

Prise en charge de l'halitose au cabinet dentaire



L'état actuel des connaissances

L'halitose est définie par la présence d'une haleine désagréable. Les différentes études menées montrent clairement que dans 80 à 90 % des cas, la mauvaise haleine est causée par des composants volatils sulfurés (CVS) produits par la décomposition de substances organiques par des bactéries anaérobies dans la cavité buccale. Ces bactéries anaérobies sont les mêmes que celles qui sont associées à la gingivite/parodontite et qu'on rencontre dans la partie dorso-postérieure de la langue. Une étude de grande envergure publiée en 2009 et menée sur des patients qui souffraient d'halitose a montré qu'en présence d'une halitose objectivable, la source des odeurs désagréables se trouvait essentiellement (90 %) dans la cavité buccale. Les dépôts sur la langue étaient responsables de la mauvaise haleine dans 51 % des cas, la gingivite/parodontite dans 13 % des cas et une combinaison des deux dans 22 % des cas. Bien que la plupart des cas d'halitose puissent être reliés à une source intraorale, il est important de ne pas perdre de vue d'éventuelles causes pathologiques. En effet, dans 4 % des cas de cette étude, une cause extraorale a pu être déterminée, comme des maladies ORL, des maladies systémiques (par exemple le diabète), des changements hormonaux et métaboliques, une insuffisance rénale ou hépatique, ou des maladies bronchiales, pulmonaires ou gastro-intestinales. Lorsque le patient est convaincu qu'il a mauvaise haleine, bien que le praticien ne puisse pas constater d'odeur désagréable et que le patient ne puisse pas apporter de preuves de la présence d'une odeur désagréable par des personnes qu'il connaît bien, on parle de pseudo-halitose. L'halitophobie désigne quant à elle un état où le patient continue d'être persuadé d'avoir une halitose alors que la présence d'une pseudo-halitose a été abondamment discutée ou que l'halitose précédente a été traitée avec succès. Il s'agit dans ce cas d'une maladie psychiatrique du domaine du syndrome de référence olfactive (SRO – voir tableau 1).

Le diagnostic

Pour diagnostiquer l'halitose, il est essentiel d'établir une anamnèse médicale et dentaire complète. L'anamnèse médicale doit être principalement dirigée sur la médication et les maladies systémiques. Les thèmes suivants doivent recevoir une attention particulière : déviation de la respiration nasale,

Tableau 1

Terminologie recommandée pour le diagnostic de l'halitose sous les conditions régnant généralement dans les cabinets dentaires [basée sur YAEAGAKI & COIL 2000]	
Diagnostic	Description
Halitose temporaire	L'odeur désagréable est causée par l'alimentation (par exemple de l'ail).
Halitose intraorale	Présence évidente d'une odeur désagréable dépassant le niveau socialement acceptable avec/sans effets sur les contacts sociaux. La source est la partie dorso-postérieure de la langue et/ou un état pathologique ou un dysfonctionnement du tissu buccal (par exemple, une maladie parodontale). Cet état est influencé par des cofacteurs qui peuvent peser sur la quantité et la qualité de la salive (par exemple, le tabac, les médicaments, le syndrome de Sjögren, etc.).
Halitose extraorale	L'odeur tire son origine d'états pathologiques situés en dehors de la cavité buccale comme le rhinopharynx, le système pulmonaire ou les voies digestives supérieures (halitose non originaire du sang). Dans le cas d'une halitose originaire du sang, les substances chimiques responsables des mauvaises odeurs et résultant d'une maladie située quelque part dans le corps (par exemple, une cirrhose) passent par le sang jusqu'au poulmon et y sont rejetées.
Pseudo-halitose	Les autres personnes ne constatent pas de mauvaises odeurs : la personne concernée est tout de même persuadée que son haleine est désagréable. Cet état s'améliore grâce à des conseils et des instructions sur les mesures d'hygiène buccale.
Halitophobie	Après le traitement de l'halitose ou de la pseudo-halitose, le patient continue d'être persuadé de souffrir d'halitose bien qu'il n'existe aucun signe objectivable.

respiration par la bouche, ronflement et apnée du sommeil, rhinorrhée postérieure, allergies, amygdalite, caséum, dysphagie, maladies ORL, nutrition (identifier les aliments à forte odeur), ainsi que la prise de compléments alimentaires contenant des vitamines A, B, C, D et du zinc. L'anamnèse dentaire inclut des questions sur la fréquence des visites au dentiste, sur les instruments d'hygiène dentaire employés et leur fréquence d'utilisation, sur la présence et l'entretien de prothèses dentaires, ainsi que sur l'emploi d'outils de nettoyage de l'espace interdentaire et de la langue. En outre, un questionnaire portant spécifiquement sur l'halitose peut être utilisé. Il doit comporter des questions sur le type de la mauvaise haleine et le moment de son apparition, et demander quand elle a été observée pour la première fois, si l'odeur est perçue par les autres personnes et comment le patient a pris conscience de ce problème, par exemple en en étant directement informé (pour exclure une pseudo-halitose). Il faut également demander au patient s'il se sent psychologiquement ou émotionnellement stressé, si des efforts ont déjà été faits pour régler ce problème (de lui-même ou par d'autres médecins ou dentistes), et si des cofacteurs classiques de l'halitose sont présents tels que le jeûne, le tabac, les ronflements, le stress, la sécheresse buccale et les changements de comportement à cause de l'halitose.

Les deux méthodes existantes pour diagnostiquer sont :

1. une mesure organoleptique, c'est-à-dire l'évaluation de l'haleine du patient sur la base de la perception subjective de l'examineur (*tableau 2*);
2. un test avec un appareil pour mesurer objectivement les composés volatils sulfurés (CVS), qui sont considérés comme les principaux composants de la mauvaise haleine.

Tableau 2

Échelle distance et odeur (BORNSTEIN ET AL. 2009)	
Niveau 0	Aucune odeur désagréable ne peut être perçue.
Niveau 1	Une odeur désagréable est clairement perceptible lorsque l'examineur se rapproche à moins de 10 cm de la bouche du patient.
Niveau 2	Une odeur désagréable est clairement perceptible lorsque l'examineur se rapproche à moins de 30 cm de la bouche du patient.
Niveau 3	Une odeur désagréable est clairement perceptible lorsque l'examineur se rapproche à moins de 100 cm de la bouche du patient.

La mesure organoleptique est irremplaçable, même lorsque des instruments de mesures sont utilisés. L'échelle organoleptique la plus simple qui peut être recommandée aux chirurgiens-dentistes avec peu ou pas d'expérience dans ce domaine est une décision oui/non prise à différentes distances de la bouche du patient. Une mesure des composés volatils sulfurés à l'aide d'appareils n'est pas absolument nécessaire en pratique quotidienne, mais elle peut être utilisée pour fournir un deuxième avis ou pour convaincre les patients, en particulier ceux qui ont une pseudo-halitose ou une halitophobie.

La prise en charge

Pour la prise en charge de l'halitose, les experts ont établi des recommandations de traitement en fonction de la classification proposée (*tableau 3*). Concernant le nettoyage de la langue, celui-ci doit être doux, être fait sans exercer trop de force et doit être expliqué avec soin pour éviter tout traumatisme inutile du tissu de la langue. Seule la surface dorsale de la langue doit être nettoyée en se concentrant sur la partie postérieure et en ne touchant pas aux bords. En absence de dépôts bactériens, il ne faut pas recommander de nettoyage de la langue. En complément du nettoyage mécanique de la langue, des antiseptiques oraux dont l'efficacité a été démontrée tels que la chlorhexidine, le chlorure de cétylepyridinium et des formules à base de zinc peuvent être prescrits.

Tableau 3

Mesures recommandées pour le traitement de l'halitose dans les conditions du cabinet dentaire (YAEAGAKI & COIL 2000) – (TN = treatment need)					
Besoin de traitement (TN = treatment need)	Description				
TN1	Explications sur l'halitose, instructions d'hygiène buccale, y compris le nettoyage de la langue et autres mesures telles que de solutions de rinçage de la bouche, etc.				
TN2	Mesures de prophylaxie professionnelle et, s'ils sont présents, traitement des troubles pathologiques buccaux (essentiellement la parodontite).				
TN3	Renvoi vers un médecin généraliste, un spécialiste (par exemple, médecin ORL) ou un spécialiste interdisciplinaire de l'halitose.				
TN4	Expliquer les résultats des examens de l'halitose, continuer de fournir des instructions professionnelles et rassurer.				
TN5	Renvoi vers un psychologue clinicien, un psychiatre ou un spécialiste de la psychologie.				
Diagnostic	Besoin de traitement (TN = treatment need)				
	TN1	TN2	TN3	TN4	TN5
Halitose intraorale	X	X			
Halitose extraorale	X		X		
Pseudo-halitose	X			X	
Halitophobie	X				X

Diagramme de flux pour le traitement de l'halitose au cabinet dentaire (basé sur WINKEL 2008), ORL = oto-rhino-laryngologie

