

L'halitose infantile : collaboration entre pédiatre et pédodontiste

Child halitosis : collaboration between paediatrician and pedodontist

El Mehdi. H ⁽¹⁾, El yajouri. A ⁽²⁾, Bouabi. E ⁽³⁾, Hakima. Ch ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Hariri El Mehdi : Spécialiste en pédodontie-prévention, C.C.T.D, Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

⁽²⁾ Abdelhakim El Yajouri : Spécialiste en pédiatrie, Hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

⁽³⁾ EL Mohtarim Bouabid : Professeur et chef de service d'odontologie à l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, Rabat, Maroc.

⁽⁴⁾ Chhoul Hakima: Professeur et chef de service de pédodontie-prévention, C.C.T.D, Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, Maroc.

RÉSUMÉ

L'halitose ou la mauvaise haleine infantile est un problème de santé relativement mineur, souvent négligé par l'enfant en bas âge, mais qui est découvert fortuitement par ses parents ou par son entourage proche. Elle correspond en majeure partie à l'émission de composés sulfurés volatils nauséabonds, dont essentiellement l'hydrogène sulfuré et le méthyl mercaptan. Bien qu'elle soit dans 85% des cas d'origine bucco-dentaire, les causes loco-régionales et générales de la mauvaise haleine doivent être recherchées et identifiées. Plusieurs classifications ont été proposées dans la littérature, nous adoptons ainsi l'halitose en trois catégories : physiologique, pathologique et subjective. La prise en charge de cette pathologie est le plus souvent pluridisciplinaire, elle devra faire l'objet d'une collaboration entre le pédodontiste et les autres disciplines médicales telles, la pédiatrie, l'O.R.L., la gastro-entérologie, la médecine interne et la psychiatrie.

SUMMARY

Infant halitosis or breath is a relatively minor health problem, often overlooked by a young child, but discovered by chance by his or her parents or close relatives. It mainly corresponds to the emission of nauseating volatile sulphide compounds, mainly hydrogen sulphide and methyl mercaptan. Although 85% of cases are oral, the loco-regional and general causes of bad breath must be investigated and identified. Several classifications have been proposed in the literature, so we adopt halitosis in three categories : physiological, pathological and subjective. The management of this pathology is usually multidisciplinary, it should be the subject of a collaboration between the pedodontist and other medical disciplines such as paediatrics, O.R.L., gastroenterology, internal medicine and psychiatry.

Mots clés : halitose, enfant, pluridisciplinaire.

Keywords : halitosis, child, multidisciplinary.

Auteur correspondant :

Dr. HARIRI El Mehdi

Avenue allal al fassi, rue Mohammed jazouli, madinat al irfane, Faculté de médecine dentaire, département de pédodontie-prévention, bp : 6212 rabat-instituts.

Tél : 00 212 668 607 363

E-mail : haririelmehdi@gmail.com

INTRODUCTION :

Le mot halitose provient du latin (halitus), souffle ou haleine et du suffixe grec (osis), maladie ou anomalie. Il s'agit d'un mot générique pour décrire une odeur considérée comme désagréable et forte émanant de l'haleine ou de l'air expiré. L'halitose chez l'enfant ou la mauvaise haleine infantile est un problème de santé relativement mineur. Elle correspond en majeure partie à l'émission de composés sulfurés volatils nauséabonds, dont essentiellement l'hydrogène sulfuré et le méthyl mercaptan, et qui peuvent avoir une origine buccale, extra- buccale ou générale. La prise en charge de cette pathologie est le plus souvent pluridisciplinaire, incluant la pédodontie et d'autres spécialités médicales. L'objectif de notre travail est de mettre le point sur l'halitose infantile dans son aspect global et de montrer l'intérêt de la collaboration entre le pédiatre et le pédodontiste.

I- MÉTHODES D'ÉVALUATION :

1.Méthodes subjectives ou organoleptiques :

Les méthodes subjectives ou organoleptiques sont très pratiques mais elles ne sont pas précises (1). Elles reposent sur l'appréciation de l'odeur dégagée dans l'air expiré par la bouche ou par le nez du patient, la salive, la plaque dentaire existante au niveau des dents ou des espaces interdentaires et l'enduit de la partie postérieure de la langue. L'échelle de référence pour les différentes mauvaises odeurs est la suivante (2) :

- 0 = absence d'odeur désagréable ;
- 1 = mauvaise odeur à peine perceptible ;
- 2 = mauvaise odeur légèrement perceptible ;
- 3 = mauvaise odeur d'intensité moyenne ;
- 4 = mauvaise odeur forte ;
- 5 = mauvaise odeur très puissante.

2.Méthodes objectives ou organoleptiques :

Les méthodes objectives de mesure de la mauvaise haleine mesurent les composés volatils à la source de l'halitose (3). Ces derniers sont détectés :

- Par une méthode électrochimique (halimètre) qui détecte une partie des composés sulfurés volatils (CSV) ;
- Par un procédé de chromatographie en phase gazeuse, plus précis mais bien couteux. D'autres tests sont utilisés : test oralchroma et le test BANA (4).

II- CLASSIFICATION :

Lorsqu'un patient se plaint d'halitose, il est important de savoir quel type d'halitose il présente. Pour cela, il est très important de connaître la classification de l'halitose (6) :

- **Vraie halitose** : c'est quand la mauvaise haleine peut être vérifiée de façon objective. On distingue :
 - .. L'halitose physiologique : aussi nommée halitose transitoire (par exemple haleine du matin, au réveil).
 - .. L'halitose pathologique : orale ou extra-orale.
- **Pseudo-halitose** : Le patient estime souffrir de

mauvaise haleine même si aucune preuve objective ne le confirme.

- **Halitophobie ou halitose subjective** : Le patient persiste à croire qu'il souffre d'halitose même si tous les examens prouvent le contraire.

III- Collaboration entre pédiatre et pédodontiste :

Dans l'objectif de réaliser un bilan étiologique du jeune patient consultant pour une mauvaise haleine, le pédiatre et le pédodontiste sont amenés à travailler en collaboration afin de déterminer l'origine de cette halitose et de pouvoir la traiter. La première consultation est déterminante, elle permet d'affirmer l'étiologie de l'halitose en se basant sur les moyens diagnostiques précités et permet également d'orienter le malade vers le pédiatre ou vers le pédodontiste si l'un d'eux estime que l'origine de la mauvaise haleine perçue est en rapport avec d'autres pathologies autres que celles liées à sa spécialité. En fonction de l'origine de l'halitose, un traitement étiologique doit être entrepris en premier lieu que ça soit par le pédiatre ou par le pédodontiste. Lorsque l'étiologie n'a pu être identifiée ou que l'affection causale identifiée d'origine extra-buccale ou générale ne peut être définitivement éliminée, un traitement palliatif basé essentiellement sur le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire sera mis en œuvre pour apporter un soulagement au patient, ce qui place le pédodontiste comme acteur principal de la prise en charge.

A/ Rôle du pédiatre :

a. Dépistage des pathologies extra-orales en rapport avec l'halitose :

Dans le cadre du bilan étiologique du patient consultant pour une mauvaise haleine, la consultation pédiatrique doit être envisagée à la recherche des causes extra-orales de l'halitose. La fréquence des causes extra-orales est variable. Selon les études, elle concerne entre 7 et 15 % de l'ensemble des patients atteints d'une halitose pathologique (5). Voici une série de pathologies infectieuses les plus fréquentes : pathologies naso-sinusiennes, pathologies amygdaliennes, pathologies tumorales malignes, les diverticules pharyngo-œsophagiens (6).

b. Dépistage des pathologies générales en rapport avec l'halitose :

L'ensemble des causes d'halitose liées aux pathologies médicales générales est représenté par : les pathologies pulmonaires et respiratoires, les pathologies gastro-intestinales, les pathologies fonctionnelles et syndromes de malabsorption, Les troubles sensoriels et psychologiques, la prise médicamenteuse (traitements aux corticostéroïdes par inhalation, traitements à base d'antidépresseurs). Lors des plaintes d'halitose non objectivées par l'examen clinique et une fois les causes organiques et fonctionnelles encartées, on peut évoquer une pathologie psychiatrique.

c. Traitement de l'halitose d'origine extra-buccale et générale :

Un traitement sera mis en oeuvre toutes les fois où une cause précise est identifiée. Il s'agira soit de traitements oto-rhino-laryngologiques, psychiatriques ou de traitement des différentes affections générales déjà citées. Lorsqu'aucune cause évidente n'a pu être identifiée ou que l'affection causale identifiée ne peut être définitivement éliminée, un traitement symptomatique sera mis au point pour apporter un soulagement au patient. Une bonne hygiène alimentaire et le maintien d'une santé bucco-dentaire correcte constituent d'excellents moyens de prévention de l'halitose, ce qui met en évidence le rôle de cette collaboration entre pédiatre et pédodontiste. La bonne hygiène alimentaire sous-entend avoir une alimentation équilibrée sans excès de graisse, de féculents, de produits odoriférants comme l'ail, l'oignon et les régimes riches en protéines et de boire beaucoup d'eau.

B/ Rôle du pédodontiste :

a. Dépistage des pathologies bucco-dentaires en rapport avec l'halitose :

85-90 % des cas d'halitose ont une origine buccale (9). Les différentes étiologies buccales incriminées dans la mauvaise haleine chez l'enfant sont : principalement la langue, les maladies parodontales, les lésions carieuses profondes, la pulpe nécrosée à contenu purulent, l'alvéolite, les couronnes mal adaptés avec mauvais points de contact, les prothèses amovibles à surface rugueuses ou mal entretenues, certaines pathologies de la muqueuse buccale, les troubles salivaires en terme de qualité et de quantité de la salive sécrétée. Les bactéries responsables de maladies parodontales ont une implication dans la dégradation des acides aminés à l'origine des composés volatils dont la concentration est proportionnelle à l'indice de saignement, à la profondeur et au nombre de poches parodontales. Du fait de sa morphologie, la langue constitue un réservoir pour les pathogènes parodontaux et joue un rôle essentiel dans le dégagement des mauvaises odeurs qui émanent de la bouche. Toute atteinte de la muqueuse buccale qui dure dans le temps, peut être responsable d'halitose par des mécanismes de surinfection, de nécrose tissulaire ou des difficultés d'hygiène. La salive est importante dans le maintien de l'équilibre de la flore buccale. Toute altération salivaire est susceptible de provoquer une mauvaise haleine (8,10).

b. Traitement de l'halitose d'origine bucco-dentaire :

Le traitement concernant la cavité buccale consiste à éliminer la cause de la mauvaise haleine sans juste chercher à la masquer à savoir : nettoyage prophylactique des surfaces dentaires; soins de caries ; reconstitution des dents délabrées ; réajustement des prothèses mal adaptées ou nécessité de les refaire; assainissement des muqueuses et du parodonte ;

administration de stimulants salivaires (chewing-gums, citron, médicaments) en cas d'hyposialie ou asialie. L'utilisation de salives artificielles permet d'assurer une hydratation buccale. Un traitement adjuvant comprenant une application topique fluorée peut être d'un grand bénéfice pour la prévention des caries abondantes dans les syndromes de sécheresse buccale. L'hygiène bucco-dentaire et le brossage jouent un rôle prépondérant dans le contrôle de la plaque et des mauvaises odeurs buccales. Un brossage dentaire et lingual en utilisant de préférence le gratte langue sont nécessaires. L'utilisation des produits comme les bains de bouche sans alcool, les spray et les instruments complémentaires au brossage dentaire (fil dentaire, brossette inter-dentaire, gratte langue...) permet un meilleur contrôle de l'hygiène bucco-dentaire et par conséquent de l'halitose (11,12).

CONCLUSION :

« Halitose » est le terme scientifique désignant la mauvaise haleine ou l'émission par le souffle d'odeurs désagréables qu'elles soient d'origine buccale ou autres. Cette halitose a le plus souvent une étiologie buccale, ce qui place le pédodontiste comme acteur principal de la phase thérapeutique. La prise en charge de ce trouble comprend des traitements préventifs, curatifs et palliatifs mis en place par le pédodontiste, mais aussi l'implication de l'équipe pluridisciplinaire constituée du pédiatre, de l'ORL et du psychologue/psychiatre. Le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire demeure un excellent moyen de prévention de l'halitose.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] Porter SR, Scully C. Oral malodour (halitosis). *BMJ* 2006; 333:632- 635.
- [2] Soell M, Millauskaite A, Hassan M, Haïkel Y, Selimovic D. Diabète et santé bucco-dentaire. *Médecine des maladies Métaboliques* 2007; 1(4):43-4925.
- [3] Yaegaki K, Qian W, Murata T, et al. Oral malodorous compound causes apoptosis and genomic DNA damage in human gingival fibroblasts. *J Periodontal Res* 2008; 43(4):391-399.
- [4] Carmona T, Limeres Posse, Diz DP, Fernandez FJ, Garcia V. Extra oral aetiology of halitosis. *Med-Oral* 2001; 6(1):40-47.
- [5] François M. Pathologie des voies aériennes supérieures. *Pédiatrie*. 2003, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. p. 1-1022. Robertson J, Friedman E, Rubin B. Nasal and sinus disease in cystic fibrosis. *Paediatric Respiratory Reviews* 2008 ; 9:21-219.

- [6] Yaegaki K, Coil JM. Examination, classification and treatment of halitosis: clinical perspectives. J Can Dent Assoc 2000; 66(5):257-61.
- [7] Duvillard C et Romanet P. Tumeurs bénignes du pharynx. Oto- rhino-laryngologie 2008, Encycl. Méd Chir (Elsevier Masson SAS, Paris), pp. 1-7.
- [8] Aimetti M, Perotto S, Castiglione A et al. Prevalence estimation of halitosis and its association with oral health-related parameters in an adult population of a city in North Italy. J Clin Periodontol. 2015; 42(12):1105-14.
- [9] ADA Council on Scientific Affairs. Oral Malodor. J Am Dent Assoc. 2003; 133(7):880.
- [10] Bisson C, Ejeil AL, Dridi SM. Halitosis treatments in general dentistry. Rev Odont Stomat. 2012; 41:191-7.
- [11] Davarpanah M, de Corbière S, Caraman M, Sater S et al. L'halitose. Une approche pluridisciplinaire. Editions CdP, Paris, 2006
- [12] Davarpanah M, Cymes M. Soyez sur de votre haleine. Marabout Poche, Paris, 2004.
- [13] Van Steenberghe D. Breath malodor, a step by step approach. Quintessence books, Kopenhagen, 2004.