

Grossesse et cellulite d'origine dentaire.

A propos de 9 cas et revue de la littérature.

Nzolo BD^{*},
Dilu NJ^{*}, Bolenge IJ^{**}, Mboloko E^{***},
Makawani NM.

Correspondance :

Nzolo DB

E-mail : didiernzolo@yahoo.fr

Cliniques Universitaires de Kinshasa.

B.P. : 123, Kinshasa XI

Summary

Objective. The aim of this study was to describe the complications of odontogenic cellulitis during pregnancy.

Methods. Case review analysing data of pregnant women with odontogenic cellulitis at the University Hospital of Kinshasa from January 2006 to June 2008 was done.

Results. Nine patients were registred during this period. Among them, 8 (89%) presented odontogenic phlegmon, six (67%) developed complications. There were 4 pregnant women with obstetrical complications (2 abortions, 1 foetal loss, and 1 premature birth). Other complications were: anaemia (2 cases), septicaemia (1 case), and thrombophlebitis (1 case). One patient died.

Conclusion. Complications of odontogenic cellulitis during pregnancy may affect the woman and the fetus. Promoting education on oral health and routine dental care during antenatal consultation may prevent these complications.

Key-words. Pregnancy, complications, odontogenic cellulitis, dentistry, Kinshasa University Hospital

* Département d'Odonto-Stomatologie, Service de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale, CUK

** Département d'Odonto-Stomatologie, Unité de Parodontologie, CUK

*** Département de Gynécologie et Obstétrique, CUK.

Résumé

Objectif. Les auteurs rapportent les complications des cellulites d'origine dentaire au cours de la grossesse.

Méthodologie. L'étude a consisté en une revue des données des femmes enceintes ayant consulté pour cellulite d'origine dentaire aux Cliniques Universitaires de Kinshasa de janvier 2006 en juin 2008.

Résultats. L'étude concerne neuf parturientes. Huit d'entre elles ont développé une cellulite diffuse, six ont présenté des complications. Les complications obstétricales ont été observées chez 4 patientes (2 avortements, 1 accouchement d'un mort-né et 1 menace d'accouchement prématuré).

Deux cas d'anémie, 1 cas de sepsis, 1 cas de thrombophlébite et 1 cas de fistule pharyngée ont été rapportés. Un décès a été enregistré.

Conclusion. Les complications des cellulites d'origine dentaire au cours de la grossesse peuvent affecter soit la femme, soit le fœtus ou même les 2 ensembles. Il est important de prévenir la survenue de ces complications, par la promotion de l'hygiène et des soins bucco-dentaires au cours des consultations prénatales.

Mots clés. Grossesse, complications, cellulite d'origine dentaire, Cliniques Universitaires de Kinshasa

Introduction

La grossesse est une période caractérisée par de nombreuses modifications physiologiques et une diminution relative de l'immunité (1, 2). Certains auteurs la citent parmi les facteurs favorisant le développement, l'aggravation et l'extension de l'infection d'origine dentaire (2, 3). L'infection dentaire peut ainsi évoluer vers une suppuration collectée dans les tissus mous, constituant une cellulite péri-maxillaire d'origine dentaire.

La politique sanitaire de nombreux pays attire l'attention sur l'importance de l'hygiène dentaire durant la grossesse. En République Démocratique du Congo (RDC), l'absence d'une politique nationale cohérente en cette matière est à l'origine des consultations tardives au stade des complications diverses.

Dans le présent article, nous présentons une série de 9 patientes ayant développé une cellulite d'origine dentaire survenue pendant la grossesse.

L'objectif est de rechercher les complications maternofoetales de la cellulite dentaire en situation de grossesse dans notre milieu.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une revue documentaire descriptive des cas de cellulites perimaxillaires d'origine dentaire observées chez 9 parturientes ayant consulté les Services de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale des Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK) entre juin 2006 et janvier 2008.

Les paramètres d'intérêt ont été : les données sociodémographiques (âge de la patiente, âge de la grossesse), les données cliniques (la nature anatomo-clinique de la cellulite, la dent causale) et les complications locorégionales et obstétricales occasionnées par la cellulite avant ou pendant le traitement.

Pour toutes les parturientes étudiées, l'anamnèse a recherché attentivement la nature des médicaments consommés avant l'admission. Une glycémie systématique a été réalisée en vue d'exclure un éventuel diabète sucré.

La prise en charge a été réalisée en étroite collaboration avec les obstétriciens. La première précaution consistait en la prise d'un abord veineux et en l'installation d'une perfusion de sérum physiologique 0,9% ou de sérum glucosé 5%. Toutes les patientes ont bénéficié du schéma II de traitement des cellulites d'origine dentaire (4). Ce schéma consistait en l'administration d'anti-inflammatoires [(16 mg de dexaméthasone en IV en deux prises pendant deux ou trois jours), d'antibiotiques (6 g d'amoxicilline et 1,5 g de métronidazole repartis en 3 prises en IV)] suivie d'une incision-drainage de la

collection purulente sous anesthésie loco-régionale. La prise en charge obstétricale comprenait une tocolyse pré, per et post opératoire.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableau et les calculs réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les variables qualitatives ont été exprimées en fréquence et les variables quantitatives en moyenne majorée de l'écart type.

Résultats

L'âge moyen des femmes enceintes était de 28 ± 6 ans. L'âge moyen de la grossesse était de $25,5 \pm 8$ semaines d'aménorrhée.

Huit gestantes ont développé une cellulite diffuse. Les dents causales étaient essentiellement les deux dernières molaires inférieures, avec une atteinte égale de deux héli-arcades inférieures gauche et droite. Aucune patiente n'avait reçu de corticoïdes avant l'admission. Certaines d'entre elles, avaient toutefois bénéficié des anti-inflammatoires non-stéroïdiens, de manière ponctuelle, dans un but antalgique. D'autres patientes avaient recouru aux produits à base de plantes médicinales. Toutes les glycémies rapportées étaient inférieures à 126mg/dl.

Quatre patientes ont présenté des complications gynéco-obstétricales parmi lesquelles : un accouchement d'un mort-né, une menace d'accouchement prématuré sur grossesse de 23 semaines malgré la tocolyse, et deux avortements spontanés sur des grossesses de 13 et 23 semaines respectivement. Ce dernier cas d'avortement a bénéficié d'une incision-drainage et s'est compliqué d'un sepsis avec hépatonéphrite et coagulation intravasculaire disséminée ayant entraîné le décès. Le deuxième cas d'avortement spontané et

le cas d'accouchement d'un mort né nous ont été transférés après la mort foetale survenue au moment où les deux gestantes présentaient la cellulite d'origine dentaire. Les complications loco-régionales ont été observées chez 2 patientes. Il s'agissait d'une thrombophlébite et d'une fistule pharyngée. L'anémie a été notée chez deux

autres patientes et a justifié une transfusion de culot globulaire chez l'une d'entre elles.

Du point de vue évolution, 8 patientes étaient guéries, dont 6 avec complications et 2 autres sans complications. Un décès a été déploré.

La synthèse de tous ces cas est reprise dans le tableau 1.

Tableau 1. Données recueillies chez les 9 patientes de l'étude

| N° | Age de la Patiente (années) | Age de la grossesse (semaines) | Diagnostic | Dents cariées | Complications | Traitement | Evolution |
|----|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------|---|------------|--------------------------------|
| 1 | 21 | 18 | cellulite diffuse | 47 | - | schéma 2 | Guérison |
| 2 | 23 | 34 | cellulite diffuse | 47 | - MAP légère - Anémie modérée | schéma 2 | Guérison |
| 3 | 22 | 13 | cellulite diffuse | 48 | Avortement 1 mois plus tôt | schéma 2 | Guérison |
| 4 | 27 | 24 | cellulite diffuse | 48 | Thrombophlébite | schéma 2 | Guérison |
| 5 | 24 | 28 | cellulite diffuse | 38 | Anémie compensée | schéma 2 | Guérison |
| 6 | 33 | 38 | cellulite diffuse | 38 | - | schéma 2 | Guérison |
| 7 | 36 | ND | cellulite diffuse | 38 | -Accouchement mort-né | schéma 2 | Guérison |
| 8 | 31 | 23 | cellulite diffuse | 38 | -Fistule pharyngée -Avortement après incision -Sepsis + CIVD + hépatonéphrite | schéma 2 | Décès au 4 ^{ème} jour |
| 9 | 36 | 26 | Cellulite suppurée | ND | - | schéma 2 | Guérison |

ND = non disponible

Discussion

Cette étude a concerné 9 gestantes admises pour carie dentaire compliquée de cellulite périmaxillaire.

La durée moyenne de la grossesse était de $25,5 \pm 8$ semaines au moment de la consultation. Quatre d'entre elles ont connu des complications gynécologiques et deux, des complications loco-régionales.

Cette évolution péjorative survenant à un âge avancé de la grossesse suggère un rôle permissif de l'état gravide sur l'aggravation de l'infection dentaire. En effet, plusieurs auteurs (2, 3, 5, 6) évoquent l'implication de la grossesse dans l'aggravation du tableau infectieux dentaire.

Les premières modifications de l'organe dentaire au cours de la grossesse concerneraient préférentiellement le parodonte (3). Cette situation semble relever de la haute concentration en œstrogène et progestérone au niveau des gencives, entraînant hyperhémie, œdème et saignements qui augmentent le risque de contamination bactérienne (5). La gingivite gravidique est rapportée chez près de 70% des femmes enceintes dans la littérature (2, 5) ; elle survient surtout à partir du deuxième trimestre et entretient par crainte de broyage des dents, des conditions favorables au développement de la carie.

La consolidation du squelette fœtal au troisième trimestre requiert une mobilisation accrue de calcium et de phosphore d'origine maternelle. La conséquence en est une déminéralisation des os de la mère mais aussi de l'os alvéolaire ; la fragilisation subséquente de la barrière naturelle de défense est propice à la pullulation des germes (6). L'hyperoestrogénémie diminue également le pouvoir tampon salivaire et expose de ce fait à l'agression des acides produits par la flore commensale locale (7). Certaines parturientes connaissent des vomissements gravidiques et le reflux de l'acide chlorhydrique de l'estomac est incriminé dans la pathogénie des caries chez la femme enceinte (2,8). Tous les facteurs sus-identifiés et la déplétion relative de l'immunité liée à la grossesse favorisent la perte dentaire chez la femme enceinte et confortent le dicton "chaque enfant coûte une dent à sa mère".

Notre enquête a enregistré 4 parturientes avec complications extra-dentaires, notamment obstétricales. Nos résultats corroborent ceux d'autres auteurs qui ont recherché les associations entre infections parodontales et manifestations systémiques. Bogess *et al.* ont montré une association entre maladies parodontales maternelles et augmentation du risque de prééclampsie (9), Xiong et son équipe ont rapporté une association avec le diabète gestationnel (10). Une métaanalyse de 17 études a révélé un lien entre infection parodontale et naissances prématurées (OR 2,83 ; IC à 95% 1,9-4,10 ; $p < 0,001$) (11) et une autre, par Xiong *et al.* a colligé les résultats de 25 travaux et montré que les affections du parodonte constituaient un facteur de risque pour les accouchements prématurés, un faible poids à la naissance et la prééclampsie (12). Ces auteurs ont également démontré qu'une prise en charge

adéquate de l'infection parodontale pouvait réduire l'incidence d'hypotrophie fœtale et de prématurité (RR ajusté 0,53 ; IC à 95 % 0,30-0,95 ; $p < 0,05$). Il faut toutefois noter que cette association n'est pas universellement admise (13)

L'aggravation de l'affection dentaire sous forme de cellulite diffuse observée chez 8 patientes sur 9, de même que les complications locorégionales rapportées dans cette enquête suggèrent un rôle favorisant de l'état gravide sur l'évolution de l'affection. Une étude menée dans notre service (non encore publiée) rapporte que 60% des patients consultant pour cellulite s'automédiquent aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avant l'arrivée à l'hôpital. Il est établi que les AINS peuvent augmenter le risque d'avortement au premier trimestre de la grossesse. Leur rôle délétère sur le rein est connu, via l'inhibition des prostaglandines vasodilatrices et ils peuvent favoriser les hémorragies de délivrance en inhibant la thromboxane A2. Chez le fœtus, les AINS peuvent être à l'origine d'un oligohydramnios, d'une fermeture prématurée du canal artériel et même d'une hypertension artérielle pulmonaire même en usage à courte durée (14).

La flore bactérienne de la carie dentaire est polymicrobienne, comprenant notamment des germes anaérobies. Ces bactéries induisent la production de médiateurs divers tels que des cytokines qui favorisent le travail prématuré et la rupture prématurée des membranes (RPM). La RPM expose à des avortements ou des accouchements prématurés (13,15-17).

Cette étude comporte néanmoins quelques limites.

La première réside dans le mode de recrutement des patients limité à la seule consultation hospitalière et qui constitue un

biais de sélection. La deuxième est liée à l'étroitesse de notre échantillon qui réduit forcément la puissance des observations et la troisième relève de l'absence d'un protocole validé de sélection disponibilisé pour les prestataires des soins.

La force de cette étude réside notamment dans le réveil de l'attention des praticiens sur l'hygiène dentaire au cours de la grossesse, sur les complications possibles des infections buccales sur la grossesse et sur les risques de l'automédication.

Conclusion

La cellulite d'origine dentaire est une complication présente dans nos milieux. Elle peut revêtir un pronostic grave affectant la femme enceinte, le devenir de la grossesse et l'évolution du fœtus. Il est donc judicieux d'inclure, dans le programme des consultations prénatales, la surveillance de l'hygiène dentaire et de prendre correctement en charge, les parturientes présentant des problèmes bucco-dentaires.

Références

- Silver RM, Peltier MR, Branch DW. The immunology of pregnancy. In : Creasy RK, Resnik R, eds. *Maternal-Fetal Medicine : Principles and practice*. Philadelphia, Pa : W.B. Saunders ; 2004 : 89-109.
- Abramowicz S, Abramowicz JS, Dolwick MD. Severe Life Threatening Maxillofacial Infection in Pregnancy Presented as Ludwig's Angina. *Infect Dis in Obstet Gynecol*. 2006 ; **51931** : 1-4.
- Bullock JD, Fleishman JA. The spread of odontogenic infections to the orbit: diagnosis and management. *J Oral Maxillofac Surg*. 1985 ; **43**(10) : 749-755.
- Bobé A.L., Muvova L., Dilu N., Sokolo M., Muyembi M. Le traitement des cellulites d'origine dentaire aux Cliniques Univer-sitaires de Kinshasa. *Congo Médical* 1998; **2**(7): 423-426.
- Thomas NJ, Middleton PF, Crowther CA. Oral and dental health care practices in pregnant women in Australia: a postnatal survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; **8**(13). Article accessible au site suivant : <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/13>
- Turner M., Azir SR. Management of the pregnant oral and maxillofacial surgery patient. *J Oral and Maxillofac Surg*. 2002 ; **60** (12) : 1479-1488.
- Meisel P, Reifenberger J, Haase R, Nauck M, Bandt C, Kocher T. Women are periodontally healthier than men, but why don't they have more teeth than men? *Menopause* 2008 ; **15** (2) : 270-275.
- Lukacs JR, Largaespada LL. Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva hormones, and "live-history" etiologies. *Am J Hum Biol*. 2006 ; **18** : 540-55.
- Bogges KA, Lief S, Murtha AP, Moss K, Beck J, Offenbacher S. Maternal periodontal disease is associated with an increased risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003;**101**: 227-231. Comment in : *Birth*. 2004 ; **31**(1) : 66-67.
- Xiong X, Buekens P, Vastardis S, Pridjian G. Periodontal disease and gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol* 2006 ; **195** : 1086-1089.
- Vergnes JN, Sixou M. Preterm low birth weight and maternal periodontal status: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007 ; **196** (2) : 135 e1-7. Comment in: *Am J Obstet Gynecol*. 2007 ;**196**(2) : 93-94. et *Evid Based Dent*. 2007 ; **8**(4) : 114-115.
- Xiong X, Buekens P, Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG* 2006 ; **113** : 135-143.
- Ferguson JE, Hansen WF, Novak KF, Novak MJ. Should we treat periodontal disease during gestation to improve pregnancy outcomes? *Clin obstet gynecol*. 2007; **50**(2) : 454-467.
- Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Répertoire commenté des médicaments 2008. 21^{ème} édition. Ed. JM Maloteaux. Bruxelles, pp160-167. Site Web : www.cbip.be.
- Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003 ; **8** (1) : 70-78.

16. Goepfert AR, Jeffcoat MK, Andrews WW, Faye-Petersen O, Cliver SP, Goldenberg RL, Hauth JC. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2004; **104**(4) : 777-783.
17. Park JS, Park CW, Lockwood CJ, *et al.* Roles of cytokines in preterm labor and birth. *Minerva gynecol.* 2005; **43**: 349-366.
18. Madianos P. N., Lieff S., Murtha A. P. *et al.* Maternal periodontitis and prematurity. Part II: maternal infection and fetal exposure. *Annal Periodontol.* 2001; **6**: 175-182.