

# Prescription médicamenteuse chez la femme enceinte en odontologie

## RÉSUMÉ



Sonia ZOUITEN SKHIRI

Professeur agrégé en odontologie conservatrice, Service de médecine dentaire EPS Farhat Hached, Sousse, Tunisie.  
Place 3 Août, Monastir 5000, Tunisie.

Wafa HOUIDI

Résidente en odontologie conservatrice, Service de médecine dentaire EPS Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Nahiba ZBIDI DOUKI

Professeur en odontologie conservatrice, Service de médecine dentaire EPS Sahloul, Sousse, Tunisie.

Mayada JEMAA

Résidente en odontologie conservatrice, Service de médecine dentaire EPS, Monastir, Tunisie.

Badia JEMMALI

Professeur en pédodontie préventive, Service de médecine dentaire EPS La Rabta, Tunis, Tunisie.

Michel BLIQUE

Professeur en pédodontie préventive, Faculté de médecine, Strasbourg.



La prescription de médicament au cours de la grossesse est très souvent une source d'inquiétude tant pour le chirurgien-dentiste que pour la femme enceinte elle-même.

Dans cet article, les auteurs passent en revue les différentes classes de médicaments d'intérêt en odontologie utilisés chez la femme enceinte, en rappelant les principaux effets chez la mère, le fœtus *in utero* et le nouveau-né.

### Mots clés

- grossesse
- mère
- fœtus
- médicament
- prescription

AOS 2011;253:63-74  
DOI: 10.1051/aos/2011107  
© AEOS / EDP Sciences

## Introduction

> Les prescriptions médicales chez la femme enceinte posent toujours la problématique des risques médicamenteux chez l'embryon ou le fœtus qui constituent un compartiment pharmacocinétique supplémentaire lié à la distribution transplacentaire des médicaments.

Les traitements médicamenteux pendant la grossesse soulèvent la question de savoir quels médicaments prescrire en cas de nécessité ou quels sont les dangers éventuels pour l'embryon ou le

fœtus d'une femme enceinte ayant été traitée. L'histoire de la thalidomide sert toujours de jurisprudence à ne jamais éluder [19, 29]. Si un médicament s'avère sans répercussion toxique pour la femme enceinte, il n'en est pas de même pour l'embryon ou le fœtus en raison des périodes d'organogenèse et de faiblesse des organes de détoxification de cet organisme qui reçoit le médicament. La prescription de médicament chez la femme enceinte ne doit donc pas être un acte banalisé [19].

## Développement foetal et périodes à risque

Chez la Femme, la grossesse dure normalement neuf mois soit 38 semaines (**fig. 1**).

Pour prescrire des médicaments à une patiente enceinte, il est nécessaire de connaître les risques en fonction de la période de développement foetal (**fig. 2**).

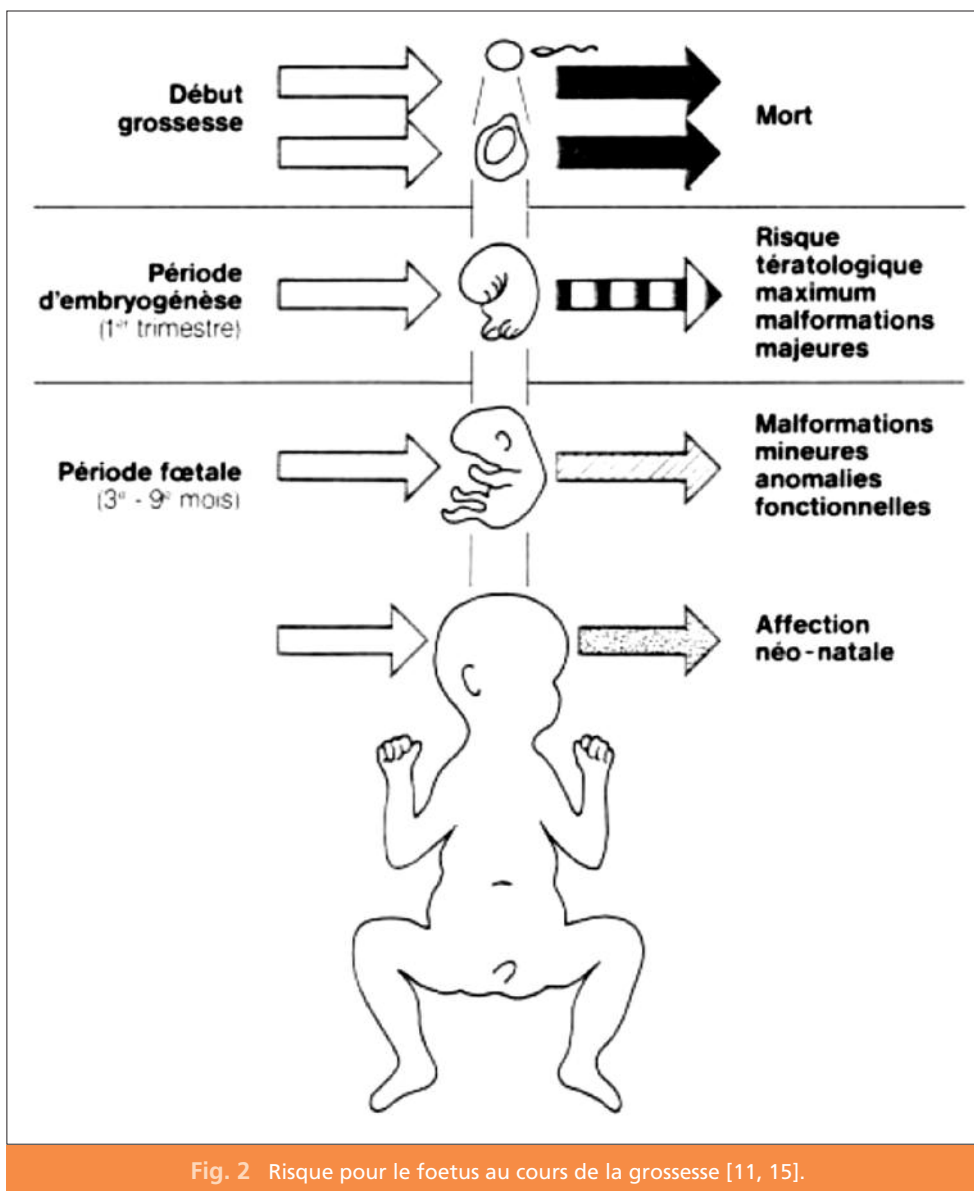
Il convient de distinguer :

- **la période pré-embryonnaire** : elle correspond aux deux premières semaines de développement. Les échanges embryomaternels sont réduits. C'est la loi du tout ou rien : en cas de lésion des blastomères, ils sont soit éliminés, soit régénérés ;
- **la période embryonnaire** : période de la 3<sup>e</sup> à la 8<sup>e</sup> semaine de développement. C'est l'organogenèse, période pendant laquelle les médicaments exercent leurs effets tératogènes. Les organes les plus précocement sensibles aux effets tératogènes sont le système



Fig. 1 Femme enceinte (9<sup>e</sup> mois).

nerveux central (entre le 15<sup>e</sup> et le 25<sup>e</sup> jour), le coeur (entre le 20<sup>e</sup> et le 40<sup>e</sup> jour), puis les membres (entre le 24<sup>e</sup> et le 36<sup>e</sup> jour), les yeux et les oreilles (entre le 24<sup>e</sup> et le 40<sup>e</sup> jour) ;



– **la période foetale** : période de la 9<sup>e</sup> semaine de développement au terme. C'est la période de maturation des organes en général, et du développement des organes génitaux. Pendant cette période, il n'y a plus de risque tératogène. Cependant certains médicaments exercent des effets toxiques, freinant alors le développement et la maturation foetale ;

– **la période néo-natale** : le risque essentiel est celui d'intoxication foetale tel qu'un syndrome du sevrage. Le risque dépend du terrain génétique et maternel, de la nature et de la dose du médicament et de la chronologie des prises de l'agent responsable. Toutefois, chaque organe passe par une période de sensibilité maximale [11].

# Médicaments d'intérêt en odontologie

## Antalgiques

### > Antalgiques non morphiniques

Ils correspondent au palier 1 de l'O.M.S.

Les antalgiques non morphiniques (**tableau I**) sont indiqués dans le traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée [12].

#### • Le paracétamol

Parmi l'ensemble des antalgiques de palier 1, le paracétamol est la substance active de choix chez la femme enceinte. Quelle que soit la période de grossesse, son profil demeure le plus rassurant [20, 32, 34]. Utilisé chez un grand nombre de femmes enceintes et depuis de

nombreuses années, il n'a jamais été décrit d'effet tératogène ni d'effet fœtotoxique.

La posologie habituelle est de 1 gramme par prise toutes les quatre à six heures sans jamais dépasser 4 grammes par jour [11, 12, 25].

#### • Les salicylés et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les salicylés (aspirine) et les AINS présentent la particularité d'avoir en commun un mécanisme d'action et des effets indésirables très similaires.

L'aspirine est utilisée comme antalgique à des posologies comprises entre 500 mg et 1 gramme trois fois par jour. Parmi les AINS, seuls quelques composés, pour un dosage donné (indiqués entre parenthèses), possèdent une indication

Tableau I Antalgiques de palier 1 et 2 de l'OMS [12].

Substance active	Spécialités	Utilisation chez la femme enceinte	Utilisation au cours de l'allaitement	Effets possibles
Paracétamol	Doliprane®, Efferalgan®, génériques	Oui en première intention	Oui	Aucun
Acide acétylsalicylique	Aspégic®, Aspro®, génériques	- 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> trim. : déconseillé - 3 <sup>e</sup> trim : contre-indiqué	Déconseillé Déconseillé	3 <sup>e</sup> trimestre : toxicité cardiopulmonaire, rénale, allongement du temps de saignement
Autres AINS		- 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> trim. : déconseillé - 3 <sup>e</sup> trim : contre-indiqué	Déconseillé Déconseillé	3 <sup>e</sup> trimestre : toxicité cardiopulmonaire, rénale, allongement du temps de saignement
Paracétamol Codéine	Efferalgan®, Codéine®, génériques	Possibilité en cure courte et ponctuelle	Déconseillé	Syndrome de sevrage chez le nouveau-né
Paracétamol* dextropropoxyphène	DiAntalvic®, génériques	Déconseillé	Déconseillé	
Tramadol	Contramal®, génériques	Contre-indiqué	Contre-indiqué	
Paracétamol Tramadol	Ixprim®, Zaldiar®	Contre-indiqué	Contre-indiqué	

\* Sur le marché, il y a un retrait progressif de l'association dextropropoxyphène / paracétamol, communiqué de l'Afssaps, 25 juin 2009.

comme antalgique. Il s'agit de l'ibuprofène (200 mg), du naproxène (220 mg), du kétoprofène (25 mg), de l'acide tiaprofénique (100 et 200 mg) et de l'acide niflumique (250 mg). Toutes ces substances sont des inhibiteurs de la synthèse des prostaglandines par inhibition non spécifique des cyclo-oxygénases (COX 1 et 2). Il n'a jamais été mis en évidence d'effet tératogène pour ces médicaments [6, 12, 18, 24]. Le risque de fœto-toxicité essentiellement en fin de grossesse est quant à lui bien établi chez le fœtus et/ou le nouveau-né exposé *in utero* aux AINS. Les effets toxiques sont consécutifs à une inhibition de synthèse des prostaglandines fœtales et néonatales, cette inhibition peut être responsable d'effets vasoconstricteurs sur certains territoires tout particulièrement le rein et l'appareil cardiopulmonaire.

Au niveau du rein, il a été observée une insuffisance rénale foetale et/ou néonatale, transitoire ou définitive, pouvant entraîner la mort.

Au niveau cardiopulmonaire, la constriction *in utero* du canal artériel peut provoquer une mort foetale *in utero*, une insuffisance cardiaque droite et/ou une hypertension artérielle pulmonaire parfois mortelles chez le nouveau-né.

Ces atteintes peuvent apparaître lors de prises très brèves (1 jour), aux posologies usuelles, et sont d'autant plus graves que l'exposition est proche de l'accouchement. Pour ces différentes raisons, l'utilisation de salicylés et d'AINS est à éviter au cours des deux premiers trimestres de la grossesse et, le cas échéant, ils doivent être prescrits aux plus faibles doses effectives. En revanche, ils sont formellement contre-indiqués au cours du troisième trimestre et doivent être systématiquement remplacés par le paracétamol. Par ailleurs, certaines études laissent suspecter une augmentation du risque d'avortement spontané suite à la prise d'AINS [4, 20, 23].

### > **Antalgiques morphiniques faibles**

Ils représentent les antalgiques de palier 2 de l'O.M.S.

Ils sont des antalgiques à action essentiellement centrale qui agissent principalement en se liant aux récepteurs morphiniques [20] (**tableau I**).

Cette catégorie comprend la codéine, le dextropropoxyphène et le tramadol.

#### • **Codéine**

Elle existe en association avec le paracétamol (Codoliprane®, Efferalgan-Codéine®, Dafalgan-Codéine®) ou en association avec l'aspirine et le paracétamol (Véganine®).

La prise de codéine n'engendre pas de risque particulier pour une femme enceinte [8, 11].

- Au stade embryonnaire la codéine est tératogène chez l'animal, ce risque chez l'homme est encore discuté (possibilité d'une relation entre la prise de codéine et une augmentation de malformations des voies respiratoires minimes).

- Au stade fœtal en fin de grossesse, des posologies élevées de codéine, même en traitement bref, sont susceptibles d'entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né.

Au cours des trois derniers mois de grossesse, la prise chronique de codéine par la mère, quelle que soit la dose, peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage du nouveau-né. Ainsi, la codéine (associée au paracétamol) peut être prescrite chez une femme enceinte aux posologies habituelles de façon ponctuelle, en traitement de courte durée et seulement si l'indication d'une antalgie de palier 2 est posée [11, 20].

#### • **Dextropropoxyphène**

Il existe seul ou en association au paracétamol (Di-antalvic®) ou au paracétamol et à la caféine

(Propofan®). Sa prescription semble actuellement déconseillée indépendamment de la grossesse. En juin 2009, à la suite d'une réévaluation européenne des données d'efficacité et de sécurité visant à harmoniser le statut des médicaments contenant du dextropropoxyphène dans l'Union européenne, l'EMA (Agence européenne du médicament) a émis un avis défavorable à leur maintien sur le marché [2]. En fait le taux annuel élevé de décès imputable à un surdosage de dextropropoxyphène a conduit son retrait du marché, dans de nombreux pays européens [16, 26].

La prise de dextropropoxyphène est responsable d'effets secondaires importants :

- **chez la femme enceinte** : il peut en effet induire des hypoglycémies et des hépatites mixtes [8,11] ;
- **chez l'enfant** :
  - au stade embryonnaire : certains auteurs indiquent un effet tératogène chez l'homme [11, 17] ;
  - au stade foetal : en cas d'intoxication aiguë, il existe un risque de dépression respiratoire et de trouble de conduction cardiaque (tachycardie foetale et néonatale). De plus, il est déconseillé à proximité de l'accouchement parce qu'il peut provoquer la sédation de l'enfant à la naissance.

La prise de Dextropropoxyphène est donc à éviter [8, 11].

#### • **Tramadol**

Le tramadol existe seul (Contramal®, Topalgic®, Tramadol®) ou en association avec le paracétamol (Zaldiar®, Ixprim®). Aucune toxicité spécifique à la prise de tramadol n'est à signaler pour une femme enceinte [8, 11].

- **Au stade embryonnaire** : aux doses habituelles et chez l'animal, le tramadol ne s'est pas révélé être tératogène.

- **Au stade foetal** : aux doses habituelles et chez l'animal, le tramadol ne s'est pas révélé être foetotoxique ; néanmoins, à des doses très élevées, les études animales utilisant le tramadol ont montré une détresse respiratoire ainsi que des effets sur le développement des organes, l'ossification et la mortalité néonatale puisqu'il traverse la barrière placentaire [11, 35].

On ne dispose pas de preuves suffisantes concernant la sécurité d'emploi de cette molécule pendant la grossesse dans l'espèce humaine. La prise de tramadol est donc contre-indiquée en cas de grossesse et également chez la femme qui allaite [7, 11].

## Corticoïdes

Les corticoïdes peuvent entraîner un retard de croissance foetale, ainsi qu'une éventuelle action sur la maturation pulmonaire et sur certaines régions du cerveau [5]. Ils ne sont administrés que lorsque le pronostic vital est mis en jeu, en cas de choc anaphylactique par exemple [28].

Les corticoïdes sont donc à éviter chez la femme enceinte. Ils ne doivent être utilisés que dans les affections où ils sont rigoureusement nécessaires [5, 14, 28].

## Anti-infectieux

Les médicaments anti-infectieux d'intérêt en odonto-stomatologie regroupent trois grandes classes : les antibiotiques, les antiviraux et les antifongiques.

### > **Antibiotiques** (tableau II)

Certains antibiotiques sont indiqués chez la femme enceinte, d'autres sont à éviter soit pendant la durée de la gestation soit seulement à certaines périodes de celle-ci [3, 14].

- **L'amoxicilline est l'antibiotique de choix chez la femme enceinte** en raison de son

Tableau II Antibiotiques recommandés en odontostomatologie [5, 12, 16, 30].

Substance active	Spécialités	Utilisation chez la femme enceinte	Utilisation au cours de l'allaitement
Amoxicilline	Clamoxyl <sup>®</sup> , Hiconcil <sup>®</sup> , génériques	Oui en première intention	Oui
Spiramycine	Rovamycine <sup>®</sup>	Oui si allergie à l'amoxicilline	Déconseillée
Érythromycine	Ery <sup>®</sup>	Oui si allergie à l'amoxicilline	Déconseillée
Azithromycine	Zithromax <sup>®</sup>	Contre-indiqué	Contre-indiquée
Métronidazole	Flagyl <sup>®</sup>	Oui*	Oui
Spiramycine-Métronidazole	Rodogyl <sup>®</sup> , Birodogyl <sup>®</sup>	Oui*	Oui
Pristinamycine	Pyostacine <sup>®</sup>	Oui	Non
Clindamycine	Dalacine <sup>®</sup>	Oui	Oui
Amoxicilline – acide clavulanique	Augmentin <sup>®</sup> , génériques	Oui en 2 <sup>e</sup> intention	Oui

\* Utilisation controversée.

spectre d'activité large, de sa faible toxicité et de sa pharmacodynamique. Il n'a jamais été décrit ni chez l'animal ni chez l'Homme d'effet tératogène ou fœtotoxique [6, 20]. Son utilisation depuis de nombreuses années et chez un très grand nombre de femmes enceintes rend son utilisation durant la grossesse quasiment sans danger [11, 16, 20].

- **Chez une femme enceinte allergique aux pénicillines, le choix doit s'orienter vers un antibiotique de la famille des macrolides.** On pourra utiliser sans danger la spiramycine (Rovamycine<sup>®</sup>), antibiotique de 1<sup>re</sup> intention dans le traitement de la toxoplasmose de la femme enceinte, ou l'érythromycine (Ery<sup>®</sup>, Eger<sup>®</sup>...). Pour les autres macrolides, notamment la clarithromycine (Naxy<sup>®</sup>, Zeclar<sup>®</sup>) et l'azithromycine (Zithromax<sup>®</sup>), bien qu'aucun effet tératogène n'ait été mis en évidence, leur prescription ne doit se faire que si les bénéfices attendus sont supérieurs aux risques encourus [12].

- En ce qui concerne le **métronidazole** (famille des 5-nitro-imidazolés) **son utilisation durant la grossesse est controversée.** Aux États-Unis, par mesure de sécurité le Collège américain des obstétriciens et des gynécologues contre-indique l'utilisation du métronidazole durant le premier trimestre de la grossesse [1, 20]. En France, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (l'Afssaps) et la Commission de transparence considèrent l'utilisation de métronidazole possible à tous les stades de la grossesse ainsi que l'association métronidazole-spiramycine (Rodogyl<sup>®</sup> et Birodogyl<sup>®</sup>) [9, 20]. Pour Dumez, la prescription de métronidazole est à éviter durant les trois premiers mois et les quatre dernières semaines de grossesse. Pour d'autres auteurs le métronidazole ne doit pas être prescrit pendant toute la durée de la gestation [16, 21, 30].
- **L'association amoxicilline-acide clavulanique (Augmentin<sup>®</sup> et génériques) ne**

**doit être utilisée qu'en seconde intention chez la femme enceinte.** Les études durant la grossesse sont peu nombreuses et portent sur des effectifs de petite taille. Il n'a jamais été mis en évidence de survenue de malformations congénitales [10, 20] mais les études épidémiologiques ne permettant pas d'exclure définitivement tout risque, il est recommandé de ne prescrire l'association amoxicilline / acide clavulanique que si cela est véritablement nécessaire [12, 22].

- En ce qui concerne **la tétracycline**, y compris la doxycycline, elle est contre-indiquée en raison des risques de coloration de la dentition du fœtus ainsi que du risque potentiel d'inhibition de la croissance osseuse. Les cyclines ne doivent donc pas être prescrites durant toute la grossesse [14, 21, 30].

### > Antiviraux

La principale étiologie virale rencontrée en odontostomatologie est une infection à *Herpes simplex* de type 1 qui peut cliniquement se présenter sous forme de lésions vésiculeuses localisées au versant cutané des lèvres et/ou au niveau oro-labial sous la forme d'une gingivostomatite herpétique. Il est aujourd'hui clairement démontré que l'utilisation des topiques antiviraux dans le traitement de l'herpès n'a que peu d'intérêt et n'est pas, de ce fait, recommandé [9, 12].

Le traitement de la gingivo-stomatite herpétique nécessite elle, une prise d'aciclovir par voie orale [12, 31]. Le traitement chez la femme enceinte ou qui allaite impose un avis spécialisé et nécessite une évaluation stricte du rapport bénéfice/risque pour l'enfant et la mère [12, 27].

### > Antifongiques (tableau III)

Le traitement des candidoses buccales (muguet buccal, perlèche, glossite...) du sujet immunocompétent comprend trois substances actives antifongiques à usage local :

- l'amphotéricine B (Fungizone orale®), la nystatine (Mycostatine®) appartenant à la classe des antifongiques polyéniques ;
- et le miconazole (Daktarin® Gel buccal) de la classe des antifongiques azolés [12, 16].

Ces substances, de par leur structure physico-chimique, ne sont pratiquement pas absorbées par la muqueuse intestinale et aucune étude chez l'animal n'a mis en évidence d'effet tératogène ou fœtotoxique. Cependant, les données chez la femme enceinte sont insuffisantes pour conclure à une totale innocuité de ces médicaments. Par principe de précaution et bien que le profil pharmacocinétique de ces molécules exclue toute possibilité d'atteindre l'embryon ou le fœtus, l'utilisation de ces substances au cours de la grossesse ne doit être envisagée que si elles sont absolument nécessaires [6, 12, 33].

Tableau III Antifongiques à action locale (première intention) [12, 33].

Substance active	Spécialités	Utilisation chez la femme enceinte	Utilisation au cours de l'allaitement
Amphotéricine B	Fungizone® 10% suspension buvable	Oui*	Oui
Nystatine	Mycostatine® suspension buvable	Oui*	Oui
Miconazole	Daktarin®	Oui*	Oui

\* Ne prescrire que si elles sont absolument nécessaires.



Les études effectuées chez l'animal avec le miconazole (antifongiques azolés) ont montré des effets fœtotoxiques sur plusieurs espèces. Ces études n'ont jamais été confirmées en clinique, mais là encore le nombre de cas documentés de femmes enceintes exposées au miconazole est trop faible pour exclure tout risque potentiel. En conséquence, l'utilisation du miconazole ne doit être envisagée au cours de la grossesse que si celle-ci est indispensable [6, 11].

## Anesthésiques locaux

Les molécules anesthésiques les plus couramment utilisées en odontologie sont :

- l'articaïne : Alphacaïne®, Ultracaïne®, Primaïne®, Septanest®, Deltazine®, Ubistésine®, Bucanest® ;
- la lidocaïne seule (Xylocaïne®) ou associée avec la spartéine (Spartocaïne®) ;
- la mépivacaïne : Scandicaïne®, Carbocaïne® [11].

Les anesthésiques locaux sont des substances capables de traverser la barrière placentaire. Leur taux de diffusion est tributaire de leur affinité pour les protéines plasmatiques, puisque seule la fraction libre peut pénétrer dans la circulation du fœtus. C'est pourquoi, en odontostomatologie, il est recommandé d'utiliser des substances avec un fort taux de liaison aux pro-

téines plasmatiques (plus de 90 %), ce qui est le cas de l'articaïne.

Pour la lidocaïne, l'analyse clinique d'un nombre élevé de grossesses n'a apparemment révélé aucun effet malformatif ou fœtotoxique. Cependant il convient d'utiliser la lidocaïne avec précaution. En ce qui concerne la mépivacaïne, les études conduites chez l'animal ont mis en évidence une fœtotoxicité. Une bradycardie accompagnée parfois d'acidose a été observée chez le fœtus.

Chez le nouveau-né, il y a un risque de cyanose et de baisse transitoire des réponses neurocomportementales à la naissance. Ces effets sont d'autant plus manifestes que l'anesthésie est réalisée dans les derniers jours de la grossesse. C'est pourquoi l'utilisation de la mépivacaïne est déconseillée.

L'adjonction de vasoconstricteurs tels que l'adrénaline ou la noradrénaline ralentit le passage de l'anesthésique dans la circulation générale et assure ainsi le maintien prolongé d'une concentration tissulaire active, permettant d'obtenir un champ opératoire peu hémorragique. Ils ne provoquent pas en principe de tachycardie du fœtus, du fait qu'ils ne sont pas métabolisés en molécules biologiquement actives dans le placenta.

Cependant il faut donner la préférence à des concentrations d'adrénaline les plus faibles possibles (par exemple, 1:200 000) [11, 12].

## Conclusion

Une attention toute particulière est requise chez la femme enceinte lors des prescriptions médicamenteuses. Le praticien devra évaluer le risque de son médicament pour la mère et pour l'enfant, que ce dernier soit au stade embryonnaire (risque tératogène) ou fœtal (fœtotoxicité), mais aussi connaître et proscrire les médi-

caments contre-indiqués durant cette période. L'établissement du rapport bénéfice/risque de tout médicament destiné à une femme enceinte est, bien évidemment, basé sur la connaissance approfondie des mesures thérapeutiques et sur celle des propriétés pharmacologiques des médicaments utilisés.

## Que retenir ? [11, 20]

- Le choix devra se porter sur les médicaments connus comme étant les moins « à risque » pour l'embryon au cours du premier trimestre et pour le fœtus pour les deux derniers trimestres. Avant toute prescription chez une femme enceinte, il conviendra impérativement de connaître le stade de grossesse, paramètre incontournable dans la prise de décision. Les trois premiers mois correspondent à la période de risque tératogène, les trois derniers sont les plus sensibles à la toxicité des médicaments.
- Quel que soit le stade de la grossesse, l'antalgique de référence sera toujours le paracétamol.
- Les AINS devront être proscrits.
- Les corticoïdes sont à éviter chez la femme enceinte, ils ne sont à utiliser que dans les affections où ils sont rigoureusement nécessaires.
- Dans l'absolu, aucun antibiotique n'est formellement contre-indiqué, le bénéfice allant toujours à la mère. Cependant, en première intention, le choix se portera sur l'amoxicilline dont l'innocuité est maintenant indiscutable.
- Les cyclines ne doivent pas être prescrites durant la grossesse.
- Amphotéricine B et nystatine ne doivent être prescrits chez la femme enceinte que si cela s'avère nécessaire.
- L'utilisation de vasoconstricteurs associés aux molécules anesthésique est possible au cours de la grossesse. ■

### Annexe Médicaments cités dans l'article et leurs laboratoires pharmaceutiques.

Médicaments	Laboratoire pharmaceutique
Doliprane®	Sanofi-Aventis
Efferalgan®	Bristol Myers Squibb
Dafalgan®	Bristol Myers Squibb
Amoxicilline®	Biogaran
Rovamycine®	Laboratoires Grunenthal
Alphacaine®	Dentsply
Scandicaine®	Septodont

## Bibliographie

1. Acog G. **Antimicrobial therapy for obstetric patients.** Int J Gynec Obstet 1998;61:299-308.
2. Afssaps. **Médicament contenant l'association dextropropoxyphène /paracétamol : Recommandation de l'EMA (Agence européenne du médicament) de retrait de ces médicaments.** juin 2009.
3. Afssaps. **Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie.** Méd. Mal Infect 2002;32:125-60.
4. Afssaps. **Lettres aux prescripteurs. Rappel sur la contre-indication de tous les AINS à partir du début du 6<sup>e</sup> mois de la grossesse.** 2003.
5. Bausser A. **La femme enceinte au cabinet dentaire.** Inf Dent 2000, n°38.
6. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. **Drugs in pregnancy in lactation,** 6<sup>th</sup> ed. New York : Williams and Wilkins, 2002.
7. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. **Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk.** Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins, 2005.
8. Cofer (Collège français des enseignants en rhumatologie). **Thérapeutiques analgésiques.** 2005;66.
9. Comité de la transparence. **Fiches de Commission de la transparence : médicaments anti-infectieux en pathologies communautaires.** Afssaps, 2004.

10. Czeizel AE, Rockenbauer M, Sorensen HT, Olsen J. **Augmenting treatment during pregnancy and the prevalence of congenital abnormalities : a population-based casecontrol teratologic study.** Eur J Obstet Gynec Reprod Biol 2001;97:188-92.
11. Darne S. **Prise en charge de la femme enceinte au cabinet dentaire : précautions et prescriptions.** Thèse Chir Dent Lyon ; 2007:043.
12. Descroix V. **Proscrire ou prescrire ? Médicaments, un choix raisonné chez la femme enceinte.** Rev Odont Stomat 2005;34:83-99.
13. Elefant E, Bavoux F. **Teratogenesis and medication induced fetal toxicity.** Rev Prat 2003;53:1920-25.
14. El Merini H, Jabri M, Aggouri L. **Les soins dentaires chez la femme enceinte.** Courr Dent 15 mai 2003.
15. Ennezat P. **Médicaments et grossesse.** Cours de la faculté de médecine de Lille, module11, item 171 ; année universitaire 2005/2006.
16. Feki A, Casamajor P, Descroix V, Mauprivez C, Samson J, Sixou M. **Mieux prescrire en odontologie.** Commission des dispositifs de l'Association Dentaire Française, Paris, ADF, 2006.
17. Golden NL, King KC, Sokol RJ. **Propoxyphene and acetaminophen. Possible effects on the fetus.** Clin Pediatr Philadelphia 1982;21:752-4.
18. Janssen NM, Genta M.S. **The effects of immunosuppressive and anti-inflammatory medications on fertility, pregnancy, and lactation.** Arch Int Med 2000;160:610-9.
19. Kone B, Zoungrana R, Lompo M, Guissou I. **Problématique des prescriptions médicamenteuses chez la femme enceinte : enquête pharmaco-épidémiologique dans les GSMI de la province du Kadiogo (Burkina Faso).** Médecine d'Afrique Noire 1996;43(5):287-95.
20. Mikou S, Sidqui M, Kissa J. **Espérance Médicale Spécial Dentaire** 2006;tome13(63):5-13.
21. Morand JM. **La femme enceinte au cabinet dentaire.** Inf Dent 1996;44:3539-41.
22. Muster D. **Contre-indications et effets indésirables des médicaments utilisés le plus souvent en odontostomatologie.** EMC Stomato-Odonto 2003;22-012-K-10.
23. Nielsen GL, Sorensen HT, Larsen H, Pedersen L. **Risk of adverse birth outcome and miscarriage in pregnant users of mon steroidal anti-inflammatory drugs: population based observational study and case-control study.** Brit Med J 2001;322:266-70.
24. Ostensen M, Skomsvoll J. **Anti-inflammatory pharmacotherapy during pregnancy.** Expert Opin Pharmacother 2004;5:571-80.
25. Poveda R, Vicente B, Jimenez S, Gallud R. **Use of non steroidal antiinflammatory drugs in dental practice. A review.** Med Oral Pathol Oral Cir Buccal 2007;12:E10-8.
26. Prescrire Redaction. **Paracétamol + dextropropoxyphène : retrait programmé du marché britannique.** Rev Prescrire 2005;25:197.
27. Ratanajamit C, Vinther Skriver M, Jepsen P, Chongsuivatwong V, Olsen J, Sorensen HT. **Adverse pregnancy outcome in women exposed to acyclovir during pregnancy: a population-based observational study.** Scand J Infect Dis 2003;35:255-9.
28. Roche Y. **Chirurgie dentaire et patients à risque : évaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne.** Flammarion Ed. 1996.
29. Rotivel Y, Loupi E. **Une façon d'aborder le problème Médicament et grossesse** Lyon Pharmaceutique 1982;33(4):263-4.
30. Sixou M, Brion M, Dubreuil L, Feki A. **Comprendre et prendre en charge le traitement antibiotique des infections bucco-dentaires.** Dossier ADF ; Paris, 2004.

31. Spruance S, Kriesel J, **Treatment of herpes simplex labialis.** Herpes 2002b;9:64-9.
32. Suresh L, Radfar L. **Pregnancy and lactation.** Oral Surg 2004;97:672-82.
33. Vidal, **Le dictionnaire Vidal,** Issy-les-Moulineaux, 2006.
34. Vishal R, Tandon S, Sudhaa S, AnniL M, Vijay K, Ajay K. **Pregnancy and rhumatoid arthritis.** Indian J Med Sci 2006;60:8.
35. Yamamoto H, Kuchii M, Hayano T, Nishino H. **A study on teratogenicity of both CG-315 and morphine in mice and rats.** Oyo Yakuri 972;6:1055-69. As cited in Shepard TH. Catalog of Teratogenic Agents. 8<sup>th</sup> ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1995:420.

## SUMMARY

# Medicinal prescription for pregnant woman in odontology

Sonia ZOUITEN SKHIRI  
Wafa HOUIDI  
Nabiha ZBIDI DOUKI  
Mayada JEMAA  
Badia JEMMALI  
Michel BLIQUE

The drug's prescription during the pregnancy is very often a source of anxiety for both the dentist and the pregnant woman herself.

In this article the authors review the various classes of drugs prescribed to the pregnant woman in odontology reminding the main effects on the mother, the fetus in utero and the newborn.

### Keywords

- pregnancy
- mother
- fetus
- medication
- prescription