



Article original

De la recherche d'une origine somatique, à la découverte d'une origine mentale : parcours de la prise en charge de l'halitose subjective

Searching a somatic origin and finding a mental source instead: treatment journey of subjective halitosis

DS Dembele¹, SM Ndiaye*¹, F Mbengue¹, M Lo¹, K Konare, A Sy², B Loum³, T Sylla¹

Résumé

Les halitoses relevant de la santé mentale, regroupées sous le vocable d'halitoses subjectives, posent des difficultés terminologiques, diagnostiques et de prise en charge. Ses aspects psychopathologiques et sémiologiques sont riches, mais difficilement décelables par les praticiens en médecine somatique, souvent sollicités en première ligne. La recherche fastidieuse et non concluante de cause somatique augmente le désarroi des patients et rend complexe leur référence vers un professionnel de santé mentale. Ces formes psychiatriques peuvent évoluer favorablement lorsqu'elles sont repérées précocement et référées de façon adéquate et adaptée à un spécialiste.

Mots-clés : halitose ; psychosomatique ; prise en charge multidisciplinaire.

Abstract

Halitosis related to mental health, grouped under the term subjective halitosis, poses terminological, diagnostic and management difficulties. Its psychopathological and semiological aspects are

rich but difficult to detect by somatic medicine practitioners, who are often called upon on the front line. The tedious and inconclusive search for somatic cause increases the distress of patients and complicates their referral to a mental health professional. These psychiatric forms can evolve favorably when they are identified early and referred in an adequate and adapted manner to a specialist.

Keywords: Halitosis, psychosomatic, diagnosis, multidisciplinary care.

Introduction

L'halitose, altération de l'haleine buccale, désigne toute odeur désagréable ou nauséabonde émanant de la cavité buccale. L'halitose n'est cependant qu'un symptôme fonctionnel caractéristique d'un certain nombre de pathologies somatiques et/ou psychologiques. Ce symptôme peut poser de réelles difficultés de diagnostic étiologique et de prise en charge. La recherche du facteur causal est souvent

fastidieuse, entraînant parfois le désarroi du patient et des errements dans la thérapeutique [1].

Plusieurs terminologies ont été utilisées pour désigner la forme non objectivable, qualifiée de subjective, créant ainsi une certaine confusion. L'halitose de cause psychologique n'est pas classée comme une maladie. Elle a encore le statut de syndrome et est classée tantôt parmi les psychoses du fait de l'existence d'idées délirantes, tantôt dans les névroses de type obsessionnel à travers l'existence de comportement compulsif [2]. La mauvaise haleine fait l'objet d'un réel tabou, souvent à l'origine d'un handicap social et psychologique. Sa perception subjective est sous-tendue par divers paramètres et facteurs socio-culturels.

Dans ce travail chez des patients souffrants d'halitose non organique, nous nous sommes intéressés aux particularités cliniques, psychopathologiques et de prise en charge des halitoses non organiques.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective allant du 1er juillet 2004 au 20 décembre 2016. Nous avons inclus dans notre étude les patients reçus durant cette période au service de psychiatrie de l'Hôpital Principal de Dakar (HPD) pour halitose. Les patients avec une halitose d'étiologie organique n'étaient pas inclus dans l'étude.

Les patients ont été référés en psychiatrie après une évaluation somatique complète. Il s'agissait d'examen oto-rhino-laryngologique (ORL) complet avec réalisation d'une laryngoscopie indirecte, parfois parachevée par une nasofibroscopie au tube souple et une rhinoscopie antérieure. Cet examen était complété par un examen odonto-stomatologique et un examen physique général fait par un interniste afin d'éliminer toute origine organique. Des examens complémentaires, notamment radiologiques et fibroscopiques étaient réalisés au besoin.

Nous avons relevé dans les dossiers médicaux des patients inclus dans l'étude, les données sociodémographiques, cliniques,

biographiques, psychopathologiques, thérapeutiques et évolutives.

Résultats

Durant la période de notre étude, nous avons reçu 11 patients en consultation pour halitose, soit 2,8% des motifs de consultation au service de psychiatrie de HPD. Nous avons noté, parmi les patients inclus, 4 hommes et 7 femmes, soit un sex-ratio de 1,75 en faveur des femmes. L'âge moyen était de 28 ans, avec des extrêmes de 20 ans et 42 ans.

Huit patients nous ont été référés à partir du service d'ORL de l'Hôpital Militaire de Ouakam (HMO) et trois patients de celui de HPD. Avant ces références, les patients avaient consulté au moins 3 professionnels dans des structures différentes, sans satisfaction. Ce « tourisme hospitalier » était entretenu par cette insatisfaction, voir même par un doute sur les compétences des praticiens. Le motif de la référence était souvent l'absence d'anomalie : « tous les examens sont normaux ...vous n'avez rien ... allez voir un psychiatre ». Les références ont été faites après des examens physiques et paracliniques préalables. Ces examens n'avaient pas permis de retrouver des anomalies pouvant être à l'origine de l'halitose décrite par les patients. La référence vers le psychiatre était refusée au début par l'ensemble des patients. Cette consultation psychiatrique n'avait lieu secondairement qu'après une persistance voir une aggravation du symptôme. Le délai de consultation en psychiatrie, après la référence, variait entre 2 et 9 mois, avec une moyenne de 4 mois.

L'attitude des patients était remarquable à leur arrivée dans le service. Ils s'étaient plaints de l'attitude de la secrétaire qui leur avait demandé de parler plus fort, alors qu'ils n'avaient pas voulu importuner par leur haleine. Certains patients ont attendu leur tour de consultation en dehors de la salle d'attente. Ceux qui étaient dans la salle s'étaient isolés des autres patients ou avaient évité d'être en discussion avec les vis-à-vis. La même attitude était notée durant la consultation pour masquer ou minimiser leur haleine. Tous nos

patients se mettaient de biais ou gardaient une distance de « sécurité » par rapport à leur interlocuteur.

Le thérapeute et les proches interrogés n'avaient objectivé aucune mauvaise haleine chez les patients. Durant les entretiens, les patients avaient tous reconnu une absence d'odeur à l'exception d'un patient tabagique qui disait dégager une odeur nauséabonde de tabac. La conviction de l'existence d'une mauvaise haleine venait plus de la lecture de certains phénomènes dans l'environnement immédiat. Ils avaient tendance à rechercher et à interpréter des indices de leur mauvaise haleine dans l'environnement social. Ainsi étaient interprétés comme tels, les gestes de la main portée au nez, la prise de distance, la désodorisation des bureaux et des maisons ou la mise de l'encens. Cinq patients avaient rapporté avoir été suivis par des chiens, des chats ou des mouches qui seraient attirés pour eux par l'odeur qu'ils dégageaient.

Des rituels compulsifs étaient développés par les malades. La conduite des patients se remarquait par le recours abusif de produits cosmétiques pour dissimuler l'halitose, pouvant aller jusqu'à parfumer la cavité buccale ou mettre du coton imbibé de parfum dans certaines parties du corps. Des conséquences sociales et professionnelles étaient notées chez tous les patients. Il s'agissait d'isolement social avec l'évitement progressif des rapports sociaux mais aussi d'un désinvestissement des activités professionnelles. Au plan des antécédents, nous avons retrouvé un tabagisme modéré, un handicap moteur et des manifestations dépressives. Des aspects biographiques saillants ont été notés chez nos patients. Il s'agissait de refus de paternité, d'abus sexuels dans l'enfance par des ascendants, de séparation des parents et de développement d'un complexe d'infériorité sur un handicap physique à l'entrée à l'université. Si une personnalité paranoïaque caractérisée a été retrouvée chez 4 patients, le reste présentait un long passé de susceptibilité, de tendance à l'interprétation et des difficultés relationnelles avec leur environnement familial et socioprofessionnel.

Au plan diagnostique, il s'agissait pour nos patients d'une expérience délirante à mécanisme interprétatif,

se compliquant par une angoisse sociale massive, générant des comportements obsessionnels compulsifs et phobiques associés.

Nous avons relevé chez les patients différents aspects psychopathologiques. Il s'agissait de facteur déclenchant d'ordre affectif, professionnel ou scolaire. Chez une patiente, mariée à un émigré, le symptôme est apparu dans un contexte où elle s'était sentie délaissée par son mari et rejetée par sa belle-famille. Chez une autre patiente, non reconnue par son père, ayant vécu un abus sexuel par des ascendants, le facteur déclenchant était aussi le rejet par son mari et sa belle-famille. En effet, elle s'est mariée avec un homme malgré le désaccord des parents de ce dernier qui la jugeaient comme étant une fille naturelle et de mauvaises mœurs du fait de l'absence de virginité constatée lors de sa nuit nuptiale. Après trois maternités, elle s'était sentie délaissée par son mari, qui sous l'influence de ses parents, épousa une deuxième femme issue selon eux de « bonne » famille. Une patiente avait développé l'halitose lors des procédures judiciaires de divorce, initiées par son époux, sur un fond de conflits récurrents dans le couple.

Le fait que de nombreuses relations amoureuses antérieures n'aboutissaient pas au mariage avait fait naître un sentiment d'abandon chez une de nos patientes. Le facteur précipitant chez elle était la désillusion au sujet d'un projet de mariage avec un collègue, qui contre toute attente avait épousé une autre.

Pour trois patientes, la plainte d'halitose est survenue dans un contexte de relations professionnelles difficiles. Elles ont été animées par le sentiment d'être isolées par des collègues de travail.

Notre patient avec un handicap moteur avait une faible estime de soi. Après une succession d'échecs universitaires, sa souffrance s'est traduite par une plainte d'halitose.

La promotion à un poste de responsabilité dans une grande société avait déclenché les symptômes chez un patient. Il a estimé ne pas avoir les compétences requises pour ce poste et avait le sentiment que

son inaptitude à diriger était connu de tous. Il a commencé à présenter des plaintes somatiques à l'origine d'absentéismes répétés avant de se plaindre d'halitose.

Un patient qui avait une grande notoriété avec des activités florissantes de commerce a présenté des symptômes après sa faillite. Il s'était senti abandonné par plusieurs courtisans.

Un de nos patients, qui vivait à l'étranger, a perdu sa femme qui entretenait ses relations sociales et lui permettait également d'avoir une stabilité professionnelle. Il n'était plus fréquenté comme du vivant de son épouse et a commencé à ne plus avoir envie d'aller au travail. C'est dans ce contexte qu'il a développé une halitose avec un fort sentiment d'importuner les autres et a fini par s'isoler et renoncer à son travail.

Au plan thérapeutique les patients avaient bénéficié d'un traitement médicamenteux à base d'anxiolytique, d'antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine, ou de neuroleptique de nouvelle génération pour les cas délirants sévères. L'accompagnement psychothérapeutique consistait à ne pas invalider le symptôme d'emblée et à développer une relation de confiance. Une thérapie d'inspiration cognitivo-comportementale a été conduite pour 5 patients avec l'objectif d'un déconditionnement progressif afin de leur permettre d'affronter les situations redoutées. Un accompagnement systémique des patients qui avaient des problèmes de couple avaient été donné.

L'invalidation du symptôme par mégarde au début de la thérapie altérait la relation thérapeutique ou était perçue par les patients comme une stratégie de réassurance ou de ne pas les frustrer. C'est ainsi que nous avons noté la rupture de la relation thérapeutique chez un patient. Les 10 autres patients étaient revenus en consultation après avoir annulé leur rendez-vous, deux à trois fois. Le patient avec un handicap moteur s'était suicidé par ingestion d'un produit caustique, après deux mois de thérapie. Ce dernier était délirant sur une personnalité paranoïaque. Le passage à l'acte était survenu dans un contexte dépressif, avec la perte

de l'espoir de guérison et l'absence de diagnostic étiologique somatique, malgré son long parcours thérapeutique. Chez 5 patients, nous avons noté la disparition de la plainte d'halitose avec le suivi. Pour 4 patients, la plainte était intermittente et le suivi avait permis la reprise des interactions avec l'environnement socio-professionnel.

Discussion

Notre étude a concerné une longue période de plus de 11 ans, avec une démarche clinique et paraclinique préalable, ayant permis d'inclure des patients souffrants d'halitose subjective seulement. Notre service se trouvant dans un hôpital d'instruction des armées constitue un biais de sélection, même s'il a un statut d'établissement public de santé. Le caractère prospectif de l'étude ne permet de relever que les données consignées dans les dossiers par les praticiens qui ont suivis les patients. Malgré tous ces biais et la taille de l'échantillon, la démarche a permis d'avoir des résultats qui renseignent sur les particularités des halitoses subjectives.

La prévalence à 2,8% de l'halitose d'origine psychique dans notre étude est beaucoup plus faible que celle de Zurcher et al [3] qui était de 17%. Si cette faible prévalence peut signifier la rareté de l'halitose subjective, elle peut aussi être liée à l'absence de consensus sur les critères diagnostiques [4]. Dans notre étude, cette affection touche plus l'adulte jeune avec une prédominance féminine, comme trouvé par Miyazaki [5]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes sont généralement plus soucieuses de leur santé et consultent plus pour le traitement de l'halitose. Au Sénégal, la recherche de la bonne odeur par l'utilisation de divers produits est très investie par les femmes. Cette bonne odeur fait partie de l'image de soi et constitue un facteur d'intégration sociale. D'autres études ont montré cependant que l'incidence et la sévérité de la mauvaise haleine sont pratiquement les mêmes dans les deux sexes [6].

Il est noté une multiplication des consultations ORL malgré qu'elles aient été sanctionnées par des

investigations cliniques et paracliniques sans anomalie organique descelée. Ceci traduit la difficulté à accepter l'absence de cause organique d'une souffrance chez le patient et les praticiens. Dans notre étude, le désarroi du patient et le sentiment d'impuissance du praticien ont rendu délicat le processus de référence. Ce dernier s'est traduit par la faible prévalence, mais aussi par le long délai entre la référence par l'ORL et la consultation en psychiatrie. Par ailleurs, la stigmatisation de la santé mentale, encore présente, peut participer à ce retard de consultation.

Dans notre étude, les patients étaient fortement préoccupés par une mauvaise odeur, non ressentie par eux-mêmes ni par autrui, se traduisant dans leur attitude envers autrui. Ils avaient la conviction délirante que leur prétendue mauvaise haleine importunait l'entourage avec un sentiment de honte marqué. Cette conviction délirante est basée sur un mécanisme interprétatif et un thème d'autoculpabilisation dans notre étude. Pour Nagel [4], le mécanisme délirant repose sur la perception d'une chose inexistante, car il s'agit de sentir parfaitement l'odeur non existante. Ce délire au sujet de l'haleine est décrit par Phillips en 1976, cité par Johnson [7], sous la dénomination de syndrome de référence olfactive. Cette expérience délirante favorisait une attitude centripète et un comportement obsessionnel. Il s'agissait de rituels, de phobie des contacts sociaux et de la recherche constante d'indices prouvant leur halitose. Notre étude a mis en évidence, un délire paranoïaque, enrichi secondairement par une phobie et un comportement compulsif. Il est survenu sur des vulnérabilités et/ou personnalités ou traits paranoïaques.

Chez nos patients, l'halitose est plus déclenché par un facteur professionnel, relationnel, ou psycho affectifs, vécu comme un rejet, dont la plainte d'halitose a une fonction de défense. Le rejet par halitose serait, de manière inconsciente, mieux vécu que le rejet par le divorce, l'abandon ou l'exclusion. Ce facteur affectif avait été évoqué par certains auteurs [8, 9] à travers le lien entre halitose et anxiété sociale.

Dans notre étude, nous avons noté une évolution défavorable par suicide chez un patient, comme

décrit par certains auteurs dans les cas d'halitoses persistantes [2, 10]. Le traitement médicamenteux associé à la psychothérapie a permis une évolution favorable chez la plupart de nos patients. Cette évolution favorable valide le caractère subjectif de ce type d'halitose. Le cas perdu de vu montre la place de la relation thérapeutique dans la prise en charge et montre l'intérêt d'une approche spécifique des patients souffrant d'halitose.

Conclusion

L'halitose peut parfois poser des problèmes de diagnostic étiologique. La recherche du facteur causal pouvant être fastidieuse, le découragement gagne le patient et les tâtonnements thérapeutiques prennent place.

Les formes psychiatriques d'halitoses dénommées halitoses subjectives sont soutendues par des facteurs psychopathologiques difficiles à mettre en évidence par les praticiens d'autres spécialités. Pour faire face à cet écueil, la prise en charge multidisciplinaire est souhaitée permettant ainsi de noter la part importante de la participation psychologique dans le déclenchement de ce symptôme et d'entreprendre un traitement adapté.

*Correspondance

NDIAYE Serigne Modou

smndthiale@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 juillet 2023

- 1 : Service de psychiatrie, hôpital d'instruction des Armées Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.
- 2 : Service d'otorhinolaryngologie, Hôpital militaire de Ouakam, Dakar Sénégal.
- 3 : Service d'otorhinolaryngologie, hôpital d'instruction des Armées Hôpital Principal de Dakar, Sénégal.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] AKA A, DIAKITE K. L'halitose : données actuelles et prise en charge du patient. *Med Afr. Noire*, 1999, 46 (12), 579-583.
- [2] Nagel D, Lutz C, Filippi A. Halitophobie- un tableau Clinique trop peu connu. *Rev Mens Suisse odontostomatol*, 2006, 116(1), 61.
- [3] Zahnmed S.M. Befunde, Diagnosen und Ergebnisse einer Mundgeruch-Sprechstunde über einen Zeitraum von sieben Jahren. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 2012, 122(3), 211-216.
- [4] Iwakura M, YASUNO Y, Shimura M, Sakamoto S. Clinical characteristics of halitosis: differences in two patients groups with primary and secondary complaints of halitosis. *J Dent Res.*, 1994, 73(9), 1568-1574.
- [5] Miyazaki H, Sakao S, Katoh Y, Takehara T. Correlation between volatile sulphur compounds and certain oral health measurements in the general population. *J. periodontal*, 1995, 66(8), 679-684.
- [6] Newman M.G. The role of periodontitis in oral malodour: clinical perspectives. In: VAN STEENBERGHE D, ROSENBERG M, Bad Breath. A multidisciplinary approach, University Press, Leuven, 1996, 3-14.
- [7] Johnson B.E. The olfactory reference syndrome and halitosis. In: VAN STEENBERGHE D, ROSENBERG M, Bad breath. A multidisciplinary approach, University Press, Leuven, 1996, 231-237.
- [8] Vali A, Roohafza H, Keshteli A.H, Afghari P, Shirani M.J, Afshar H, ... & Adibi, P et al. Relationship between subjective halitosis and psychological factors. *Int Dent.*, 2015, 65(3), 120-126.
- [9] Zaitzu T, Ueno M, Shinada K, Wright F.A,

Kawaguchi Y. Social anxiety disorder in genuine halitosis patients. Health and quality of life outcomes. 2011, 9, 1-7.

- [10] Filippi A, Muller N. Echt und psychisch bedingte halitosis- Befunde, Diagnosen Und. Ergebnisse einer Mundgeruch-Sprechstunde. *Schweizer Monatsschrift Fur Zahnmedizin*, 2006, 116(2), 129-135.

Pour citer cet article :

DS Dembele, SM Ndiaye, F Mbengue, M Lo, K Konare, A Sy et al. De la recherche d'une origine somatique, à la découverte d'une origine mentale : parcours de la prise en charge de l'halitose subjective. *Jaccr Africa* 2023; 7(3): 101-106