

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I
UFR D'ODONTOLOGIE

Année 2017

THESE N° 2017 LYO 1D 56

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 décembre 2017

par

DIAS Rémi

Né le 28 août 1992 à Bonneville (74)

**Prise en charge au cabinet dentaire des patients consommant des stupéfiants et de
leurs lésions associées.**

JURY

Madame la professeure MILLET Catherine
Monsieur le docteur DUPREZ Jean-Pierre
Monsieur le docteur JEANNIN Christophe
Madame le docteur BERTONI-TALIN Angélique

Présidente
Assesseur
Assesseur
Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

| | |
|--|-------------------------------|
| Président de l'Université | M. le Professeur F. FLEURY |
| Président du Conseil Académique | M. le Professeur H. BEN HADID |
| Vice-Président du Conseil d'Administration | M. le Professeur D. REVEL |
| Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique | M. F. VALLEE |
| Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire du Conseil Académique | M. le Professeur P. CHEVALIER |

SECTEUR SANTE

| | |
|--|---|
| Faculté de Médecine Lyon Est | Directeur : M. le Professeur G. RODE |
| Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux | Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON |
| Faculté d'Odontologie | Directeur : M. le Professeur D. BOURGEOIS |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques | Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA |
| Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation | Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences |
| Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine | Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT |

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

| | |
|--|--|
| Faculté des Sciences et Technologies | Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de Conférences |
| UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives | Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé |
| Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 | Directeur : M. le Professeur C. VITON |
| Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1 | Directeur : M. E. PERRIN |
| Institut de Science Financière et d'Assurances | Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences |
| Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education (ESPE) | Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL |
| Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique | Directeur : M. G. PIGNAULT |

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

| | | |
|-------------------|---|---|
| Doyen | : | M. Denis BOURGEOIS, Professeur des Universités |
| Vice-Doyen | : | Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités |
| Vice-Doyen | : | M. Stéphane VIENNOT, Maître de Conférences |

SOUS-SECTION 56-01 :

Professeur des Universités :
Maître de Conférences :
Maître de Conférences Associée

PEDODONTIE

M. Jean-Jacques MORRIER
M. Jean-Pierre DUPREZ
Mme Christine KHOURY

SOUS-SECTION 56-02 :

Maîtres de Conférences :

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,

SOUS-SECTION 56-03 :

Professeur des Universités
Maître de Conférences

PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE

M. Denis BOURGEOIS
M. Bruno COMTE

SOUS-SECTION 57-01 :

Maîtres de Conférences :
Maître de Conférences Associée

PARODONTOLOGIE

Mme Kerstin GRITSCH, M. Philippe RODIER,
Mme Nina ATTIK

SOUS-SECTION 57-02 :

Maîtres de Conférences :

CHIRURGIE BUCCALE - PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION

Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD, M. Thomas FORTIN,
M. Arnaud LAFON

SOUS-SECTION 57-03 :

Professeur des Universités :
Maîtres de Conférences :

SCIENCES BIOLOGIQUES

M. J. Christophe FARGES
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, M. François VIRARD

SOUS-SECTION 58-01 :

Professeurs des Universités :
Maîtres de Conférences :

ODONTOLOGIE CONSERVATRICE - ENDODONTIE

M. Pierre FARGE, M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Dominique SEUX
M. Thierry SELLI, M. Cyril VILLAT

SOUS-SECTION 58-02 :

Professeurs des Universités :
Maîtres de Conférences :

Maîtres de Conférences Associés

PROTHESE

M. Guillaume MALQUARTI, Mme Catherine MILLET
M. Maxime DUCRET M. Christophe JEANNIN, M. Renaud NOHARET,
M. Gilbert VIGUIE, M. Stéphane VIENNOT
M. Hazem ABOUELLEIL,

SOUS-SECTION 58-03 :

Professeurs des Universités :
Maîtres de Conférences :

SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTIQUES, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

Mme Brigitte GROSGOGHEAT, M. Olivier ROBIN
M. Patrick EXBRAYAT, Mme Sophie VEYRE-GOULET

SECTION 87 :

Maître de Conférences

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Mme Florence CARROUEL

A notre présidente,

Madame la professeure MILLET Catherine

Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Lyon I
Habilité à Diriger des Recherches

Nous sommes heureux de votre présidence de notre jury, et vous remercions de l'avoir accepté.

Nous nous souviendrons de la qualité de votre enseignement et pour votre accompagnement durant ces années de formations.

Nous avons eu le plaisir d'apprendre et de progresser à vos côtés.

Veuillez trouver l'expression de nos remerciements les plus sincères.

A notre juge,

Monsieur le docteur DUPREZ Jean-Pierre

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Habilité à Diriger des Recherches

Nous sommes heureux de vous compter dans notre jury,

Nous vous remercions pour votre enseignement clinique et théorique.

Veuillez croire en l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre profond respect.

A notre juge,

Monsieur le docteur JEANNIN Christophe

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Institut National Polytechnique de Grenoble

Nous sommes heureux de votre présence au sein de notre jury.

Nous vous remercions pour votre encadrement en prothèse depuis nos premiers pas dans la dentisterie, ainsi que pour vos bons conseils au cours de ces années.

Veuillez trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

A notre juge et directrice de thèse,

Madame le docteur BERTONI-TALIN Angélique

Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Nous vous exprimons encore notre profonde gratitude pour votre disponibilité, votre sens critique et vos précieux conseils pour mener à bien ce travail.

Nous espérons que ce travail est à la hauteur de vos attentes.

Nous vous remercions pour votre enseignement et votre encadrement en clinique, le tout agrémenté de votre bonne humeur. Cette dernière ayant pleinement contribué à la naissance de cet ouvrage.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Introduction : | 3 |
| I. La toxicomanie | 4 |
| I.1. Définition | 4 |
| I.2. Prévalence | 4 |
| I.3. Les substances | 5 |
| I.3.1. L'amphétamine et ses dérivés | 5 |
| I.3.2. Le cannabis | 7 |
| II. Manifestations cliniques de la consommation de stupéfiants | 8 |
| II.1. Modification salivaire | 8 |
| II.2. Lésions des tissus durs | 10 |
| II.3. Bruxisme | 13 |
| II.4. Troubles immunitaires | 14 |
| II.4.1 Action cellulaire | 14 |
| II.4.2 Prédiposition infectieuse | 14 |
| II.5. Troubles de l'hémostase | 16 |
| II.6. Lésions des tissus mous | 17 |
| II.6.1. Gingivite, parodontite et ulcérations des muqueuses | 17 |
| II.6.2 La candidose | 19 |
| II.6.3. Le leucoedème | 20 |
| II.6.4. La nécrose du septum nasal | 21 |
| II.6.5. Lésions précancéreuses et cancéreuses | 22 |
| III. Le patient addictif | 23 |
| III.1. Sa personnalité | 23 |
| III.2. Son hygiène de vie et bucco-dentaire | 24 |
| III.2.1. Habitudes de brossage | 24 |
| III.2.2. La fréquence de consultation | 26 |
| III.2.3. L'équilibre alimentaire | 27 |
| III.3. La prise en charge | 28 |
| III.3.1. La gestion de la douleur | 29 |
| III.3.1.1. Prescription des antalgiques | 29 |
| III.3.1.2. L'anesthésie | 31 |
| III.3.2. La gestion du trouble salivaire | 32 |
| III.3.3. La gestion du trouble hémorragique | 33 |
| III.3.4. Le patient immunodéprimé | 34 |
| III.3.5. La réhabilitation / Le plan de traitement | 35 |

Conclusion..... 37

Bibliographie 39

Introduction :

La toxicomanie est un fléau qui ne connaît aucune frontière qu'elle soit géographique, sociale ou générationnelle. Selon une étude établie par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2014 en métropole, 42% de la population des 18-64 ans avait au moins fait l'expérimentation de l'usage du cannabis. Etant donné la prévalence de ce phénomène, le chirurgien-dentiste aura de fortes probabilités d'avoir à prendre en charge dans son cabinet un patient toxicomane ou ayant des antécédents. En dehors du caractère toxique du produit stupéfiant sur l'état général du consommateur régulier, il ne faut pas oublier l'impact psychologique de ces molécules entraînant des phases d'angoisses, de dépression et de dénutrition. Si l'on allie ce phénomène à la dégradation de l'état bucco-dentaire du consommateur (Substance active, hygiène bucco-dentaire souvent médiocre...) comme décrit par C. Pesci-Bardon il y a un risque d'entrer dans un cercle vicieux du type :

« Dégradation de l'esthétique → laisser aller → utilisation de drogues pour oublier et caries à progression rapide → douleurs dentaires → utilisation de drogue comme antalgique... ».

La prise en charge bucco-dentaire et la réhabilitation fonctionnelle et esthétique de ces patients font à l'heure actuelle partie des protocoles de sevrage et de réinsertion sociale de ces personnes en vue de les sortir de cette dépendance. Nous nous sommes donc demandé quel est l'impact de la consommation de stupéfiants sur la santé bucco-dentaire ? Dans quelles mesures le praticien doit-il adapter son approche et sa prise en charge face au patient toxicomane ?

Afin de répondre à ces questions nous nous intéresserons à la toxicomanie et aux substances les plus répandues classées parmi les stupéfiants en France, le cannabis, la méthamphétamine et ses dérivés. Puis nous présenterons les manifestations cliniques relatives à la consommation de stupéfiants en développant majoritairement les répercussions sur la sphère oro-faciale. Enfin nous aborderons le patient addictif, la particularité de sa personnalité, de son hygiène bucco-dentaire à sa prise en charge spécifique d'un point de vue psychologique comme au niveau de la réalisation des soins. ^(1,2)

I. La toxicomanie

I.1. Définition

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la toxicomanie « selon 4 éléments :

- Une envie irrépressible de consommer un produit
- Une tendance à augmenter les doses de ce dernier
- Une dépendance psychologique et parfois physique à ce produit
- Des conséquences néfastes sur la vie quotidienne »

L'OMS décrit comme stupéfiant « toute substance psychoactive qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. L'abus de substances psychoactives se réfère à l'usage nocif ou dangereux de substances psychoactives dont l'alcool et les drogues illicites ».

La description clinique de la dépendance par l'OMS est « l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lequel l'utilisation d'une substance psychoactive ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) [...] de prendre une substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). »

I.2. Prévalence ⁽³⁾

Selon le Rapport Mondial sur les Drogues datant de 2016 établi par l'ONUDC (l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime), il semblerait qu'à l'échelle de la population mondiale environ 250 millions de personnes âgées de 15 à 64 ans aient consommé au moins une drogue. Cela représente 1 adulte sur 20. Ce chiffre serait apparemment resté stable pendant les quatre années précédant l'étude.

La drogue la plus fréquente est le cannabis avec 183 millions de personnes qui en auraient consommé, suivie de la cocaïne et des drogues de la famille des amphétamines (MDMA : Méthylène-dioxy-méthamphétamine, ecstasy...).

Les hommes seraient trois fois plus susceptibles de consommer du cannabis, de la cocaïne ou des amphétamines, tandis que les femmes sont plus susceptibles de prendre des opioïdes (codéines, buprénorphine...) ou des anxiolytiques à des fins non thérapeutiques.

Seulement 1 consommateur de drogue sur 6 serait suivi par un traitement d'accompagnement en vue d'un sevrage.

En France, le cannabis reste le produit le plus consommé. En 2014, 41 % de la population adulte des 15 – 64 ans déclare en avoir déjà consommé au cours de sa vie. Une augmentation notable a été constatée car la prévalence a évolué de 32 à 41% entre 2010 et 2014.

Tableau 1 : Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans ⁽⁴⁾

| | Produits illicites | | | | Produits licites | |
|---------------------------|--------------------|---------|---------|---------|------------------|--------|
| | Cannabis | Cocaïne | Ecstasy | Héroïne | Alcool | Tabac |
| Expérimentateurs | 13,4 M | 1,5 M | 1,1 M | 500 000 | 44,4 M | 35,5 M |
| Dont usagers dans l'année | 3,8 M | 400 000 | 150 000 | // | 41,3 M | 15,8 M |
| Dont usagers réguliers | 1.2 M | // | // | // | 8,8 M | 13,4 M |
| Dont usagers quotidiens | 550 000 | // | // | // | 5,0 M | 13,4 M |

//= données non disponibles

I.3. Les substances

Devant la diversité des substances, nous nous limiterons dans notre étude à une présentation non exhaustive des produits considérés comme stupéfiants : le cannabis ainsi que l'amphétamines et ses dérivés.

I.3.1. L'amphétamine et ses dérivés

Les dérivés amphétaminiques sont un ensemble de drogues regroupant deux chefs de file majoritaires : la méthamphétamine appelée couramment speed et la MDMA (Méthylène-dioxy-méthamphétamine) ou ecstasy qui sont toutes des amphétamines stimulantes, l'ecstasy étant également une molécule aux propriétés hallucinogènes. Cette dernière est la forme la plus connue en France.

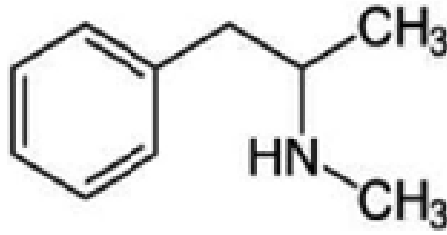


Figure 1 : Formule de la méthamphétamine

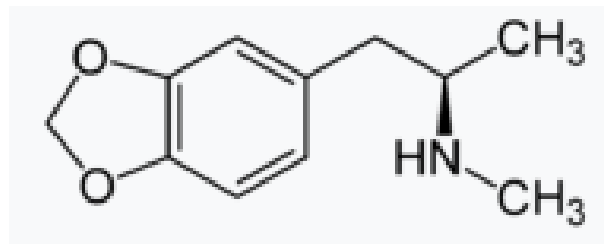


Figure 2 : Formule de la MDMA

Histoire :

Le premier dérivé amphétaminique a été synthétisé en 1887 par un chimiste roumain Lazar Edeleanu mais cette découverte n'eut pas de suite.

La méthamphétamine fut synthétisée en 1893 par le chimiste japonais Nagai Nagayoshi. En 1938, la société allemande Temmler Werke brevète la molécule sous la forme d'un médicament dénommé Pervitin®. Elle était utilisée par des soldats au cours de la seconde guerre mondiale, pour accroître la confiance en soi et la prise de risques. ⁽⁵⁾ Elle fut utilisée en tant que médicament également aux Etats-Unis, avant d'être classée comme stupéfiant à partir des années 70.

En 1914, le laboratoire allemand Merck brevète la première formule de MDMA sous forme d'un médicament aux propriétés anorexigènes. Actuellement, la MDMA fait encore partie des substances appelées « coupe faim » qui régulent l'appétit. Dans les années 60, Alexander Shulgin redécouvre la molécule de MDMA et la développe comme médicament à administrer à ses patients en vue d'augmenter leur auto-perspicacité, d'améliorer leur empathie et d'aider le patient par des blocages émotionnels. Dans les années 70, la production illégale d'ecstasy débute en Californie (USA) en vue d'usage personnel puis la substance est rendue populaire à travers le monde hippie et étudiant dans les années 80. Actuellement, l'usage de MDMA concerne surtout le monde festif de la musique techno où la substance est consommée en raison de son effet psychédélique. ⁽⁶⁾ Aujourd'hui

la méthamphétamine peut être prise de façon orale, fumée, injectée, prise par les voies rectale, ophtalmique ou vaginale. ⁽⁷⁾

La production, détention et consommation d'amphétamines est considérée comme illégale en France depuis l'adoption de la loi du 31 décembre 1970. Cette dernière est relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie. ⁽⁸⁾

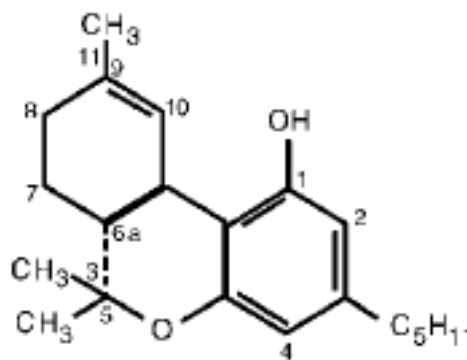
I.3.2. Le cannabis

Le cannabis est une drogue issue d'une plante (*Cannabis Sativa*) qui contient au moins 66 substances cannabinoïdes dont le delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) qui a été identifié comme le principe actif majeur responsable des effets neurologiques.

Le cannabis est utilisé à des fins médicales depuis les débuts de la civilisation. Dans les années 500 après JC il est utilisé en Inde afin d'altérer la perception de l'esprit.

C'est au 20^{ème} siècle que l'on observe une forte augmentation de l'usage du cannabis lié à son utilisation à des fins récréatives. ⁽⁹⁾

La production, détention et consommation de cannabis est considérée comme illégale en France depuis la loi du 30 décembre 1970. ⁽⁸⁾



Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)

Figure 3 : Formule du THC ⁽¹⁰⁾

Présentation :

Le Cannabis se présente sous 3 formes majeures :

-La plus répandue est une préparation à base de fleurs et/ou de feuilles séchées, c'est la forme qui est habituellement appelée Marijuana.

-Le Hashish est sous forme de bloc brun ou noir qui est une résine extraite des fleurs de la plante.

-L'huile de hashish est une substance plus concentrée issue d'une extraction à l'aide de solvant.

La marijuana est consommée sous forme de cigarettes fabriquées à la main appelées communément « joints ». D'autres formes de consommation existent, la substance peut être mélangée à l'alimentation (« space-cake »), ou consommée au moyen d'une pipe à vapeur (Bang).⁽¹¹⁾

La concentration de THC varie en fonction de la présentation, elle est de 1-5 % dans les joints de 6-10% dans les résines et de 30-60% dans l'huile de Hashish. Actuellement, les produits rencontrés sont de plus en plus concentrés en THC.

Composants néfastes :

Le THC a été reporté comme étant un mutagène et un cancérigène.⁽¹²⁾

En dehors du THC la marijuana consommée sous forme de joint contient des carcinogènes similaires à ceux contenus dans la cigarette : des hydrocarbures polycycliques aromatiques tels que le benzo-alpha-pyrène dont la concentration est supérieure dans la marijuana que dans le tabac. D'autres substances telles que le monoxyde de carbone, les cyanides d'hydrogène ou les nitrosamines sont présents à un niveau similaire à celui du tabac.⁽¹²⁾

II. Manifestations cliniques de la consommation de stupéfiants

II.1. Modification salivaire

La salive et son rôle protecteur :⁽¹³⁾

La salive est un fluide aqueux composé à 99% d'eau et contenant de nombreux éléments organiques et inorganiques. La salive est produite à 90% par les glandes salivaires principales : la glande parotide, la glande submandibulaire et la glande sublinguale et à 10% par les glandes

salivaires accessoires réparties au sein de la muqueuse de la cavité buccale (lèvres, joues, palais, langue).

La production salivaire est sous la régulation des deux subdivisions du système nerveux autonome, le système orthosympathique et le système parasympathique.

Le volume salivaire journalier moyen produit par un adulte est de 0.75 à 1.5L par jour, et le débit moyen est de 0.2 à 0.5 ml/min. Le pH de la salive d'un adulte varie de 6.7 (au repos) à 8.5 (lors d'une stimulation).

En dehors de sa phase aqueuse, la salive est composée d'éléments :

- Inorganiques : les ions plasmatiques : Na^+ , Cl^- , K^+ , H^+ , Ca^{2+} , bicarbonates (HCO_3^-), phosphates (PO_4^{3-}), fluors, thiocyanates et de l'iode

- Organiques : des protéines extrinsèques plasmatiques s'agissant d'immunoglobulines de type Ig1n IgG, IgL, des α et β globulines et des albumines sériques. Ainsi que des protéines intrinsèques acinaires, telles que des enzymes salivaires (l' α amylase, la lipase ou le lizosyme), les mucines et les glycoprotéines.

La salive participe à de nombreuses fonctions du système oro-facial, certaines fonctions physiologiques telles que la gustation, la déglutition, la mastication et la phonation.

Le rôle qui nous concerne le plus dans ce travail est celui de protection mécanique des tissus durs et mous de la cavité buccale. On peut décrire ainsi différents effets à la salive, assurant :

- L'hydratation et la lubrification de la muqueuse buccale grâce aux mucines qu'elle contient. Ces dernières permettent une protection contre le dessèchement, les substances alimentaires toxiques et irritantes et les reflux gastriques acides grâce à son pouvoir tampon.

- La protection des dents, d'une part par l'action du fluor sur les cristaux d'hydroxyapatite et par sa saturation en phosphate de calcium. Elle permet de conserver une bonne minéralisation de l'émail.

- La conservation du pH salivaire neutre grâce à un important pouvoir tampon, ce pouvoir étant effectué par la régulation des concentrations d'ions phosphates et bicarbonates. Cette action permet de limiter l'acidité produite par la plaque bactérienne et a un effet anti-cariogène majeur. Le flux salivaire permet également un nettoyage mécanique permanent des surfaces de la cavité buccale.

-Un rôle antibactérien et antifongique grâce aux immunoglobulines contenues dans le fluide salivaire, permettant de conserver un équilibre de la flore bactérienne dans la cavité buccale.

Modification du flux salivaire :

L'un des effets communs aux stupéfiants est leur activation du système parasympathique au niveau des glandes salivaires qui engendre une diminution de la production de salive entraînant une hyposialie (quantité moindre) ainsi qu'une modification de sa qualité. Dans une étude réalisée en 1999 par Milosevic A. auprès de patients consommant de l'ecstasy, il rapporte qu'environ 93% des consommateurs ont une sensation de sécheresse buccale suite à la consommation du stupéfiant.⁽¹⁴⁾ Cette xérostomie pourrait durer jusqu'à 48 heures après la consommation d'ecstasy. Une seconde étude réalisée par Schulz-Katterback en 2009 sur les patients consommateurs de cannabis établit la présence d'une xérostomie chez le consommateur dans une plage horaire de 1 à 6 heures après la prise.⁽¹¹⁾

Une des modifications à noter chez le patient consommateur de stupéfiant est le pH salivaire. La valeur normale du pH salivaire est supérieure à 6.5 mais en cas d'hyposialie le pH salivaire sera inférieur à 6.5. Cette modification nous informe qu'il y a un dérèglement au niveau du pouvoir tampon joué par la salive à l'état normal. Les patients ayant un pH inférieur à 6,5, c'est-à-dire acide auront donc une susceptibilité accrue au développement de lésions de déminéralisation des tissus dentaires propices à un développement de lésions carieuses.

II.2. Lésions des tissus durs

Une situation fréquente présente chez le patient consommateur régulier de méthamphétamine est le développement de lésions carieuses à progression rapide commençant par une déminéralisation des tissus superficiels à la jonction amélo-cémentaire et au niveau des faces proximales. S'en suit une destruction progressive de l'émail puis de la couronne des dents atteintes. Les patients consommateurs de ce type de substances sont plus à même de développer ce type de caries rampantes, communément désignées sous le terme de « Meth Mouth ». (Figure 4 et 5)

Le manque d'hygiène ainsi que la consommation de boissons carbonatées sont des facteurs de risques supplémentaires de développement de lésions carieuses auxquels sont généralement exposés les patients consommateurs de stupéfiants.

Le bruxisme représente un facteur aggravant auquel le patient consommateur de stupéfiant est fréquemment exposé. Il entraîne une augmentation de la vitesse de destruction des tissus coronaires

à cause des forces engendrées sur les dents par le « grincement », qui correspond à des mouvements latéraux dento-dentaires.

Une étude ⁽¹⁵⁾ a été menée au CHU de Nice entre mai 2001 et juin 2002, ayant pour objectif d'évaluer l'impact des drogues illicites sur la santé bucco-dentaire et l'utilisation de drogues illicites comme antalgiques dentaires. Une présentation d'une partie des résultats de l'étude sont présentés dans le tableau 2.

Méthode et matériel :

150 sujets répartis en 4 groupes ont été étudiés ; le premier composé de toxicomanes par voie injectable (52 sujets), le second de toxicomanes par d'autres voies que celle injectable (38 sujets) et deux groupes témoins constitués de sujets volontaires non toxicomanes recrutés parmi le personnel hospitalier (30 sujets chacun). L'analyse ne montrant aucune différence significative entre homme et femme au niveau de la présence de lésions carieuses, la séparation des genres n'a pas été effectuée.

Après examen clinique, il s'est trouvé que tous les patients du groupe 1 (52/52 sujets) avaient des caries à progression rapide plus ou moins avancées, y compris 4 patients sevrés dont l'hygiène bucco-dentaire semblait parfaite au moment des relevés. Les patients de ce premier groupe avaient en moyenne 10 dents absentes, 10 dents cariées dont 6 à extraire, 6 patients étaient édentés complets. Leur coefficient masticatoire était de 45.4% (un coefficient masticatoire considéré comme efficace est de 75% dans cette étude), il est donc considéré comme incompatible avec une alimentation habituelle.

Dans le second groupe composé des patients toxicomanes par voie non parentérale, on observe une moyenne de 4 dents cariées et 1 dent absente. Leur coefficient masticatoire moyen est de 85%. Ces données restent nettement inférieures à celles du groupe 4. Lors de cette étude aucun des 98 patients composant les groupes 2, 3 et 4 n'avaient de caries à progression rapide avec une atteinte simultanée de plusieurs collets.

Conclusion :

Cette étude nous montre une prévalence plus importante des lésions carieuses et des édentements qui leur font suite chez les patients toxicomanes (par voie parentérale ou non) par rapport à la population non toxicomane. Cependant, les auteurs de l'étude sont conscients de la limite de ces résultats dû au fait que les groupes soient composés d'effectifs limités, et de deux populations particulières, d'un côté des patients toxicomanes ayant accepté un suivi hospitalier et de l'autre côté des membres volontaires du personnel hospitalier.⁽¹⁵⁾

Tableau 2 : Données cliniques et bucco-dentaires recueillies lors de l'étude au CHU de Nice auprès de 52 toxicomanes injecteurs et de 38 toxicomanes non injecteurs, comparés à 2 groupes témoins de sujets non toxicomanes d'âge apparié.⁽¹⁵⁾

| Groupes | Coefficient masticatoire | Nombre de dents | | Parodonte sain |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|-------------------|
| | | cariées | absentes | |
| Groupe 1 : | 45,4% +/- 25,6% | 9,7 +/- 4,8 | 9,8 +/- 8,3 | 8,7% (4/46) |
| Groupe 3 : | 86,9% +/- 11,4% | 0,8 +/- 1,6 | 0,6 +/- 1,6 | 70% (21/30) |
| Comparaison groupes 1/3 | p>0.001 | p>0.001 | p>0.001 | p>0.001 |
| Groupe 2 : | 84,7% +/- 11,8 % | 4,1 +/- 3,3 | 1,1 +/- 3,7 | 42,1% (16/38) |
| Groupe 4 : | 91,2% +/- 5,1% | 0,9 +/- 2,5 | 0,7 +/- 1,5 | 90,0 % (27/30) |
| Comparaison groupes 2/4 | p>0.001 | p>0.001 | p>0.001 | p>0.001 |

Figure 4 et 5 : Caries rampantes chez un patient consommateur de méthamphétamine⁽¹⁶⁾



Figure 4 : Vue vestibulaire maxillaire



Figure 5 : Vue de la mandibule

II.3. Bruxisme

Le bruxisme est défini comme une parafonction consistant en un serrement des dents ou en la réalisation de mouvements latéraux de la mandibule avec contact dento-dentaire sans raison aucune. Le frottement des dents les unes contre les autres et les traumatismes répétés engendrés sur les dents mènent progressivement vers une usure des tissus amélaire puis dentinaire. En dehors de son effet au niveau dentaire, on peut détecter le bruxisme par l'apparition de douleurs au niveau des muscles masticateurs.

Des études réalisées chez des personnes consommant de l'ecstasy révèlent que suite à une prise 50 à 89% d'entre elles souffraient de bruxisme et de douleurs au niveau des muscles masticateurs. Ce bruxisme persisterait pendant 24h dans 19 à 40% des cas et pendant 48h dans 40% des cas. ⁽⁶⁾ Une limitation de l'ouverture buccale liée à ce bruxisme serait présente chez 28% des usagers après une prise, ce qui peut compliquer une alimentation normale. ⁽¹⁷⁾ Le développement de bruxisme suite à la consommation de cocaïne aurait également été notifié. ⁽¹⁾

Le bruxisme peut donc être déclenché par la prise de certaines drogues, et donc participer à la dégradation des tissus dentaires des usagers. La présence de lésions carieuses fréquentes chez la population des consommateurs de stupéfiants fragilise les organes dentaires. Les forces entraînées par le bruxisme sur des dents ayant un délabrement carieux important peuvent entraîner leur fracture et l'amplification de ce phénomène de délabrement des tissus dentaires.

II.4. Troubles immunitaires

II.4.1 Action cellulaire

L'un des effets de la consommation de certains stupéfiants est une immunomodulation. L'explication détaillée de cette immunodépression est encore mal démontrée. Le delta-9-tetrahydrocannabinol, psychoactif majeur du cannabis altérerait la fonction normale des lymphocytes T et B ainsi que celui des cellules NK et des macrophages, en particulier chez les fumeurs de cannabis. Les macrophages alvéolaires auraient une capacité de phagocytose et une activité bactéricide nettement diminuées. Le THC est également responsable de la diminution de la production de lymphocytes par l'organisme, ⁽¹⁸⁾ mais aussi de la perturbation de la sécrétion de cytokines tel que l'IL6, le TNF alpha et la PGE-2 qui sont à l'origine de l'initiation de la réponse immunitaire.

Ces immunodépressions entraînées par la prise de stupéfiants entraînent une diminution de la résistance du consommateur aux infections bactériennes ou virales.

II.4.2 Prédisposition infectieuse

Les patients consommateurs de stupéfiants sont par leur hygiène de vie et par leur méthode de consommation plus fréquemment exposés à contracter certains virus et être atteints de certaines pathologies. Ces dernières telles que le VIH qui entraîne le SIDA ou le VHB et VHC qui provoquent respectivement les hépatites de type B et C, ont un impact sur l'immunité. Ces pathologies s'ajoutent au phénomène d'immunodépression entraîné par la molécule de stupéfiant et augmentent le risque infectieux chez le patient toxicomane lors des soins.

Lors de leur étude menée au CHU de Nice (II.2) l'équipe a profité de son enquête sur la santé bucco-dentaire de patients toxicomanes par voie parentérale et non parentérale qui suivent une prise en charge au CHU et de 2 groupes témoins pour effectuer une statistique sur la prévalence de ces 3 pathologies dans la population toxicomane étudiée.

Les résultats présentés dans le tableau suivant ont montré que chez le groupe 1 composé de patients toxicomanes par voie parentérale, le taux d'infection par l'un des 3 virus est nettement supérieur à celui des 3 autres groupes. On note 53.8% de patients atteints du SIDA, 30.8% atteints d'hépatite B et 63.5% d'hépatite C. Il ne faut pas exclure que certains patients puissent avoir des infections croisées.

Chez les toxicomanes non injecteurs on retrouve un taux légèrement supérieur pour le SIDA et l'hépatite B à celui des groupes témoins, en dehors de l'hépatite C où le taux d'infection est de 13.2%.⁽¹⁵⁾

Ces résultats montrent que l'utilisation d'aiguilles pour l'injection de stupéfiants présente un risque de contracter des infections virales.

Le chirurgien-dentiste devra donc être attentif au questionnaire médical du patient et ne pas hésiter à demander des informations complémentaires au patient ou au médecin traitant, car il existe une prévalence non négligeable de ces pathologies dans la population toxicomane.

Tableau 3 : Données cliniques concernant la prévalence des infections virales au sein des sujets de l'étude réalisée au CHU de Nice⁽¹⁵⁾

| Groupes | Age Moyen | % d'infections virales | | |
|---|-------------------------|------------------------|------------------|------------------|
| | | SIDA | Hépatite B | Hépatite C |
| Groupe 1 : 52 toxicomanes injecteurs 14 femmes, 38 hommes | 35,0 ans +/- 5,7 ans | 53,8% (28/52) | 30,8% (16/52) | 63,5% (33/52) |
| Groupe 3 : 30 témoins non toxicomanes 13 femmes, 17 hommes | 35,1 ans +/- 8,4 ans | 0% (0/30) | 0% (0/30) | 0% (0/30) |
| Comparaison groupe 1/3 | p>0,005 | p>0.001 | p>0.001 | p>0.001 |
| Groupe 2 : 38 toxicomanes non injecteurs 9 femmes, 29 hommes | 26,3 ans +/- 6,6 ans | 2,6% (1/38) | 2,6% (1/38) | 13,2% (5/38) |
| Groupe 4 : 30 témoins non toxicomanes 16 femmes, 14 hommes | 26,4 ans +/- 5,3 ans | 0% (0/30) | 0% (0/30) | 0% (0/30) |
| Comparaison groupes 2/4 | p>0,005 | p>0.001 | p>0.001 | p>0.001 |

II.5. Troubles de l'hémostase ⁽¹⁹⁾

En cas d'infection par les virus du VHB ou VHC et de la contraction d'une hépatite, le patient risque d'avoir des troubles de la coagulation.

On demandera au patient d'effectuer un bilan biologique afin de confirmer ou d'infirmer un trouble de l'hémostase.

Les différents tests et normes pouvant être demandés sont :

- La numération plaquettaire, qui doit se situer entre 150 à 400G/L de sang, on parle de thrombopénie lorsque la quantité de plaquettes est inférieure à 150G/L.

- Le Temps de Saignement (TS) (peu utilisé dans le cadre d'une chirurgie orale), dont la norme selon la méthode de Duke (incision superficielle au lobe de l'oreille) est de 4 minutes.

- Le Temps de Céphaline Activé (TCA) : il explore tous les facteurs de la coagulation excepté le facteur VII. C'est le temps de coagulation d'un plasma dont on a diminué le taux de plaquettes et qui a été décalcifié après apport d'un équivalent ces phospholipides plaquettaires, de calcium et d'un activateur (kaolin). La norme est située entre 25 à 35 secondes.

- L'International Normalized Ratio (INR) et le taux de prothrombine (TP)

- L'INR explore les facteurs II, V, VII et X et le fibrinogène. Il mesure le temps de coagulation à 37° d'un plasma amoindri en plaquettes associé à du calcium et de la thromboplastine (enzyme ayant un rôle dans la coagulation sanguine, elle transforme le facteur II de la coagulation en IIa).

- On parle de Temps de Quick (TQ) lorsqu'il est exprimé en seconde, la norme étant de 12 secondes.

- Son expression en pourcentage par rapport au TQ d'un plasma témoin s'appelle le TP. Un TP normal est de 100%, on considère qu'il est pathologique en dessous de 70%.

- L'INR est le rapport TP patient/ TP normal moyen. L'INR normal est de 1,0.

En cas d'anomalie de ce bilan biologique, le patient sera considéré comme à risques, et un protocole sera à respecter lors de la réalisation d'acte à risque hémorragique.

II.6. Lésions des tissus mous

De par sa composition en agents toxiques ou irritants ou son mode de consommation (fumée, apposition en topique etc.) l'usage de drogue expose les tissus de la cavité buccale à des agressions répétées, pouvant conduire au développement de lésions tissulaires bénignes ou non.

II.6.1. Gingivite, parodontite et ulcérations des muqueuses

De par leur caractère vasoconstricteur, certains psychotropes tel que le cannabis, les amphétamines et cocaïne ont un impact au niveau des tissus de soutien de la dent en provoquant des ischémies qui peuvent être localisées (si le stupéfiant est placé de façon topique) ou généralisées. Dans le cas de l'ecstasy et des amphétamines c'est l'activité du système sympathique qui entraîne l'effet vasoconstricteur.

On retrouve chez le patient consommateur de stupéfiants des affections parodontales allant de la perte osseuse horizontale aux véritables expositions osseuses ou encore des lésions ulcéreuses.⁽²⁰⁾ Ce type de lésions est lié d'une part à l'action toxique du produit mais également à ceci se surajoute au déficit d'hygiène bucco-dentaire et au déséquilibre alimentaire du patient.

Certains patients s'injectent des stupéfiants au niveau des muqueuses buccales plutôt qu'au niveau de l'épiderme car ce sont des zones non visibles, ce qui permettra au patient de « masquer » sa consommation. On peut retrouver au niveau de ces points d'injection des zones de nécrose liées au caractère irritant de la substance ou à son pouvoir vasoconstricteur.



Figure 6 : Hyperplasie gingivale prédominante a niveau du bloc antérieur maxillaire chez un patient de 23 ans consommateur quotidien de cannabis depuis 2 ans et fumeur occasionnel de tabac. ⁽²¹⁾



Figure 7 : Cas d'une fenestration de la gencive attachée avec exposition radiculaire et de l'os alvéolaire sous-jacent face à 21 suite à l'application topique d'amphétamine chez un patient de 15 ans. ⁽²⁰⁾

Lors de leur étude au CHU de Nice (II,2), l'équipe s'est intéressée à l'état de santé parodontal des sujets examinés. D'après les résultats, seulement 8,7% des patients consommateurs de drogue par voie parentérale avaient un parodonte sain. 42.1% du groupe des consommateurs de stupéfiants par voies autre que parentérale avait un parodonte en bonne santé contre 70 et 90% dans les 2 groupes témoins. Les raisons du taux d'atteinte du parodonte chez les patients consommateurs de stupéfiants sont :

- L'action du stupéfiant consommé ainsi que les traumatismes liés directement au mode de consommation

- Le manque d'hygiène

- La présence de plaque

- Le déséquilibre alimentaire.

II.6.2 La candidose

Les candidoses sont des infections des muqueuses ou de la peau pouvant atteindre la cavité buccale. Elles sont liées à la présence d'une espèce de levure les Candida. L'espèce qui concerne le plus fréquemment la cavité buccale est le C.Albicans. Cette levure peut être retrouvée dans la cavité buccale d'une personne saine ne présentant aucune lésion, mais le développement de candidose apparaît le plus souvent en cas de déséquilibre au niveau de l'immunité locale ou générale.

Une étude a été établie afin de démontrer la prévalence et la densité supérieure de C.Albicans chez les patients consommateurs de Cannabis versus chez un groupe de patients consommateurs de tabac et un groupe de sujets sains. Les résultats montrent une prévalence nettement supérieure de C.Albicans chez les consommateurs de cannabis comparée aux deux autres groupes.

Cette différence dans le taux de C.Albicans serait liée à: ⁽⁹⁾

- La présence d'hydrocarbures de cannabis dont certaines espèces de Candida se servent pour se développer
- Un déficit de l'hygiène
- Un déséquilibre alimentaire des sujets consommateurs
- Une diminution de l'immunité liée au THC.

Tableau 4 : Prévalence des Candida : (a) comparaison entre CMT, C1 et C2, montrant la présence et l'absence de Candida sur les sujets (CMT : n=55, C1 : n= 50, C2 : n=58) ; (b) comparaison entre CMT, C1 et C2. ⁽⁹⁾

| | Absent n (%) | Présent n (%) | |
|----------------|---------------|---------------|--------------|
| (a) | | | |
| CMT | 11 (38,2) | 34 (61,8) | |
| C1 | 32 (64,0) | 18 (36,0) | |
| C2 | 33 (46,9) | 25 (43,1) | |
| | CMT versus C1 | CMT versus C2 | C1 versus C2 |
| X ² | P=0,008 | P=0,047 | P=0,452 |

CMT= Cannabis/méthadone/ fumeur de tabac, C1= groupe contrôle non-fumeur, C2= groupe contrôle de fumeur

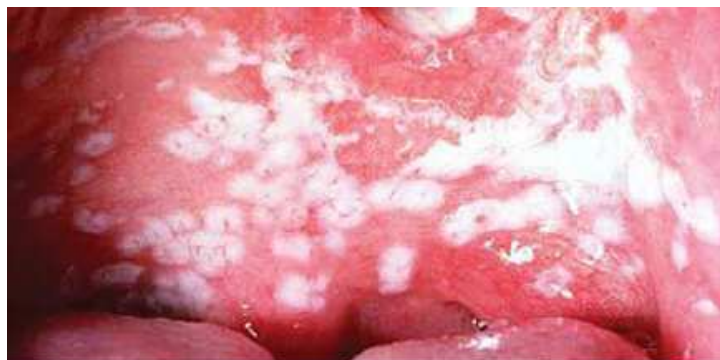


Figure 9 : Candidose située au niveau du palais chez un consommateur de méthamphétamine ⁽⁷⁾

II.6.3. Le leucoedème

Le leucoedème est une variation anatomique de la muqueuse buccale de la famille des lésions blanches. Il est bénin et généralement situé dans les zones où une irritation localisée répétée a été présente.

Cette irritation peut être :

- Thermique : lors de la consommation de stupéfiants sous formes fumées.
- Topique : lors de l'application de drogue en contact direct avec les muqueuses.

Une étude a montré la présence plus fréquente de leucoedème chez le consommateur de cannabis (57,1%) que chez le non-fumeur (20.2%). ⁽⁹⁾

Il n'y a aucun traitement pour les leucoedèmes mais l'on conseille de supprimer la cause de l'irritation.

II.6.4. La nécrose du septum nasal ⁽²²⁾

Bien que non décrite dans notre travail, cette affection liée à la consommation de cocaïne de par sa fréquence et sa gravité nous semble importante à développer.

Plus de la moitié des patients consommant de la cocaïne par voie nasale ont de façon répétée des saignements de nez, un développement de croûtes à l'intérieur du nez, des irritations de la muqueuse nasale ou des sinusites chroniques. La perforation du septum nasal suite à des nécroses est une complication observée chez environ 5% des consommateurs utilisant ce mode d'administration. L'effet vasoconstricteur de cette substance entraînerait une ischémie du septum nasal et des tissus environnants engendrant une destruction de ces tissus. Une étude montre que tous les patients présentant une perforation du septum nasal suite à une consommation de cocaïne par voie nasale étaient porteurs de la bactérie *Staphylococcus aureus* au niveau de cette muqueuse faisant suggérer que ce micro-organisme contribuerait à la destruction tissulaire.

Cette perforation du septum nasal entraîne une perte du soutien du nez qui aboutit physiquement à un nez plat et large.

Une complication plus rare qui semble faire suite à la nécrose du septum nasal mais rarement documentée est le développement de cette nécrose au palais. Quelques mois après la perforation du septum nasal, la nécrose s'étendrait au palais et aboutirait à une perforation progressive sur la zone médiane du palais qui irait en s'étendant.



Figure 9 : Perforation du septum nasal chez un patient suite à la consommation de cocaïne par voie nasale



Figure 10 : Communication oro-nasale engendrée par une nécrose du septum nasal

II.6.5. Lésions précancéreuses et cancéreuses

Le cannabis est similaire au tabac, il contient de nombreuses molécules carcinogènes telles que les phénols, les nitrosamines, des hydrocarbures aromatiques polycycliques... Il a été démontré que la quantité de goudron inhalé et retenu par les poumons lors d'une consommation de cannabis est supérieure à celle d'une consommation égale en tabac. La fumée du cannabis contiendrait 50% de plus d'hydrocarbures cancérogènes. D'après K.Hubert-Grossin : « Cette substance et en particulier sa fumée, serait 3 à 5 fois plus irritante et cancérogène que celle du tabac ». ⁽¹⁾ Le cannabis est donc un facteur de risque important de développement de lésion cancéreuse de la sphère orofaciale et des voies aérodigestives supérieures. Ajoutons à cela que le consommateur de cannabis est également très fréquemment exposé à d'autres facteurs de risques tels que la consommation d'alcool ou de tabac. ⁽¹¹⁾

On observe fréquemment chez le consommateur de cannabis le développement de lésions précancéreuses telles que les leucoplasies et érythroplasies. Différentes études publiées rendent compte d'un lien entre la consommation de cannabis et le développement d'un cancer de la sphère oro-faciale, tandis que d'autres études publiées concluaient qu'aucun lien n'était prouvé par leur résultat. Une méta analyse a donc été effectuée en 2014-2015 par l'équipe de M.F.F de Carvalho, et avait pour objectif de donner une réponse à ce conflit entre les études à ce sujet. Une sélection d'articles prélevés dans la Librairie Cochrane, Pubmed, Lilacs, Embase, BBO, and Bireme SciELO a été réalisé parmi des articles publiés en anglais avant juin 2015. Des combinaisons de mots clefs obtenus à partir de MeSH ont été utilisés pour la sélection des articles. Seulement 6 articles ont finalement été conservés pour effectuer la méta analyse contenant 9 études cas-témoins. Le résultat de cette méta analyse a conclu qu'il n'y avait aucune association actuellement démontrée entre la consommation de cannabis et le développement d'un cancer de la sphère oro-faciale. ⁽²³⁾

III. Le patient addictif

III.1. Sa personnalité

L'utilisateur chronique de drogues a un profil psychologique particulier. La consommation de drogue est souvent liée à la nécessité d'évacuer un état de mal être intérieur, de frustration ou de timidité. L'usage de stupéfiant lui permet de déconnecter de sa situation actuelle et l'aide à oublier ses problèmes. Elle le met dans un état comportemental qu'il juge plus libre pour vivre au quotidien.

On note qu'une fragilité mentale est souvent favorable à l'installation d'une toxicomanie, ainsi que certains facteurs provenant du contexte socio-culturel (problèmes familiaux, d'intégration, demande de performances professionnelles ou scolaires, environnement social : cercles d'amis, culture...)

D'après C.Barben dans son rapport sur la prise en charge des patients toxicomanes « Chez les consommateurs de drogues, on retrouve très souvent des comorbidités psychiatriques. Cependant il est très difficile de savoir si c'est le fait de consommer le produit qui engendre les troubles psychiatriques ou si ces dernières poussent à la consommation. » ⁽²⁴⁾

Des modifications comportementales peuvent être observées à court terme : confusion, angoisse, troubles mentaux passagers, ou sur du plus long terme : négligence de l'hygiène corporelle, dénutrition et également développement de troubles psychiatriques (troubles de l'humeur,

dépression, l'apathie, schizophrénie, troubles de la personnalité, comportement antisocial, tentative de suicide, ou des hallucinations).⁽²⁴⁾

Dans le journal SWAPS, "Santé, réduction des risques et usages de drogues" édité par l'association PISTES (Promotion de l'Information Scientifique, Thérapeutique, Epidémiologie sur le SIDA), un recueil de témoignages a été effectué par le journaliste Jimmy Kempfer. L'un de ces témoignages montre l'impact psychologique qu'a l'état bucco-dentaire des usagers de stupéfiants sur le consommateur, et l'image qu'il a l'impression de donner à travers son sourire. Il s'agit de celui d'une jeune personne « quasi SDF » lors de son entretien avec le journaliste : « ...Assez vite ce fût la « cata » totale pour mes dents. Des morceaux qui se barraient puis des dents entières. J'avais mal tout le temps et prenais des cachets. J'avais 22 ans et j'ouvrais plus la bouche pour ne pas montrer mes chicots pourris ». ⁽²⁵⁾

III.2. Son hygiène de vie et bucco-dentaire

III.2.1. Habitudes de brossage

Il a été montré que fréquemment le consommateur de stupéfiant a tendance à négliger son hygiène bucco-dentaire et cela encore plus lorsqu'il est sous l'effet de la drogue. Cette négligence associée aux méfaits de la drogue vus précédemment entraîne la persistance de la plaque dentaire, qui est un facteur de risque de développement de lésions carieuses ou d'atteinte des tissus de soutien de la dent telles que les gingivites ou les parodontites.

Une étude⁽²⁶⁾ publiée en 2013 s'est intéressée au comportement en matière de santé bucco-dentaire des consommateurs de drogue dans des centres de traitement des addictions à Téhéran en Iran. La population ciblée par cette étude comprenait des patients recevant de la méthadone comme traitement de substitution dans différents centres de janvier à mai 2011. L'étude comprenait 682 sujets dont l'âge moyen était de 38.2 ans et étaient à 96% des hommes. Les drogues majoritairement prises par les patients de l'étude sont l'opium (65%) et l'héroïne (27%) et l'âge moyen du début de l'addiction se situe entre 18 et 24 ans pour la moitié des patients.

D'après les résultats de l'étude reportés dans le tableau 5, concernant le brossage des dents, 48% ne le faisaient pas tous les jours, 39% ne le faisaient qu'une fois par jour, et 13% se brossaient les dents au moins 2 fois par jour, ce qui est le minimum conseillé par les dentistes pour avoir une hygiène bucco-dentaire correcte. Par contre 93% utilisaient un dentifrice fluoré ce qui est conseillé pour le brossage des dents, et seulement 3% n'en utilisaient pas ou seulement parfois. Pour compléter leur hygiène bucco-dentaire 14 % utilisaient du fil dentaire au moins une fois par jour, 5% quelquefois

dans la semaine et 81% jamais ou de temps en temps. Ces résultats nous montrent l'insuffisance de la qualité de l'hygiène bucco-dentaire de la majorité des sujets de cette étude.

Tableau 5 : Profil de comportement en matière de santé bucco-dentaire des patients sous traitement de substitution ⁽²⁶⁾

| Variables | Alternatives | Fréquences (%) |
|---|--------------------------------------|----------------|
| La fréquence de brossage dentaire | Pas tous les jours | 324 (48) |
| | Une fois par jour | 266 (39) |
| | Deux fois par jour ou plus | 85 (13) |
| | Total | 675 |
| L'utilisation d'un dentifrice fluoré | Rarement voire jamais | 47 (7) |
| | Toujours ou presque | 625 (93) |
| | Total | 672 |
| L'utilisation de fil dentaire | Jamais ou très peu | 551 (81) |
| | Quelquefois dans la semaine | 33 (5) |
| | Une fois par jour ou plus | 93 (14) |
| | Total | 677 |
| La consommation de collations sucrées | Deux fois par jour ou plus | 385 (57) |
| | Une fois par jour | 111(16) |
| | Pas quotidiennement ou rarement | 182 (27) |
| | Total | 678 |
| La consommation de cigarettes | Consommateur quotidien | 521 (78) |
| | Fréquemment mais pas quotidiennement | 45 (7) |
| | Non-fumeur actuellement | 105 (15) |
| | Total | 671 |
| Date de la dernière visite chez un dentiste | Il y a plus de 2 ans ou plus | 158 (25) |
| | 1-2 ans | 115 (18) |
| | Lors de l'année précédente | 362 (57) |
| | Total | 635 |

III.2.2. La fréquence de consultation

Les consommateurs de stupéfiants ont une forte tendance à ne pas consulter leur dentiste régulièrement, ne serait-ce que pour des visites de contrôle. Le motif de consultation le plus fréquent étant souvent une douleur qu'ils n'arrivent plus à faire disparaître par eux-mêmes en consommant des antalgiques ou des stupéfiants en guise d'antalgiques.

Lors de l'étude réalisée à Téhéran (III.2.1) une partie du questionnaire soumis aux sujets de l'étude concernait la date de la dernière consultation chez leur chirurgien-dentiste. 57% avaient vu leur dentiste il y a moins d'un an, 18% il y a 1 ou 2 ans, et 25% n'avaient jamais consulté ou il y a plus de 2 ans. Pour 43% on a donc une fréquence de consultation de leur chirurgien-dentiste qui est insuffisante.

Une étude réalisée en France en 2013 par l'IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) et l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) sur un échantillon de 1000 personnes âgées de plus de 18 ans représentatif de la population française, elle s'intéressait entre autres à « A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? ». Les résultats de cette étude (figure 11) montraient que 59% avaient consulté il y a moins de 1 an, 26% avait consulté leur dentiste entre 1 et 2 ans auparavant, 14% il y a plus de 2 ans et 1% n'avait jamais consulté de dentiste. ⁽²⁷⁾

Une comparaison entre ces deux études est peu significative car le pays concerné n'est pas similaire. Mais on peut se rendre compte qu'il n'y a pas de différence flagrante entre les fréquences de consultation il y a moins de 1 an, et que ces résultats sont insuffisants pour les 2 populations ciblées par les études, car les professionnels de santé préconisent au moins une consultation annuelle pour effectuer un contrôle régulier de sa santé bucco-dentaire.

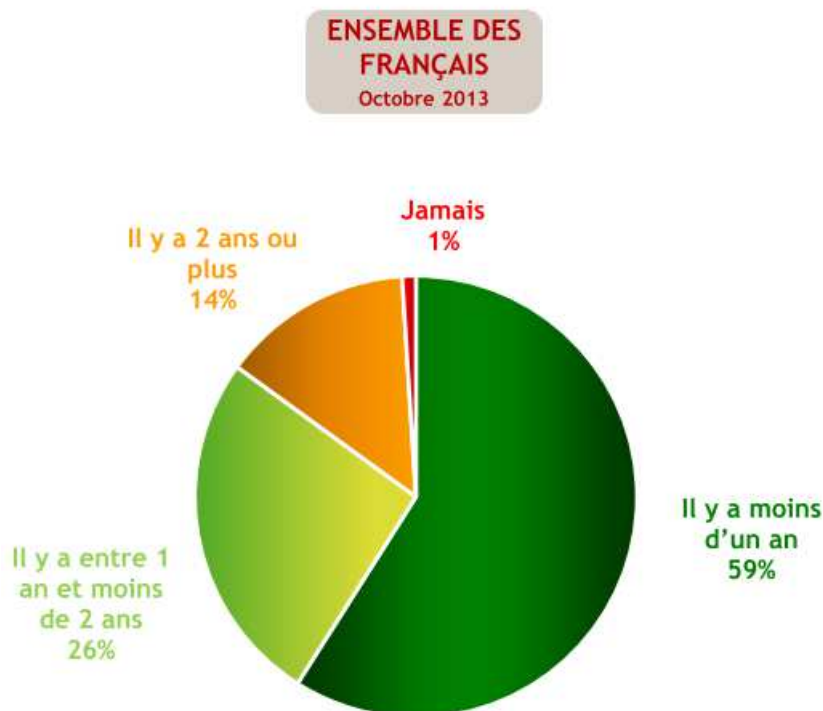


Figure 11 : Diagramme représentant les réponses à la question « A quand remonte votre dernière visite chez le dentiste ? » réalisé par l'IFOP et l'UFSBD en 2013 (n=1000) ⁽²⁷⁾

III.2.3. L'équilibre alimentaire

Le patient sous stupéfiants a tendance à consommer des boissons carbonatées (soda) ou de l'alcool pour pallier à la sensation de « bouche sèche » dont il se trouve atteint.

Les boissons carbonatées sont généralement très sucrées et ont un pH acide. Associées à l'alcool et la nourriture sucrée, leur consommation est donc un facteur de risque important de développement de lésions carieuses.

Le cannabis aurait un impact sur la leptine, une hormone dont le rôle est de réguler l'appétit. D'après une étude menée par M.Schulz-Katterbach et publiée en 2009, 80 % des consommateurs de cannabis ont une sensation de faim suite à la consommation de la drogue et pour la compenser ont tendance à consommer des boissons et de la nourriture sucrées. ⁽²⁸⁾

L'un des témoignages recueillis par J. Kempfer dans le journal présenté précédemment illustre ce phénomène de déséquilibre alimentaire et de déficit en hygiène lors des prises de stupéfiant. Il s'agit de celui d'un individu de 41 ans, qui fume du cannabis depuis plus de 25 ans :

« Le cannabis, ça donne faim et envie de manger des trucs sucrés. Je peux me passer de cannabis mais quand j'ai fumé je ne peux pas me passer de sucreries. Et comme le cannabis a tendance à rendre un peu paresseux, souvent on va se coucher sans se brosser les dents après avoir mangé plein de « saloperies » ». ⁽²⁵⁾

Lors de la réalisation de l'étude dans les centres de prise en charge des toxicomanes à Téhéran, (tableau 5) l'équipe s'est intéressée dans son questionnaire à la consommation d'aliments sucrés par les sujets de l'étude. 57% des sujets consommaient des collations sucrées minimum 2 fois par jour, 16% une fois par jour et 27% rarement ou pas tous les jours. Les résultats de cette étude montrent une consommation importante de collation sucrée par les sujets de l'étude. ⁽²⁶⁾

III.3. La prise en charge

Il existe différents moyens de dépister une personne addictive. En premier lieu, le patient peut l'indiquer sur son questionnaire médical ou le confier à son praticien.

La consommation de stupéfiants étant actuellement encore tabou dans notre société, le patient omet souvent d'en informer le praticien malgré le caractère médical de la situation. Le dentiste devra donc lors de la consultation et de son examen être attentif et compétent afin de pouvoir détecter les différents signes cliniques, lésions intrabuccales des tissus mous ou durs et également des signes comportementaux du patient. Le praticien doit être aussi attentif par exemple à la présence de lésions sur les bras indiquant des zones d'injections multiples, ou au manque d'assiduité à ses rendez-vous. ⁽²⁹⁾

Lors de la relation praticien-patient qui va ainsi s'établir, le praticien ne devra pas laisser paraître qu'il porte un quelconque jugement à propos de la consommation du patient, montrer une oreille attentive et ainsi gagner la confiance du patient pour qu'il puisse parler de sa situation de façon sereine. Le praticien devra tirer de cette discussion l'histoire de la consommation de la drogue par le patient, le type de drogue ainsi que la fréquence à laquelle ou lesquelles elles sont consommées.

Le point premier et majeur de la prise en charge d'un patient addictif va être d'encourager le patient à cesser sa consommation. Pour cela on devra l'informer des risques de sa pratique sur sa santé bucco-dentaire et le conseiller pour la mise en place d'une procédure de sevrage. De nombreuses coordonnées et informations pour les usagers, proches et professionnels de santé sont disponibles en ligne sur les sites de www.drogues-info-service.fr ou de www.addictaide.fr. Le site de www.talktofrank.com permet également au patient de parler de son addiction de façon anonyme et de consulter l'histoire d'autres personnes qui sont passées par ce même chemin mais n'est actuellement accessible qu'en anglais. Différents lieux de prise en charge de l'addiction sont présents

sur Lyon avec notamment des services de consultations dans les services d'addictologie de l'Hôpital de la Croix Rousse, du Vinatier ou dans le réseau de LYADE (pôle d'activité de l'ARHM : Association recherche handicap et santé mentale).

La prise en charge du patient est donc une prise en charge pluridisciplinaire. C'est pour cela qu'il faut adresser le patient à son médecin généraliste et l'orienter vers un spécialiste en addictologie. Ainsi, l'équipe formée pourra optimiser les conseils donnés au patient en rapport avec une nécessité de sevrage, mais également des conseils en vue d'une rééducation de son hygiène alimentaire et de son intégrité corporelle et psychologique si nécessaire.

Pour les patients consommateurs de longue date il faudra demander au médecin traitant du patient de réaliser un examen fonctionnel global afin de déceler si une ou des pathologies et d'éventuelles comorbidités auraient pu se développer en lien avec l'addiction. En effet, certaines pathologies peuvent se développer et modifier la prise en charge en modifiant le risque infectieux si le patient est immunodéprimé, le risque de troubles cardio-vasculaires dont le risque hémorragique, le risque d'apparition de cancer ou les pathologies à atteinte rénale ou hépatique.

III.3.1. La gestion de la douleur

L'un des motifs de consultation les plus fréquents dans nos cabinets est la douleur, le patient addictif ne dérogeant pas à cette règle. Les questions à poser sont les suivantes :

-De quand date la dernière prise de stupéfiant ?

-De quel type de produit s'agissait-il ?

-Est-ce que le patient est en cours de sevrage/ actuellement sevré ? Si oui, depuis combien de temps ?

Il faudra ensuite lors de l'examen clinique déterminer l'origine de la douleur, l'intensité et savoir si une prescription d'antalgique sera nécessaire ou non à la suite de la séance de soins.

III.3.1.1. Prescription des antalgiques

Le praticien prescripteur devra prendre en compte la présence d'une pathologie rénale ou hépatique ainsi que de la potentielle nécessité d'adapter les doses prescrites.

Il faudra accorder une attention particulière à la rédaction des ordonnances, la posologie et la durée du traitement qui devront être écrites en toutes lettres. Le praticien évitera de prescrire une molécule

demandée ou suggérée par le patient. Il doit garder à l'esprit le pouvoir de manipulation dont peuvent faire preuve certains patients. Le praticien devra enfin être vigilant sur une possible commune molécule, ou une interaction entre la prescription et les drogues consommées. Par exemple, pour un patient consommateur ou en cours de sédation d'opiacé tel que l'héroïne, il faudra être vigilant face à la prescription de molécule telle que la codéine ou la morphine qui appartiennent à la même famille.

Si une prescription antalgique est nécessaire, la prescription de molécules de niveau I (Ex: Paracétamol) est généralement suffisante, mais sa posologie devra être augmentée. Ce principe s'applique pour les toxicomanes sevrés depuis moins de 7 mois ; au-delà de ce délai il est admis que le système endorphinique sera à nouveau compétent. La prescription d'AINS est également possible.

Si la douleur nécessite une prescription de molécule de niveau II les médicaments à base d'association de paracétamol + codéine pourront être prescrits (Ex : Paracétamol codéiné).

Une difficulté importante de la gestion de la douleur concerne les patients en cours de sevrage, traités par des médicaments de substitution et sur lesquels les molécules de niveau I ne seront pas suffisantes. Il faudra dans ce cas obligatoirement prendre contact avec le médecin traitant avant toute prescription. Les médicaments de substitution concernent les anciens héroïnomanes et trois molécules sont habituellement prescrites : la méthadone, la buprénorphine et la suboxone.

La méthadone est un agoniste morphinique. Il va donc falloir rajouter de la morphine ou de la méthadone pour obtenir l'action antalgique.

La buprénorphine est un agoniste antagoniste (agoniste pour un sous type de récepteur et antagoniste pour un autre), il bloque donc l'action antalgique. Si le patient prend de la morphine il va immédiatement se trouver en situation de manque, donc le plus indiqué reste de demander au médecin de basculer le patient sous méthadone pendant la durée de gestion de la douleur. ^(1,16,17)

Auparavant les médicaments à base de dextropropoxyphène (Di-Antalvic®, Propofan®, respectivement association de dextropropoxyphène et de paracétamol ou de paracétamol + caféine) étaient préconisés dans la prise en charge des douleurs chez les patients addictifs, sevrés ou en cours de sevrage, afin d'éviter la prescription de codéine. Mais les médicaments contenant cette molécule ont été retirés du marché en France en 2011 pour des raisons de pharmacovigilance.

Lors de l'étude réalisée au CHU de Nice (II.2.), les sujets inclus dans l'étude ont été questionnés sur le fait d'avoir déjà consommé un psychotrope dans le but de calmer une douleur dentaire. D'après les résultats « 21% (8,38) des toxicomanes par voie parentérale, 36% (5/14) des femmes toxicomanes par voie intraveineuse et 58% des hommes toxicomanes par voie injectable reconnaissent avoir eu recours aux drogues illicites pour calmer des douleurs dentaires ». ⁽¹⁵⁾

L'un des témoignages d'une patiente de 36 ans toxicomane par injection lors de cette étude était « J'ai eu des rages de dents à pleurer toute la nuit. Je prenais tout ce que je pouvais trouver ».

(15)

On note donc une utilisation fréquente des stupéfiants dans un but antalgique surtout chez l'homme qui consomme par voie parentérale. Cette notion est importante car on peut imaginer que si le patient n'a pas obtenu son effet antalgique, sa dernière option sera d'aller consulter son chirurgien-dentiste. Il existe donc un risque que le patient vienne consulter au cabinet avec une douleur importante et sous une consommation de stupéfiant récente.

III.3.1.2. L'anesthésie

Précautions moléculaires :

Lorsque l'acte de soins à réaliser nécessitera une anesthésie locale ou loco régionale, le choix de la molécule ainsi que le type d'anesthésie seront importants.

Il est admis qu'en raison de fréquentes allergies aux molécules de type ester telles que la procaine, il faudra éviter leur utilisation pour la réalisation des anesthésies, d'autant plus que les patients cocaïnomanes sembleraient être plus sujets à ce type d'allergie. ⁽¹⁾

Concernant l'utilisation de vasoconstricteurs (adrénaline ou noradrénaline), il faudra éviter leur utilisation si le patient a consommé récemment. En effet, si lors de l'utilisation de produit à base de vasoconstricteur, accidentellement le produit est injecté en intravasculaire, le passage dans le système circulatoire entraînera une hausse subite et importante de la pression artérielle ayant des conséquences sur le plan vasculaire. Ceci entraîne un risque d'exposer le patient à des troubles du système cardio-vasculaire tel qu'une hypertension, un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral. ⁽³⁰⁾ Il est donc conseillé d'attendre 6 à 24h après la dernière prise de cocaïne ou d'amphétamine avant d'utiliser un vasoconstricteur, et environ une semaine après celle de cannabis. Ces derniers points sont décrits dans la littérature mais n'ont pas fait l'objet d'études approfondies les confirmant.

Précautions psychologiques :

La préparation psychologique est un élément primordial dans la prise en charge du patient toxicomane, en raison de son terrain anxiogène. Une attention particulière devra être donnée aux patients qui consomment ou ont consommé par voie intraveineuse. Ces derniers ont souvent l'image de la seringue comme un symbole de leur consommation ou de leur passé, et cela peut les perturber.

Une préparation psychologique sera donc largement préférable à une prémédication sédatrice⁽¹⁾. On prendra le temps d'expliquer à l'avance le déroulement des séances suivantes, l'objectif final, voir les moyens utilisés pour y arriver dans le but d'informer au maximum le patient afin de le rassurer pour diminuer un éventuel stress inutile entre les séances.

Chez ces patients, sera privilégiée l'anesthésie loco régionale à l'anesthésie locale, qui permet notamment chez le patient immunodéprimé de minimiser le nombre d'injections et le risque infectieux.⁽¹⁷⁾

Les anesthésies locorégionales recommandées sont :⁽¹⁹⁾

-La tronculaire qui est une analgésie du nerf alvéolaire inférieur et du nerf lingual à l'épine de Spix. Elle permet la suppression de la sensation douloureuse de toute une hémio-arcade mandibulaire.

-L'anesthésie du foramen mentonnier : Elle permet l'analgésie d'un couple de prémolaire à la mandibule. L'anesthésie de la 2^{ème} prémolaire est incertaine, une anesthésie du bloc incisivo-canin est également possible par cette technique.

III.3.2. La gestion du trouble salivaire ⁽³¹⁾

La diminution du flux salivaire est un facteur important à régler chez les consommateurs. Cette hyposialie est un facteur aggravant de l'apparition de pathologies des tissus mous mais aussi de l'apparition des lésions carieuses.

Il est donc conseillé de mettre en place différentes mesures préventives afin de limiter les conséquences engendrées par l'hyposialie.

Mesure préventive à l'apparition de lésions carieuses pour l'hyposialie :

- Prescription de médicaments (Sulfarlem®)
- Utilisation de substituts salivaires (Artisial®)
- Mastication de chewing-gum
- Diminution de la consommation d'aliments salés
- Avoir une consommation régulière d'eau tout au long de la journée

La mise en place de ces différentes procédures permettra de conserver une humidification de la cavité buccale et de minimiser cette situation d'hyposialie ainsi que les troubles qu'elle peut engendrer.

III.3.3. La gestion du trouble hémorragique

En raison des pathologies associées (VHB, VHC, cirrhose...), souvent liées à une consommation chronique d'alcool, un patient toxicomane peut présenter des troubles de l'hémostase. Dans un premier temps il faudra demander au patient s'il en a connaissance et en cas de doute on contactera le médecin traitant. Les examens biologiques à faire réaliser au patient pour diagnostiquer un risque hémorragique sont décrite au II.5.

Si un risque hémorragique est avéré, lors des rendez-vous où des actes à risque hémorragique seront réalisés, on respectera les précautions générales de prises en charge :

- On privilégie les plages horaires de début de journée pour pouvoir effectuer des contrôles post opératoires en cas de besoin, et l'on évite la fin de semaine pour la prise de rendez-vous.

- S'il n'y a aucune contre-indication aux vasoconstricteurs on privilégiera leur utilisation qui limite le saignement au pourtour du point d'injection.

- A contrario des patients ayant un risque infectieux, dans le cas d'un risque hémorragique on préférera les anesthésies locales aux locorégionales qui risquent de créer des hématomes.

En cas d'urgence hémorragique on appliquera le protocole suivant :⁽¹⁹⁾

- On retire le caillot formé à l'aide de l'aspiration

- On réévalue l'importance du saignement et son origine, possibilité de s'aider en tamponnant avec une compresse stérile.

- On réalise une anesthésie locale avec un vasoconstricteur 1/100000 en l'absence de contre-indication afin de diminuer l'hémorragie

- On réalise le protocole d'hémostase locale :

- Réalisation de sutures idéalement avec du fil résorbable et d'une compression du site au moyen de compresse.

- Possibilité de mise en place de matériaux hémostatiques résorbables dans les sites de chirurgie tels que des éponges de collagènes (Pangen 2 ®), des gazes de cellulose oxydée régénérée (Surgicel®).

→Si la coagulation ne se fait pas, on réalise une compression à l'aide de compresse imprégnée d'acide tranexamique 4.8% (Exacyl®) pendant 10 minutes, pour stabiliser le caillot.

-Bien expliquer les conseils post opératoires au patient et les risques encourus s'il ne les respecte pas :

→ Limiter la consommation de cigarettes ou autre substance fumée pendant 48 heures.

→ Appliquer de la glace de façon régulière sur la joue pour limiter le développement d'un œdème

→ Avoir une consommation de boissons et d'aliments froids pendant 24 heures.

→ Préférer le côté opposé pour manger.

III.3.4. Le patient immunodéprimé

Certaines pathologies (VIH...) sont à risque d'entraîner une baisse de l'immunité et entraînent un risque accru d'infection. Le patient consommateur de drogue par voie intraveineuse est à risque majoré d'endocardite infectieuse. ⁽¹⁷⁾

La liste des cardiopathies considérées comme à haut risque d'endocardite infectieuse a été réalisé par l'AFSSAPS (Association française de sécurité sanitaire des produits de santé) en 2011 ⁽³²⁾ :

-Prothèse valvulaire (mécanique ou bioprothèse) ou matériel étranger pour une chirurgie valvulaire conservatrice.

-Antécédent d'endocardite infectieuse

-Cardiopathie congénitale cyanogène

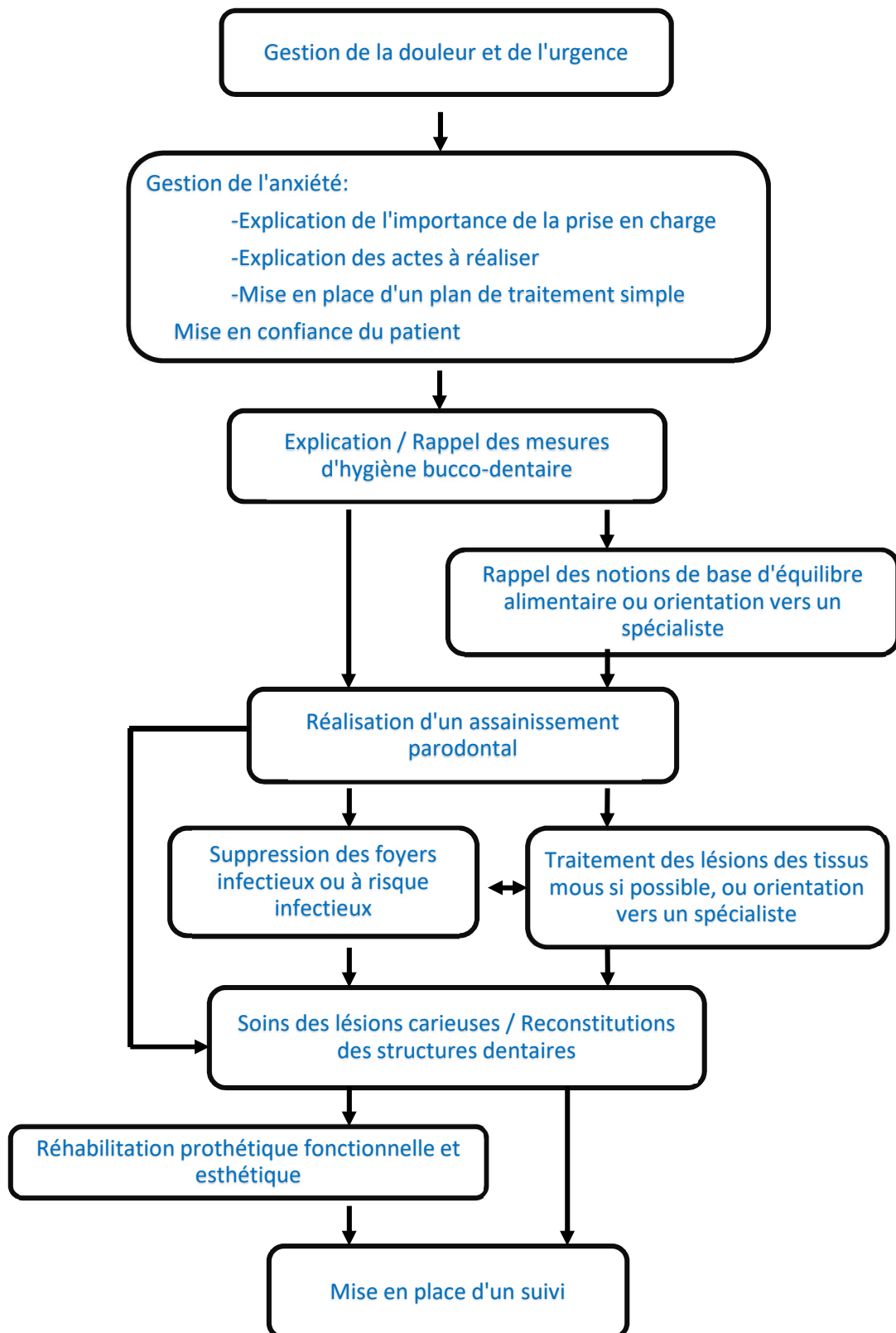
Après confirmation qu'il s'agit bien d'un patient à haut risque d'endocardite infectieuse auprès du médecin traitant du patient on devra donc appliquer les précautions. Pour tout acte considéré comme invasif, une antibioprophylaxie de 2g d'Amoxicilline 1h avant l'acte devra être réalisée. En cas d'allergie aux pénicillines, on prescrira 600mg de clindamycine 1h avant l'acte.

III.3.5. La réhabilitation / Le plan de traitement

De par son importance dans le protocole de prise en charge globale du patient toxicomane, la bonne mise en place du plan de traitement dentaire est primordiale, un rappel en est fait figure 12 :

- La première séance consistera probablement en une séance de gestion de la douleur et de l'urgence si nécessaire, car il s'agit souvent du motif de consultation du patient.
- Il faudra dès les premières séances que le praticien gère le terrain anxigène du patient et qu'il porte une attention particulière pour lui expliquer clairement l'importance de sa prise en charge dentaire ainsi que les actes à réaliser. Ils doivent ensuite discuter et mettre en place un plan de traitement global. Cela permettra une mise en confiance du patient, ce qui le motivera à honorer ses rendez-vous. Il faudra mettre en place un plan de traitement qui paraisse simple au patient afin qu'il garde la motivation d'en venir à bout.
- Une explication des bonnes techniques d'hygiène bucco-dentaire, ainsi que des risques liés à sa consommation.
- Si le patient a une alimentation non adéquate, il faudra lui donner des notions nutritionnelles ou l'orienter vers un spécialiste du domaine.
- Si le patient continue à consommer, il faudra qu'il le fasse à distance de ses heures de rendez-vous.
- Un assainissement parodontal sera à réaliser en cas de pathologie des tissus supports des dents (gingivite, parodontite).
- Si le patient présente des lésions des tissus mous (II.6.), on mettra en place un traitement si possible, et en cas de doute on orientera le patient vers un spécialiste pour que le diagnostic soit établi.
- On supprimera les foyers infectieux ou à risque infectieux
- Les soins des lésions carieuses seront effectués, et en cas de délabrement, une reconstitution des structures dentaires de façon directe ou indirecte sera effectuée.
- Une réhabilitation prothétique fonctionnelle et esthétique sera effectuée si nécessaire.
- Mise en place d'un suivi régulier tous les 6 mois afin de prévenir une récurrence carieuse.
- Dans le cas de patient ayant eu une perforation du palais suite à une nécrose liée à la consommation de cocaïne (II.6.4.), on peut envisager la réalisation d'une plaque palatine obturatrice qui permettra de combler la communication entre la cavité buccale et les voies aériennes nasales.

Figure 12 : Plan de traitement d'un patient toxicomane



Conclusion

Dans notre société, la place accordée à l'apparence influence la pratique de la dentisterie. La santé bucco-dentaire, l'esthétique du sourire et l'image qu'elle transmet prennent une part importante dans l'intégration sociale.

Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes doivent faire face à un problème de santé publique majeur : les addictions et leurs conséquences. Au vu de la prévalence de la consommation de stupéfiants, le chirurgien-dentiste doit posséder des connaissances dans les domaines suivants :

- Les substances illicites et leurs modes de consommation.
- Leurs effets sur la santé générale et mentale des individus.
- Leurs répercussions sur la santé bucco-dentaire.

Les conséquences de la consommation de drogues sont multiples et impactent divers organes comme la cavité buccale, sujet de notre travail. Différentes recherches ont démontré que les stupéfiants ont des répercussions néfastes sur l'état de santé du patient consommateur risquant d'entraîner différentes pathologies (immunodéficience, troubles de l'hémostase...). Parmi les effets, on dénombre de nombreux symptômes dentaires et parodontaux graves auxquels les dentistes doivent faire face lors des soins prodigués. Mais la prise en charge de ces patients peut s'avérer complexe et nécessite d'apporter une attention ainsi qu'un protocole particulier lors de chaque acte, notamment lorsqu'ils seront invasifs.

Comme nous l'avons vu, le patient toxicomane est sujet au développement de diverses pathologies : lésions carieuses à progression rapide, bruxisme, gingivite et parodontite, candidose, leucoedème, nécrose du septum nasal et des lésions précancéreuses ou cancéreuse des tissus mous.

Le praticien devra donc savoir les diagnostiquer et proposer un traitement adéquat.

Ce type de patient a souvent un terrain psychologique fragile, il faudra s'adapter à lui, gérer les délais entre les rendez-vous ainsi que les horaires pour que les plages de soins soient à distance des dernières prises de stupéfiants. Une motivation permanente et des contrôles devront être faits afin d'être sûr de maintenir l'assiduité du patient jusqu'au bout du plan de traitement. L'aboutissement du plan de traitement permettrait de rétablir ou d'obtenir une image de lui-même facilitant un sevrage et une réintégration sociale complète.

Le praticien doit être capable d'effectuer une prise en charge adaptée tant sur le domaine de la préparation psychologique que du domaine technique. Celle-ci est souvent lourde et longue car les patients consultent trop tard et nécessitent un suivi dans le temps et une motivation importante.

Un projet de loi a été déposé par 11 ministres à l'Assemblée Nationale en vue d'une légalisation du cannabis pour des motifs de création d'emplois et de gains économiques. Quelques mois plus tard une annonce du ministre de l'intérieur parlait d'un projet de loi visant à dépénaliser le transport de petite quantité de cannabis.

Après avoir exposé notre travail, il semble judicieux de se demander si la dépénalisation de ce type de stupéfiants ne peut être davantage risquée que bénéfique ?

Bibliographie

1. Hubert-Grossin K, George Y, Laboux O. Toxicomanie illicite : manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologique. *Rev Odontostomatol.* 2003;32:119–34.
2. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. Conduites addictives: tabac, alcool , psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 28-915-M-10, 2010, Odontol 23-760-A-40, 2011. 2011;1–9.
3. UNODC (Office des Nations Unies contre la drogue et le crime). Rapport mondial sur les drogues: Résumé analytique. UNODC Res. 2016;
4. Pousset M. Drogues, Chiffres clés. *Obs Français des Drog des Toxicom.* 2012;5:1–8.
5. Rommel N, Rohleder NH, Wagenpfeil S, Härtel-Petri R, Jacob F, Wolff KD, et al. The impact of the new scene drug “crystal meth” on oral health: a case–control study. *Clin Oral Investig.* 2016;20(3):469–75.
6. Brand HS, Dun SN, Nieuw Amerongen A V. Ecstasy (MDMA) and oral health. *Br Dent J.* 2008;204(2):77–81.
7. Kelsch NB. Methamphetamine abuse -- oral implications and care. *RDH.* 2009;29(2):71–9.
8. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. <https://www.ofdt.fr/>.
9. Versteeg PA, Slot DE, van der Velden U, van der Weijden GA. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg.* 2008;6(4):315–20.
10. Ashton CH, Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis : a brief review
Pharmacology and effects of cannabis : a brief review. *Br J Psychiatry.* 2001;101–6.
11. Joshi S, Ashley M. Cannabis: A joint problem for patients and the dental profession. *Br Dent J.* 2016;220(11):597–601.
12. Hashibe M, Ford DE, Zhang Z-F. Marijuana smoking and head and neck cancer. *J Clin Pharmacol.* 2002;42(11 Suppl):103S–107S.
13. Pr Olivier Robin, Lyon O De. Physiologie oro-faciale. Cours de physiologie oro-faciale de 2ème année de chirurgie dentaire. 2012;
14. Milosevic a, Agrawal N, Redfearn P, Mair L. The occurrence of toothwear in users of Ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine). *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999;27(4):283–7.
15. Dugourd M, Giraud-morin C. État de santé bucco-dentaire des toxicomanes suivis au CHU

- de Nice. Presse Med. 2011;(6574):919–23.
16. Smit DA, Naidoo S. Oral health effects, brushing habits and management of methamphetamine users for the general dental practitioner. *Br Dent J.* 2015;218(9):531–6.
 17. Lowenstein M, Paris U. Toxicomanie et santé parodontale. *Parosphère.* 2009;
 18. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial Infections , Immunomodulation , and Drugs of Abuse. *Clin Microbiol Rev.* 2003;16(2):209–19.
 19. N. Davido K. Yaskawa. Médecine orale et Chirurgie orale Parodontologie. Maloine. 2015.
 20. Brazier WJ, Dhariwal DK, Patton DW, Bishop K. Ecstasy related periodontitis and mucosal ulceration — a case report. *Br Dent J.* 2003;194(4):197–9.
 21. Tipton DA. Periodontal and oral manifestations of marijuana use. *J Tenn Dent Assoc.*
 22. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J.* 2008;204(7):365–9.
 23. De Carvalho MFF, Dourado MR, Fernandes IB, Araujo CTP, Mesquita AT, Ramos-Jorge ML. Head and neck cancer among marijuana users: A meta-analysis of matched case-control studies. *Arch Oral Biol.* 2015;60(12):1750–5.
 24. Barben C, Decrind C. La prise en charge des personnes toxicomanes; Rapp la Faculté médecine Genève. 2007;
 25. J.Kempfer. SWAPS , “Santé, réduction des risques et usages de drogues.” <http://www.pistes.fr/swaps/>.
 26. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health.* 2013;13(1):11.
 27. Dubrulle J. Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaires. 2013;
 28. Schulz-Katterbach M, Imfeld T, Imfeld C. Cannabis and caries--does regular cannabis use increase the risk of caries in cigarette smokers? *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2009;119(6):576–83.
 29. De-Carolis C, Boyd GA, Mancinelli L, Pagano S, Eramo S. Methamphetamine abuse and “meth mouth” in Europe. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2015;20(2):e205–10.
 30. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* 2009;15(1):27–37.
 31. R. Zunzarren. Guide clinique d'odontologie. Elsevier M. 2014.

32. Lesclous P. Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire. Médecine Buccale Chir Buccale. 2011;17(4):334–46.

DIAS (Rémi)

Prise en charge au cabinet dentaire des patients consommant des stupéfiants et de leurs lésions associées.

(Thèse : Chir dent : Lyon : 2017 : 56)

La toxicomanie est un fléau qui ne connaît aucune frontière qu'elle soit géographique, sociale ou générationnelle. Elle est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) selon 4 éléments : une envie irréprensible de consommer un produit, une tendance à augmenter les doses de ce dernier. Une dépendance psychologique et parfois physique à ce produit ayant des conséquences néfastes sur la vie quotidienne »

Selon une étude établie par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2014 en métropole, 42% de la population des 18-64 ans avait au moins fait l'expérimentation de l'usage du cannabis. Au vu de la forte prévalence des consommateurs de substances, le chirurgien-dentiste sera donc amené à prendre en charge ce type de patient à son cabinet.

L'ensemble de ces substances nommées stupéfiants contiennent des molécules actives qui ont des répercussions physiques sur le corps humain : xérostomie, bruxisme..., mais aussi psychologique avec le développement de troubles psychiatriques, dénutrition, diminution de l'hygiène corporelle...).

Le patient toxicomane requiert donc une prise en charge particulière par le chirurgien-dentiste, en raison du risque de développement de lésions des tissus durs et mous au sein de la cavité buccale, et par une approche psychologique particulière que le praticien devra avoir.

En conséquence, le chirurgien-dentiste se doit d'avoir des connaissances à ce sujet afin de pouvoir au mieux répondre aux attentes de ses patients et d'établir une prise en charge la plus adéquate possible.

Mots-clefs : -Toxicomanie
-Dentisterie
-Lésions buccales

| | |
|--|------------------|
| <u>Jury :</u> Madame MILLET Catherine | Présidente |
| Monsieur DUPREZ Jean-Pierre | Assesseur |
| Monsieur JEANNIN Christophe | Assesseur |
| <u>Madame BERTONI-TALIN Angélique</u> | <u>Assesseur</u> |

Adresse de l'auteur : DIAS Rémi
20 Bis Rampe du Cretet
74800 La Roche-Sur-Foron