

# e ntre...O.R.L

LE BIMESTRIEL DE L'ACTUALITÉ O.R.L.

## LES MAUVAISES HALEINES : oser en parler car « Qui ne dit maux qu'on sent... »



évolution « hygiéniste » de notre société dite « évoluée » a fait de nous des êtres parfaitement intolérants aux émanations olfactives des autres. Ainsi une odeur d'aisselle est-elle considérée comme un manquement impardonnable aux règles du bien-vivre ensemble et constitue un index implacable de classification sociale. Il en est de même d'une **mauvaise haleine** qui, par la gêne qu'elle peut occasionner dans le milieu professionnel ou familial, peut représenter pour celui qui en est affecté un véritable handicap social, le conduisant à consulter en cabinet dentaire le plus souvent, mais parfois aussi l'ORL. Selon certaines études, elle affecterait de 5 à 10% de la population, générant aux U.S.A. un marché de plusieurs milliards de dollars en produits d'hygiène buccale.

Ce qui peut sembler simple désagrément est en réalité souvent le symptôme d'une affection dont l'étiopathogénie et la prise en charge sont aujourd'hui bien établies. Or dans notre discipline, peu de travaux lui sont consacrés, ce qui justifie cette mise au point.

### Les mots pour les maux

Notons tout d'abord que l'halitose se distingue de la cacosmie en ce que la mauvaise odeur est ressentie

ou exhalée par la bouche dans le premier cas, par le nez dans le second.

Soulignons aussi que certains dictionnaires parlent d'**ozostomie** lorsque la cause en est la sphère ORL et notamment pharyngée, de **stomatodysodie** lorsqu'elle provient de l'arbre broncho-pulmonaire, de **foetor ex-oris** quand l'origine en est la cavité buccale, l'**halitose** quant à elle étant en principe réservée aux causes métaboliques. En pratique toutefois, le terme consacré par l'usage est celui d'**halitose** quelle qu'en soit l'origine.

### ...et la cerner

Quelques questions préliminaires permettent d'approcher rapidement quelques causes évidentes.

Lorsqu'elle est notée au réveil par le patient ou sa (son) partenaire, il est probable qu'une mauvaise haleine soit la banale conséquence de la stase salivaire et des débris alimentaires accumulés durant **le sommeil** du fait de l'absence de déglutition. Elle disparaît en règle générale après simple brossage des dents. Ailleurs elle est observée en **période menstruelle**, après **traitement hormonal**, chez **les fumeurs** invétérés ou, bien

## en 2 mots

- L'halitose ou mauvaise odeur exhalée par la bouche est un symptôme fréquent pouvant constituer un handicap socio-professionnel significatif.
- Elle doit être distinguée de la cacosmie, mauvaise odeur exhalée par le nez.
- Sa cause la plus fréquente est dentaire (parodontites, maladies carieuses, etc.) par production bactérienne de composés sulfurés volatils.
- Une amygdalite cryptique caséuse ou une tumeur bucco-pharyngée sont les causes ORL les plus fréquentes.
- Une affection gastro-intestinale ou broncho-pulmonaire peut aussi en être responsable.
- Des facteurs psychologiques peuvent provoquer une pseudo-halitose.

sûr, prise de **certaines aliments** au goût particulièrement prononcé (ail, oignon, etc.).

Mais c'est souvent à une **sécheresse buccale** que l'halitose est associée. Cette xérostomie peut être **post-radique** ou s'inscrire dans le cadre du **syndrome sec de Gougerot-Sjögren** et dans ces deux cas, difficile à combattre. Elle peut aussi survenir après un long **discours**, en cas de **stress** (qui agit directement sur les sphincters des canaux salivaires) ou de **prise médicamenteuse** (plus de 300 d'entre eux avec au premier plan les neuroleptiques sont connus pour provoquer une hyposalivie). Dans ces derniers cas, la simple prise de boissons, l'arrêt ou le changement du principe actif médicamenteux suffisent à supprimer ou à diminuer le désagrément olfactif. Enfin, **une affection broncho-pulmonaire ou gastro-intestinale**, par les reflux qui l'accompagnent souvent, doit toujours être recherchée à l'interrogatoire.

Mais l'interrogatoire doit aussi rechercher **des facteurs psychologiques** susceptibles d'induire chez des patients déprimés ou anxieux une pseudo-halitose, c'est-à-dire une mauvaise haleine imaginaire dont ils prétextent pour éviter les contacts sociaux.

Lorsqu'aucune de ces circonstances n'est retrouvée à l'interrogatoire, il convient alors de rechercher les étiologies connues pour provoquer une mauvaise haleine.

## Comment l'évaluer

Il est certes possible de constater le caractère malodorant d'une haleine en demandant au patient de garder la bouche fermée deux minutes puis de souffler (doucement) au visage de l'examineur, ou encore d'évaluer l'odeur d'un éventuel enduit buccal prélevé sur sa langue ou celle dégagée par une prothèse amovible que l'on aura placée dans un sac hermétique durant quelques minutes.

Mais il s'agit là d'une évaluation ne permettant pas de quantifier une mauvaise haleine. Parmi les techniques de chroma-

tographie gazeuse, c'est l'halimètre qui en pratique permet de mesurer objectivement les composés sulfurés volatils en consultation. Mais sa diffusion et son utilisation restent confidentielles.

## Effluves d'ailleurs

Certaines maladies marquent de leur sceau l'odeur du corps. Longtemps d'ailleurs, nos ancêtres médecins ne disposèrent que de leur nez pour établir leurs diagnostics. Aussi ne négligeaient-ils jamais l'étude de l'haleine, des vomissements, et des excréments urinaires ou fécaux dans leur démarche clinique. Une véritable sémiologie olfactive permettait ainsi d'associer l'odeur d'étal de boucher à la fièvre jaune, de pourriture au scorbut, de pin frais à la typhoïde. Aujourd'hui encore, on reconnaît l'odeur de pomme reinette du diabétique, de paille pourrie de la brucellose, d'ammoniac de l'urémique, de soufre ou d'œuf pourri d'un problème hépatique... Mais renifler les effluves buccaux de nos patients pour poser un diagnostic de maladie systémique ne saurait constituer aujourd'hui qu'un élément d'orientation quelque peu rudimentaire, permettant toutefois des diagnostics rapides et... brillants.

## ...et de chez nous...

Une cause domine l'enquête étiologique ORL : **l'amygdalite cryptique** et ses grumeaux de **caséum nauséabonds** justifiant parfois une amygdalectomie car la cautérisation des cryptes qu'elle soit chimique ou par laser n'est efficace que transitoirement. Une **tumeur bucco-pharyngée** infectée ou nécrotique, le plus souvent maligne, doit également être recherchée. Bien à part l'halitose transitoire post-amygdalectomie.

Quant aux causes nasosinusiennes, dominées par les **corps étrangers**, nasal chez l'enfant ou sinusien chez l'adulte, et par **les sinusites purulentes** d'origine dentaire ou aspergillaire, elles doivent être suspectées sur le fait que la mauvaise odeur est perçue dans le soufflé nasal, bouche fermée. Mais il ne s'agit en toute rigueur que d'une cacosmie et non d'une halitose.

## Bucco-dentaire

Une **mauvaise hygiène bucco-dentaire** représente probablement la cause la plus banale et la plus courante de mauvaise haleine. Sa fréquence a été récemment soulignée et déduite du faible nombre de brosse à dents vendues en France ! Il est malheureusement rare que ceux qui en sont affectés en soient suffisamment conscients pour consulter.

Aussi en pratique clinique, une halitose est le plus souvent le fait d'une **infection mycosique ou bactérienne bucco-dentaire**. En métabolisant les débris alimentaires ou cellulaires, les bactéries qui pullulent dans les multiples replis et villosités de la langue ainsi que dans les poches parodontales produisent des composés sulfurés volatils et malodorants. Il est donc essentiel de rechercher un enduit lingual que l'on peut décoller à l'aide d'une compresse, d'une cuillère ou mieux, d'un gratte-langue. L'examen de la bouche recherche aussi des signes de **parodontite** avec ses gencives inflammatoires, œdématisées, hémorragiques et ses exsudats interdentaires que l'on peut tester et recueillir à l'aide d'un fil ou d'une brosse. De même des **lésions carieuses** ou le port de **prothèses amovibles** inadaptées ou mal entretenues peuvent constituer une source malodorante qu'une prise en charge supprime aisément.

Le traitement de base des halitoses bucco-dentaires repose donc sur la lutte contre les bactéries productrices des composés sulfurés, d'autant qu'elles aggravent la maladie parodontale. Outre la désinfection buccale, le détartrage, la mise à plat des poches, et/ou l'élimination d'un enduit buccal, l'utilisation de bains de bouche à base de chlorhexidine, de bicarbonate de soude (car le pH alcalin accentue l'action protéolytique des bactéries), de zinc ou d'eau oxygénée est recommandée.

Récemment la photothérapie dynamique utilisant des billes photosensibilisantes au bleu de méthylène a été proposée par de nombreux auteurs. Elle réduirait de façon, semble-t-il, significative la production des composés sulfurés volatils.

## L'avis de l'expert



### Professeur Jean-François ALLILAIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, (Université Paris VI)  
 Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière  
 Membre de l'Académie Nationale de Médecine

L'halitose est un symptôme clinique qui se définit par la plainte d'un patient exprimant ses doutes, craintes ou sa conviction d'avoir une haleine malodorante, avec l'idée que ces mauvaises odeurs sont perçues par autrui, gênantes dans ses contacts avec son entourage immédiat aussi bien dans la vie familiale et sociale. Cette plainte subjective peut faire l'objet d'une objectivation dans un certain nombre de cas.

On peut en effet la confirmer ou l'infirmer objectivement car elle est principalement en rapport avec les conditions d'hygiène oro-dento-buccale des patients, en particulier des gencives et des muqueuses parodontiques. Elle résulte essentiellement de la destruction des débris alimentaires du fait du métabolisme microbien buccal et de la formation de nombreux composés volatiles sulfurés (VSCs) qui peuvent être mis en cause et dont la présence dans l'haleine est mesurable par un test organoleptique.

Il s'agit d'une plainte fréquente en population générale ; de plus certaines études montreraient une prévalence plus grande dans les populations présentant des traits névrotiques ou anxieux.

Les données recueillies par ces études suggèrent que l'halitose pourrait être un symptôme en rapport avec des déterminants tout à la fois émotionnels et somatiques et que les facteurs psychologiques pourraient intervenir de façon importante pour un certain nombre de patients.

En pratique, l'halitose se présente cliniquement sous différents tableaux : soit l'halitose simple, soit la pseudo-halitose, soit l'halitophobie.

L'halitose simple relève d'une prise en charge des facteurs étiologiques tels que le défaut d'hygiène oro-buccale, les affections locales périodontiques ou les affections générales.

La pseudo-halitose est le plus fréquemment observée par les dentistes chez des patients qui pensent avoir ou se demandent s'ils ont une mauvaise haleine (90% des sujets d'une étude néerlandaise) et qui se laissent convaincre assez facilement que l'intensité de leur soi-disant mauvaise haleine est en-deça du seuil de perception sociale. A contrario certains patients peuvent avoir une mauvaise haleine et ne sont pas enclins à admettre qu'ils ont une halitose (comportement de déni de l'halitose).

L'halitophobie, comme la pseudo-halitose correspond à la situation où un patient se plaint d'avoir une mauvaise haleine alors même que ce n'est objectivement pas le cas : il s'agit d'une conviction persistante en dépit de toute réassurance, argumentation logique et démonstration. Certaines études ont montré que les patients souffrant d'halitose comme de pseudo-halitose ont des scores importants d'anxiété sociale et des tendances à développer des craintes, une anxiété, voire des obsessions.

Les auteurs ont fait l'hypothèse que les patients présentant ce symptôme pourraient être susceptibles d'avoir un profil émotionnel et psycho-affectif et des antécédants somatiques différents et ils ont réalisé des études pour valider ces hypothèses. En fait aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre le degré d'halitose et la condition psychologique des sujets étudiés, tout au plus aurait-on relevé une légère prédominance féminine.

Les conséquences psycho-sociales de ce symptôme peuvent être très importantes : les patients anxieux, exposés au stress social et qui s'inquiètent de leur haleine seraient plus sujets à des symptômes dépressifs ou à des troubles à type de phobie sociale. De plus, il semble que l'halitose soit un facteur de rejet social important, plus souvent d'ailleurs de la part des hommes que des femmes, et affecte parfois gravement la qualité de vie des patients. D'autres études seraient en fait nécessaires pour explorer les relations entre halitose et anxiété sociale et tenter de savoir si l'anxiété sociale est facteur d'halitose ou à l'inverse si c'est l'anxiété sociale qui favoriserait l'apparition de l'halitose.

En pratique, le rôle du dentiste est primordial pour attirer l'attention du patient sur la présence de ce symptôme ou répondre à sa plainte, en explorer les facteurs et déterminants cliniques, réaliser une enquête détaillée par un questionnaire pré-clinique sur les différents aspects et conséquences du symptôme, éventuellement pour certains, évaluer par des mesures objectives et chiffrées l'intensité du symptôme. C'est lorsque ces différents points auront été précisés qu'une stratégie de prise en charge pourra être utilement proposée par le dentiste au patient avec les soins et traitements locaux dentaux et péri-dentaires nécessaires, les soins d'hygiène dentaire et buccale associés, les recommandations d'hygiène, la nécessaire réassurance et les conseils psychologiques sur les conséquences psycho-sociales éventuelles et le suivi régulier de l'évolution.

Ce n'est qu'en cas d'halitophobie caractérisée et résistante aux mesures simples et de bon sens listées plus haut, que l'on pourra faire appel au spécialiste, psychologue clinicien ou psychiatre.

Au total, l'halitose est un symptôme beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense en population générale, qu'il soit perçu ou non par l'entourage du patient. Il peut avoir des conséquences sociales catastrophiques du point de vue social et doit faire l'objet d'une prise en charge sérieuse, tenant compte à la fois des conditions locales oro-bucco-dentaires et de la personnalité du patient.

## Articles à lire

Gokdogan O et al. Halitosis in otorhinolaryngology practice. Iran Otorhinolaryngol 2015 ; 27 : 145-53.

Lopes RG et al. Photodynamic therapy as novel treatment for halitosis in adolescents : a case series study. J Lasers Med Sci. 2014 ; 5 : 146-52.

Madhushankari GS et al. Halitosis – An overview : Part1 : Classification, etiology and pathophysiology of halitosis. J Pharm Bioallied Sci. 2015 ; 7 : S339-43.

Singh VP et al. Assessment and management of halitosis. Dent update. 2015 ; 42 : 346-8.

Zaitu T et al. Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. Health and Quality of Life Outcomes. 2011 ; 9 : 94.

Vali A. et al. Relationship between subjective halitosis and psychological factors. Int Dent J. 2015 ; 65 : 120-6.

## Un accompagnement personnalisé pour vos patients !



La force d'un réseau,  
l'implication d'un indépendant

 L'audioprothésiste Entendre est un indépendant qui s'engage personnellement et engage son équipe pour la satisfaction totale de vos patients.

 Un accueil et un accompagnement personnalisés de vos patients tout au long des différentes étapes de leur appareillage.

 Des produits et des services à la pointe de la technologie et de l'innovation, proposés par un réseau national.

 Une des meilleures centrales d'achats en France, vos patients bénéficieront des meilleurs produits au meilleur prix.

