Manifestations pathologiques DU TERRITOIRE BUCCO-maxillo-facial PENDANT LA GROSSESSE

**Changements bucco-dentaire pendant la grossesse**

Le statut hormonal, métaboliques et immunologiques de la grossesse détermine changements transitoires des tissus buccaux qui peuvent influencer l'apparition et l'évolution des affections stomatologiques.

La muqueuse buccale subit des changements constants précoce marqué par une hypervascularisation, tendance à oedèmes et une exfoliation intense, de sorte qu'un stomatologue expérimenté pourrait soupçonner une grossesse.

Les hormones stéroides (cortisole, progestérone, oestrogènes) sécrétée en excès pendant la grossesse ont été détectés dans les expectorations des concentrations correspondant au niveau sanguin de l'hormone biologiquement active. L’augmentation des niveaux de progestérone et d’oestrogènes dans la gencive affectent la perméabilité vasculaire, augmentation de la quantité d’exsudat, provoquent la stagnation dans la microcirculation et la formation de la prostaglandine E2, et d’augmenter la kératinisation gingivale et l'posssibility de segmentation cellullar avec l’affection de la barrière épithéliale. Les estrogènes possèdent une action de la stimulation et la synthèse des fibroblastes, dont le cytoplasme contient une quantité accrue de trophocollagen.

Le système immunologique de la mère présente des changements particuliers qui réduisent la réactivité des tissus gingivaux à l'action des facteurs irritant local.

Cliniquement, la muqueuse buccale est légèrement perturbé et saignant au contact. Ces changements sont rencontrés dans 85-100% des femmes enceintes et disparaissent après la naissance pour parfois réapparaître avec les grossesses suivantes.

Les changements salivaires se manifestent par sialorrhée, légèrement acide réponse (pH = 6,35 - 6,85), la diminution du pouvoir neutralisant, du phosphore et du fluoro-calcium, et l'augmentation de phosphatasis.

Les changements odonto-parodontal sont comme suit:

- la mobilité accrue des dents en raison de la relaxine;

- l'aggravation et la complication des lésions préexistantes dentaires;

- l'incidence accrue des cavités, s'expliquer par des changements salivaires qui deviennent des facteurs karyogene.

Les théories que l'état de déminéralisation des dents est due à la mobilisation du calcium et du phosphore, afin d’édifier le squelette du fœtus, ont été proscrite par les recherches qui démontrent la stabilité des sels minéraux de la fixation dans les structures formées dentaires.

**Les maladies stomatologique et grossesse**

Le problème des relations mutuelles entre la grossesse et les lésions bucco-dentaire est encore incomplètement élucidée, et préoccupe de nombreuses équipes de recherche interdisciplinaires.

Les facteurs qui agissent pendant la grossesse conduisant à l'apparition et l’évolution particulière des affections stomatologiques sont:

1. Exogene facteurs:

- le négliger l'hygiène buccale de raison de les troubles neuro-végétatifs provoqués par le brossage des dents et par la pâte dentifrice;

- diverse noxes (alcohol, tobacco, professional toxines);

- changements de goûts et de l'alimentation (excès de glucides, les carences en vitamine, l’insuffisance de calcium, le fluor, le phosphore et l’apport en fer).

2. Les facteurs génétiques: les prédispositions innées pour certaines maladies.

3. Parmi les facteurs généraux: ”terrain de la femme enceinte”; - troubles du système endocrinien, diabète, affections digestives, anémies, disgravidies, les changements nerveux.

4. Les facteurs locaux: la flore microbienne, logé dans la plaque bactérienne représente le principal facteur étiologique des lésions inflammatoires apparus à la suite de l'irritation de bactéries dans les tissus hormono modifiés.

L'acidité salivaires, des vomissements et le déficit en matière d’hygiène buccale sont considérées comme étant des facteurs adjuvants.

Par les changements endocriniens qu'elle produit, la grossesse représente un facteur favorisant.

Les manifestations bucco-dentaires pathologiques peuvent être localisés à la muqueuse, dentaire et les niveaux salivaires.

**La pathologie de la muqueuse buccale**

**La gingivite gravidique**

Fréquence: 30-40%.

Etiologie:

1. des facteurs déterminants: les bactéries et les virus dans la plaque bactérienne.

2. des facteurs prédisposants:

- déficit de l'hygiène buccale;

- carence en vitamines A, B et C;

- irritants locaux: la plaque dentaire, prothèses, débris obturations canalaires inappropriée.

- modifications gingivales déterminé par les hormones sexuelles et l'hormone chorionique gonadotrop (comparables à ceux de la muqueuse vaginale), ce qui augmente la réceptivité de gomme à l’action des facteurs irritant local et diminuer la résistance contre les infections.

Anatomie pathologique :

- la kératinisation épithélium est plus réduite;

- l'hyperplasie cellulaire dans la couche germinative;

- l'allongement des papilles conjonctives avec une légère infiltration inflammatoire.

Diagnostic:

- spontanée saignement des gencives ou provoquée par le brossage des dents ou en piquant un morceau dur de nourriture. Parfois, le saignement peut être nocturne et détermine l'appartion de certaines taches de sang sur l'oreiller.

- douleurs locales, la mauvaise haleine, mauvais goût dans la bouche, une gêne buccale.

- examen local: la gencive est congestionnée, oematiated, brillant, et sa couleur va du rose vif au rouge-violet; les papilles interdentaires sont allongées, légèrement exfoliables, et le saignement au toucher. La congestion peut être remarqué au niveau des dents antérieures supérieures et inférieures, mais peut comprendre toute la gomme. L'intensité de l’inflammation peut être discret, limité au niveau des papilles interdentaires ou prolongée jusqu’à la gencive ensemble, dont le volume est beaucoup augmenté et couvre partiellement les couronnes dentaires.

Evolution et complications:

La gingivite gravidique apparaît surtout dans le mois 3-ème de la grossesse, il persiste pendant 2-3 mois et certains aftyer la naissance. Certains auteurs signalent une amélioration au cours du mois 8-ème, d'autres une aggravation de celle-ci.

Cette maladie peut atteindre les ligaments de la gomme et des racines, ce qui conduit à l'apparition de l'exfoliation des gencives et de la mobilité accrue des dents. L'incidence du parodonte peut être trouvé pendant un intervalle de 15 mois après la naissance. La gingivite hypertrophique peut changer dans le ulcéreuse ou la gingivite ulcéreuse en-nécrotiques, qui est accompagnée de fièvre et adénopathie.

Traitement:

1. La prophylaxie:

- dispensarisation stomatologiques des femmes enceintes à partir du début de la grossesse;

- rigoureuse hyegene buccale;

- en évitant des aliments irritants pour la muqueuse buccale;

- retrait ou de traitement des facteurs locaux promotion (avant le mois 3-ème de la grossesse).

2. Le traitement curatif:

- l'administration de vitamines A, B, C et K;

- extraits de levure, 2-3 mg / jour pendant 7-10 jours;

- lavement buccale avec une solution faible d'eau oxigéné, permanganate de potassium à 1%, de chlorhexidine à 0,12%, le fluorure de sodium à 0,05%;

- peintures avec de l'acide trichloracétique et poudre de thrombine.

La gingivite ulcéreuse et ulcéro-nécrotique est traitée avec des antibiotiques et localement avec lavement buccale avec la solution de Dakin, qui est un bon antiseptique et désodorisant.

**L'épulis gravidique**

Épulis est une tumeur qui se développe à partir de la gencive. Diverses formes sont décrites: l'épulis inflammatoires, l'une fibreuse, le granulome périphérique réparatrice avec des cellules géantes et l'épulis gravidique.

L'épulis gravidique est une gencive hyperplasique pseudo-tumorale.

Fréquence: 0-5%.

Étiopathogénie:

Dans l'étiopathogénie de cette affection changements hormonaux induits par la grossesse, par les lésions gingivales pré-existante à la grossesse et par l’irritation locale sont impliqués.

L'épulis gravidique peut apparaître à chaque grossesse avec le même endroit ou à différents endroits.

Les formes fibreuses ont été comparés avec les tumeurs desmoïdes et représentent une réaction fibreuse exaggeraqted d'origine estrogènes à une irritation locale.

Anatomie pathologique:

- l'épithélium de surface est acanthosique, et le tissu conjonctif est oedematited;

- le granulome télangiectasique peuvent être présents;

- l'épulis inflammatoires, fibreux ou géant cellulary.

Diagnostic:

- tumeur de petite taille, rouge, pédiculées ou sessiles à surface irrégulière. Il se développe préférentiellement au niveau de la gencive antéro-supérieure.

- il peut obtenir un diamètre de jusqu'à 1-2 cm, peut s'insinuer dans l'espace interdentaire, dans "bisack"; évoluant vers la voûte palatine.

- il peut coexister avec la gingivite gravidique.

Evolution et complications:

- il apparaît dans le trimestwer 3-ème de la grossesse et régresse habituellement spontanément après la naissance.

- il peut faire ulcérée et deviennent douloureux.

Traitement:

- supervision, de l'hygiène bucco-dentaire rigoureuse, le retrait de la fractors irritant local.

- extirpation chirurgicale au moyen du bistouri électrique ou la cryothérapie sont exécutés, si elle est douloureuse, inesthétique ou persiste après la naissance.

**L'aphtose récurrente**

Il est fréquent pendant la grossesse.

Diagnostic:

- la sensation de brûlure et une douleur locale, accentué par le contact avec les aliments plus d'acide;

- hypersalivation;

- les lésions ont des dimensions variables, allant de formes miliaire en place à la plus gigantesque, situé sur la membrane muqueuse de la lèvre inférieure, le frein de la langue, le fossé vestibulaire et le bord de la languette;

Evolution:

L'affection peut disparaître spontanément en 6-8 jours, mais accompagnée par l’apparition d’aphtes d’autres dans les zones voisines. Les aphtes géants peuvent laisser fibreux, les cicatrices rétractiles après la guérison.

Traitement:

Le traitement consiste dans la peinture locale avec de la glycérine de borate ou de gentiane pourpre.

**Le pemphigus vulgaire / Le Pemphigus maligne**

Il s'agit d'une stomatite de type bulleuses, caractérisée par des manifestations buccales et cutanées avec une évolution sévère. Comme un traitement, des mesures de contraception sont recommandés, ou, après l'apparition de la grossesse, l'avortement thérapeutique.

**La pathologie salivaire**

**Le Sialorrhée**

C'est un symptôme qui apparaît au début de la grossesse et est souvent accompagné par le vomissement non-alimentaire matinale. Sialorrhée est associée par modification du pH salivaire, respectivement par la diminution de sa, qui favorise le développement de la flore buccale karyogene.

**La pathologie dentaire**

Ce type de pathologie est le plus important est apparu pendant la grossesse.

**La carie dentaire**

Il est un processus irréversible chronique destructrice caractériser les tissus durs de la dent, accompagnée par la nécrose des tissus dentaires et l'infection de l'pulpa. Il est classiquement a déclaré que &quot;chaque grossesse coûte une dent les femmes&quot;, en considérant que ce fait serait dû à la mobilisation du calcium dans les dépôts, c'est au niveau des dents, ainsi, fait qui n'était pas encore confirmée . Le calcium se trouve sous forme cristallisée au niveau de la dent, la forme qui est très stable. Les dents complètement formés ne participe pas au métabolisme du calcium.

Étiopathogénie:

Les facteurs suivants sont impliqués dans l'étiopathogénie:

- le changement du pH de la salive;

- l'exacerbation de la flore buccale (à travers l'anergie la grossesse et le manque d'hygiène buccale correcte);

- augmentation de la consommation d'hydrates de carbone, en particulier disaccharides, en changeant les habitudes alimentaires (également mis en évidence par le gain de poids excessif);

- hypovitaminoses protéique et la carence en calcium;

- carence en fluor (avec le rôle essentiel pour assurer la résistance de la structure cristalline de l'émail);

- de la femme enceinte d'âge (moins de 20 ans et plus de 35);

- la parité (les tertipara et multipares);

- l'âge de la grossesse (le terme 2-ème);

- la prédisposition de sexe féminin pour l'apparition de caries dentaires (24,8%) plutôt que de sexe masculin (24,1%);

- la qualité de la structure dentaire (facteur constitutionnel);

- la forme anatomique de la dent.

Diagnostic:

Le diagnostic est le même que chez les femmes non enceintes.

- la perte de substance au niveau de la dent remplacé par un tissu légèrement décrépit dentaires par des murs solides souvent en émail seulement; la pénétration d'aliments fermentés émet une odeur malodorante.

- la douleur locale spontanée ou provoquée.

Traitement:

1. La prophylaxie:

- rigoureuses d'hygiène buccale;

- bonne alimentation, riche en vitamines et protéines;

- dispensarisation dentaire dès le début de la grossesse avec l'identification correcte et le traitement des lésions initiales.

2. Le traitement curatif:

- l'duringn curative traitement sera effectué ainsi que la grossesse à l'extérieur, avec l'amendement de la sédation de la femme enceinte.

- la Xylocaine 2% est recommandée, 4 ml au plus;

- il ne remplit pas les traitements recommandés dans le complexe du 1-er et 3 ème termes, le mieux est la 2-ème Période terme, qui est la période la plus stable de la grossesse.

**L'hyperesthésie dentaire**

Elle apparaît dans des conditions chaudes et froides de la ville pendant la mastication des aliments durs ou à l'acide.

Il apparaît très tôt et constitue un indicateur précoce de la grossesse présence, elle-même ses maintien pendant toute la durée.

Le mécanisme étiopathogénique est inconnu. Cependant, il incrimine hyperémie des tissus dentaires et diminuer le seuil de sensibilité du nerf trijumeau.

Le traitement consiste généralement en l'administration d'analgésiques, et dans le traitement local avec le fluor, pâtes alcalins et des anesthésiques.

**La mobilité dentaire**

Il apparaît assez fréquemment dans la grossesse et après la naissance améliore spontanément.

Il peut être situé au niveau du groupe dentaire ou généralisée, d'être liée au degré de la maladie parodontale ou de la gingivite, et à la détente de l'appareil ligamentaire sous l'influence des changements hormonaux pendant la grossesse.

**La pathologie de la molaire sagesse**

Il s'agit d'une pathologie fréquemment rencontrée assez. Lui-même manifeste pericoronary par l'infection du sac, accompagnée par l'extension ou non adjacentes à des tissus, avec la possible l'évolution vers un abcès et la adenophlegmon.

Le traitement a demandé à être rapide et consiste en l';administration d'antibiotiques, suivie souvent par l'extraction dentaire.

**L'influence des affections dentaires sur l'évolution de la grossesse**

Une condition buccale déficiente, en particulier les apical et les Infections parodontites, peuvent représenter des sources de diffusion des infections à distance: glomurelo-néphrites, pyelonephrites, sinusites, ou même meningites septicaemiae, avec une évolution sévère, parfois mortelle.

Les symptômes des lésions dentaires qui peuvent être la première avance pour le diagnostic du VIH / SIDA, un facteur très important dans le dispensarisation de la grossesse.

L'exploration échographique de la notion de produit permet d'établir le diagnostic de certaines malformations orale et le palais (syndrome cérébro-costo-mandibulaire, épulis congénitale, de la lèvre ou du palais cleavings velo), la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse et l'évolution des préparatifs de la nécessaire intervention immédiatement le nouveau-né après l'expulsion.

De nombreux auteurs soulignent sur l'importance de la pathologie parodontale et de la charge microbienne buccale avec la mère dans le déterminisme de la naissance prématurée de la muqueuse buccale et de l’infection chez le nouveau-né, impliqué dans l’étiologie de cavités avec la dentition termporary. Il est considéré que la présence de l’d’une infection parodontale infracliniques endogènes avec germes à Gram négatif Promouvoir peut représenter le facteur de la naissance prématurée, soit que les lipopolysaccharides (LPL, endotoxines) ou en stimulant l’inflammation secondaire des intermédiaires, tels que la prostaglandine E2 ou l’interleukine 1 ß.

**Les traitements dentaires à la grossesse**

Les traitements stomatologiques appliquée lors de l'évolution de la grossesse doivent respecter les principes suivants:

- la surveillance rigoureuse odonto-stomatologiques.

- l'exécution du traitement de spécialité, depuis:

\* une dent infectée représente un accent local infectieuses qui peuvent devenir accute;

\* un accent infectieuse chronique peut iduce infections généralisées à distance: endo-cardites, rhumatismes infectieux, glomeruro-néphrites, les manifestations digestives.

- les techniques actuelles permettent la réalisation du traitement, dans des conditions de confort avec un minimum de risques concernant l'avortement spontané et la naissance prématurée.

- toutefois, precouciousnesss recommandé dans la réalisation des interventions laborieux dans le terme 1-er de la grossesse et au cours des 2 dernières semaines, bien sûr, avec le ccueil des situations d'urgence.

La conduite préventive comprend:

- que la consultation stomatologique doit être fait dans le firtst 2 mois de la grossesse;

- que l'alimentation doit être rationnelle et équilibrée;

- que l'éducation à la santé devrait être de haute qualité et comprennent:

\* une hygiène rigoureuse locales;

\* une approche systématique dentaires brossage et l'utilisation de gels au

fluor;

\* un contrôle périodique tous les 2 mois.

La conduite curative doit être appliquée dans les mêmes conditions que la grossesse en dehors, avec les mentions suivantes:

• les extractions dentaires et les interventions chirurgicales seront aussi longtemps que possible, être effectuées dans le e-terme 2 de grossesse, à l'exception des situations d’urgence;

• l’examen radiologique sera limitée à 10 rad ou à éviter, car il est dangereux pour la foetus, son action tératogène maximum allant de la 1-er au-ème mois 5, c’est pourquoi l’utilisation de la-rapide de films ultra et de la protection des tabliers aplomb est recommandé;

• anesthésie locale ou loco-régional avec une Xylocaine 2% (4 ml, tout au plus, la résorption de 90-120 minutes) sont autorisés, et un vasoconstricteur (adrénaline à très faibles doses); anesthésie générale peut être recommandé à tout moment de la grossesse, mais il est préférable dans les 2 - e trimestre de la gestation;

• l’utilisation de la prémédication est recommandée chez tous les patients anxieux; • le positionnement de la femme enceinte pendant les traitements doivent éviter l’apparition de la latéro-decubite hypotenseur syndrome de gauche et le relèvement du droitde la hanche avec un oreiller ou un traversin;

• la durée du traitement doit être aussi courte que possible;

• si le fonctionnement de prothèse sont nécessaires, nous devrions opter pour les intérimaires;

• l’administration de l’antibiotiques et anti-inflammatoires antalgiques doit être évitée;

• nous ne devons pas oublier de faire appel à la psycho-prophylaxie afin de retirer l’anxiété de la femme enceinte.