées à l'aide de la sonde pour déterminer la profondeur des poches parodontales et détecter les saignements éventuels qui peuvent survenir. La force exercée sur cette sonde doit être légère, sans dépasser 20 g et sans provoquer de douleur. Les dents choisies pour l'examen sont la 17 ou la 16, la 11, la 26 ou la 27, la 36 ou la 37, la 31, la 46 ou la 47.

Classiquement on divise la bouche en sextants définis par les numéros de dents suivantes: 18 à 14, 13 à 23, 24 à 28. 38 à 34 et 44 à 48.

Un sextant ne doit être examiné que lorsqu'il contient au moins deux dents présentes. Mais s'il ne reste qu'une seule dent dans un sextant, ce dernier doit être additionné au sextant suivant.

Après avoir mesuré la profondeur des poches d'une dent, on note dans la case appropriée le numéro de code le plus élevé. Ces codes sont :

- 0 = parodonte sain
- 1 = saignement observé directement à l'aide d'un miroir buccal après exploration.
- 2 = tartre détecté au cours du sondage mais la zone noire de la sonde est invisible.
- 3 = poche de 4 à 5 mm
- 4 = poche > 6mm

Cet indice CPITN a été mis au point par un groupe scientifique de l'OMS en 1983 et approuvé par la Fédération Dentaire Internationale (F.D.I.)

Son intérêt majeur réside dans le fait qu'il permet de classer très rapidement les sujets examinés en 5 catégories suivant les besoins du traitement.

L'enregistrement de données sur le tableau permet d'appliquer la thérapeutique appropriée en rapport avec les codes:

- Code 0 = pas de traitement.
- Code 1= conseils pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire.
- Code 2 = motivation à l'hygiène bucco-dentaire + détartrage.
- Code 3 = détartrage soigneux + curetage.
- Code 4 = traitement complexe chez un spécialiste en parodontie.

- **Evaluation de l'indice gingival**

Nous utilisons le "Gingival Index" (indice gingival) de LOË et SILNESS. Son principe consiste à examiner de toutes les dents présentes dans la cavité buccale. Nous examinerons séparément chacune des 4 faces de la dent (vestibulaire, linguale ou palatine, mésiale, distale) selon le code suivant :

- 0 : pas d'inflammation.
- 1 : inflammation légère, peu de changement de forme et de coloration.
- 2 : inflammation marquée, rougeur, œdème et hypertrophie gingivale.
- 3 : inflammation importante, rougeur, hypertrophie accentuée avec tendance hémorragique spontanée et ulcération.

Le code le plus élevé est noté dans la case correspondant à la face examinée. L'indice gingival de la dent est constitué par la somme des indices gingivaux des 4 faces de la dent divisée par 4 (nombre de faces examinées).

L'indice gingival du sujet est constitué par la somme des indices gingivaux par dent divisée par le nombre de dents examinées.

Cet indice gingival a été calculé pour chaque de la femme enceinte.

Après l'examen parodontal, la femme était orientée vers le CHU-OS si elle présentait une maladie parodontale, pour une prise en charge.



## **7. Retombées scientifiques anticipées :**

L'étude permettra d'avoir une cartographie des pathologies parodontales chez la femme enceinte en milieu hospitalier malien, d'élaborer un plan de traitement issu des besoins de traitement. Cette étude va renforcer la prise en charge pluridisciplinaire et interprofessionnelle et contribuer fortement à l'amélioration de la santé de nos patientes.

## **8. Considérations éthiques :**

Toutes les patientes qui ont participé à l'étude ont reçu une information détaillée sur les objectifs et les modalités de l'étude. Les patientes ont bénéficié de la gratuité de la consultation bucco-dentaire et des conseils sur l'hygiène bucco-dentaire. Toutes les précautions nécessaires (l'anonymat) ont été prises pour assurer le respect des droits et libertés des sujets à l'étude.

## **9. Limites de l'étude :**

Les limites de l'étude ont été que:

- le recrutement des patientes ne s'est pas fait tous les jours de consultations. Seuls les principaux jours de consultation prénatale ont été pris en considération ; par conséquent toutes les patientes venues en consultation prénatale dans le service pendant notre période d'étude ne font pas partie de notre échantillonnage.
- le sondage a consisté à l'évaluation des poches supérieures à 4 mm, car les conditions ne permettaient pas la mesure exacte des quatre faces des dents.

## **10. Analyse Statistique et saisie des données :**

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel SPSS 19.0, les diagrammes ont été réalisés à partir du logiciel Microsoft Excel 2013, et la saisie grâce au logiciel Microsoft Word 2013. Nous avons utilisé le test de Chi<sup>2</sup> selon ses conditions d'application avec une valeur de P inférieur à 0,05 considéré comme statistiquement significative.

## IV. RESULTATS :

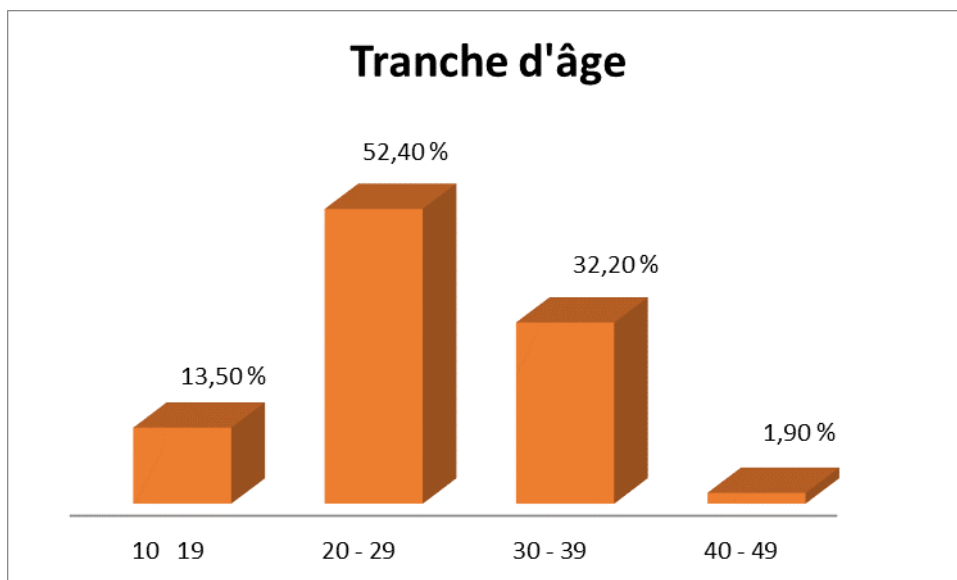
### 1 Résultats Globaux :

#### 1.1 Fréquence :

Sur un total de 208 femmes nous avons enregistré 189 cas de maladies parodontales soit 90,90 % de notre échantillon.

#### 1.2 Données socio-démographiques :

**Figure 1** : Répartition des patientes selon les tranches d'âge (Années).



La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 - 29 ans (52,40 %)

La moyenne d'âge des patientes a été de 26.88 ans et les extrêmes 10 et 49 ans

**Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie.**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Bamanan</b>	64	30,80
<b>Peulh</b>	32	15,40
<b>Soninké</b>	32	15,40
<b>Malinké</b>	19	9,10
<b>Minianka</b>	9	4,30
<b>Sénoufo</b>	9	4,30
<b>Bobo</b>	6	2,90
<b>Dogon</b>	6	2,90
<b>Sonrhaï</b>	10	4,80
<b>Autres*</b>	21	10,10
<b>Total</b>	208	100,00

L'ethnie Bamanan avec 30,80 % a été la plus représentée suivie de celles Peulh et Soninké (15,40 % chacune).

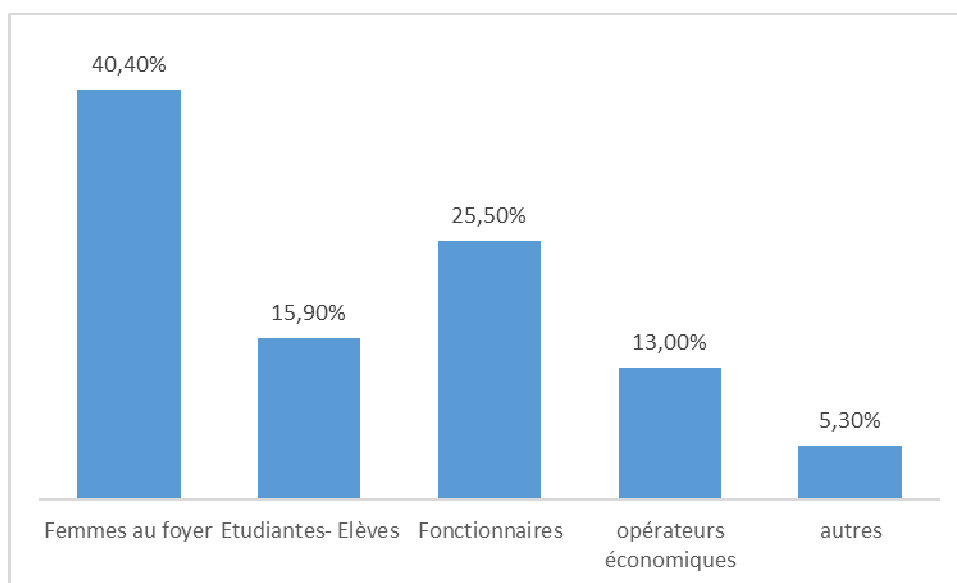
\* Autres: Djokoramé (2,40 %), kassonké (1,90 %), Maure (1,90 %) et Wolof (0,50 %).

**Tableau II : Répartition de l'effectif des patientes selon le statut matrimonial.**

Statut Matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	197	94,70
Célibataire	11	5,30
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,00</b>

Les femmes mariées étaient les plus représentées avec 94,70 %.

**Figure 2 : Répartition des patientes selon leur occupation.**



Les occupations les plus représentées dans notre étude ont été celles des Femmes au foyer et des Agents d'état avec respectivement de 40,40 % et 25,50 %.

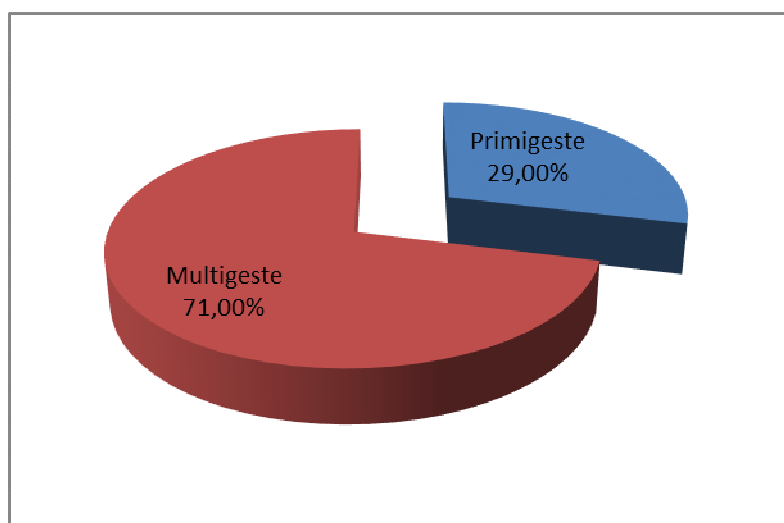
\* Autres : Coiffeuse (1,40 %), Couturière (1,40 %), Monitrice (1,80 %), Restauratrice (0,70 %).

**Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'alphabétisation.**

<b>Niveau d'alphabétisation</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Non scolarisé</b>	76	36,50
<b>Primaire</b>	34	16,30
<b>Secondaire</b>	50	24,00
<b>Superieur</b>	48	23,10
<b>Total</b>	208	100,00

Les patientes non scolarisées ont représenté 36,50 % des cas.

**Figure 3 : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.**

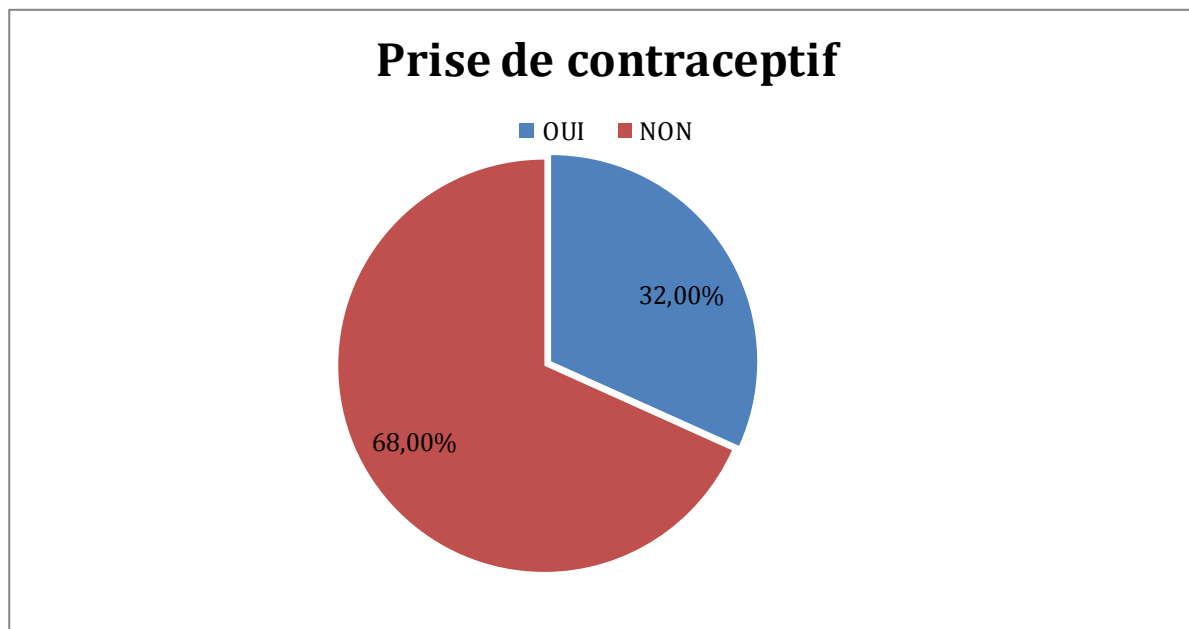


Les multigestes ont représenté 71,00 %.

Dans l'échantillon d'étude, 49,00 % des femmes n'avaient aucun antécédent connu de diabète, d'hypertension artérielle, de gastrite, de césarienne. Seules trois (03) patientes sur les 208, consultées ont reconnu l'utilisation de tabac.

Les femmes séropositives représentaient 14,00 %.

**Figure 4 : Répartition des patientes selon la Prise de contraceptif.**



Dans notre étude 143 patientes n'avaient jamais pris de contraceptifs soit 68,00 %.

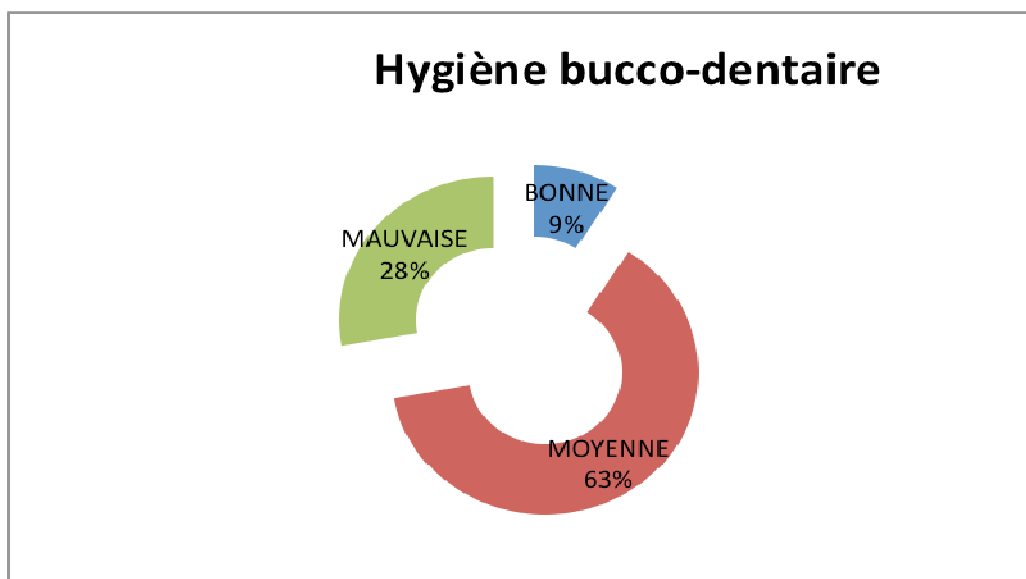
### 1.3 Données Cliniques

**Tableau IV:** Répartition des patientes en fonction de l'âge de gestation (SA).

Age gestationnel	Effectifs	Fréquences (%)
6 S.A	2	1,00
11 S.A	10	4,80
15 S.A	19	9,10
19 S.A	20	9,60
24 S.A	34	16,30
28 S.A	32	15,40
32 S.A	43	20,70
36 S.A	34	16,30
41 S.A	14	6,70
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,00</b>

L'âge gestationnel le plus représenté a été celui de 32 S.A (20,70 %).

**Figure 5:** Etat de l'hygiène bucco- dentaire des patientes.



63,00 % de nos patientes avaient une hygiène bucco-dentaire(HBD) moyenne



**Tableau V: Répartition des patientes en fonction de la fréquence du brossage.**

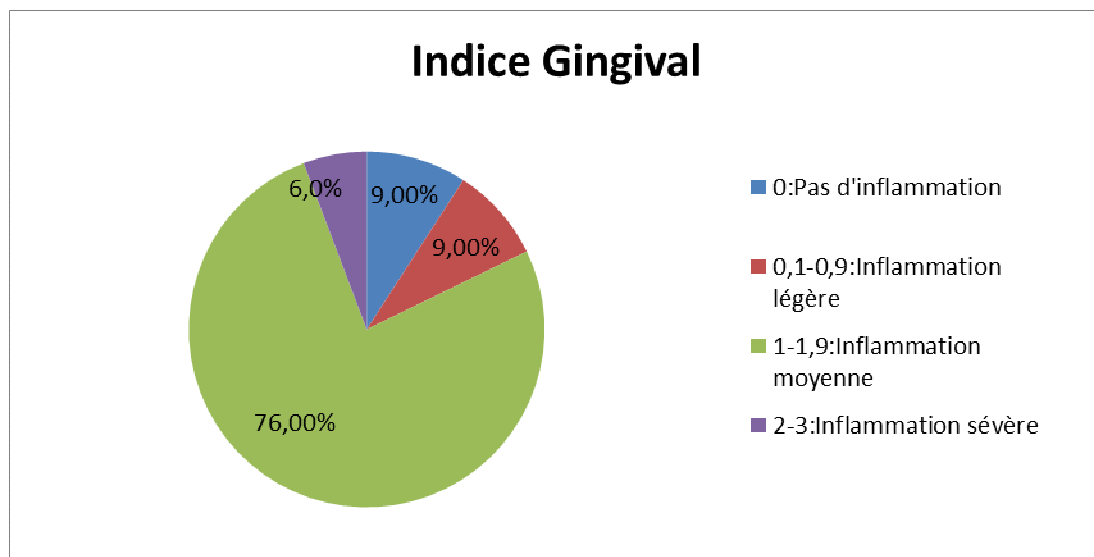
Fréquence de brossage	Effectif	Fréquence (%)
1 fois	29	13,90
2 fois	155	74,50
3 fois	24	11,50
<b>Total</b>	<b>208</b>	<b>100,00</b>

Nos patientes se brossaient deux fois par jour (74,50 %).

L'utilisation de brosse à dent moderne en association avec « des frottes dents » a été notifiée chez plus 50 % nos patientes.

Les moments de brossage de prédilection de nos patientes étaient le matin avant le repas et le soir après le repas (71,20 %).

**Figure 6: Répartition des patientes en fonction de l'indice gingival (IG).**



Nos patientes avaient une inflammation gingivale moyenne dans 76,00 % des cas.

## 2 Résultats analytiques :

### 2.1 Résultats analytiques de l'indice gingival (IG) :

**Tableau VI : Répartition des patientes selon l'âge et l'Indice Gingival.**

IG	Tranche d'âge (Année)				Total
	10- 19	20-29	30-39	40-49	
0:Pas d'inflammation	2	15	2	0	19
0,1-0,9:Inflammation légère	3	11	4	0	18
1-1,9:Inflammation moyenne	22	78	56	3	159
2-3:Inflammation sévère	1	5	5	1	12
Total	28	109	67	4	208

L'indice gingival correspondant à une inflammation moyenne est la plus représentative.

Test  $\chi^2=7,18$  ;  $P= 0,07$  ; ddl=7.

**Tableau VII : Répartition des patientes selon l'âge de gestation et l'Indice Gingival.**

l'âge de la grossesse	indice gingival				Total
	Pas d'inflammation	Inflammation légère	Inflammation moyenne	Inflammation sévère	
6S.A	1	0	1	0	2
11S.A	0	1	9	0	10
15S.A	3	2	13	1	19
19S.A	3	3	12	2	20
24S.A	5	0	29	0	34
28S.A	3	4	20	5	32
32S.A	4	2	36	1	43
36S.A	0	5	27	2	34
41S.A	0	1	12	1	14
Total	19	18	159	12	208

L'Indice Gingival correspondant à une inflammation moyenne a été la plus représentée pendant la 32<sup>e</sup> S.A de la grossesse avec un effectif de 36.

Test  $\chi^2=2,38$ ;  $P= 0,303$  ; ddl=2.

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'hygiène bucco-dentaire des patientes et l'Indice Gingival.**

HBD	indice gingival				Total
	0:Pas d'inflammation	0,1-0,9:Inflammation légère	1-1,9:Inflammation moyenne	2-3:Inflammation sévère	
BONNE	5	1	13	0	19
MOYENNE	14	16	97	4	131
MAUVAISE	0	1	49	8	58
Total	19	18	159	12	208

Nous avons une population de 131 patientes à HBD moyenne dont 97 avaient une GI correspondant à une inflammation gingivale moyenne; 58 HBD mauvaise, parmi lesquelles 57 ont présenté un GI équivalent à une inflammation moyenne et sévère confirmant ainsi la relation directe entre l'HBD et l'état parodontal.

Test  $\chi^2=15,05$  ;  $P= 0,00054$  ; ddl=2.

## 2.2 Résultats analytiques de l'indice de besoin de la communauté en soins parodontaux (CPITN) :

**Tableau IX : Répartition du CPITN en fonction de l'âge gestationnel de la patiente.**

l'âge de la grossesse	indice de besoin en traitement parodontale				Total
	PAS DE TTT	HYGIENE	DETARTRAGE	CURETAGE	
<b>6S.A</b>	1	1	0	0	2
<b>11S.A</b>	0	4	6	0	10
<b>15 S.A</b>	3	4	11	1	19
<b>19 S.A</b>	3	3	12	2	20
<b>24 S.A</b>	5	7	19	3	34
<b>28 S.A</b>	2	3	22	5	32
<b>32 S.A</b>	5	6	28	4	43
<b>36 S.A</b>	1	14	18	1	34
<b>41 S.A</b>	0	5	6	3	14
Total	20	47	122	19	208

Le CPITN correspondant au détartrage est plus important chez les patientes entre la 11<sup>e</sup> S.A et la 41<sup>e</sup> S.A.

La présence de poches a été notée chez les patientes à partir de la 15<sup>e</sup> S.A.

Test  $\chi^2=2,66$  ;  $P= 0,2640$  ; ddl=2.

## V DISCUSSION ET COMMENTAIRES

Notre travail s'inscrit dans le cadre d'une étude transversale analytique basée sur l'observation de l'état bucco-dentaire des femmes enceintes venues en consultation prénatale dans le service de gynéco obstétrique du CHU Gabriel Touré. Nous avons pu étudier 208 cas pour une période allant du 1<sup>er</sup> Mai au 31 juillet 2013, afin de déterminer les besoins de traitements parodontaux.

### 1. Fréquence :

Les maladies parodontales ont représenté l'essentiel de notre étude avec une prévalence de 91,00 %; Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que le service de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré reçoit les patientes à risque. Une étude faite par LOE et SILNESS [38] sur la présence d'une inflammation du parodonte chez les femmes enceintes avait retrouvé une prévalence de 69,40 % de gingivite et 30,60 % de parodontite. L'étude de PERSSON et al [50] sur une population américaine de 197 femmes enceintes avait rapporté une incidence de gingivite de 42,00 % et de 32,00 % parodontite.

### 2. Données sociodémographiques :

Dans notre étude, les patientes constituant notre échantillon avaient un âge compris entre 10-49 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-29 ans avec une prévalence de 28,40%. SECK C. T et al [58] avaient trouvé 40,00 % chez les 20 - 24 ans.

L'ethnie Bamanan était majoritaire avec 30,80 % des cas, suivie de celles des Peulhs et Soninkés (15,40 % chacune). GANDEGA S [19] avait retrouvé 25,60 % de Bamanan.

Nos patientes étaient majoritairement mariées (94,70 %) et n'étaient pas scolarisées dans 36,50 % des cas. VERGNES J [66] avait trouvé que 95,00 % des patientes vivaient en couple.

Les femmes au foyer avaient représenté 40,40 % de notre population d'étude. GANDEGA S [19] avait rapporté 37,25 % de femmes au foyer.

L'habitude alimentaire a une influence sur la qualité de l'hygiène bucco-dentaire.

D'un point de vue nutritionnel, les nausées et vomissements conduisent souvent la femme enceinte à fractionner ses prises alimentaires. Ces prises répétées, souvent sucrées, peuvent accroître le risque carieux. Le développement de la pratique du grignotage est généralement associé à une hygiène buccale parfois négligée. La prise d'aliments entre les repas associée à une consommation importante des sucreries par les femmes enceintes constituent un facteur favorisant à l'accumulation de la plaque. Nous avons retrouvé les habitudes de grignotage chez 93,10 % des femmes enceintes.

Plus du  $\frac{1}{4}$  de nos patientes (28,00 %) avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire, tendance observé au Sénégal [58]; mais d'autres études comme celles de GANDEGA S [19] au Mali et FALL M [16] au Sénégal avaient rapporté respectivement 77,12 % et 86,6 %.

Les  $\frac{3}{4}$  de nos sujets (75,00 %) d'étude se brossaient deux fois par jour. DIOP O [13] dans son étude a rapporté que 32,50 % de son échantillon se brossaient 2fois/jour.

Nos patientes gestantes étaient des multigestes dans 71,00% des cas. Nous avons retrouvé dans notre population d'étude des antécédents de maladies pouvant être citées comme des facteurs de risque ou aggravants des maladies parodontales. Ces maladies ont en commun avec les maladies buccodentaires des facteurs de risque communs.

Ces facteurs systémiques ont été rencontrés chez 45,00 % de nos femmes enceintes il s'agissait de HTA, Diabète, et de l'infection au VIH. La majorité de nos patientes ont déclaré être stressée au cours de leur grossesse.

Les sujets diabétiques présentaient plus fréquemment des pathologies parodontales, par ailleurs plus agressives, que les sujets non diabétiques. La Gingivite est générée par une accumulation de plaque bactérienne et aggravée par un terrain plus ou moins réceptif aux produits d'origine bactérienne [6].

Les parodontites associées au virus HIV se présentaient sous la forme d'une parodontite à progression rapide sur laquelle se surajoute une maladie parodontale nécrosante (Gingivite et parodontite ulcéronecrotique). Dans notre étude 14,00 % de nos femmes enceintes étaient séropositives. Différentes études épidémiologiques ont rapporté plusieurs taux de prévalence des parodontopathies au cours de l'infection à VIH [63].

L'état d'immunodépression constitue un important facteur de risque des affections parodontales. Par ailleurs les lésions décrites connaissent une évolution clinique défavorable et répondent très peu aux thérapeutiques apportées [30]. D'autres affections de la muqueuse buccale telles que la candidose, la leucoplasie orale, l'herpès ou des lésions néoplasiques sont souvent associées à l'infection VIH ; mais celles-ci n'ont pas été retrouvées dans notre étude.

Certaines pathologies cardiovasculaires associées à la présence du facteur local peuvent faciliter la destruction des tissus parodontaux. Elles agissent en abaissant la résistance des tissus parodontaux à l'agression bactérienne.

Des études [66] rapportent que l'hypertension artérielle est associée à 10,00 ou 15,00 % des grossesses. Parmi ces femmes, 10,00 % ont une prééclampsie (hypertension avec protéinurie significative).

Tabac : trois de nos patientes étaient des fumeuses de tabac (6,24%) ; Les femmes qui fument plus de dix cigarettes par jour ont statistiquement des enfants plus petits à terme (moins de 200 grammes), CATHERINE C et al [9] montrent que la consommation de 15 cigarettes ou plus par jour est associée à une diminution du poids de naissance de 5,00 %, alors que l'intoxication passive n'avait aucun effet. Par contre, des modifications notables du poids de naissance sont observées en relation avec un changement de l'utilisation du tabac.

Le stress désigne la réponse de l'organisme aux différentes contraintes et pressions physiologiques ou psychologiques. En effet, depuis de nombreuses années, le stress a été identifié comme un facteur de risque des maladies parodontales. Le stress peut avoir une action sur le système de défense de l'hôte. Le stress et l'anxiété chez la mère sont effectivement associés à des complications de la grossesse, à l'accouchement

Prématuré et à l'insuffisance de poids à la naissance [14].

### **3. Données relatives à la clinique :**

Au cours de notre l'étude, l'observation clinique nous a permis d'identifier certaines pathologies parodontales dont certaines avaient besoin d'examen complémentaires pour un diagnostic plus précis. Les pathologies parodontales



rencontrées étaient : la gingivite gravidique, la parodontite chronique, la parodontite agressive, les maladies parodontales nécrosantes, la parodontite associée aux maladies systémiques.

Pour certains auteurs [21, 31], la gingivite liée à l'état de grossesse et dénommée "gingivite gravidique" est une gingivite généralisée, alors que pour d'autres [51] Elle est précoce et localisée.

Dans notre population d'étude, 94,00 % des gestantes examinées ont présenté une inflammation gingivale. Les patientes examinées présentaient une hygiène bucco-dentaire moyenne (63,00 %) ou médiocre (28,00 %). Il existe un lien statistiquement significatif entre l'inflammation gingivale et l'hygiène bucco-dentaire ( $P=0,0005$ ). Par ailleurs, nous n'avons pas noté l'existence d'un lien statistiquement significatif entre l'inflammation gingivale et la tranche d'âge d'une part ( $p= 0,066$ ) et l'âge gestationnel d'autre part ( $P=0,303$ ).

L'état de grossesse lié à une augmentation du taux d'hormones de la grossesse entraîne une hypertrophie gingivale qui peut être généralisée ou localisée [51]. Associée à un état de santé défavorable et à une HBD déficiente, elle-même liée à un niveau de scolarisation et socio-économique bas, cette gingivite s'aggrave pour donner une gingivite légère ou moyenne.

Nous constatons une régression de cette gingivite avec l'évolution de la grossesse mais cette régression peut être fonction de la présence ou non d'un traitement parodontal (détartrage - curetage) ou par de meilleures mesures d'HBD. Nos observations cliniques ont été accompagnées de motivation et d'enseignement de l'HBD.

Ces commentaires ci-dessus permettent de répondre à nos différents objectifs :

- L'évaluation des besoins en soins parodontaux chez la femme enceinte, a révélé que plus de la moitié avaient besoin de détartrage (58,70%), et 9,10 % avaient un besoin de curetage gingival lié à la présence de poches parodontales; Ce résultat se rapprochait de celui de SECK C.T [58] (11,00 %).

Néanmoins 22,60 % de nos patientes avaient un besoin important d'enseignement et de motivation à l'hygiène bucco-dentaire. Bien que la totalité de nos femmes enceintes aient bénéficié des conseils sur l'instrumentation et la méthode de brossage d'une part, sur le moment du brossage, le type de brosse à dent et de dentifrice et la nécessité des

visites chez le dentiste d'autre part. Les femmes enceintes examinées étaient orientées vers le Service de Parodontie du CHU-OS pour des traitements plus adéquats. et il nous a été rapporté par ce service qu'un très faible nombre de sujets ont suivi nos instructions.

## VI. CONCLUSION

De nombreuses études épidémiologiques ont montré que la maladie parodontale est un problème majeur de santé publique et qu'elle prend de plus en plus de l'importance dans notre pratique quotidienne. Dans notre étude, Les parodontopathies sont fréquentes chez la gestante, Les inflammations gingivales moyennes occupaient la part la plus importante. Cette étude nous a permis de démontrer que la quantité de plaque bactérienne est sa principale cause, cette plaque bactérienne est un facteur déterminant de l'état d'hygiène bucco-dentaire.

L'état d'hygiène bucco-dentaire a occupé une place considérable dans la survenue des maladies parodontales chez la femme enceinte.

Il serait intéressant d'établir des partenariats entre les professionnels de la santé de la reproduction, les chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels de la santé; L'amélioration de l'état bucco-dentaire des femmes enceintes passe par la formation des agents de santé de la reproduction à la motivation et l'enseignement de l'Hygiène Bucco-Dentaire suivie, d'une bonne sensibilisation des femmes enceintes lors des consultations prénatales afin d'anticiper sur les conséquences des maladies parodontales sur l'état de grossesse.

## VII. RECOMMANDATIONS

A l'issue de ce travail nous formulons les recommandations ci-dessous.

- Aux chirurgiens-dentistes :
  - Informer les femmes enceintes sur l'importance de la consultation bucco-dentaire.
  - Informer la femme enceinte de l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire sur son état de santé et sur celui de son fœtus.
  - systématiser les détartrages au cabinet dentaire tous les 6 mois.
  
- Aux gynécologues-obstétriciens et autres agents sanitaires de la reproduction :
  - suivre des formations relatives à la santé bucco-dentaire de la femme enceinte.
  - motiver les patientes et les orienter vers le chirurgien-dentiste pour des consultations régulières et éventuellement des soins dento-parodontaux préconceptionnels.
  
- Aux autorités socio-sanitaires :
  - Instaurer le bilan bucco-dentaire systématique dans la CPN.
  - Instaurer des campagnes de sensibilisation des femmes enceintes pour le changement de comportement, dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire et nutritionnelle.
  
- Aux femmes enceintes :
  - Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire en se brossant après chaque repas avec une brosse à dent moderne et un dentifrice fluoré
  - Eviter les prises d'aliments sucrés entre les repas.
  - Respecter les consignes données par le personnel soignant surtout pour les grossesses à risques.

## VIII. PERSPECTIVES

Notre étude nous permettra de dégager des perspectives dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire et interprofessionnelle, afin d'améliorer nos compétences dans la prise en charge de nos patientes.

Des études futures permettront aux professionnels de la santé de cerner les affections buccodentaires de la femme enceinte, d'élaborer des guides de prise en charge de la grossesse.

Les études épidémiologiques sur les besoins de traitement des affections buccodentaires permettront d'améliorer la qualité de vie de nos patientes par le renforcement des compétences des professionnels de la santé.

Les recommandations des études peuvent avoir des impacts sur la formation des étudiants des écoles de la santé.

## IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-AINAMO J.

La nouvelle méthode de l'OMS (CPITN) pour l'évaluation des besoins de traitements parodontaux.

J. Périodontol, 1983 ; 2: 343-350.

2-ANTHONY M, IACOPINO A

Nouveau paradigme «syndémique» pour la prise en charge interprofessionnelle des maladies inflammatoires chroniques.

Ann. Periodontal, 2001; 15: 24-27.

3- ARMITAGE G C.

Développement of classification for périodontal diseases and conditions

Ann. Periodontal, 1999 ; 07: 12-16.

4-BAKAYOKO A.

Étude de l'état diabétique et pratique odontologique

Thèse. chir dent ; Abidjan 2001, n°148.

5-BERCY J, TENENBAUM H.

Manuel de parodontologie du diagnostic à la pratique

D. Boeck et Larcier, Paris, bruxelles 1996;167p.

6- BULL A, NATLE T

« Rapport à l'Académie nationale de chirurgie dentaire Diabète de type II et parodontopathies »

Thèse Chir. Dent., 2007n°67.

7- CABROL D, PONS J, GOFFINET F.

Traité d'obstétrique.

Flammarion Médecine, 2003; 87p.

8- CANAKCI V, CANAKCI CF, YILDIRIM A, INGEC M, ELTAS A, ERTURK A. ET AL.

Periodontal disease increases the risk of severe pre-eclampsia among pregnant women.

J Clin Periodontal, 2007; 9: 47-51.

9- CATHERINE CHAUSSAIN ET COLL.

"Nutrition et santé bucco-dentaire a tous les âges de la vie quels risques, quels conseils?"

J. ADF 2008, 5: 24-27.

10- CONSENSUS D

Report periodontal diseases: pathogenesis and microbial factors.

Ann.periodontal. 1996;04:11-14 .

11- CLEMONT D.

Microbiologie orale et son rôle étiologique : la flore buccale, les interactions hôtes-bactéries

Inf. Dent, 1992 ; 74 : 40p.

12- DIENE A.

Tatouage gingival et état parodontal.

Thèse de chir. Dent. ; Dakar 1995. N°05

13- DIOP O.

Etude épidémiologique de l'état parodontal de patients porteurs d'une affection cardiovasculaire au Centre Universitaire Aristide Le Dantec de Dakar.

Thèse de chir dentaire ; Dakar 2007, n°97.

14- DIPIETRO J.

« L'impact du stress prénatal et périnatal sur le développement psychosocial de l'enfant »

Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2002 :159p.

15- EGEA L, NADIN C.

« Enquête sur la prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire »

Rev Mens Suisse Odontostomatol Vol. 122 11/2012.

16- FALL M.

« Les manifestations gingivales chez la femme enceinte en milieu Sénégalais. »

Thèse de chir. Dent. ; Dakar 1996. N°03

17- FALL M.

« L'état parodontal des malades atteints d'infection pulmonaire dans le Service de Pneumologie du Centre Hospitalier Universitaire de FANN »

Thèse de chir Dentaire ; Dakar 2007. N°127

18- GALLOIS F

Médecine parodontale: une nouvelle approche de la parodontologie.

Inf. Dent, 2001; 16:21-24.

19- GANDEGA S.

« Maladies parodontales au CHU-OS à propos de 153 cas »

Thèse de doctorat en médecine Bamako 2013, n°212.

20- GLICKMAN I.

La parodontologie clinique

Paris, CDP; 1998 : 368-394.



21- GODLEWSKI A, VEYRUNE J, NICOLAS E.

“Obesity and oral health: risk factors of obese patients in dental practice”

Odontostomatol Trop; 31(123): 2008, p.25-32.

22- GODEAU P, HERSON S, CHARLES PIETESJ.

Modifications physiologiques de l'organisme.

In Traité de médecine, 3è édition, Science Médecine Flammarion; 1996 :1916p.

23-HENRY R, DELMAS A

Anatomie Humaine descriptive ; topographique et fonctionnelle Tome1. Tête et Cou.  
Paris, Masson 2e édition, 1985, p. 1385-1399.

24- JADC

• [www.cda-adc.ca/jadc](http://www.cda-adc.ca/jadc) •

Novembre 2009, Vol. 75. n°9

25- KAMAGATE A, COULIBALY N, KONE D, BROU E, BAKAYOKO L.

Les prévalences des parodontites en Afrique Noire : influences des facteurs socio-économiques et habitudes culturelles.

Odonto-Stomatol.Trop, 2001; 24: 37-41.

26- KATCHBURIANE, ARANA- CHAVEZ V, MATTOUT P, MATTOUT C.

Les différents tissus parodontaux. (Les thérapeutiques parodontales et implantaires).

Quintessence Internationale, Paris, Berlin, 2003 ; 16 :9-11.

27- KHADER YS, TA'ANI Q.

Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight: a meta-analysis  
J Periodontol, 2005; 7: 10-13.

28- KINNBY B, MATSSON, ASTEDT B.

Aggravation of gingival inflammatory symptoms during pregnancy associated with concentration of plasminogen activator inhibitor type 2 (PAI-2) in gingival fluid  
J. Periodontal Res, 1996; 7: 23-27.

29- KLEWANSKY P.

Abrégé de parodontologie.

Masson, Paris, 1<sup>è</sup> édition; 1985 : 198p.

30- KLEWANSKY P.

Maladies parodontales, approches actuelles.

Masson, Paris, 2<sup>e</sup>édition; 1994 : 167p.

31- KOLENBRANDER PE.

Oral microbial communities: biofilms interactions and genetic systems.

Annu. Rev. Microbiol, 2000;8 :4-6 .

32- KONE S

Maladies parodontales au CHU-OS à propos de 133 CAS

Thèse de doctorat en médecine Bamako 2008.n° 36

33- IACOPINO AM.

Quel est le rôle de l'inflammation dans le lien entre les maladies parodontales et l'état de santé en général?

J Can Dent Associé. 2008 ; 74 (8) : 695p.

34- LEIF. T

Endodontie Clinique

Paris Médecine science, Flammarion, 1993; 235 p.

35- LEZY J, PRINC G

Pathologie maxillo-faciale et stomatologie.

Masson, Paris, 1997: 317p.

36- LEMAITRE P. GOUARD X., MICHEL J.F.

Interactions hôtes-bactéries, apportent ils des renseignements à la conduite du traitement ?

Les cahiers de l ADF, 1999; 7 : 31-34.

37- LINDHE J.

Manuel de parodontologie clinique

CDP, Paris, 1986: 89p.

38- LOE H. & SILNESS J.

Periodontal disease in pregnancy. Prevalence and severity.

Acta Odontol Scand. 1963; 21: 533-542.

39- MARIOTTI A.

Dental plaque. Induced gingival diseases.

Ann. periodontal. , 1999; 13 :18-19.

40- MBAYE M. M.

« Contribution à l'étude de l'infection parodontale chez la femme enceinte dans le faible poids du bébé à la naissance. »

Thèse chir. Dent; Dakar 1998, n°17.

41- M. GOUDAERT. ; P DANHIEZ.

Dictionnaire pratique d'odontologie et de stomatologie.

Paris, Masson 2<sup>e</sup> édition. , 2000 :186p.

42- MOUTON C., ROBERT JC.

Bacteriologie buccodentaire.

Masson 3<sup>e</sup>édition, paris, 1994: 89p.

43- MULLER M, LUPI L, MEDIONI E, BOLLA M.

Epidémiologie de la carie dentaire.

Encyclopédie Médicaux-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Odontologie, 1997 ; 23: 514p.

44- NABET C, LELONG N, COLOMBIER ML, SIXOU M, MUSSET AM, GOFFINET F ET AL.

Maternal periodontitis and the causes of preterm birth: the case-control Epipap study.

J Clin Periodontol, 2010; 8 :11-13.

45- NGOULA MANE-THI, MARIE PIERRE.

« Contribution à l'étude des réactions gingivales aux contraceptifs oraux (à propos d'une enquête menée sur une population féminine dakaroise). »

Thèse chir. Dent ; Dakar 1984.n°09

46- OFFENBACHER S, BOGGESS K, MURTHA A, JARED H, LIEFF S, MCKAIG R ET AL.

Progressive periodontal disease and risk of very preterm delivery.

Obstet Gynecol, 2006: 56p.

47- PAGE RC. KOMMAN K S.

The pathogenesis of human periodontitis: An Introduction.

J Periodontol, 2007; 10: 25-28.

48- PATRICE P, CATHERINE P.

La relation entre la parodontie et l'obstétrique.

Formation Continue.

49- PETER RIETHE ET COLLABORATEUR

Prophylaxie et Traitement conservateur des caries dentaires.

Atlas de médecine dentaire Paris médecine- science, Flammarion 1999; 78p.

50- PERSSON, GR, HITTI, J, PAUL, K ET AL.

Tannerella forsythia and Pseudomonas aeruginosa in subgingival bacterial samples from parous women.

J Periodontol, 2008 ; 9 :16-18.

51- PIETTE, REYCHLER

Traité de Pathologies buccales et maxillo - faciale

Édition de Boeck Wesmael, S.A, 1991; 109p.

52- PRATTEN J, ANDREWS C, CRAIG D, WILSON M.

Structural studies of microcosm dental plaques grown under different nutritional conditions.

FEMS microbial. Lett, 2000; 89p.

53-RATEITSCHAK E, WOLF H .

Atlas de parodontologie.

Edit, Paris, Flammarion, 1986; 286p.

54- RAMFJORD S, ASH M.

Parodontologie et parodontie. Aspects théoriques et pratiques

Masson, Paris, 1993; 195p.

55- RELIER J, BONNET H, DEIBER M.

Retard de croissance intra uterin

med prénatale, 1998 ; 77p.

56- ROUACH R.

« Conduite à tenir face à une femme enceinte avec étude personnelle portant sur 90 cas ».

Thèse Chir. Dent., Lyon, 1983, n°83.

57- ROUGIER. M.

Stomatologie et Grossesse.

E. M. C, 1986; 22: 13p.

58- SECK C T.

Evaluation de l'état gingival et des besoins en soins parodontaux chez la femme enceinte primigeste

Thèse chir. Dent. ; Dakar; 1999, n°06.

59- SECK A M.

Thérapeutique odonto-stomatologique chez la femme enceinte: mythe ou réalité?

Thèse Chir. Dent., Dakar, 1988, n°11.

60- STRUILLOU X

Classification des maladies parodontales (1<sup>e</sup> partie)

J Parodontol, 2002 ; 7 : 9-11p.

61- STRUILLOU X

Classification des maladies parodontales (2<sup>e</sup> partie)

J Parodontol, 2002 ; 7 :11-14p.

62- SUZUKI J. B.

Classification des maladies parodontales

J Parodontol, 1989; 6: 6-8p.

63- TETMOUN.A.

« Etat parodontale et infection par le VIH : étude chez 90 malades observés à l'hôpital militaire de Yaoundé (Cameroun) »

Thèse. chir dent ; Dakar 2006, n°14

64- UZAN S, MERVIEL P, BEAUFILS.

Hypertension artérielle et grossesse

Rev. du Praticien, Paris, 1995; 45 :1767p.

65- VECHIS S

« Rôle des facteurs généraux. Attitude thérapeutique en parodontologie. »

J. parodontol, 1985; 5: 25-27.

66- VERGNES J.

« Épidémiologie des maladies bucco-dentaires chez la femme enceinte : facteurs de risque et association avec l'accouchement prématuré. »

Thèse de chir Dent Toulouse, 2011 ;n°11.

67- YAO E S, LAMONT R J, LEV SP, WEINBERG A.

Intrebacterial binding among stains of pathogenic and commensal oral bacterial species

Oral microbial.

Immunol, 1995; 98P.

## X. ANNEXES

### FICHE D'ENQUETE :

DATE : Bamako, le..... /...../2013

#### I- IDENTIFICATION

Nom : .....

Prénom : .....

Age : .....

Sexe : F

Lieu de recrutement : .....

Date : .....

Ethnie : .....

Situation Matrimoniale : .....

Profession : .....

Adresse :..... Tel :

Niveau d'études :

- 1) absence de scolarisation
- 2) niveau primaire
- 3) niveau secondaire
- 4) niveau supérieur



## EXAMEN CLINIQUE :

### II- ETAT GENERAL

#### Antécédents médico-chirurgicaux et obstétricaux :

Cardiopathies  Diabète  Drépanocytose  Epilepsie  Obésité

RAA  HTA  Gastrite/ulcère

Césarienne  Allergie  Autres pathologies

Primigeste  Multigeste

Début de grossesse : Mois  Année

Date prévue de l'accouchement : Mois  Année

Antécédents familiaux de maladies parodontales Oui  Non

#### Hygiène Bucco-Dentaire :

Hygiène Bonne  Moyenne  Mauvaise

Fréquence de Brossage journalière : 0  1  2  3

Type de brosse à dent: Moderne : Souple  Semi-souple  Dure

Traditionnelle :

Type de dentifrice : Fluoré  non fluoré

Pas d'information

Technique de brossage : Bonne  Mauvaise

Moment du brossage : Matin avant le repas  après le repas

Midi avant le repas  après le repas

Soir avant le repas  après le repas

Mode de vie : consommation de tabac  Alcool  Thé

Aliments sucrés  stress  Autres

Prise de contraceptifs : oui  non

Visite chez le dentiste : Oui  Non

**Si oui quel était le motif de consultation**

Douleur  Carie  Halitose  Mobilité  Saignement

Fluorose  Tartre  Esthétique  Migration  réfère

Visite Systématique  Autres

Prise en charge parodontale : Oui  Non

**Connaissance de la relation entre Grossesse et maladies bucco-dentaire :**

Oui  Non

**III- ETAT DENTAIRE**

**Malocclusion :** Oui  Non

**Mobilité dentaire :** Oui  Non

**Halitose** Oui  Non

**Fluorose :** Oui  Non

**Port de prothèse** Oui  Non

**V- EXAMEN PARODONTAL**

**Tatouage :** Oui  Non

**Hauteur de GA :** Normale  Insuffisante

**Freins labiaux :** Normaux  Pathologiques

## INDICES HYGIENES

**Indice de besoin en traitement CPITN** (Community Periodontal Index of Treatment Needs) :

0 = parodonte sain → pas de traitement

1 = saignement → hygiène

2 = tartre → détartrage

3 = Poche parodontale 4 – 5 mm → curetage

4 = poche ≥ 6 mm → traitement complexe

[16-14]	[13-23]	[24-26]
[46-44]	[43-33]	[34- 36]

## Indice gingival

0= absence de tout signe d'inflammation

1= absence de saignement au sondage

2= saignement au sondage

3= saignement spontané et/ou présence d'une ulcération gingivale

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

**Ig total =**

**Indice de plaque**

0= pas de plaque

1= dépôt de plaque invisible mais pouvant être déposé à la curette

2= dépôt de plaque couvrant le 1/3 cervical

3= dépôt de plaque abondant (+ du 1/3 cervical)

	0	1	2	3
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **LISTE DES FIGURES**

**Figure 1** : Répartition des patientes selon les tranches d'âge (Année).

**Figure 2** : Répartition des patientes selon l'occupation.

**Figure 3** : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.

**Figure 4** : Répartition des patientes selon la Prise de contraceptif.

**Figure 5**: Etat de l'hygiène bucco- dentaire des patientes.

**Figure 7**: Répartition des patientes en fonction de l'indice gingival (IG).

## **LISTE DES TABLEAUX :**

Tableau I : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Tableau II : Répartition de l'effectif des patientes selon le statut matrimoniale.

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'alphabétisation.

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction de l'âge de gestation (SA).

Tableau V: Répartition des patientes en fonction de la fréquence du brossage.

Tableau VI : Répartition des patientes selon l'âge et l'Indice Gingival.

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'âge de gestation et l'Indice Gingival

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'hygiène bucco-dentaire des patientes et l'Indice Gingival.

Tableau IX: Répartition du CPITN en fonction de l'âge gestationnel de la patiente.

## FICHE SIGNALÉTIQUE :

**Nom :** TCHONANG MANI

**Prénom :** Estelle Danielle

**Email :** estelledanielle6@yahoo.fr

**Année universitaire :** 2012-2013

**Pays :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie ;  
bibliothèque du CHU-OS

**Ville de Soutenance :** Bamako

**Secteur d'intérêt :** Odontostomatologie, Gynéco-Obstétrique, Médecine générale.

## **RESUME**

La grossesse entraîne de profondes modifications physiologiques et psychologiques. Certaines de ces modifications peuvent avoir des répercussions au niveau de la cavité buccale en général et au niveau du parodonte en particulier, en induisant une plus grande susceptibilité aux agressions bactériennes. Notre objectif à travers ce travail a été d'évaluer les manifestations parodontales chez la femme enceinte venue en consultation prénatale. Nous avons dans ce travail effectué une enquête prospective sur 208 femmes enceintes avec la collaboration du service de gynéco-obstétrique du CHU GT en appréciant l'indice gingival (GI) et l'indice communautaire pour les besoins en soins parodontaux (CPITN) de la femme enceinte en recueillant l'état dentaire et parodontal de celles-ci. Nous avons noté la présence d'une inflammation moyenne chez 76,00 % de notre population d'étude ; et un besoin de détartrage et de traitements spécifiques chez 68,00 % de nos femmes enceintes.

**Mots clés : GROSSESSE, PARODONTE, CPITN, GI.**



## **Serment d'Hippocrate :**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure