

Dr Mazen Abiad, DMD, Cert. Paro. M.Sc.

Les maladies parodontales et les naissances prématurées



Le nombre de naissances prématurées n'a cessé d'augmenter depuis les années 1950. Un nouveau-né sur dix est né prématurément aux États-Unis, ce qui représente le double de la moyenne des pays industrialisés, incluant le Canada. Un nouveau-né est considéré prématuré si son poids est inférieur à 2 500 g, si la période de gestation est inférieure à 37 semaines ou les deux. Ces bébés ont un taux accru de maladies chroniques et de mortalité.

Parmi les nombreux facteurs de risque qui peuvent compliquer une grossesse, citons le tabagisme, la consommation d'alcool, le statut socio-économique, l'âge de la mère, l'histoire de naissances prématurées ou de petit poids, ainsi que les infections vaginales. Cependant, dans 25 % des cas, aucun facteur de risque n'a été identifié.

Une des premières études à suggérer un risque accru de naissances prématurées chez les femmes enceintes atteintes d'une maladie parodontale a été celle de Offenbacher en 1996. Les conclusions de cette étude ont été corroborées par Jeffcoat et al. en 2001 et par Khader et al. en 2005.

D'autre part, R. Lopez suggère en 2005 que la preuve accumulée n'est pas appropriée pour confirmer une association entre les maladies parodontales et les naissances prématurées. Cette conclusion a été motivée par le choix biaisé des sujets et par la pondération des autres facteurs de risque. Cette conclusion est corroborée par deux autres études parues auparavant : Davenport et al. en 2002 et Moore et al. en 2004.

Un projet d'envergure sur ce sujet (1 800 participants) est actuellement en cours à l'University of North Carolina at Chapel Hill dans le cadre du projet M.O.T.O.R. (Maternal Oral Therapy to Reduce Obstetric Risk) par Offenbacher et al., afin de confirmer ou d'infirmer la relation entre les maladies parodontales et les naissances prématurées.

En 2002, N.J. Lopez et al., dans une étude contrôlée sur 400 femmes enceintes, a trouvé que traiter les femmes atteintes de parodontite a réduit de 5,5 fois les chances d'avoir un nouveau-né prématuré. En 2003, Jeffcoat et al. a trouvé que le surfaçage radiculaire, avec ou sans l'administration de metronidazole, n'a pas eu d'effet protecteur à l'égard du risque de naissance prématurée. À noter que dans cette dernière étude, le critère d'inclusion était que trois sites seulement présentent une perte d'attache de 3 mm et plus.

Les effets des parodontites sur les femmes enceintes peuvent se manifester de maintes façons :

- On propose qu'une série de molécules comme la prostaglandine E2 (PGE2) et TNF- α , normalement impliquées dans le déclenchement du travail, se trouvent en concentration accrue lors d'une phase active de la maladie parodontale en réponse aux endotoxines bactériennes (Offenbacher et al. 1998).

Les maladies parodontales et les naissances prématurées

- La maladie parodontale permettrait une colonisation du tractus génito-urinaire par des bactéries gram-négatif, provoquant une réponse immunitaire à la suite de l'action du LPS (lipopolysaccharide) bactérien et de la libération de cytokines pro-inflammatoires (Offenbacher et al. 1998) qui, à leur tour, peuvent précipiter une naissance prématurée. Goepfert et al. (2004) ont trouvé qu'un risque accru de naissance prématurée était observé quand le complexe placentofœtal était exposé aux pathogènes parodontaux en l'absence de protection maternelle, par les immunoglobulines IgG.
- Pitiphat et al. (2006) ont trouvé un taux élevé de la *C-reactive protein* chez les femmes enceintes atteintes de parodontite. Cette protéine est impliquée dans les grossesses avec des complications et pourrait représenter le lien entre les naissances prématurées et les maladies parodontales.

En conclusion, les données scientifiques actuelles se contredisent quand il est question du rôle des maladies parodontales comme un facteur de risque pour les naissances prématurées. Par contre, elles suggèrent que des traitements parodontaux chez des femmes enceintes atteintes de parodontite sévère sont sécuritaires et pourraient diminuer le risque de naissances prématurées.

Références

- The American College of Obstetricians and Gynecologists: preterm patient education pamphlet.
- Offenbacher S, Katz V, Fertig G. Periodontal disease as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1996; 67:1103-1113.
- Jeffcoat, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Goldenerg RL, Hauth JC. Periodontal infection and preterm birth: results of a prospective study. *J Am Dent Assoc* 2001; 132:875-880.
- Khader Y, Ta'ani Q. Periodontal diseases and the risk of preterm birth and low birth weight babies: a meta-analysis. *J Periodontol* 2005; 76:161-165.
- Rodrigo Lopez. Periodontal disease, preterm birth and low birthweight. *Evidence Based Dentistry* 2005; 6:90-91.
- Davenport ES, Williams CECS, Sterne JAC, Murad S, Sivapathasundaram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birthweight: case-control study. *J Dent Res* 2002; 81:313-318.
- Moore S, Ide M, Coward PY, et al. A prospective study to investigate the relationship between periodontal disease and adverse pregnancy outcome. *Br Dent J* 2004; 197:251-258.
- Lopez N, Smith P, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol* 2002; 73:911-924.
- Jeffcoat MK, Hauth JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP, Hodgkins PM et al. Periodontal disease and preterm birth: results of a pilot intervention study. *J Periodontol* 2003; 74:1214-1218.
- Offenbacher S, Katz VL, Fertig GS et al. Periodontal infection as a risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol* 1998; 67:1103-1113.
- Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. *Ann Periodontol* 1998; 3(1):233-50.
- Goepfert AR, Jeffcoat MK et al. Periodontal disease and upper genital tract inflammation in early spontaneous preterm birth. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 104(4):777-683.
- Pitiphat W et al. Periodontitis and plasma C-reactive protein during pregnancy. *J Periodontol* 2006; 77:821-825.