

Halitophobie – un tableau clinique trop peu connu

Delia Nagel¹, Christina Lutz², Andreas Filippi²

¹ Psychologue diplômée, Männedorf

² Clinique de chirurgie dentaire, radiologie dentaire,
chirurgie maxillo-faciale, cliniques universitaires
de médecine dentaire, Université de Bâle

Mots clés: halitose, mauvaise haleine, halitophobie,
pseudo-halitose

Adresse pour la correspondance
Priv.-Doz. Dr Andreas Filippi

Klinik für Zahnärztliche Chirurgie-, -Radiologie,
Mund- und Kieferheilkunde, Universitätskliniken
für Zahnmedizin, Universität Basel, Hebelstrasse 3,
CH-4056 Bâle

Tél. 061 267 26 09

Fax 061 267 07 86

E-mail: andreas.filippi.@unibas.ch

Traduction française de Jean-Jacques Gindrat

D'après des enquêtes épidémiologiques, une grande partie de la population souffre d'halitose. La cause doit en être recherchée tant au niveau de modifications dans la cavité buccale qu'en dehors de celle-ci. L'enduit lingual et la parodontite marginale constituent les causes intrabuccales les plus fréquentes. Parmi les causes extrabuccales, il faut citer l'amygdalite et la sinusite, ainsi que des maladies générales ou des habitudes alimentaires particulières. Sous la dénomination halitose non réelle, respectivement halitophobie on entend la sensation irrésistible de souffrir d'une mauvaise haleine et d'importuner de ce fait son entourage. Il s'ensuit que le patient modifie complètement la manière de se comporter, ce qui peut le conduire à s'auto-isoler, voire même le pousser au suicide. Chaque consultation spécialisée dans le domaine de la mauvaise haleine doit se préparer à être confrontée à des patients présentant une halitose non réelle et tisser à cet effet un réseau de liens interdisciplinaires.

(Bibliographie voir texte allemand, page 57)

Introduction

Au cours des dernières années, le thème «mauvaise haleine» a gagné en importance dans la conscience des patients et des médecins-dentistes. Un grand nombre de personnes souffrent de mauvaise haleine; on évalue une prévalence de quelque 25% en Europe, aux Etats-Unis et au Japon (MIYAZAKI et coll. 1995). Au contraire des Etats-Unis, on ne trouve jusqu'à maintenant en Europe que peu de consultations spécialisées destinées aux patients souffrant d'halitose. L'afflux des patients dans ces institutions peu nombreuses est considérable.

Sous la dénomination *halitose*, on comprend des constatations et des tableaux cliniques différents. On distingue l'halitose vraie, la pseudo-halitose et l'halitophobie (YAEGAKI & COIL 2000). Le

terme pseudo-halitose signifie que la mauvaise haleine n'est perçue que par le seul patient, alors que son entourage ne remarque rien. Cette situation s'améliore par l'information éclairée du patient et l'interprétation des résultats des examens pratiqués. Dans le cas de l'halitophobie, le patient se plaint également d'une mauvaise haleine qui ne peut pas être objectivement vérifiée. Mais dans ce cas, les explications les plus fournies, la discussion des résultats des examens pratiqués ne parviennent pas à convaincre le patient qu'il ne présente pas de problème de mauvaise haleine.

Des investigations antérieures évaluaient une incidence de cinq pour cent parmi toutes les causes d'halitose (DELANGHE et coll. 1996). Des études plus récentes des Universités de Berlin et de Bâle montrent cependant que, dans des consultations spéciali-

sées pour halitose, la proportion des patients présentant une cause psychique, ou psychiatrique, peut s'élever et atteindre de 12% à 27% (SEEMAN et coll. 2004, MÜLLER 2005).

Les causes psychologiques et psychiatriques

La représentation que l'être humain se fait de sa propre haleine est plus ou moins exacte et peut, dans une faible mesure, ne pas correspondre à la réalité dans certains cas, alors que dans d'autres elle s'en éloigne de façon totalement pathologique (ELI et coll. 2001). C'est une constatation paradoxale fort bien connue que celle de personnes souffrant de mauvaise haleine et qui n'en sont pas conscientes. Ce qui est encore plus paradoxal, c'est qu'il existe des personnes qui disent constater une mauvaise haleine repoussante, alors que celle-ci n'existe pas. Les personnes qui sont concernées par ce phénomène vont rechercher l'aide de spécialistes dans le cadre d'une consultation pour halitose où, après un examen approfondi, on va leur annoncer la bonne nouvelle que tant l'instrument de mesure que le nez exercé de l'examineur n'ont rien constaté ou alors constaté seulement une discrète mauvaise haleine. Ainsi, le problème pourrait sembler résolu. Un patient souffrant d'halitose se réjouira de se l'entendre dire, celui qui souffre d'halitophobie, lui, va probablement réagir en manifestant de la mauvaise humeur. Il sera le plus souvent impossible, même en argumentant de la meilleure façon, de le convaincre que sa mauvaise haleine n'est que le produit de son imagination. Le patient qui présente une vraie mauvaise haleine ne perçoit en général pas l'odeur réellement présente; l'halitophobe, si on l'écoute, sent parfaitement l'odeur non existante. Il est très difficile de s'occuper de tels patients, il est en effet impossible de leur démontrer qu'ils ne présentent aucune mauvaise haleine. Il n'est pas rare qu'ils soient déçus et réagissent négativement à toute tentative d'argumentation. Il en résulte des difficultés lorsque l'ont voudrait adresser un patient atteint d'halitophobie à un psychothérapeute, puisque ce qu'il voudrait, c'est que l'on traite son affection au plan somatique. Il est le plus souvent impossible de lui faire admettre le caractère délirant du diagnostic qu'il a lui-même posé.

Pseudo-halitose et halitophobie

Le patient souffrant de pseudo-halitose, après avoir subi les étapes du diagnostic et du traitement, pourra être convaincu que son haleine, objectivement examinée et ayant fait l'objet de mesures au moyen d'instruments, ne présente effectivement aucune anomalie. De son côté, le patient atteint d'halitophobie ne pourra jamais être convaincu, même avec l'aide de moyens diagnostiques professionnels et de preuves mesurées que son problème est fictif et qu'il n'a aucun besoin d'un traitement somatique (ROSENBERG & LEIB 1997).

Sous le terme d'halitophobie, on décrit la crainte exagérée que présente le patient d'importuner son entourage par son haleine prétendument intolérable. Dans un forum Internet, un jeune patient halitophobe écrit: «J'observe très bien la réaction de mon vis-à-vis, je l'observe presque trop bien. C'est ce qui me met hors de moi. Je constate sans cesse, d'une façon ou d'une autre, une réaction qui me renvoie à ma mauvaise haleine [...]. Ma mère m'a déjà rassuré de nombreuses reprises en me disant que je ne souffre pas de mauvaise haleine, mais j'ai l'impression qu'elle le dit uniquement pour ne pas me faire de la peine [...]. J'ai déjà fait deux tentatives de suicide à cause de mon problème.» (<http://www.med1.de/Forum/Zahnmedizin/139753/>). L'interpré-

tation des questionnaires spécialement destinés à l'anamnèse des patients de la consultation d'halitose de l'Université de Bâle (LANG & FILIPPI 2004a) a mis en évidence que dans le cas des patients sans vraie halitose, le risque relatif d'une influence négative sur la vie sociale est deux fois plus grand que pour ceux souffrant de vraie halitose (MÜLLER 2005). C'est ce qui explique en partie la menace apparemment plus élevée de suicide en cas d'halitophobie persistante.

Le quotidien de celui qui souffre d'halitophobie tourne entièrement autour de la pensée délirante d'une exhalaison insupportable sortant de sa bouche. Dans les contacts interhumains, l'halitophobe voue son attention presque exclusivement à la recherche de signes présumés indiquant que ceux qui sont en face de lui auraient remarqué sa mauvaise haleine. Les «indices» supposés sont des gestes apparaissant dans toute relation sociale, tels que se couvrir brièvement le nez de la main ou de hocher la tête. Si l'on pousse l'interrogatoire, on apprend que ces patients n'ont pourtant jamais eu à subir de remarques concernant leur haleine (JOHNSON 1996). Les conséquences de cette auto-évaluation erronée sont considérables. Par peur et par honte, les patients s'écartent de plus en plus des autres, afin de ne pas les importuner par leur haleine. C'est ainsi qu'ils s'éloignent progressivement de ce qui constitue leur cercle de relations sociales (YAEGAKI & COIL 1999).

De la peur à la phobie en passant par le délire

Les idées délirantes au sujet de leur propre haleine, qui prennent de plus en plus d'importance avec le temps, sont réunies sous la dénomination de *syndrome de référence olfactive* (JOHNSON 1996). En dépit d'une incidence finalement grande dans le cadre des consultations spécialisées (DELANGHE et coll. 1996, SEEMANN et coll. 2004, MÜLLER 2005), on ne dispose pas, au plan psychologique et psychiatrique, de données scientifiques au sujet de l'halitophobie. De plus, la plupart des patients souffrant d'halitophobie n'apparaissent pas dans les consultations psychologiques ou psychiatriques puisqu'ils sont persuadés que leur problème est de nature organique et non psychologique. Si l'*hallucinosse de la propre haleine* ou le *syndrome de référence olfactif* sont connus des psychologues, des psychiatres et des neuropsychologues, le phénomène de l'halitophobie, lui, ne l'est pas. De façon logique, l'halitophobie peut être classée, en tant que syndrome de référence olfactif, parmi les troubles obsessionnels compulsifs (STEIN et coll. 1998). Les patients souffrant de syndrome de référence olfactif (SRO) croient de façon plus ou moins délirante que leur vie professionnelle et privée est limitée par leur odeur corporelle et buccale prétendument mauvaise. Des schémas de comportement obsessionnels viennent encore s'ajouter. Cette odeur imaginaire peut être attribuée aux régions les plus variées du corps. Les patients avec un SRO se préoccupent en permanence de leur odeur corporelle. Ils s'excusent pour une odeur inexistante et sont constamment occupés – tels les malades souffrants de troubles obsessionnels compulsifs – à diverses activités et rituels destinés à s'en libérer. Ces patients en arrivent à éviter d'apparaître en public et souvent à éviter tous contacts sociaux et professionnels. Ils ressentent souvent un grand sentiment de honte et une tendance dépressive à cause de leur odeur imaginaire. Ainsi l'halitophobie pourrait satisfaire aux critères des maladies obsessionnelles compulsives dans le cadre du système de classification des troubles mentaux (DSM-IV) (SASS et coll. 2002). Il faudra toutefois d'autres études pour justifier avec certitude le classement de l'halitophobie dans le cadre du syndrome de référence olfactif et donc des troubles obsessionnels compulsifs. A

L'origine des troubles obsessionnels compulsifs on trouve tant des facteurs neurobiologiques que psychologiques.

Traitement pharmacologique

Les antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), peuvent augmenter, respectivement équilibrer la concentration du neurotransmetteur sérotonine, responsable de l'humeur, au niveau de la fente synaptique. Ils peuvent ainsi atténuer les angoisses, les dépressions, les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles de l'humeur (ADAMS et coll. 2005). L'efficacité de la sertraline et du citalopram a été confirmée dans le cas de symptômes cliniques de troubles obsessionnels compulsifs (STEIN et coll. 1998, PHILLIPS & RASMUSSEN 2004). On a toutefois décrit un risque accru de suicide en début de traitement sous ISRS (FERGUSON et coll. 2005, MARTINEZ et coll. 2005). La cause pourrait en être l'effet de stimulation de l'humeur, qui donne au patient l'énergie de se suicider, qui lui manquait auparavant dans la profondeur de sa dépression. Les études ayant abouti à de tels résultats sont cependant très discutées dans les milieux spécialisés en psychologie et en psychiatrie, les preuves étant rares à ce jour. Dans le choix d'un médicament en particulier, les médecins traitants tiennent fréquemment compte des possibles effets secondaires. Selon les données connues à ce jour concernant les ISRS, ces derniers sont moins fréquents que pour les antidépresseurs tricycliques. Les effets secondaires typiques des deux formes de traitement peuvent être la sécheresse de la bouche, la constipation, les vertiges, les nausées, la diarrhée, la peur, l'agitation, l'insomnie, la nervosité et les maux de tête. L'insomnie, la diarrhée et les nausées sont cependant nettement moins fréquentes avec les ISRS qu'avec les antidépresseurs tricycliques. La prise de poids est aussi nettement moins importante sous traitement par ISRS. Sous ISRS les effets secondaires de type anticholinergique sont plus faibles que sous antidépresseurs tricycliques. C'est valable en particulier pour la sécheresse de la bouche, ce qui par ailleurs, dans le cas de l'halitose, ne manque pas d'importance.

Finalement, il importe que les patients souffrant d'halitophobie soient adressés – dès qu'ils sont prêts à faire le pas – à un psychiatre ou à un médecin de médecine générale bénéficiant d'une formation complémentaire en psychothérapie. En règle générale, le traitement pharmacologique va atténuer les plaintes. Toutefois, même en procédant avec prudence à l'arrêt du traitement (réduction lentement progressive sur une longue durée), elles peuvent souvent réapparaître si l'on ne procède pas à un traitement d'accompagnement par psychothérapie ou thérapie du comportement.

La communication avec les patients souffrant d'halitophobie

Dans le cadre d'une consultation pour halitose, il peut se révéler judicieux de procéder à une partie de l'anamnèse au moyen d'un questionnaire, qui doit contenir un certain nombre de questions relatives à la situation psychique du patient (LANG & FILIPPI 2004a). Les patients qui ne souffrent pas de vraie halitose pourront être dépistés à ce stade déjà. Il sera ainsi possible de communiquer, dès le début, en fonction du diagnostic.

Il est très important que le premier entretien ait lieu dans une atmosphère calme et que le temps ne soit pas compté. A la suite de l'examen intrabuccal, organoleptique et instrumental (LANG & FILIPPI 2004a), il est recommandé, dans le cas également des patients présentant une halitose sur base psychologique, d'ex-

pliquer les principes de l'hygiène bucco-dentaire et linguale (LANG & FILIPPI 2004b). Il incombe au soignant d'apprécier s'il faut, lors du premier contact déjà, confronter le patient avec la notion de mauvaise haleine qui ne peut être confirmée. La chose la plus importante, c'est de gagner la confiance du patient. On pourrait par exemple commencer par indiquer que l'odeur perçue est en réalité beaucoup plus discrète que ne le pense le patient. Certains de ces patients ont déjà derrière eux une longue phase de tourisme médical, ils sont déçus, hypersensibles et aspirent désespérément à la fin de leur problème. Une remarque censée être encourageante et qui consisterait à dire qu'il n'y a aucun problème, ne peut pas être, à cet instant élaborée par le patient au niveau cognitif. Au fond de lui-même un conflit entre cognition et émotion s'est déclenché, qui peut conduire à des réactions violentes de colère.

Le point essentiel du traitement consiste à établir une relation avec le patient, elle dont se fonder sur l'ouverture à l'autre, la compassion, le soutien et l'encouragement (YAEGAKI & coll. 1999). En psychothérapie, on sait depuis longtemps que ce n'est pas en tout premier lieu la technique de la thérapie, mais bien plutôt l'attitude et la bonne construction de la relation par le thérapeute qui vont permettre le déclenchement d'un processus de guérison interne (GRAWÉ et coll. 1994). Grâce à ce type de communication, empreint d'empathie, on permet au patient le luxe d'abandonner sa résistance interne et de prêter l'oreille à une évaluation nouvelle de la situation. En règle générale, aucun de ces patients ne va accepter d'emblée la proposition d'un soutien et d'un traitement psychologique (DELANGHE et coll. 1997, DELANGHE et coll. 1999a, DELANGHE et coll. 1999b, YAEGAKI & COIL 1999). Avant que ne s'établisse entre le thérapeute et le patient une relation fondée sur la confiance, la tentative d'adresser le patient à un psychothérapeute ou à un généraliste au bénéfice d'une formation complémentaire en psychothérapie va habituellement échouer. C'est la raison pour laquelle il est essentiel que le soignant écoute attentivement les plaintes du patient et les prenne au sérieux. Au cours de l'entretien, hocher la tête, montrer qu'on est d'accord et reconnaître le problème contribuent à créer une situation de confiance. Par des phrases telles que «Je le comprends très bien», «C'est quelque chose que vous devez mal supporter», «Voyons ce que je peux faire pour vous», on atteste de sa sympathie. Il faut absolument éviter des termes pouvant suggérer qu'il s'agit d'une affection de nature psychique et non somatique (tab. I).

On ne doit jamais oublier que le thérapeute et le patient se situent dans deux réalités différentes. Pour le patient, l'halitose représente une réalité que ses sens perçoivent à son grand désespoir. Le but premier du traitement de l'halitophobie consiste à reconnaître l'existence de cette réalité et de l'en faire sortir. Il existe une façon d'aborder le patient qui est pleine de promesses au plan psychologique, elle prend appui sur cinq règles (YAEGAKI & COIL 1999) (tab. II).

L'habitude consistant à observer les autres et à rechercher chez eux en permanences des indices de réaction à sa propre mauvaise haleine est l'un des problèmes essentiels de l'halitophobie. C'est pourquoi il est vivement conseillé de rendre le patient attentif à

Tab. I Termes à éviter au contact avec les patients souffrant d'halitophobie

Hallucination, halluciner
Délire, délirant, idée fixe, absurdiste
Mauvaise haleine imaginaire, imagination, «ça n'arrive qu'à vous»
Pseudo-halitose, halitophobie
Psychique, psychosomatique, pathologique, psychothérapie

Tab. II Cinq règles à respecter dans la relation avec les patients souffrant d'halitophobie

1. Le soignant n'accepte pas d'entrer en discussion au sujet de l'existence ou de l'absence de la mauvaise haleine.
2. Il faut rechercher si le patient, à de nombreuses reprises, s'est inquiété d'éventuelles réactions de son entourage et en a conclu qu'elles confirmaient l'existence de sa mauvaise haleine.
3. Il faut répéter sans cesse au patient que des gestes tels que celui de se couvrir le nez de la main ou de tourner la tête sont fréquents et ne signifient pas qu'il a une mauvaise haleine.
4. Pour maintenir le contact avec le patient, si important pour le traitement, il convient de lui expliquer ce qu'il peut faire pour que son hygiène bucco-dentaire soit aussi efficace que possible. Il est convaincu d'avoir une mauvaise haleine et il va chercher – s'il n'est pas pris au sérieux – le secours auprès d'autres spécialistes.
5. Il faudrait sans cesse rappeler au patient qu'il ne doit jamais évaluer la nature de son air expiratoire à des gestes ou des réactions des personnes de son entourage, s'il veut éviter de se tromper en permanence.

cette habitude et aux sentiments de crainte et de besoin de se contrôler qu'elle entraîne. Si la crainte du patient devant sa propre haleine s'estompe, il est alors possible, après quelques consultations de contrôle, de lui indiquer que le temps serait venu de recourir à une aide professionnelle pour enfin maîtriser ces impulsions qui le tourmentent (tab. III).

Conclusions

Chaque médecin-dentiste proposant une consultation pour halitophobie et qui sera par conséquent confronté tôt ou tard à

Tab. III La psychothérapie – comment en parler à mon patient?

Je ne peux que vous féliciter de vos résultats. Actuellement, vous êtes parvenu à une hygiène bucco dentaire parfaite. Votre haleine est fraîche. Vous me dites que vous avez encore le sentiment que votre bouche sent mauvais. Ce phénomène est parfaitement connu. Il se peut que de temps en temps vous ayez effectivement une mauvaise odeur ou un mauvais goût dans la bouche. On ne sait pas la raison pour laquelle il arrive que le cerveau garde en mémoire cette odeur, qu'il l'enregistre et continue à la percevoir alors qu'en réalité elle n'est plus présente. Vous êtes par ailleurs une personne dynamique/heureuse de vivre/sympathique/entrepreneuse. Il serait regrettable que cette sensation continue à vous perturber. C'est pourquoi je vous suggère de prendre contact avec un spécialiste qui a toute ma confiance. C'est un psychiatre/psychologue/spécialiste en médecine générale et en même temps un professionnel confirmé dans le domaine de la mémoire olfactive du cerveau. Il pourra éventuellement vous apporter une aide supplémentaire avec un médicament qui empêchera votre cerveau de continuer d'avoir l'impression d'une mauvaise odeur.

des patients souffrant de cette affection, devrait entrer en contact, à proximité de son cabinet, avec un psychiatre ou un spécialiste en médecine générale au bénéfice d'une formation complémentaire en psychothérapie et lui présenter les symptômes de l'halitophobie, pour qu'il soit prêt à accueillir un tel patient. Pour le médecin-dentiste, le contact avec les patients souffrant d'halitophobie est pénible. Il exige des connaissances fondamentales sur les tenants et aboutissants de cette maladie, une technique de communication adaptée à des patients souffrant d'halitophobie, ainsi que des notions thérapeutiques au plan psychologique.