

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

Mots-clés: Soins buccodentaires, femme enceinte, dentiste, enquête

EGEA LUC¹
 NADIN COULIBALY¹
 JULIEN DEMOERSMAN¹
 HERVÉ BOUTIGNY²
 ASSEM SOUEIDAN¹

¹ Département de parodontologie,
 UFR d'odontologie, 1, place
 A. Ricordeau, 44042 Nantes cedex 2

² Département de parodontologie,
 UFR d'odontologie, place Verdun,
 59000 Lille

Correspondance

Professeur Assem Soueidan
 Département de parodontologie,
 UFR d'odontologie
 1, place A. Ricordeau,
 44042 Nantes cedex 2
 assem.soueidan@univ-nantes.fr



Resumé L'objectif de cette étude était d'analyser à l'aide d'un questionnaire les connaissances et les pratiques des chirurgiens-dentistes concernant la prise en charge buccodentaire de la femme enceinte. Ce questionnaire portait sur la relation entre les infections buccodentaires et les complications de la grossesse, ainsi que sur l'attitude des praticiens quant à la réalisation des soins pendant la grossesse, ainsi que leur formation dans ce domaine.

Le questionnaire a été distribué à 613 praticiens, le taux de participation était de 42%, avec 259 réponses. Les résultats indiquent que 53,9% des patientes enceintes ne sont pas adressées par un professionnel de la grossesse. Seulement 59,8% des praticiens pensent que l'anesthésie dentaire n'est pas

contre-indiquée. La majorité d'entre eux réalisent durant toute la période de la grossesse la motivation à l'hygiène (90,7%), le drainage d'un abcès (82,2%), le détartrage (76,1%), la pose d'une contention (74,1%), les soins de caries (70%) et la prothèse amovible (67,2%). En outre, la plupart des praticiens estiment que la période la plus propice pour les soins est le deuxième trimestre ou après la grossesse.

Ces résultats indiquent l'existence d'une inadéquation entre la prise en charge des femmes enceintes et les données acquises de la science. Par ailleurs, les résultats soulignent la nécessité de renforcer la formation initiale des étudiants en chirurgie dentaire, mais aussi de développer la formation continue des praticiens sur ce sujet.

Introduction

La grossesse est un état physiologique caractérisé par d'importantes modifications hormonales (augmentation des taux d'œstrogène et de progestérone) et immunitaires pouvant avoir des répercussions buccodentaires chez la femme enceinte. L'élévation du taux de progestérone induit une vasodilatation générale, et donc une augmentation de la perméabilité capillaire, avec pour conséquence une susceptibilité accrue des muqueuses buccales aux agressions bactériennes (AGDO-GODEAU 2002, BEN LAGHA ET COLL. 2003), favorisant ainsi l'apparition des gingivites, notamment la gingivite gravidique et l'épulis gravidique, et l'installation et la progression des parodontites. Par ailleurs, les modifications quantitatives et qualitatives de la salive avec l'augmentation de l'acidité et la chute du pouvoir tampon contribuent à une augmentation du risque d'érosion dentaire, du risque carieux et à une progression plus rapide des lésions carieuses préexistantes (SILK ET COLL. 2008, ACHARYA ET COLL. 2009).

Les infections buccodentaires chez la femme enceinte peuvent entraîner des complications obstétricales et compromettre l'issue de la grossesse. Depuis les travaux d'OFFENBACHER ET COLL. en 1996 qui ont établi une association entre parodontites et accouchement prématuré (OFFENBACHER ET COLL. 1996), plusieurs études ont montré que l'infection parodontale pourrait être un facteur de risque pour l'accouchement prématuré avant la 37^e semaine de gestation ou la naissance de bébés de faibles poids inférieurs à 2500 g (OFFENBACHER ET COLL. 2006, XIONG ET COLL. 2006, AGUEDA ET COLL. 2008, HEIMONEN ET COLL. 2009, POLYZOS ET COLL. 2009), et la prééclampsie (CONDE-AGUDELO ET COLL. 2008, RUMA ET COLL. 2008, SIQUEIRA ET COLL. 2008, HA ET COLL. 2011). Plusieurs mécanismes sont avancés pour expliquer le rôle des infections parodontales (MCGAW 2002). Le premier suppose que certaines bactéries parodontopathogènes telles que *Porphyromonas gingivalis* et *Fusobacterium nucleatum* passent dans le sang et induisent une bactériémie au niveau systémique. Ces bactéries atteindraient ensuite l'utérus par voie sanguine, et seraient à l'origine de contractions utérines précoces. Le deuxième implique les médiateurs de l'inflammation sécrétés pour lutter contre les infections parodontales. Ces cytokines, dont le TNF- α , IL-1, IL-6, et la PGE₂ seraient véhiculées dans le sang jusqu'à l'unité foeto-maternelle, traverseraient la barrière placentaire et induiraient des contractions utérines précoces, favorisant un accouchement prématuré et/ou la naissance de bébés de faible poids (AGUEDA ET COLL. 2008, DRIDI ET COLL. 2008). Le mécanisme évoqué pour étayer le lien entre les maladies parodontales et la prééclampsie serait similaire. L'association est d'autant plus forte que la parodontite est sévère ou progressive (XIONG ET COLL. 2006, CONDE-AGUDELO ET COLL. 2008). Par ailleurs, plusieurs études montrent que les thérapies parodontales au cours de la grossesse réduisent l'incidence des prématurités et du faible poids du bébé à la naissance (OFFENBACHER ET COLL. 2006, POLYZOS ET COLL. 2009, JEFFCOAT ET COLL. 2011).

L'agence nationale d'accréditation en santé en France recommande un examen clinique systématique dès le début de la grossesse et un examen dans les six mois qui suivent, avec une surveillance obstétricale accrue et une prise en charge particulière des femmes enceintes atteintes de maladies parodontales (ANAES 2002). Mais la problématique de la prise en charge buccodentaire est souvent posée au cours de la grossesse. Paradoxalement, l'idée est généralement répandue que certains soins dentaires sont à risque, voire contre-indiqués pendant la grossesse.

De nombreuses études montrent qu'il n'existe aucune contre-indication à prodiguer des soins dentaires pendant la grossesse, et qu'il n'y a pas lieu de différer les soins s'ils s'avèrent nécessaires (BOGESS ET COLL. 2006, JEFFCOAT ET COLL. 2007, CAVALIERE ET COLL. 2008, MINOZZI ET COLL. 2008, GIGLIO ET COLL. 2009). Un rapport de l'Académie américaine de parodontologie recommande que les femmes enceintes puissent bénéficier d'un examen parodontal et que les traitements nécessaires comme le détartrage ou le surfaçage radiculaire peuvent être réalisés pendant la grossesse (AAP 2004). Le guide de bonne pratique des soins dentaires chez la femme enceinte du Département de la santé de l'Etat de New York conseille d'effectuer tous les soins dentaires nécessaires pendant la grossesse, en précisant que le 2^e trimestre est la période la plus favorable (KUMAR 2006). Les données de la science sont donc convergentes concernant la pertinence et la faisabilité des soins dentaires chez la femme enceinte. Mais ces données semblent être méconnues par les professionnels de la santé en général. Plusieurs études, en dehors de la France, ont évalué les connaissances des chirurgiens dentistes; certaines ont conclu que les chirurgiens dentistes sont conscients de l'association entre les maladies parodontales et les complications de la grossesse, sans que cela influe directement sur la prise en charge des femmes enceintes (GIGLIO ET COLL. 2009, WRZOSEK ET COLL. 2009). Une enquête brésilienne (ZANATA ET COLL. 2008) a montré que des enseignements sur les soins dentaires pendant la grossesse sont reçus par les praticiens, mais les connaissances restent très variables, et il y a souvent un décalage avec les données de la science. Une enquête réalisée dans le Connecticut (PINA ET COLL. 2011) a révélé que de nombreux chirurgiens dentistes (55%) ont déclaré ne pas être complètement rassurés pour traiter les patientes enceintes, et la majorité d'entre eux est favorable pour un traitement buccodentaire durant le second trimestre de la grossesse, de plus la plupart ne suivent pas les directives concernant la prescription médicamenteuse.

L'objectif de ce travail est de faire un état lieux au sujet de la prise en charge de la femme enceinte auprès des chirurgiens-dentistes sur les bases de données déclaratives en réponse à un questionnaire.

Matériels et méthode

Le questionnaire se présente sous la forme de questions à choix multiples pour pouvoir être complété de manière simple et rapide. Il a été d'abord testé sur un faible échantillon, afin de corriger d'éventuelles incompréhensions et de l'améliorer. Ce questionnaire a été distribué à 544 chirurgiens dentistes participant aux journées de formation continue ainsi qu'aux journées de formation à la radioprotection au sein de la Faculté de chirurgie dentaire de Nantes, durant une période allant du 16 octobre 2008 au 15 décembre 2009. 69 étudiants en troisième cycle d'études odontologiques de l'année 2009/2010 ont également été sollicités afin d'évaluer leur niveau de connaissances à l'issue de leur formation initiale.

Résultats

Sur les 613 personnes interrogées (544 dentistes et 69 étudiants) qui ont reçu le questionnaire, 259 ont répondu (241 dentistes et 18 étudiants), soit 93,1% de praticiens libéraux et 6,9% d'étudiants. Le taux de participation à cette enquête est donc de 42%.

L'année d'obtention du diplôme des chirurgiens dentistes participants se situe entre 1968 et 2010; la moyenne est autour

de 1990, et l'année médiane est 1988. Parmi les chirurgiens dentistes enquêtés, 49,8% reçoivent souvent en consultation des femmes enceintes dans leur cabinet dentaire, et 47,1% en reçoivent rarement (fig. 1, 2).

La majorité des femmes enceintes viennent en consultation pour une douleur d'origine dentaire (76,8%), pour un bilan buccodentaire (71,2%) ou pour des raisons parodontales (69,3%). Elles ne sont généralement pas adressées par le professionnel de la santé qui suit la grossesse (53,9%) (fig. 3).

59,8% des praticiens interrogés estiment que l'anesthésie dentaire n'est pas contre-indiquée chez la femme enceinte, mais 44% considèrent qu'elle peut présenter un risque pendant la grossesse; le risque serait principalement lié à la toxicité du produit pour le fœtus (46,5%). Cependant, les praticiens plus jeunes, dont 77,8% des étudiants en TCE01, estiment que l'anesthésie dentaire est sans risque pour la grossesse (fig. 4).

89,6% des praticiens prescrivent des antibiotiques à leurs patientes enceintes en cas de besoin; l'amoxicilline est la molécule la plus prescrite (78,4%), puis les macrolides (29,3%), la spiramycine (10,8%) et le métronidazole (8,2%). 2 praticiens ont déclaré prescrire des tétracyclines (fig. 5).

Pour la plupart des praticiens, la motivation à l'hygiène (90,7%), le drainage d'un abcès (82,2%), le détartrage (76,1%), la pose d'une contention (74,1%), les soins de caries (70%) et la prothèse amovible (67,2%) sont considérés comme étant

réalisables quelle que soit la période de la grossesse; 37,7% pour les avulsions dentaires, 23,5% pour le surfaçage et 7,7% pour la chirurgie parodontale (fig. 6).

84,9% des chirurgiens dentistes pensent qu'une infection buccodentaire peut présenter un risque pour la grossesse. Les principaux risques cités sont la menace d'accouchement prématuré (53,6%) et la naissance d'enfants prématurés de faible poids (45%). Le risque de prééclampsie est moins évoqué par les praticiens (14,1%) (fig. 7).

La gingivite gravidique (91,3%), les saignements gingivaux (88,9%) de même que l'épulis gravidique (61,8%) sont les pathologies les plus citées par les chirurgiens-dentistes comme étant les manifestations buccodentaires les plus fréquentes lors de la grossesse (fig. 8).

56,4% des chirurgiens-dentistes interrogés ont reçu des enseignements sur la prise en charge buccodentaire de la femme enceinte. 84,2% d'entre eux déclarent n'avoir eu aucune formation continue sur le sujet, et 81,8% sont intéressés par des formations continues (fig. 9).

Discussion

Le taux de réponse au questionnaire est d'environ 1 sur 2, ce qui nous permet de dire que l'échantillon est représentatif dans une population de praticiens qui sont cependant impliqués par

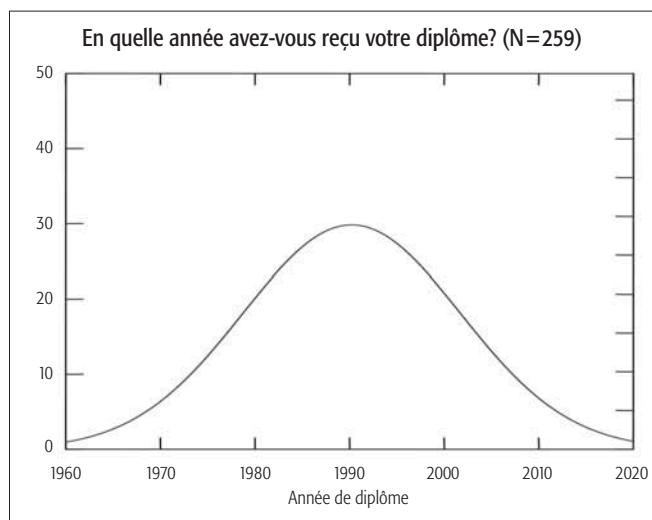


Fig. 1 Année d'obtention du diplôme

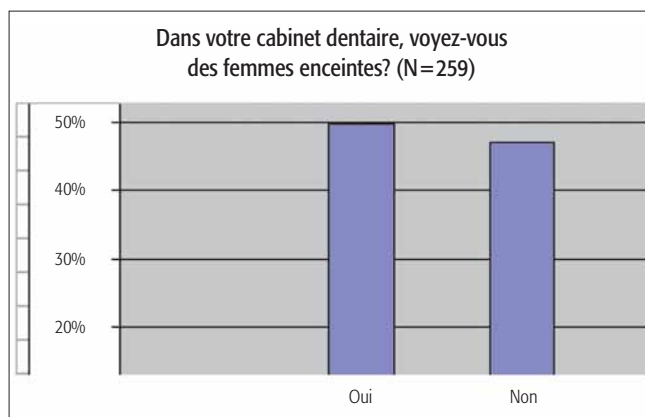


Fig. 2 Demande de consultation au cabinet

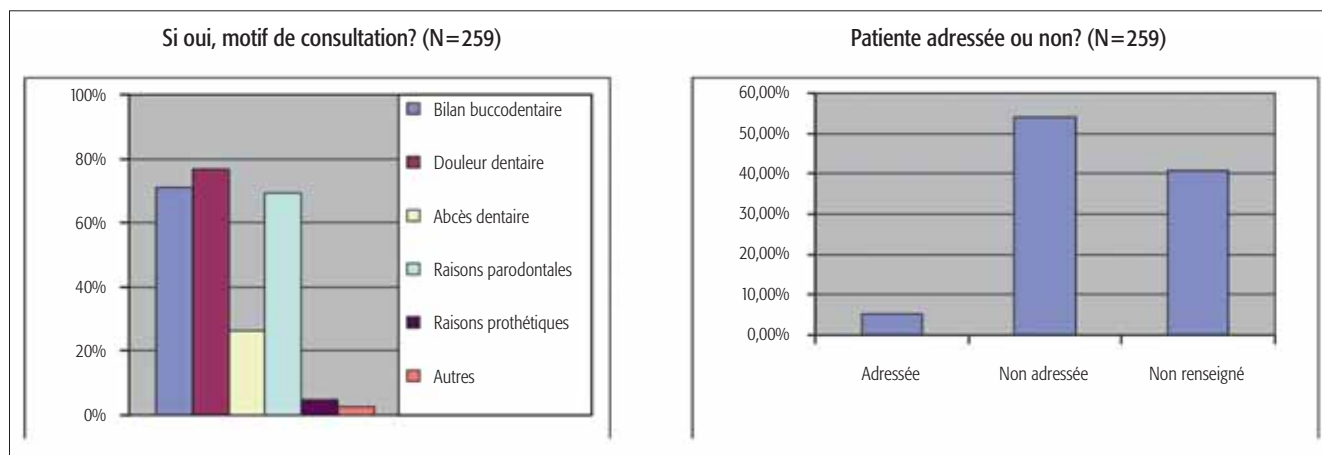


Fig. 3 Motifs de consultation buccodentaire pendant la grossesse

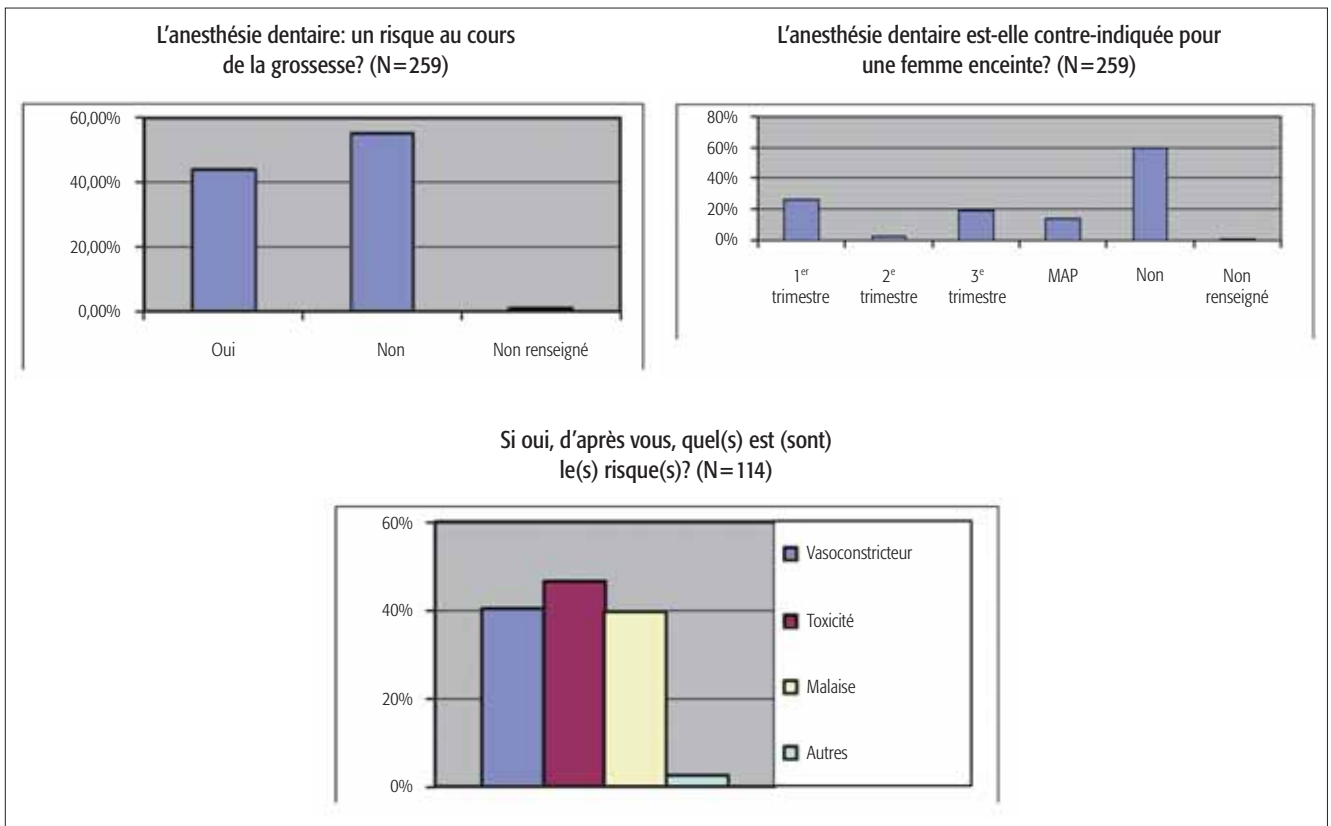


Fig. 4 Utilisation de l'anesthésie dentaire chez la femme enceinte. N=114 correspond à ceux qui ont répondu «oui» à la première question sur l'anesthésie.

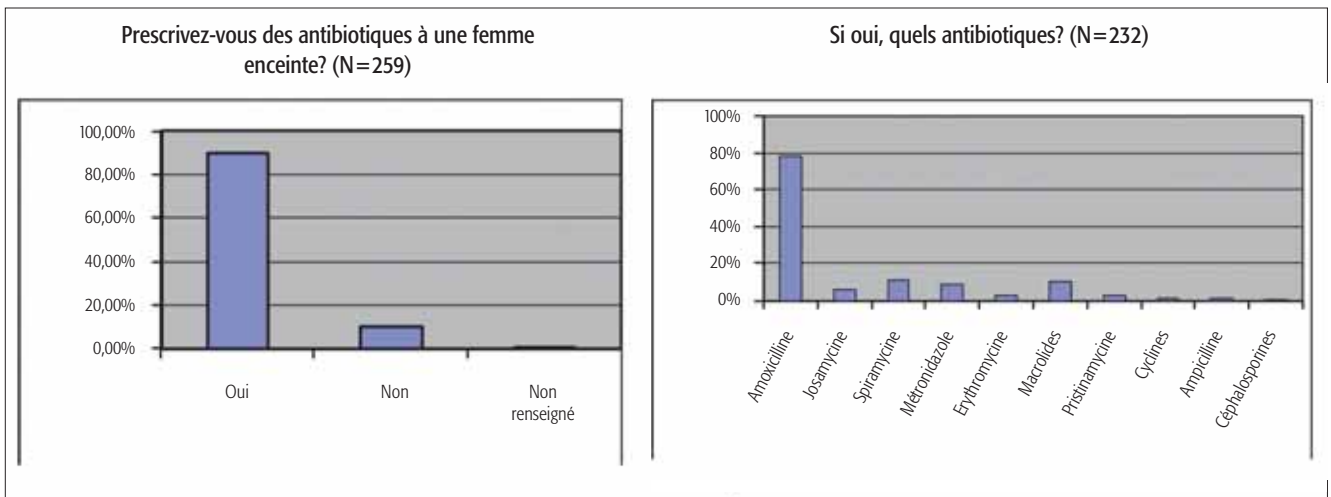


Fig. 5 Prescription des antibiotiques chez la femme enceinte (N=232 réponse oui)

des journées de formation continue. Ceci laisse supposer que la réalité est en dessous de ces chiffres, puisque certains praticiens ne suivent que rarement ou très peu des séances de formation continue.

La question des soins dentaires chez la femme enceinte se pose dans les cabinets dentaires, dans la mesure où 49,8% des praticiens rencontrent souvent ces patientes (fig. 2). Selon eux, elles viennent la plupart du temps pour une douleur d'origine dentaire, pour un bilan buccodentaire, ou pour des raisons parodontales, mais seulement 6% d'entre elles sont adressées par un professionnel de la grossesse (fig. 3). Or, dans le cadre d'une grossesse, les patientes devraient être adressées à leur

chirurgien-dentiste pour recevoir les conseils d'hygiène et les soins buccodentaires adéquats, afin d'éliminer tout foyer infectieux (ANAES 2002, AAP 2004, KUMAR ET SAMELSON 2006). Pour pallier cela, il serait utile d'inclure cette consultation dans les examens de routine à réaliser au début de la grossesse. S'il est difficile sur le plan pratique de systématiser ce type de bilan, il serait intéressant d'inclure dans les protocoles obstétricaux un questionnaire élaboré en collaboration avec des chirurgiens dentistes, sur l'état et le suivi buccodentaire, à l'attention des praticiens encadrant la grossesse, qui pourrait permettre de repérer les patientes présentant un risque infectieux potentiel d'origine dentaire, et de les orienter alors vers un chirurgien-dentiste.

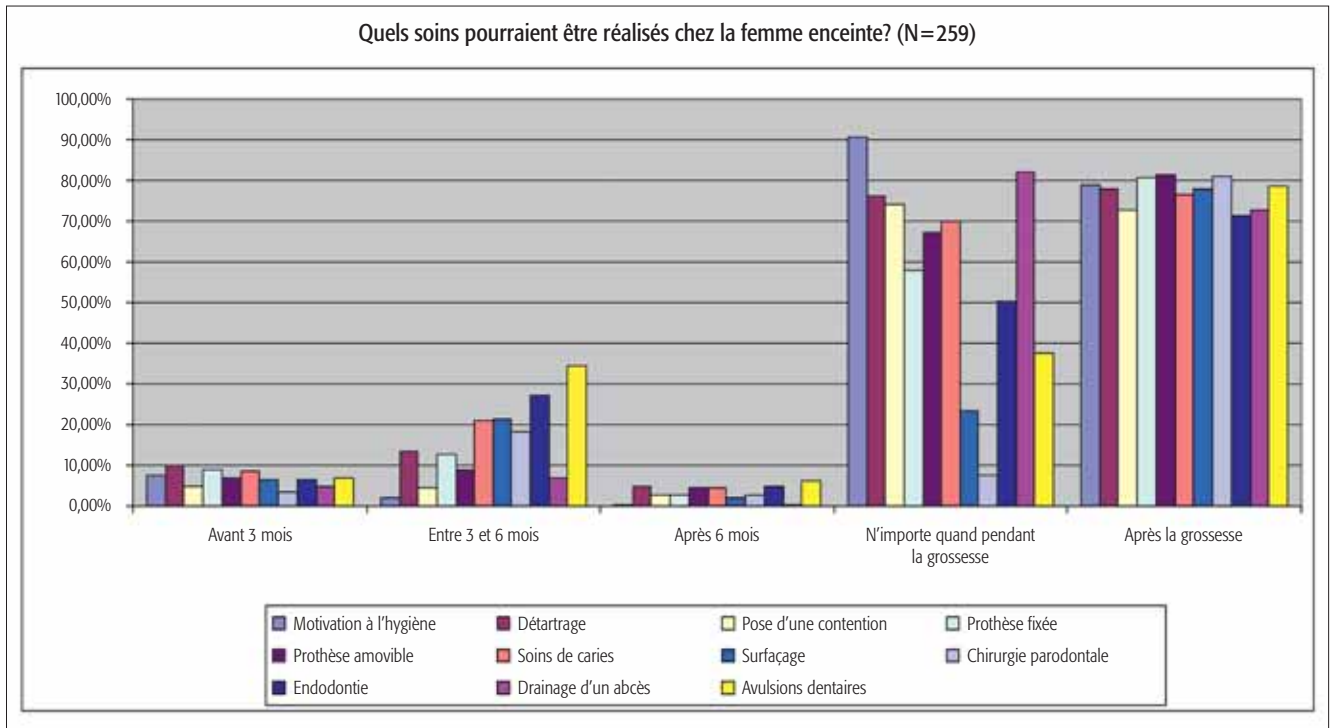


Fig. 6 Réalisation des soins buccodentaires chez la femme enceinte

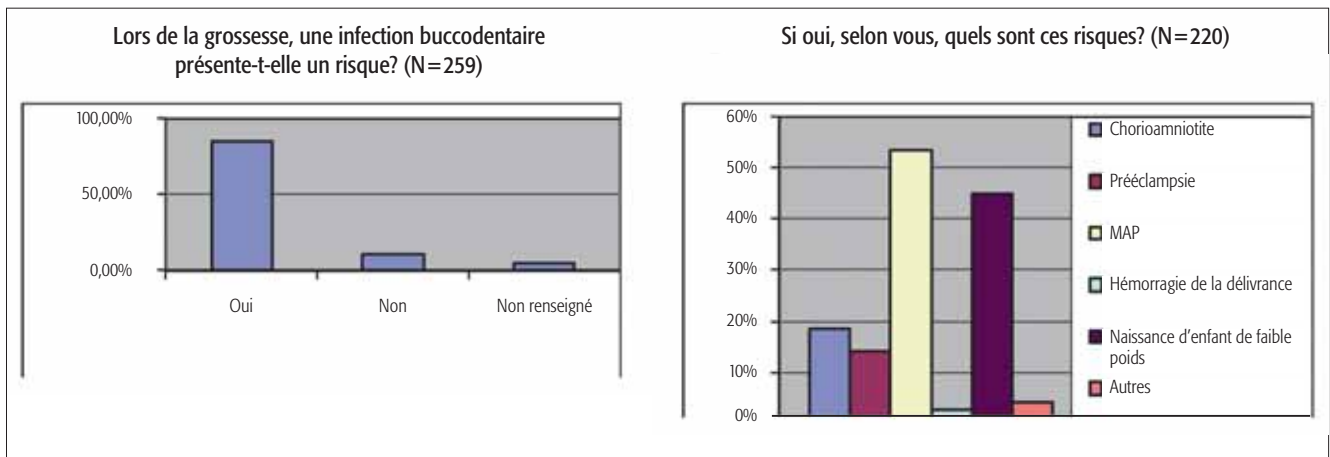


Fig. 7 Répercussions des infections buccodentaires sur la grossesse (N=220 réponse oui)

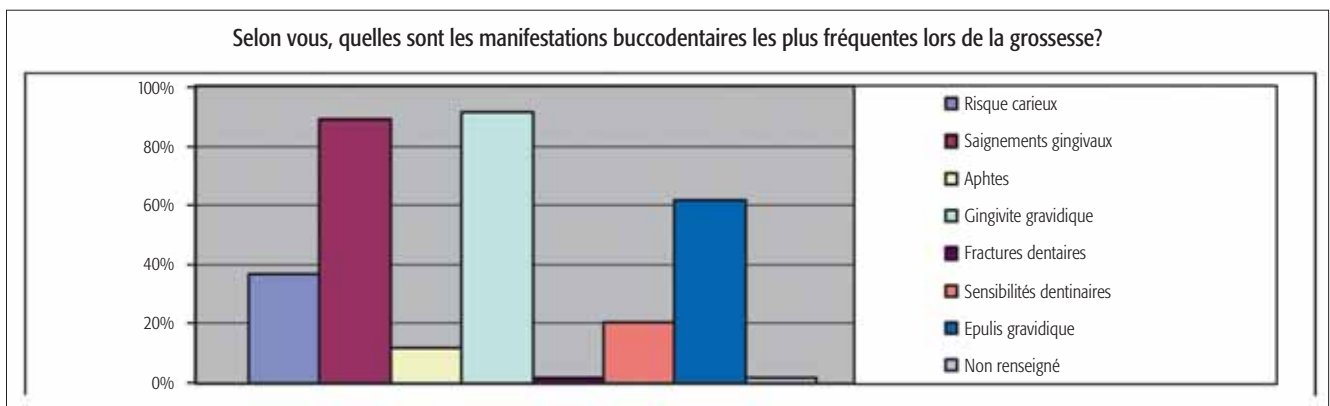


Fig. 8 Manifestations buccodentaires de la grossesse

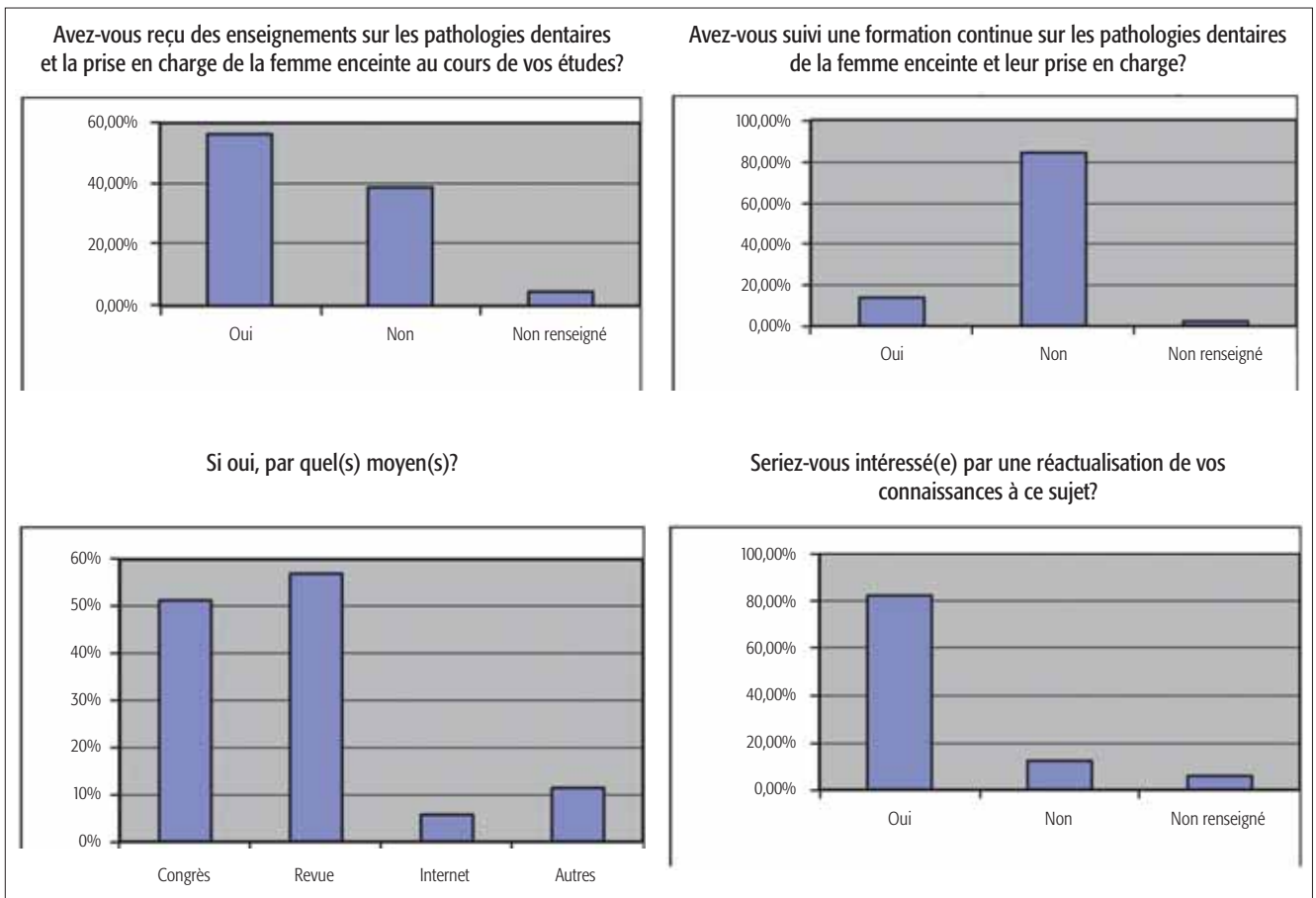


Fig. 9 Formation des praticiens sur la prise en charge buccodentaire de la femme enceinte

Les manifestations buccodentaires de la grossesse sont largement citées pour la gingivite gravidique, les saignements gingivaux et l'épulis gravidique (fig. 8). Concernant les risques de complications de la grossesse liés aux infections buccodentaires, les études bien que controversées indiquent qu'une infection d'origine dentaire pourrait augmenter le risque d'accouchement prématuré, de prééclampsie ou d'un enfant prématuré de faible poids de naissance. Les principales réponses formulées par les praticiens sont la menace d'accouchement prématuré, et la naissance d'enfant prématuré de faible poids de naissance. De nombreux travaux ont concerné ces deux complications obstétricales. En revanche, alors que des articles récents argumentent sur une association entre prééclampsie et parodontites (CONDE-AGUDELO ET COLL. 2008, RUMA ET COLL. 2008, SIQUEIRA ET COLL. 2008), seulement 14,1% des chirurgiens dentistes ont estimé qu'une infection buccodentaire peut être un facteur de risque important de la prééclampsie.

La comparaison des résultats de cette enquête aux données actuelles de la littérature permet de constater que les chirurgiens dentistes ont certes des connaissances concernant la relation entre les infections buccodentaires et les complications de la grossesse, mais des imprécisions et des lacunes demeurent, ce qui pourrait avoir un impact sur la qualité de la prise en charge des femmes enceintes.

Concernant l'attitude des chirurgiens dentistes lors de la prise en charge buccodentaire des femmes enceintes, la figure 4 montre les résultats au sujet de l'anesthésie dentaire de la femme enceinte. A ce sujet, les données de la science n'ont rapporté aucun risque ni de contre-indication à sa réalisation pendant la grossesse. Pourtant, 44% des chirurgiens dentistes interrogés

considèrent que cet acte peut présenter un risque chez la femme enceinte, et seulement 59,8% estiment qu'elle n'est pas contre-indiquée pendant la grossesse. Les risques seraient liés à certaines molécules contenues dans le produit anesthésique, qui peuvent traverser la barrière placentaire et sont potentiellement toxiques pour le fœtus (46,5%), ou au vasoconstricteur qui peut déclencher des contractions utérines (40,4%) ou engendrer un malaise chez la femme enceinte (39,5%). Malgré tout, nous notons qu'en toute logique, plus le praticien est jeune, plus ses réponses se rapprochent des données récentes de la littérature. Toutefois, chez les étudiants de TCEO1 de l'année 2009/2010, 22,2% considèrent que l'anesthésie peut présenter un risque pendant la grossesse, ce qui est plutôt surprenant, mais qui pourrait s'expliquer par un excès de prudence et/ou par un manque d'expérience.

Concernant les antibiotiques, 89,6% des praticiens en prescrivent à leur patiente enceinte, l'amoxicilline étant le plus largement prescrit (78,4%), puis viennent la spiramycine (10,8%), les macrolides (29,3%) et le métronidazole (8,2%), ce qui est conforme aux données actuelles de l'AFSSAPS (AFSSAPS 2005). Mais on remarque également que 2 praticiens (0,9%) prescrivent des cyclines pendant la grossesse, antibiotiques qui sont pourtant formellement contre-indiqués chez la femme enceinte du fait des colorations qu'ils engendrent sur les germes dentaires de l'enfant à naître.

La figure 6 fait référence aux actes buccodentaires pouvant être réalisés par les chirurgiens-dentistes chez les femmes enceintes. Pour les soins pouvant être réalisés à n'importe quel moment de la grossesse, les réponses diffèrent beaucoup en fonction de l'acte: alors que la motivation à l'hygiène, le détar-

trage, la pose d'une contention, la prothèse amovible, les soins de caries et le drainage d'un abcès sont considérés pour la plupart des praticiens comme étant réalisables quelle que soit la période de la grossesse, seulement 1 praticien sur 2 pense que la prothèse fixée et l'endodontie peuvent être réalisés chez la femme enceinte sans tenir compte du terme de la grossesse, et une minorité sont de cet avis concernant le surfaçage, dont le bénéfice est pourtant démontré sur le risque de l'accouchement prématuré, en particulier lorsque le traitement parodontal atteint ses objectifs (JEFFCOAT ET COLL. 2011). D'une manière générale, les chirurgiens dentistes estiment que la période la plus propice pour les réaliser est pendant le deuxième trimestre. Il est possible que ces actes soient considérés comme sûrs pendant la grossesse, soit parce qu'ils peuvent être réalisés sans anesthésie, même si nous savons que certains soins conservateurs nécessitent une anesthésie, soit parce que les praticiens pensent que ces actes ne présentent que peu de risques de diffusion bactérienne dans la circulation générale. Or, le drainage d'un abcès, par exemple, peut induire une bactériémie. Le surfaçage et la chirurgie parodontale sont principalement reportés après la grossesse. Moins de 1 praticien sur 4 les réalisent chez la femme enceinte, et cette proportion baisse à moins de 1 sur 5 pour la chirurgie parodontale. Les avulsions dentaires sont effectuées par 34,4% des praticiens entre le 3^e et le 6^e mois de la grossesse, par 37,7% quelque soit le terme, et la plupart des autres les reportent après l'accouchement. Ces données ne sont que partiellement conformes aux données actuelles de la littérature, qui rappellent qu'à partir du moment où un traitement est médicalement justifié et s'avère nécessaire à la bonne santé de la patiente, l'état de grossesse n'est pas un argument suffisant pour différer ce traitement. Les études ont montré que les soins buccodentaires ne peuvent influencer à eux seuls l'issue d'une grossesse, alors que la persistance de foyers infectieux latents peut être préjudiciable à son bon déroulement.

Au sujet de la formation des praticiens, parmi les chirurgiens-dentistes interrogés, 56,4% déclarent avoir reçu des enseignements sur la prise en charge buccodentaire de la femme enceinte, alors que 39% déclarent n'en avoir pas reçu. D'autre part, les praticiens ayant reçu ces enseignements sont globalement plus jeunes que les praticiens n'en ayant pas reçu, ce qui explique que 84,2% des praticiens de l'étude déclarent n'avoir eu aucune formation continue sur le sujet. En effet, cette enquête a mis en lumière des lacunes, des incertitudes qui conduisent à des attitudes parfois inadaptées, des discours contradictoires concernant la prise en charge buccodentaire des femmes enceintes, et des décisions le plus souvent non basées sur des données scientifiques. Il est regrettable qu'aujourd'hui encore une femme enceinte ne puisse pas bénéficier des soins nécessaires à l'élimination d'une infection qui pourrait avoir de graves conséquences pour la mère comme pour l'enfant à naître. Cet état de fait pourrait s'expliquer par l'absence de recommandations de bonnes pratiques officielles claires, le manque de sensibilisation des patientes et le manque de formation des professionnels de santé, qui expriment un besoin réel de formation continue dans ce domaine.

Conclusion

Les manifestations buccodentaires de la grossesse sont clairement décrites et ne présentent pas d'ambiguïté: la femme enceinte présente un risque majoré de pathologies dentaires et parodontales. Selon les données de la littérature scientifique, la tendance actuelle est de considérer que les infections buccodentaires non traitées pourraient entraîner une augmentation du risque d'accouchement prématuré, de naissances d'enfants prématurés de faible poids, et/ou de prééclampsie. De même, les études récentes montrent que les soins dentaires sont tout à fait réalisables chez les femmes enceintes et ont des effets bénéfiques sur le déroulement de la grossesse.

Cette enquête a permis de faire un état des lieux des connaissances et de la nature de la prise en charge buccodentaire des femmes enceintes par les chirurgiens dentistes en France. Elle révèle que les connaissances sont réelles mais incomplètes. Une meilleure formation sur ce sujet est donc nécessaire; elle devrait passer par le développement de la formation initiale et continue des chirurgiens dentistes et de l'ensemble des professionnels de la grossesse, afin non seulement de donner des outils aux sages-femmes et aux médecins pour prodiguer des conseils et inciter les femmes enceintes à consulter leur chirurgien dentiste, mais aussi pour une meilleure prise en charge buccodentaire, effective et efficace, pendant la grossesse. Il va sans dire que dans l'idéal, un suivi régulier et un dépistage précoce avant la conception, des maladies parodontales et des foyers d'infection buccodentaire sont les meilleurs outils de prévention pour éliminer tout risque d'origine buccodentaire et pour le bien-être des patientes.

Abstract

Aim: to understand and analyze knowledge and practices of dentists regarding dental care during pregnancy using a questionnaire which focuses on the knowledge of the relationship between oral infections and complications of pregnancy, the attitude of practitioners on the implementation of dental care during pregnancy and the training of practitioners.

Results: 53.9% of pregnant women are not referred by an obstetrician. Only 59.8% of practitioners believe that dental anesthesia is not contraindicated, and most practitioners believe that the best time for care is the second trimester or after pregnancy.

During pregnancy, practitioners realize the motivation for hygiene (90.7%), drainage of an abscess (82.2%), scaling (76.1%), the placement of a splint (74.1%), the treatment of caries (70%), and the removable prosthesis (67.2%).

Conclusion: these results indicate the existence of a gap between the care of pregnant women and the state of the art in dental science, despite current clinical recommendations to deliver all necessary care to pregnant patients during the first, second and third trimester. Moreover, the results highlight the need to reinforce the initial training of dental students, but also to develop the training for practitioners in this field.

Bibliographie

- ACHARYA S, BHAT P V, ACHARYA S:** Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women. *Int J Dent Hygiene* 7: 102–107 (2009)
- AGENCE FRANÇAISE DE SECURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS):** Livret Médicaments et Grossesse: Infectiologie. Version n° 1, octobre (2005)
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES):** Parodontopathies: diagnostic et traitements. Paris, mai (2002)
- AGDO-GODEAU S:** Stomatologie et grossesse. *Encycl Méd Chir, Stomatologie*, 22-050-F-10 *Encycl Méd Chir, Gynécologie/Obstétrique*, 5-045-A-10, (2002)
- AGUEDA A, ECHEVERRIA A, MANAU C:** Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: Review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 13: 609–615 (2008)
- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY (AAP):** American Academy of Periodontology statement regarding periodontal management of the pregnant patient. *J Periodontol* 75: 495 (2004)
- BEN LAGHA N, ALANTAR A, MAMAN L:** La femme enceinte et les soins dentaires. *Rev Prat Gynecol Obstet* 69: 17–20 (2003)
- BOGESS K A, EDELSTEIN B L:** Oral health in women during preconception and pregnancy: Implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J* 10: S169–S174 (2006)
- CAVALIERE T A:** Should elective dental procedures be done during pregnancy? *MCN Am J Matern Child Nurs* 33: 8 (2008)
- CONDE-AGUDELO A, VILLAR J, LINDHEIMER M:** Maternal infection and risk of preeclampsia: Systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 198: 7–22 (2008)
- DRIDI S M, EJEIL A L, GAMGNE G C:** Naissances prématurées spontanées et maladies parodontales: le débat continue! *Rev Odontostomatol* 37: 19–42 (2008)
- GIGLIO J A, LANNI S M, LASKIN D M:** Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc* 75: 43–48 (2009)
- HA J-E, OH K-J, YANG H-J I N:** Oral health behaviors, periodontal disease, and pathogens in preeclampsia: A case-control study in Korea. *J Periodontol* 82: 1685–1692 (2011)
- HEIMONEN A, JANKET S-J, KAAJA R:** Oral inflammatory burden and preterm birth. *J Periodontol* 80: 884–891 (2009)
- JEFFCOAT M K:** Pregnant women in your practice. What do we know? What should we do? *Pa Dent J (Harrisb)* 74: 21–25 (2007)
- JEFFCOAT M, PARRY S, GERLACH RW, DOYLE M J:** Use of alcohol-free antimicrobial mouth rinse is associated with decreased incidence of preterm birth in a high-risk population. *Am J Obstet Gynecol*. 205: 382–386 (2011)
- KUMAR J, SAMELSON R EDs.:** Oral health care during pregnancy and early childhood: Practice guidelines. New York, NY: New York State Department of Health, (2006)
- MCGAW T:** Periodontal disease and preterm delivery of low-birth-weight infants. *J Can Dent Assoc*. 2002 Mar; 68(3): 165–169. Review
- MINOZZI F, CHIPAILA N, UNFER V:** Odontostomatological approach to the pregnant patient. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 12: 397–409 (2008)
- OFFENBACHER S, KATK V, FERTIK G:** Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 67 (Suppl): 1103–1113 (1996)
- OFFENBACHER S, LIN D, STRAUSS R:** Effects of periodontal therapy during pregnancy on periodontal status, biologic parameters, and pregnancy outcomes: A pilot study. *J Periodontol* 77: 2011–2024 (2006)
- PINA P M, DOUGLASS J:** Practices and opinions of Connecticut general dentists regarding dental treatment during pregnancy. *Gen Dent* 59: 25–31 (2011)
- POLYZOS N P, POLYZOS I P, MAURI D:** Effect of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: A metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 200: 225–232 (2009)
- RUMA M, BOGESS K, MOSS K:** Maternal periodontal disease, systemic inflammation, and risk for preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 198: 389–394 (2008)
- SILK H, DOUGLASS A B, DOUGLASS J M:** Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician* 77: 1139–1144 (2008)
- SIQUEIRA F M, COTA L O M, COSTA J E:** Maternal periodontitis as a potential risk variable for preeclampsia: A case-control study. *J Periodontol* 79: 207–215 (2008)
- WRZOSEK T, EINARSON A:** Dental care during pregnancy. *Can Fam Physician* 55: 598–599 (2009)
- XIONG X, BUEKENS P, FRASER W D:** Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: A systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 113: 135–143 (2006)
- ZANATA R L, FERNANDES K B P, NAVARRO P S L:** Prenatal dental care: Evaluation of professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Barau/SP, Brazil, 2004. *J Appl Oral Sci* 16: 194–200 (2008)