

L'HALITOSE : DONNEES ACTUELLES ET PRISE EN CHARGE DU PATIENT

AKA A.*, DIAKITE K**

RESUME

L'halitose est un état morbide caractérisé par la mauvaise haleine. Elle a de tout temps préoccupé les hommes en raison de son aspect antisocial.

Bien qu'elle soit dans 85 % des cas d'origine bucco-dentaire, les causes loco-régionales et générales de la mauvaise haleine doivent être connues et recherchées. La prise en charge de cette pathologie devra se faire en collaboration avec d'autres disciplines médicales telles l'O.R.L., la médecine interne, la psychiatrie et la gastro-entérologie.

Mots-clés : Halitose, pathologie buccale, pathologie générale, hygiène bucco-dentaire

INTRODUCTION

L'halitose est le terme scientifique utilisé pour désigner la mauvaise haleine.

Il dérive du mot latin « halitus » signifiant haleine et du suffixe grec « osis » qui signifie état anormal ou morbide. La cacostomie, le foetor oris sont des termes synonymes.

L'importance de cet état morbide est liée à deux notions que sont :

- d'une part son aspect antisocial : l'halitose entraîne pour le sujet atteint et ou son entourage, une gêne relationnelle qui peut avoir des conséquences plus ou moins graves.
- d'autre part les difficultés thérapeutiques elles-mêmes liées à des difficultés diagnostiques.

En effet, lorsque cette affection se présente sans cause locale évidente la recherche du facteur causal peut être fastidieuse entraînant souvent le découragement du patient et aussi des tâtonnements dans la thérapeutique.

Après un énoncé de généralités, l'étude des déterminants de l'haleine fera l'objet de la deuxième partie. Elle per-

mettra de mieux comprendre les étiologies qui seront abordées dans la troisième partie. Dans la dernière partie, nous envisagerons tous les aspects de la thérapeutique.

1 - GENERALITES

1.1 - Circonstances de perception

La perception de l'haleine se fait principalement dans les circonstances suivantes :

- * au cours de l'élocution (l'homme est un être social qui vit et communique avec ses semblables et la parole demeure un instrument privilégié de communication),
- * dans le cadre médical à l'occasion d'investigations ou de traitements bucco-dentaires,
- * au cours des civilités et de la sexualité. L'évolution de nos mœurs se fait vers l'utilisation de plus en plus fréquente de la bouche au cours des civilités (salutations) et au cours de notre sexualité. Aussi une mauvaise haleine est susceptible de perturber profondément les rapports avec l'entourage.

1.2 - Historique

La préoccupation vis-à-vis de l'haleine est très ancienne. On en retrouve des allusions dans la bible et dans les ouvrages d'HIPPOCRATE qui lui insistait sur la valeur diagnostique de ces odeurs buccales. (2). Au fil des temps, cette préoccupation s'est accrue et aujourd'hui elle fait partie au même titre que la coiffure et l'habillement, des éléments de l'image de soi. Dans le même temps des études scientifiques de plus en plus précises y ont été consacrées. Aujourd'hui, il existe une structure (l'International Society for Breath Odour Research) qui organise régulièrement des symposiums et des cours pratiques sur la mauvaise haleine.(3)

1.3 - La prévalence

Elle est très difficile à apprécier, en effet de nombreuses personnes qui en sont atteintes ne consultent pas soit parce qu'elles n'en sont pas conscientes ou que cela ne les gêne

* Hôpital militaire, B.P.2727, Abidjan06, Côte d'Ivoire.

** U.F.R. d'Odonto-Stomatologie, BP 6112, Abidjan 22, Côte d'Ivoire.

pas. Dans le cadre de notre exercice professionnel à l'hôpital militaire d'Abidjan, nous avons reçu durant l'année 1997, 11 patients consultant pour halitose (sur un total d'environ 2000 consultants).

1.4 - Conséquences

- Gêne du sujet vis-à-vis de son entourage, création d'une barrière physique (main sur la bouche) et humaine par des attitudes d'évitement.
- L'utilisation prolongée de cosmétiques (pastilles, chewing-gum, bains de bouche). Aujourd'hui, de nombreuses campagnes publicitaires vantent des produits censés procurer une haleine fraîche.

1.5 - Notion de subjectivité

La notion même d'halitose suppose l'existence d'une bonne haleine qui se définit comme une haleine plaisante non répugnante. C'est donc une notion subjective car sa perception (olfaction) est individuelle, et influencée par de nombreux facteurs dont la sensibilité individuelle (élévation ou abaissement du seuil de sensibilité) et des facteurs culturels.

2 - LES DETERMINANTS DE L'HALEINE

2.1 - La cavité buccale

De nombreuses structures interviennent dans la production des mauvaises odeurs.

Ce sont :

- **Les dents** : elles sont naturelles ou prothétiques. Tous les facteurs susceptibles de créer de la rétention de débris alimentaires sont à prendre en compte : caries dentaires, points de contact défectueux, poches gingivales et parodontales, mauvais alignement dentaire, prothèses mal conçues mal réalisées ou mal entretenues.
- **Les tissus mous** : toutes les muqueuses et les amygdales vont dans les situations d'inflammation, d'ulcération, ou de nécrose produire des tissus morts dont la décomposition va induire la formation de substances odoriférantes. Des amygdales volumineuses vont retenir des débris alimentaires et des cellules mortes qui vont se putréfier localement.
- **La langue** : la face dorsale de la langue dans sa partie postérieure a un relief constitué de replis, papilles et de crêtes qui sont des pièges favorables à la rétention de débris. La langue intervient aussi par son côté mécanique en empêchant la stase salivaire.

- **La salive** : en plus de ses fonctions digestives et immunitaires, la salive assure la déterision du milieu buccal et intervient aussi dans l'excrétion de certaines substances qui peuvent être malodorantes. Comme un solvant de parfum qui s'évapore la diminution de quantité de salive va entraîner l'exhalation des odeurs buccales.

La flore microbienne buccale : la cavité buccale est un milieu éminemment septique.

La flore buccale est saprophyte, polymorphe et abondante. Ces germes sont les facteurs essentiels de la production des odeurs en bouche. Ils assurent la fermentation des débris précédemment cités. Les plus impliqués dans la production de gaz malodorants sont les germes gram négatifs (anaérobies stricts et aérobies).

2.2 - Le tube digestif

La cavité buccale fait partie du tube digestif dont il constitue la portion toute proximale. C'est par le pharynx que la cavité buccale communique d'une part avec les segments plus inférieurs du tube digestif et d'autre part avec les voies respiratoires.

2.3 - Les voies aériennes

L'air expiré s'élimine normalement par les narines. Cependant, au cours de la phonation l'essentiel de cet air passe par la filière buccale. Cet air composé de gaz carbonique de vapeur d'eau, d'azote et d'un peu d'oxygène est normalement dépourvu d'odeur. De nombreuses substances volatiles présentes dans le sang s'éliminent par cette filière et se retrouvent dans l'haleine. Les voies aériennes supérieures (pharynx, choanes, et fosses nasales) sont voisines de la cavité buccale et sont donc susceptibles d'y déverser des substances malodorantes.

2.4 - L'olfaction

C'est le sens qui permet de détecter les odeurs. Le nerf olfactif (essentiellement sensitif) assure la transmission des stimuli depuis la muqueuse des fosses nasales jusqu'au bulbe olfactif. Normalement, la perception de toute odeur fait suite à un stimulus et comme tous les autres sens, il existe un seuil de sensibilité (de perception) qui peut être modifié par de nombreux facteurs telle l'accoutumance, la culture, l'émotivité etc... Ces éléments de physiologie seront importants pour comprendre les hallucinations olfactives et aussi le fait que certaines personnes qui ont une mauvaise haleine n'en sont souvent pas conscientes

3 - LES ETIOLOGIES

3.1 - Nature des composés mis en cause

Les progrès dans les méthodes rationnelles d'investigation des odeurs notamment l'utilisation de la chromatographie gazeuse (travaux de TONZENTICH) (1) ont permis d'identifier des substances gazeuses responsables des halitoses. Il s'agit de composés soufrés qu'on désigne par le terme de composés volatiles sulfurés. Les trois molécules qui ont été identifiées (1) sont le méthyl-mercaptan, le sulfure d'hydrogène et le diméthyl-sulfure.

3.2 - Variations physiologiques

En dehors du contexte pathologique, l'haleine d'un sujet normal subit des variations :

- * **L'haleine du réveil** : elle est toujours plus chargée et cela est dû à la diminution du flux salivaire et du jeu musculaire qui favorisent la stase des produits fermentescibles d'une part, et d'autre part la création de conditions d'anaérobiose du fait de la fermeture buccale. Le brossage d'avant le coucher réduit considérablement ces odeurs, car il élimine une grande quantité de produits fermentescibles. L'haleine de la faim comme celle du jeûne et des régimes amaigrissants correspond à la consommation d'acides gras par l'organisme. Le métabolisme de ces substances va libérer des produits volatiles qui vont s'éliminer du sang par la voie pulmonaire.
- **L'âge** : avec l'âge, l'haleine acquiert une odeur plus spécifique qui peut être plus ou moins déplaisante selon que l'on se trouve en présence d'un terrain de pathologie parodontale ou souvent de pathologie générale
- **La grossesse** : les troubles du transit, les renvois fréquents liés à la compression et la plus grande vulnérabilité des tissus mous buccaux du fait de l'imprégnation hormonale sont évoqués pour expliquer cette haleine particulière qui survient souvent au cours de la grossesse.

3.3 - Causes locales et loco-régionales

Elles représentent 80 à 85 % des causes d'halitose d'où leur importance. Il s'agit des caries dentaires, des gingivites, parodontites (les poches parodontales sont de grandes pourvoyeuses de mauvaises odeurs buccales), des malposi-

tions dentaires, d'inflammations et ulcérations des muqueuses, d'éléments prothétiques mal réalisés ou mal entretenus. Les causes loco-régionales sont essentiellement représentées par les pharyngites, les amygdales volumineuses et cryptiques, les amygdalites, les sinusites suppurées et la pathologie tumorale du naso-pharynx.

3.4 - Causes générales

L'halitose peut être due à une pathologie générale. Dans ce cas la mise en évidence de cette pathologie sera une condition essentielle du succès du traitement.

* *Etiologies broncho-pulmonaires*

En dehors de toute affection respiratoire, il s'agit de l'excrétion pulmonaire de substances volatiles présentes dans le sang. Les principales affections respiratoires au cours desquelles l'halitose sera très présente sont les suppurations pulmonaires et les dilatations des bronches.

* *Etiologies digestives et nutritionnelles*

Pathologie digestive: ce sont les troubles organiques et fonctionnels de l'appareil digestif : les diverticules œsophagiens, les ulcérations œsophagiennes et gastriques, les troubles d'excrétion de la bile, les déficiences hépatiques, une digestion difficile, la constipation ou un déséquilibre alimentaire sont responsables d'excès de fermentation et de putréfaction colique, source de gaz nauséabonds absorbés par l'intestin et éliminés par la voie pulmonaire.

Causes nutritionnelles

- Le jeûne et les régimes amaigrissants,
- Les aliments aillés (ail oignon, échalote etc.) Très souvent consommés crus, ils renferment des principes volatiles qui s'éliminent en partie par voie respiratoire.
- L'alcool dont une partie est éliminée par les poumons,
- Le tabac : l'odeur est liée à la nicotine qui va imprégner les tissus mous buccaux et d'autre part à l'assèchement buccal lié à la chaleur de la cigarette.
- L'abus de café : la caféine est un facteur de digestion difficile.

Causes salivaires

Il s'agit d'excrétion salivaire de substances malodorantes ou plus généralement d'hyposialies ou d'asialie qui entraînent une sécheresse buccale source d'halitose.

Les atteintes glandulaires, les gingivo-stomatites allergiques, la déshydratation et des facteurs iatrogènes (médi-

caments psychotropes et radiothérapie cervico-faciale) en sont les causes.

• **Le diabète**

Il n'entraîne pas de lésions spécifiques, mais les affections bucco-dentaires habituelles (caries et parodontopathies et autres lésions muqueuses) ont une évolution plus rapide et une symptomatologie plus marquée. La glycosialie et la micro-angiopathie en sont les causes. Ces diverses lésions sont le plus souvent observées chez le diabétique non équilibré. Si le diabète favorise le développement d'affections bucco-dentaires, en retour les foyers infectieux bucco-dentaires déséquilibrent le diabète.

• **Causes hématologiques**

Une halitose accompagne certaines affections hématologiques. (2) Elle est due soit au retentissement sur le milieu buccal de ces affections (hémorragies et hyperplasies gingivales, glossites) ou est la conséquence de leur traitement (atrophie et ulcérations muqueuses).

Ce sont les leucémies aiguës, des anémies hypochromes par carence martiale et la maladie de BIERMER.

• **Etiologies rénales**

La découverte d'une odeur ammoniacale de l'haleine doit faire penser à une pathologie rénale. L'insuffisance rénale et l'urémie vont entraîner une stomatite urémique avec des muqueuses desséchées, fendillées et ulcérées, une odeur ammoniacale de l'haleine, des hémorragies gingivales et une hyposialie qui associée aux hémorragies gingivales va aggraver l'halitose.

4 - LE TRAITEMENT

4.1 - Diagnostic

• **Diagnostic positif**

Essentiellement clinique, il repose sur la perception de la mauvaise haleine pendant que le patient parle. Au cours de l'interrogatoire qui sera mené sans port de masque, il sera intéressant de noter les antécédents médicaux et chirurgicaux, les habitudes alimentaires et le mode d'évolution de l'halitose (intermittent ou continu). Il peut être utile dans certains cas d'interroger une ou des personnes proches du patient. En cas de nécessité, cet interrogatoire pourra être répété une à deux semaines plus tard. La cavité buccale sera ensuite soigneusement examinée. Après cette

étape, il peut être nécessaire de faire examiner le pharynx et les fosses nasales par l'O. R. L.

La chromatographie au gaz qui est l'examen complémentaire de référence n'est pour le moment pas accessible au grand public. Si après toutes ces investigations aucune cause locale ou loco-régionale n'a pu être mise en évidence, le patient sera adressé à un médecin interniste pour la recherche de causes générales.

• **Diagnostic différentiel**

L'hallucination olfactive

Aucune halitose n'est perçue alors que le sujet s'en plaint. Les expressions utilisées par le patient et l'obsession manifestée pour cette halitose doivent nous amener à demander la collaboration d'un psychiatre ou d'un psychologue.

L'ozène

La mauvaise odeur est d'origine nasale (air expiré) et par conséquent elle est toujours perçue même quand le sujet ne parle pas. Un certain degré d'halitose peut être perçue du fait de la contiguïté entre les fosses nasales et la cavité buccale.

4.2 - Traitement curatif

Il sera mis en œuvre toutes les fois où une cause précise aura été identifiée. Il s'agira soit de soins bucco-dentaires, O.R.L. psychiatriques ou de traitement des différentes affections générales précédemment énumérées.

Lorsqu'aucune cause évidente n'a pu être identifiée ou que l'affection causale identifiée ne peut être définitivement éliminée, un traitement palliatif ou symptomatique sera mis en route pour apporter un soulagement au patient.

4.3 - Traitement palliatif

Des antiseptiques : ils agissent en contrôlant la prolifération des micro-organismes.

Les plus couramment utilisés sont la chlorexidine, l'hexétidine la sanguinarine, le fluor et l'acide ascorbique. L'utilisation prolongée de ces produits est susceptible d'entraîner des modifications de la flore buccale responsables de développement de mycoses.

Des substances parfumantes : le menthol, l'eucalyptol, le

girofle, le persil, la badiane, l'ail etc... Ces substances agissent directement sur l'haleine Leur durée d'action est plus ou moins longue. Les vecteurs de ces parfums et antiseptiques sont les pâtes dentifrices, bains de bouche, sprays, chewing-gum, pastilles etc...

L'acupuncture et l'homéopathie seraient susceptibles d'apporter des améliorations de l'haleine.

4.4 - Prévention

Une bonne hygiène alimentaire et le maintien d'une santé bucco-dentaire correcte constituent d'excellents moyens de prévention de l'halitose.

La bonne hygiène alimentaire sous entend avoir une alimentation équilibrée (sans excès de graisse, de féculents, de produits odoriférants) et boire beaucoup d'eau.

La bonne santé bucco-dentaire quant à elle prend en compte :

- **Une hygiène bucco-dentaire correcte** : outre les dents, le brossage après chaque repas concernera les gencives et aussi la langue. Le dos de la langue dans sa partie postérieure, fera l'objet d'une attention particulière du fait de sa morphologie. Aujourd'hui, il existe sur le marché, du matériel spécialement destiné au nettoyage du dos de la langue.
- **Des visites régulières chez le dentiste** (2 visites par an

est la norme conseillée).

- **Une denture bien soignée et entretenue** : l'alignement correct des dents (orthodontie) permet une bonne élimination de la plaque et de tous les débris. Les soins des caries vont supprimer les réceptacles de débris. Les détartrages et mises à plat des poches sont d'un grand apport. La prothèse apportera sa contribution par l'utilisation de résines cuites, l'entretien des prothèses, surtout de celles réalisées en résine non cuites. Une bonne conception et réalisation des éléments prothétiques sont d'excellents moyens de prévention de l'halitose. Dans certaines situations des avulsions dentaires seront l'alternative la plus judicieuse.

CONCLUSION

Du fait que son domaine d'activités se situe au niveau de la cavité buccale, l'odontologiste est le plus souvent interpellé pour les halitoses. Pour mieux cerner ce problème il devra toujours l'envisager sous un angle multidisciplinaire Aussi, il devra informer le patient de la possibilité d'avoir à subir de nombreuses investigations auprès de divers spécialistes. Dans la mesure du possible, la prise en charge de ces patients sera faite par une équipe multidisciplinaire compo-sée d'un odontologiste, d'un O.R.L. d'un psychiatre et d'un médecin interniste.

Le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire demeure un excellent moyen de prévention de l'halitose.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CABROL J.
Halitose et pathologie générale.
Thèse chir. dent Lille, 1986.
- 2- PAC SOO KK
A propos de l'halitose : étiologies et traitements.
Thèse chir. dent Lille, 1985.
- 3 - MEL ROSENBERG D. et VAN STEENBERGHE D.
Bad breath : a multidisciplinary approach.
Leuven University Press ed 1996.