

UNIVERSITE DE NANTES  
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2018

N° 3476

**PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANE AU  
CABINET DENTAIRE (TOXICOMANIE PSYCHOACTIVE)**

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

Présentée et soutenue publiquement par

**Paul RIMLINGER**  
Né le 30 Mars 1993

Le 16 Mai 2018, devant le jury ci-dessous

*Président* Monsieur le Professeur Philippe LESCLOUS

*Assesseur* Monsieur le Docteur Alexis GAUDIN

*Directeur* Monsieur le Professeur Gilles AMADOR DEL VALLE

*Co-directeur* Monsieur le Docteur Xavier BOUCHET

<b>UNIVERSITÉ DE NANTES</b>	
<b>Président</b>	Pr LABOUX Olivier
<b>FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>	
<b>Doyen</b>	Pr GIUMELLI Bernard
<b>Asseseurs</b>	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame ALLIOT-LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
<b>Professeurs des Universités</b>	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
<b>Professeurs Emérites</b>	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
<b>Praticiens Hospitaliers</b>	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
<b>Maîtres de Conférences des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>	<b>Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.</b>
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine) Monsieur AUBEUX Davy Madame BARON Charlotte Madame BEAURAIN-ASQUIER Mathilde Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Madame LE LAUSQUE Julie Madame LEMOINE Sarah Monsieur LOCHON Damien Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur NEMIROVSKY Hervé Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur RÉTHORÉ Gildas Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel Madame WOJTIUK Fabienne
<b>Maître de Conférences</b>	
Madame VINATIER Claire	
<b>Enseignants Associés</b>	
Monsieur KOUADIO Ayepa Madame LOLAH Aoula	Madame MERAMETDJIAN Laure Madame RAKIC Mia

Mise à jour le 21/03/2018

**Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la  
Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises  
dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être  
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur  
donner aucune approbation, ni improbation.**

## **Professeur Philippe LESCLOUS**

Professeur des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherches Dentaires.

Habilité à Diriger des Recherches.

Chef du Département de Chirurgie Orale.

Université de Nantes - UFR Odontologie.

*Merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.*

*Merci pour votre aide, vos conseils et pour votre accompagnement tout au long des années cliniques.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

## **Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE**

Maîtres de Conférences des Universités  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Recherches Dentaires.  
Département Prévention- Épidémiologie – Économie de la Santé-  
Odontologie Légale.  
Université de Nantes - UFR Odontologie.

*Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse.  
Veuillez recevoir ma gratitude pour votre disponibilité et pour la qualité  
de votre enseignement clinique tout au long de mes études.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

## **Docteur Xavier BOUCHET**

Assistant Hospitalo-Universitaire des Centres de soins d'Enseignement et de Recherches Dentaires.

Département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie.

Université de Nantes - UFR Odontologie.

*Merci de m'avoir fait le plaisir de diriger cette thèse.  
Merci de tes conseils toujours avisés dans toutes les matières et également dans  
la vie extra professionnelle.  
Pour ta disponibilité, ton extraordinaire gentillesse et ta générosité.  
Merci pour ta grande amitié.*

## **Docteur Alexis GAUDIN**

Maîtres de Conférences des Universités  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Recherches Dentaires.  
Département d'Odontologie Conservatrice – Endodontie.  
Université de Nantes - UFR Odontologie.

*Merci de m'avoir fait le l'honneur et le plaisir de participer à ce jury.  
Merci pour vos conseils éclairés, pour la qualité de votre enseignement clinique  
et pour vos grandes valeurs pédagogiques.  
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance pour votre temps  
accordé aux étudiants.*

# TABLE DES MATIÈRES

1) <b>INTRODUCTION</b> .....	10
2) <b>LA TOXICOMANIE PSYCHO ACTIVE, DEFINITION, EFFET SUR LA SANTE ET SUR LA CAVITE BUCALE</b> .....	13
A) <i>Définition</i> .....	13
B) <i>Les drogues psychoactives et leurs substituts médicamenteux</i> .....	16
1) La drogue.....	16
2) Les drogues psychoactives.....	17
C) <i>Effets généraux à prendre en compte lors de leur prise en charge</i> .....	27
D) <i>Manifestation clinique sur la cavité buccale</i> .....	29
1) Les complications favorisant les pathologies bucco-dentaires.....	29
2) Effet de l'héroïne sur la cavité buccale.....	32
3) Effet des substitutions à l'héroïne sur la cavité buccale.....	34
4) Effet de la cocaïne sur la cavité buccale.....	34
3) <b>QUESTIONNAIRE</b> .....	40
A) <i>Description et objectif de l'étude</i> .....	41
B) <i>Type d'étude</i> .....	41
C) <i>Méthodologie</i> .....	42
D) <i>Questionnaire</i> .....	43
4) <b>RESULTATS/DISCUSSIONS</b> .....	47
5) <b>PRISE EN CHARGE BUCCO DENTAIRE DU PATIENT TOXICOMANE</b> .....	50
A) <i>Objectif de traitement</i> .....	50
B) <i>Thérapeutiques</i> .....	52
C) <i>Précautions</i> .....	60
6) <b>CONCLUSION</b> .....	66
7) <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	68

## **1) INTRODUCTION**

Une mauvaise santé bucco-dentaire est un problème fréquent chez les personnes ayant une dépendance à une substance, mais ce sujet a été largement négligé dans la littérature sur la toxicomanie.

D'après l'étude de M.DARMORE de 2011 (1), les personnes ayant une forte consommation de substances présentent un risque accru de mauvaise santé bucco-dentaire pour diverses raisons. Parmi elles on retrouve un accès limité aux soins dentaires, une mauvaise alimentation et des habitudes d'hygiène buccale, des attitudes négatives à propos de la santé bucco-dentaire ainsi que des soins de santé et des effets physiques directs de la substance sur la santé bucco-dentaire.

21% des patients toxicomanes interrogés déclarent s'être vus refuser l'accès aux soins par des dentistes ne voulant pas les prendre en charge. (2) Les patients toxicomanes déclarent que des chirurgiens-dentistes attestent éprouver une certaine réticence à soigner des patients consommateurs de drogues. (2)

Cette réticence peut s'expliquer en partie par le fait que les praticiens, malgré eux, se comportent plus en citoyens qu'en soignants. En effet pour tous la consommation de drogue est interdite. Prendre en charge des patients consommateurs de drogues, donc en infraction, peut refroidir certains praticiens.

De plus les préjugés sont nombreux concernant les toxicomanes. Le chirurgien-dentiste perd son objectivité face à de tels patients.

Enfin certains praticiens peuvent également manquer de connaissances dans le domaine de la prise en charge des patients toxicomanes. Par peur de mal faire, ils préfèrent alors s'abstenir.

A travers un questionnaire destiné aux praticiens nous cherchons à savoir comment les chirurgiens-dentistes gèrent les soins chez de tels patients et quelles sont leurs connaissances sur ce sujet. Nous cherchons également à connaître les avis sur la manière d'améliorer la gestion des soins bucco-dentaire chez des patients toxicomanes.

Nous avons choisi de traiter ici uniquement la toxicomanie illicite et plus précisément celle due aux substances psychoactives, à savoir la cocaïne, l'héroïne et leurs substituts médicamenteux, qui seront décrites dans la prochaine partie.

Dans une première partie de brèves définitions, des informations sur la toxicomanie, la santé générale et bucco-dentaire seront données. Ensuite nous discuterons des résultats du questionnaire distribué aux chirurgiens-dentistes. Et enfin nous apporterons des débuts de réponse au but principale de cette thèse : quelles sont les spécificités de la prise en charge bucco-dentaire du patient toxicomane ?

## **2) LA TOXICOMANIE PSYCHOACTIVE, EFFET SUR LA SANTE ET SUR LA CAVITE BUCALE**

### **A) DÉFINITION**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préfère à toxicomanie le terme de pharmacodépendance, qu'elle définit comme étant un " état psychique et physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue. Cette interaction se caractérise par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui engagent toujours fortement l'utilisateur à prendre la drogue de façon continue ou périodique afin de retrouver les effets psychiques et, quelquefois, d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance ".

La toxicomanie ne se caractérise pas par la substance absorbée mais par la dépendance qu'elle entraîne et donc plus généralement par le comportement de l'individu à son égard. Il devient évident alors qu'il s'agit d'un problème très vaste car les produits susceptibles d'engendrer ces modifications de comportement sont très nombreux. A priori, il s'agit

essentiellement des drogues illicites mais ce problème concerne également l'emploi de substances plus répandues comme certains médicaments, le tabac, l'alcool.

Ce travail se limite à évoquer la toxicomanie liée à l'usage de substances illicites et plus particulièrement aux substances psychoactives que sont l'héroïne et la cocaïne, ainsi que leurs substituts médicamenteux.

En France on estime à 300 000 le nombre de toxicomanes, chiffre obtenu sur la base de données indirectes telles que les demandes de soins ou les interpellations (30). La substance la plus fréquemment rencontrée est le cannabis, vient ensuite l'héroïne. Le nombre de consommateurs réguliers d'héroïne est évalué entre 140 à 170 000 (30).

Cependant il est important de noter que la dépendance à une seule substance est rare ; le toxicomane est en fait souvent poly-dépendant et associe volontiers une substance à une autre afin d'en limiter les effets négatifs en particulier lors de la phase de " descente " qui suit la prise ou lors des premiers signes de manque (30).

Il s'agit plus généralement d'un homme, ils représentent en effet 75 % de cette population. Toutes les tranches d'âge peuvent être concernées même si on peut estimer la moyenne d'âge à 27 ans (30).

Il n'existe pas de personnalité type des individus toxicomanes. La toxicomanie peut en effet être considérée comme un comportement symptomatique d'un dysfonctionnement de la personnalité, quelle qu'elle soit (31).

Cependant divers points communs apparaissent au cours du développement de la toxicomanie :

- l'incapacité à différer ; le toxicomane veut tout et tout de suite. Cela aura une incidence dans notre pratique en particulier dans la gestion de rendez-vous, le plan de traitement et l'organisation d'une séance de soins,
- la manipulation qui n'est pas forcément tentée de manière consciente mais face à laquelle tout praticien doit rester vigilant,
- l'impulsivité,

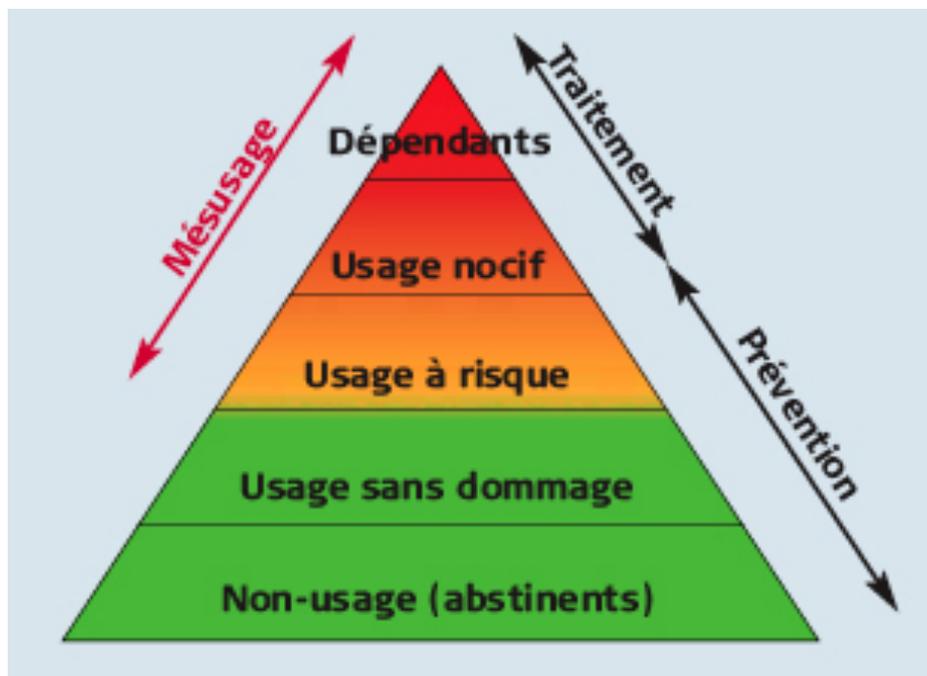
- la désaffection du corps en général et de la sphère oro-faciale en particulier.

Ceci aura une grande influence dans la prise en charge odontologique compte tenu de la difficulté à obtenir les deux facteurs essentiels de la réussite de thérapeutiques que sont la motivation et l'hygiène.

En addictologie, il existe cinq types de comportements :

- Le non-usage
- L'usage simple
- L'usage à risque
- L'usage nocif ou abus
- Dépendance

Skinner a ainsi classé ces notions dans sa célèbre pyramide en 1969 qui met en évidence les différents comportements de consommation cités ci-dessus et permet également d'orienter la prise en charge du patient en fonction de cela.



Pyramide de Skinner. (Dr Elise Gaugler, Le Concept d'Addiction. 2013)

## B) LES SUBSTANCES PSYCO ACTIVES

### 1) La drogue

En 1957 l'OMS définit comme drogue toute substance psychoactive capable de modifier les fonctions psychiques et/ou physiologiques d'un individu, à savoir l'humeur, la pensée, le comportement ou l'émotion.

Une drogue est susceptible de créer une dépendance psychologique ou physique. Les différents critères permettant de classer une drogue sont ses propriétés thérapeutiques, la dépendance qu'elle occasionne, ses effets sur le système nerveux central.

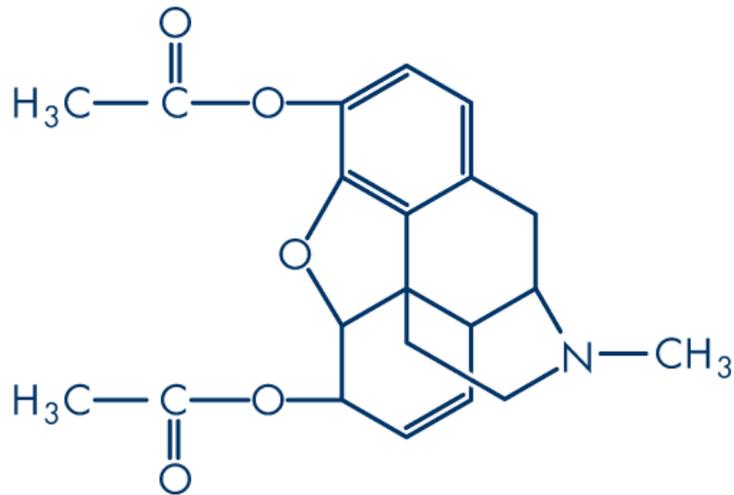
C'est la classification juridique qui détermine si la drogue est licite ou illicite.

### 2) Les drogues psychoactives

#### a) L'héroïne

Morphine, codéine et tramadol appartiennent à la famille des opiacés. Ils sont tous les trois dérivés de l'opium et utilisés à des fins médicales principalement même s'ils peuvent aussi rendre dépendant. Un autre type d'opiacé très connu pour son pouvoir addictif est l'héroïne.

L'héroïne ou chlorhydrate de diacéylmorphine est un alcaloïde semi-synthétique obtenu à partir de la morphine.



Molécule d'héroïne

Généralement, elle est connue sous 2 formes :

- L'« héroïne-base » ou « Brown-sugar » qui est de couleur marron et est composée de 30 à 50% d'héroïne pure, de quinine, strychnine, de caféine et d'aspirine.
- La « blanche » : De composition très pure et raffinée, la poudre est très fine. (2)

L'héroïne déclenche une phase d'euphorie intense suivie de sédation et de sentiments de bien-être. Elle se fixe sur les récepteurs opiacés mu et delta, entraînant leur activation. Celle-ci va permettre l'inhibition des récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), ces récepteurs étant eux-mêmes des inhibiteurs des récepteurs dopaminergiques. Cette réaction en chaîne entraîne une augmentation de la transmission dopaminergique.

L'héroïne fait partie des psycholeptiques : elle déprime l'activité cérébrale. Elle possède d'abord une action analgésique mais surtout une action psychotrope. Les effets analgésiques et anxiolytiques sont très importants et conduisent à une oscillation entre un état d'euphorie et un état de manque, conduisant à la dépendance.

La prise d'héroïne entraîne également des effets somatiques, globalement connus par de nombreux praticiens et notamment très bien visibles lors d'une overdose à l'héroïne. Il s'agit

principalement de dépression respiratoire, myosis, d'hypotension avec collapsus cardiovasculaire possible, de somnolence voir de coma.

Le syndrome de manque chez le toxicomane à l'héroïne est très marqué et se caractérise par un syndrome grippal hyperalgique principalement.

3 modes de consommation lui sont associés :

- La voie intraveineuse dans laquelle le consommateur fait fondre la poudre avant de se l'injecter à l'aide d'une seringue.
- La voie nasale dans laquelle le consommateur aspire l'héroïne par son nez.
- Enfin le consommateur peut également aspirer l'héroïne en la fumant

° Les substituts à l'héroïne :

Un traitement de substitution aux opiacés est un traitement neurobiologique destiné au sujet pharmacodépendant aux opiacés et dont le principe repose sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle d'un psychotrope addictif.

Son objectif est de stabiliser la consommation de l'usager voire de la diminuer en prévenant les symptômes du sevrage. Cette stabilisation permettant à l'usager de retrouver un début d'insertion sociale et de suivi psychologique et social. Il s'agit souvent de traitement sur le long terme dont l'objectif est soit l'abstinence ou dans certain cas le traitement à vie.

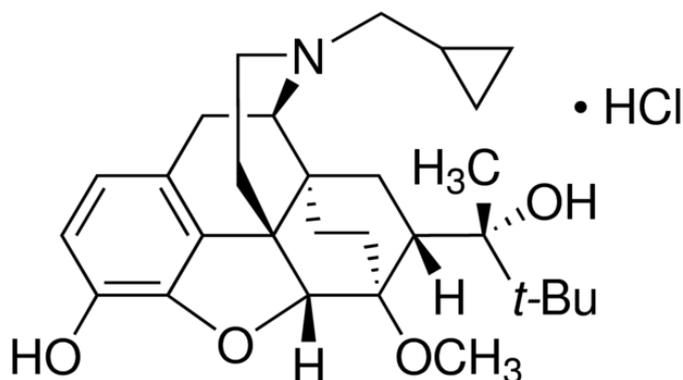
En France, les programmes de substitution proposent au traitement médicamenteux (buprénorphine ou méthadone) un suivi psychologique et social, notamment dans des centres spécialisés (CSST). Il existe des programmes de "bas seuil" et des programmes de "haut seuil". Il a été démontré que la distribution facilitée de la méthadone (dans les programmes de "bas seuil") facilite la prise en charge ultérieure dans un programme complet (à "haut seuil"). (2)

La substitution a permis depuis son instauration la diminution de la délinquance liée à la toxicomanie, la resocialisation et la réinsertion sociale des patients mais surtout la diminution des infections par virus de l'hépatite B et C et par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.)

- La buprénorphine :

Depuis le 30 mars 1995, la buprénorphine haut dosage, dont le Subutex® est la forme princeps, est commercialisée en France. Avant cela, le Témgésic®, ou buprénorphine 0,2 mg a été utilisé, pour le traitement des toxicomanes à l'héroïne à partir de 1987.

La buprénorphine est un opiacé semi-synthétique



Molécule de buprénorphine

Le principal mécanisme d'action est celui d'un agoniste partiel des récepteurs morphiniques  $\mu$  et antagoniste des récepteurs morphiniques  $\kappa$ .

Elle supprime la plupart des effets la plupart des symptômes liés au sevrage de l'héroïne et n'a pas ou peu d'effets psychotropes. La prescription ne doit pas dépasser 28 jours et il est recommandé au médecin prescripteur de prescrire pour une durée plus courte, notamment lors de l'initiation du traitement. Les ordonnances sont sécurisées.

Le Subutex® correspond donc à la forme princeps de la buprénorphine haute dosages et les génériques sont appelés « buprénorphine haut dosage ».



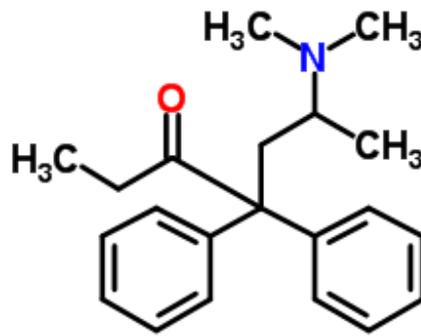
Boite de Subutex

Les principales différences de la buprénorphine par rapport à la méthadone sont qu'elle est, pharmacologiquement, un agoniste partiel et non pas un agoniste plein, ce qui élimine le danger d'overdose (en tout cas lorsqu'elle n'interagit pas avec d'autres substances)

- La Méthadone :

La méthadone est utilisée depuis 1960 comme substitut des opiacés chez les consommateurs d'héroïne sous l'impulsion de Vincent Dole (chimiste Américain). Son utilisation est légale en France depuis 1995.

La méthadone est un agoniste complet des récepteurs opiacés  $\mu$ . Elle se trouve particulièrement sous forme de sirop, mais aussi, depuis quelques années sous forme de gélules.



### Molécule de méthadone

La méthadone présente l'avantage d'être un opiacé de longue durée d'action, permettant de prévenir la sensation de manque et la rechute de la consommation d'héroïne.

En France, un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou un médecin habilité peuvent prescrire une médication à la méthadone avec une délivrance pour 14 jours (sirop et gélule) s'il est socialement et médicalement stabilisé. L'introduction d'un traitement à la méthadone se fait généralement dans le cadre d'un CSAPA avec délivrance quotidienne au départ.

Sa prescription se fait selon un protocole bien précis, sur ordonnance spécialisée :

- Prescription initiale par un médecin du centre spécialisé
- Prise journalière au centre et contrôle
- Accompagnement psychosocial en centre
- Prescription en relais en médecine ambulatoire avec liaison entre médecin prescripteur initial, médecin relais et pharmaciens.

La méthadone est disponible sous forme de sirop en flacon ou de gélules.

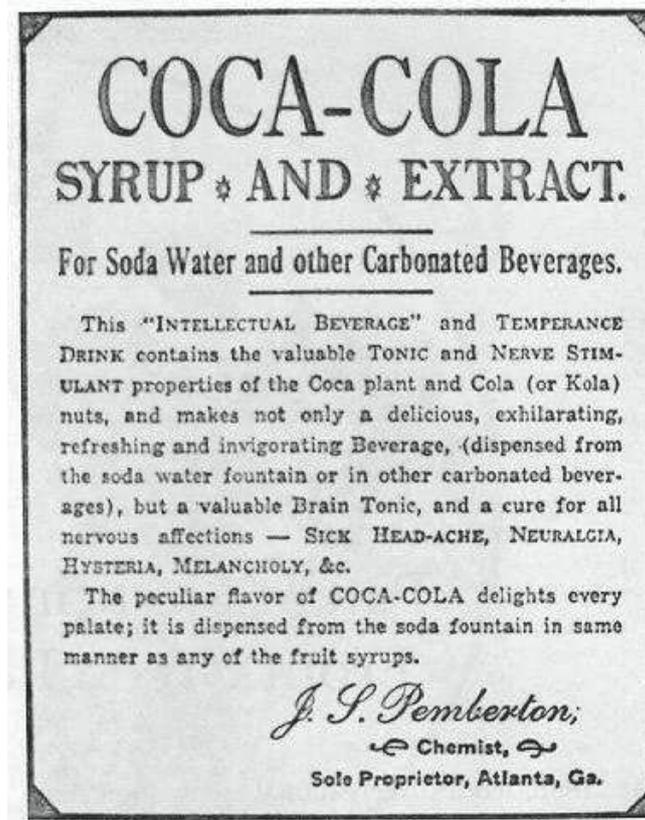


Présentation du conditionnement de la méthadone

### b) La cocaïne :

La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est un psycho-stimulant issue d'une substance d'origine végétale. Elle résulte de la transformation de feuilles de cocaïer, un arbre d'Amérique du Sud et d'Afrique de l'Est.

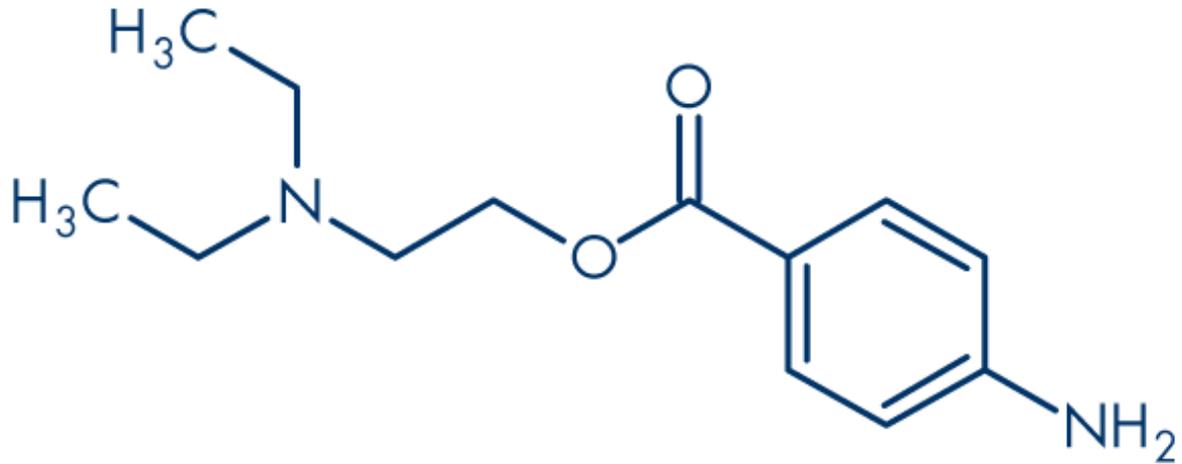
Déjà trois mille ans avant Jésus-Christ, les feuilles de coca ont été utilisées en Amérique du Sud, comme en témoignent des découvertes archéologiques. En effet, le cocaïer est un arbrisseau qui pousse dans la cordillère des Andes. En 1855, le chimiste allemand Friedrich Gaedcke isole la cocaïne. Le pharmacien américain John Pemberton invente en 1885 une célèbre boisson à base de feuilles de coca : le Coca-Cola®. Il contiendra de l'extrait de coca jusqu'au début du XXème siècle.



Etiquette du Coca-Cola de 1885

D'abord utilisée à des fins médicales en anesthésiologie puis dans le traitement de l'alcoolisme et de la dépendance à la morphine, son usage a été détourné et son potentiel dangereux est apparu. Ainsi, le Harrison Narcotic Act de 1914 a rendu la cocaïne illicite aux Etats-Unis. En France, la loi du 31 décembre 1970 interdit et pénalise l'usage de toute substance illicite classée comme stupéfiant.

La cocaïne est un alcaloïde tropanique issue de la feuille de coca, *Erythoxylon coca*.



Molécule de cocaïne

Elle fait partie des psycho-analeptiques ce qui signifie qu'elle possède des propriétés excitantes sur l'activité cérébrale.

Son effet est attribué au fait qu'elle bloque la recapture de la dopamine et entraîne donc une augmentation de la concentration du neurotransmetteur dans diverses régions du cerveau.

Elle bloque aussi le transport de la sérotonine et de la noradrénaline, mais ces mécanismes ne sont pas considérés comme appartenant aux effets psychostimulants.

La cocaïne altère le débit sanguin et le métabolisme cérébral. Le caractère irréversible de ces lésions reste discuté.

L'usage de la cocaïne provoque :

- une "récompense" immédiate se traduisant par une sensation de bien-être et d'optimisme, les soucis devenant secondaires ;
- après une trop forte dose ou des doses répétées, la sensation d'avoir la gorge gonflée, anesthésie du nez et des dents ainsi qu'une difficulté à déglutir ;
- une forte euphorie appelée « flash », Durant cette phase, le cocaïnomanne présente une mydriase, ou dilatation des pupilles, (à l'inverse de l'héroïnomanne), de l'hypertension artérielle et une tachycardie pouvant déboucher sur un syndrome coronarien aigu ou crise cardiaque. La cocaïne présente en effet une forte toxicité cardio-vasculaire.

- un sentiment de puissance intellectuelle (illusion de tout comprendre et d'avoir une intelligence inconcevable) et physique qui provoque une désinhibition;
- une indifférence à la douleur, à la fatigue et à la faim
- dans certains cas : hallucinations, délire

Ces effets vont laisser place ensuite à ce qu'il est commun d'appeler « descente » : un état dépressif et à une anxiété, pouvant entraîner une très forte envie de consommer à nouveau. Il s'agit du « craving » ou besoin irrésistible de consommer avec une pensée obsessionnelle autour de cela.

Il existe 3 modes de consommation de la cocaïne :

- la voie intranasale est la plus répandue pour cette drogue
- la voie intraveineuse plutôt rare
- la voie respiratoire (cocaïne fumée )
- La littérature décrit également des cas d'application topique de la cocaïne directement sur la gencive.

### **C)EFFETS GENERAUX A PRENDRE EN COMPTE DANS LA PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE**

La prise de substances psychoactives entraîne de nombreux effets indésirables sur l'ensemble de l'organisme en générale. Nous allons nous intéresser plus spécifiquement aux effets qui ont un impact dans la prise en charge des patients consommateurs ;

SYSTEME CONCERNE	REPERCUSSIONS GENERALES DE LA PRISE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES A PRENDRE EN COMPTE EN ODONTOLOGIE
Système cardio-vasculo-respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infections pulmonaires</li> <li>- Endocardites infectieuses</li> <li>- Chez le cocaïnomane : tachycardie, hypertension artérielle, arrêt cardiaque</li> <li>- Dépression respiratoire</li> </ul> <p>(5),(6),(7)</p>
Système immunitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hépatites virales</li> <li>- Syndrome de l'Immunodéficience Acquis (SIDA)</li> <li>- Degré d'infection plus sévère chez l'usager de drogue et vieillissement prématuré du système immunitaire</li> <li>- Activité immunosuppressive des drogues addictives</li> </ul> <p>(5),(6)</p>
Système sanguin	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles de l'hémostase en cas de prise de cocaïne</li> <li>- Thrombopénie</li> </ul> <p>(5),(6)</p>
Système neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hallucination, paranoïa, désorientation, comportement agressif, psychose</li> <li>- Crise d'épilepsie en cas de prise de cocaïne</li> <li>- Troubles sociaux et marginalisation</li> <li>- Stress et angoisse (notamment lors de relation avec du personnel soignant)</li> </ul>

	(5),(6),(7)
Système osseux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infections osseuses</li> <li>- Ostéoporose (8)</li> </ul>
Autres systèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infections dentaires</li> <li>- Abscesses au site d'injection et cellulite</li> <li>- Risque d'allergie avec la cocaïne et ses produits de coupe</li> <li>- Interactions médicamenteuses entre cocaïne et vasoconstricteurs</li> <li>- Interactions médicamenteuses</li> </ul> <p>(9),(10)</p>

## **D) EFFET SUR LA CAVITE BUCCALE**

### 1) Complications favorisant les pathologies bucco-dentaires

#### a) Hygiène bucco-dentaire et habitudes de vie

Au niveau de la cavité buccale il existe aussi des manifestations communes. En effet chez la plupart des patients toxicomanes, de nombreuses lésions carieuses ainsi que des problèmes parodontaux sévères sont remarqués. Ce phénomène semble principalement dû à un manque d'hygiène, au peu d'intérêt qu'accordent ces patients pour la cavité buccale, aux troubles alimentaires qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs et à leur terrain souvent immunodéprimé.

Une étude a été réalisée auprès de 685 patients toxicomanes dans un centre de désintoxication de Téhéran (Iran), dans le but d'analyser leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire. Sur ces 685 personnes, 324 déclaraient ne pas se brosser les dents tous les jours, 266 se brossaient les dents une fois par jour, et seulement 85 patients indiquaient un minimum de deux brossages par jour (10 patients n'ont pas souhaité répondre). On relève donc que 87% des personnes interrogées n'ont pas une hygiène bucco-dentaire adéquate. Cette étude prenait aussi en compte l'utilisation de fil dentaire. Elle révèle que 81% des questionnés ne l'utilisent presque jamais, contre seulement 14% qui en ont un usage quotidien. (10)

En 2001, Sheridan *et al* comparent dans leur étude un groupe de 125 patients consommateurs de drogues avec un groupe de 129 patients non consommateurs et ce, durant un an. Dans cette étude, 58,4 % des patients consommateurs de drogues ont présenté des douleurs dentaires au cours de l'année d'étude contre seulement 22,5 % des patients du groupe témoin.

De même, 51,2 % des usagers de drogues ont présenté des lésions carieuses durant la même période contre seulement 17,8% des non-usagers. Une autre étude de 2012 montre que sur 563 patients consommateurs de substances psychoactives (dont l'héroïne et la cocaïne), plus de la moitié présentent une hygiène bucco-dentaire non satisfaisante.

Les patients dépendants aux substances psychoactives ne se rendent que très rarement chez le chirurgien-dentiste. Dans l'étude citée plus haut, parmi les 58,4% de patients consommateurs de drogues ayant eu des douleurs dentaires durant l'année, seulement 28,8 % ont consulté un dentiste. Au contraire, 75% des patients non-consommateurs de drogues ayant eu des douleurs dentaires dans l'année d'étude ont consulté un dentiste.

#### b) Modifications salivaires :

Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des drogues agissent au niveau de la sécrétion de la dopamine en l'augmentant. Or, ce neurotransmetteur active le système orthosympathique. Cette activation entraîne la sécrétion, peu abondante, d'une salive visqueuse et riche en protéines. C'est de cette manière que les produits psychoactifs provoquent une hyposialie entraînant une xérostomie. L'hyposialie a des effets importants sur la santé bucco-dentaire puisque la salive a une fonction de protection de la cavité buccale. En effet, le flux

salivaire empêche l'accumulation de plaque dentaire et permet la minéralisation de l'émail avec l'apport d'ions phosphate et calcium. La salive a aussi un pouvoir tampon qui contrôle l'acidité induite par le processus cariogène de la plaque, grâce aux ions phosphates et bicarbonates stabilisant le pH neutre. Cette diminution du flux salivaire va entraîner une augmentation de la charge bactérienne buccale par diminution de la quantité et de la qualité de la salive. Ce qui engendre des lésions carieuses, des problèmes parodontaux et autres infections.

Il existe plusieurs signes cliniques associés à la xérostomie :

- une bouche sèche,
- une atrophie des papilles filiformes,
- une chéilite angulaire,
- un érythème des muqueuses,
- une atrophie épithéliale,
- des ulcères,
- une hypertrophie unilatérale ou bilatérale des glandes parotides,
- des infections orales comme la candidose,
- des caries rampantes.

## 2) Effet de l'héroïne sur la cavité buccale

### a) Tissus durs

Il existe une lésion typique fréquemment rencontrée chez l'héroïnomanie : la carie serpentineuse du collet ou carie de Löwenthal. Il s'agit d'une lésion carieuse en forme de croissant siégeant sur tout ou partie des faces vestibulaires ou linguales et palatines des dents, de couleur presque noire, dure et indolore. Elle débute de la zone juxta-gingivale, et peut s'étendre très rapidement tout autour de la dent ce qui entraîne ainsi un risque important de fracture.



Caries de Lowenthal



Dent atteinte, avant et après éviction carieuse (15)

#### b) Parodonte et Tissus mous

Il y a une fréquence encore plus importante chez les héroïnomanes que chez les autres toxicomanes de problèmes parodontaux. Ce phénomène semblerait être lié à l'immunodépression qu'engendrerait cette substance. Des gingivites ulcéro-nécrotiques ont été retrouvés à de nombreuses reprises chez des consommateurs régulier d'héroïne. (12) Cela est

due en partie à une mauvaise hygiène bucco-dentaire entraînant une accumulation de plaque dentaire. La littérature décrit également des cas de candidoses et de dysplasies de la muqueuse buccale fréquents chez les toxicomanes à l'héroïne. Enfin un bruxisme et des Dysfonctions de l'Appareil Manducateur (DAM) sont fréquemment retrouvés.

### 3) Effet des substitutions à l'héroïne sur la cavité buccale

#### a) Tissus durs

Les patients en sevrage sont donc traités avec la méthadone ou la buprénorphine. Or, la méthadone se présente sous forme de sirop contenant du saccharose. Les patients sous substitution à l'héroïne par la méthadone possèdent donc un risque carieux ainsi qu'un risque d'érosion dentaire nettement augmenté. Les lésions carieuses s'expliquent aussi en partie par la manière de consommer ce sirop de méthadone : de nombreux auteurs indiquent que les patients, pour augmenter la période d'absorption du produit, garde le sirop longtemps en bouche. Ainsi, des prises fréquentes et prolongées de la méthadone en sirop créent une macération du produit, qui comme il est très riche en sucre va augmenter le risque de carie et d'érosion dentaire. De plus, cela favorise également une progression rapide des lésions carieuses préexistantes.

#### b) Tissus mous

Une bouche sèche étant plus propice au développement de certaines affections de la muqueuse buccale, des patients sous substitution présentent régulièrement des lésions de type candidosique voir dysplasique.

### 4) Effet de la cocaïne sur la cavité buccale

Même si l'héroïne et sa substitution ont un certain nombre de conséquences sur la cavité buccale, la cocaïne est de loin la drogue dite « dure » qui affecte le plus les tissus buccaux.

a) Effets sur les tissus durs

- *Risque carieux*

Il faut noter que le risque carieux est augmenté chez les consommateurs de cocaïne. (13) Frieland et Gorelick décrivent dans leurs travaux sur les cocaïnomanes une incidence importante de dents cariées et absentes. (14) Ceci est lié en partie au sucre qui est utilisé en produit de coupe pour la cocaïne. (15)

- *Abrasion/Attrition*

L'un des principaux effets de la cocaïne est l'abrasion cervicale, qui peut être liée à l'action de la cocaïne en elle-même notamment quand elle est appliquée directement sur les tissus minéralisés, ou qui peut apparaître à la suite de brossages intempestifs très vigoureux. Ces derniers sont décrits fréquemment lors des situations de manque ou lors des hallucinations sensorielles à type de fourmillement.

Des cas d'attrition dentaire chez les cocaïnomanes ont également été décrits. Par exemple, *Brand et al* décrivent dans leur article de 2008 une attrition des canines, des premières prémolaires et des incisives latérales maxillaires chez un consommateur régulier de cocaïne depuis 2 ans. Cette attrition est notamment due au bruxisme, autre complication fréquemment retrouvée chez les cocaïnomanes.



Cavité buccale d'un patient cocaïnomane (attrition et caries)



Vue occlusale d'une arcade maxillaire d'un patient cocaïnomane (attrition et caries)

b) Effets sur les tissus mous et le parodonte

L'usage de certains stimulants entraîne une trituration intempestive et maniaque des gencives provoquant une lacération gingivale. Plus rarement, l'utilisation de la cocaïne par inhalation occasionne une perforation palatine à cause de la propriété vasoconstrictrice de la cocaïne qui entraîne une nécrose du septum nasal puis des palais mous et dur. (10)

D'autres signes cliniques tels que des saignements gingivaux spontanés dus à la thrombocytopenie sont associés à la prise de cette drogue. L'application de la drogue directement sur la gencive peut provoquer des lésions locales de la muqueuse pouvant aller jusqu'à la gingivite ulcéro-nécrotique et à l'apparition de séquestres osseux. La gencive subit alors une desquamation superficielle épithéliale avec une zone érythémateuse et ulcéreuse. Kapila et Kashani parlent même de mettre l'application locale de cocaïne dans le diagnostic différentiel des pathologies parodontales ulcéro-nécrotiques. (21)



Ulcération gingivale suite à l'application topique de cocaïne



Perforations palatine liée à une consommation excessive de cocaïne

c) Autres effets notables

On retrouve :

- Des lésions de la muqueuse nasale allant de la simple irritation jusqu'à l'ulcération voire même la perforation
- Des troubles de l'innervation à type de paresthésie, d'hypo-esthésie et de troubles moteurs
- Des pétéchies et des saignements gingivaux diffus probablement dus à la thrombocytopénie
- Des cas de candidoses buccales chez les cocaïnomanes sont régulièrement décrits dans la littérature
- Enfin les cocaïnomanes développent généralement un bruxisme du fait de l'effet stimulant de la cocaïne. Par conséquent, ils sont nombreux à présenter des troubles voir des douleurs des articulations temporo-mandibulaires.

		<u>COCAINE</u>	<u>HEROINE</u>	<u>SUBSTITUTION</u>
TISSUS DURS	CARIES	+	++	+++
	EROSION	+++	+	+
	ABRASION/ATTRITION	+++	-	-
<u>TISSUS</u> <u>MOUS</u>	PATHOLOGIES PARODONTALES	++	+++	++
	RECESSIONS/ULCERATIONS	+++	+	-
	CANDIDOSES	+	+	+
HYGIENE	ABSENTE OU MAUVAISE	+++	+++	++

BUCCO-DENTAIRE	PLAQUE DENTAIRE	++	+++	++
AUTRES	XEROSTOMIE	++	++	+++
	PERFORATIONS NASO-PALATINES	+++	-	-
	BRUXISME	+++	+	-

Résumé des effets sur la cavité buccale de l'héroïne, de la cocaïne et des molécules de substitution.

### **3) QUESTIONNAIRE PRATICIEN :**

#### A) Description et objectif de l'étude

A travers une série de questions destinées aux praticiens exerçant, ou ayant déjà exercé en cabinet, nous avons souhaité étudier un état des lieux de la prise en charge des patients toxicomanes.

Cette étude a également pour vocation de connaître les connaissances des praticiens sur la prise en charge de patients toxicomanes mais aussi leur avis sur la manière de l'améliorer.

A long terme, un tel travail permettrait de définir comment améliorer la prise en charge des patients toxicomanes.

## B) Type d'étude

Il s'agit d'une étude uniquement descriptive. C'est à dire une collecte d'informations permettant de décrire, en les quantifiant, les attitudes, les opinions et les comportements d'une population ou d'un échantillon plus ou moins représentatif de cette population.

## C) Méthodologie

### 1) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions de notre étude sont :

- Praticiens thésés
- Étudiants ayant validés leur 5<sup>ème</sup> année d'étude et ayant déjà effectués une activité en cabinet
- Activité salariée et/ou libérale

### 2) Les critères d'exclusions

Ne sont pas inclus dans notre étude, les praticiens répondant aux critères d'exclusion suivants :

- Étudiants n'ayant jamais exercés en cabinet dentaire

Le questionnaire destiné aux praticiens a été rédigé et mis en ligne sur Internet. Pour faciliter sa diffusion nous avons décidé d'envoyer les questionnaires par e-mail au plus grand nombre de chirurgiens-dentistes possibles. Les questionnaires remplis sont automatiquement renvoyés sur la plateforme Google Drive choisie pour le traitement des données. Ainsi, avec cette plateforme les réponses se font de manière anonyme sans que nous sachions qui a répondu quoi.

## D) Questionnaire

1) Avez-vous déjà pris en charge des patients toxicomanes lors de votre exercice en cabinet dentaire ?

Oui

Non

=> Si oui, avez-vous déjà pris en charges des patients dépendant plus spécifiquement aux drogues psychoactives (cocaïne/héroïne)

Oui

Non

2) Avez-vous rencontré des difficultés supplémentaires lors de leur prise en charge ?

Oui

Non

3) Si oui, de quels types ?

1- Avant le soin

- anxiété
- motivation
- peur du jugement de la part du soignant
- communication praticien-patient
- autres..

2- Pendant le soin

- peur de la seringue

- mauvaise ou absence de silence opératoire
- difficultés liés aux pathologies bucco-dentaires spécifiques (lésions carieuses cervicales, inflammation gingivale, ...)

autres..

3- Après le soin

- Risque infectieux
- Risque hémorragique
- Absence de suivi
- Douleurs post op importantes
- Autres..
- 

4) Connaissez-vous les effets secondaires à long terme des drogues psychoactive (héroïne et cocaïne) sur la cavité buccale ?

Oui

Non

5) Connaissez-vous les effets secondaires à long terme des médicaments de substitution de ces drogues sur la cavité buccale ?

Oui

Non

5) Modifiez-vous votre prise en charge habituelle en fonction de ce type de patient ?

Oui

Non

6) Si oui, à quel moment (plusieurs réponses possibles) :

- Anesthésie
- Gestion de la douleur
- 
- Gestion des risques hémorragique et infectieux

- Gestion des soins en fonction de la sérologie du patient
- Durée des soins
  
- Prescription antalgique postopératoire
- Approche psychologique et communication
- Prévention
- Autres...

7) Pensez-vous que les patients toxicomanes sont des patients à risque infectieux accru ?  
Oui  
Non

8) Pensez-vous que les patients toxicomanes sont des patients à risque hémorragique accru ?  
Oui  
Non

9) Chez des patients à risque infectieux et hémorragique accru, que recherchez-vous comme valeurs lors d'un bilan biologique ?  
-  
-  
-  
-  
-  
-  
-

10) Pensez-vous qu'il faille améliorer la prise en charge bucco-dentaire de ces patients ?  
Oui  
Non  
  
Si oui, en quoi ?

11) Réussissez-vous à suivre ces patients à long terme ?

Oui

Non

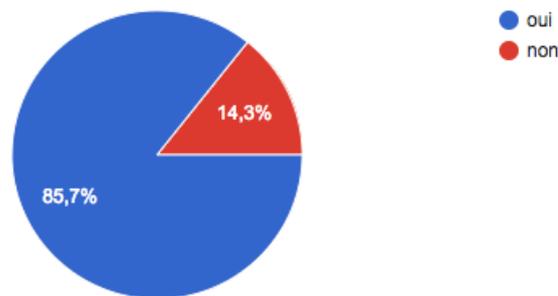
12) Quelle est (un seul choix possible) la principale difficulté de prise en charge que vous rencontrez chez ces patients toxicomanes ?

- la gestion de la douleur per-opératoire (anesthésie)
- la gestion de la douleur post-opératoire (antalgie)
- la gestion du risque infectieux
- la gestion du risque hémorragique
- le suivi à long terme
- la gestion des effets secondaires de la toxicomanie (hyposialie, manque de brossage, atteinte amélaire etc ).
- la communication praticien-patient

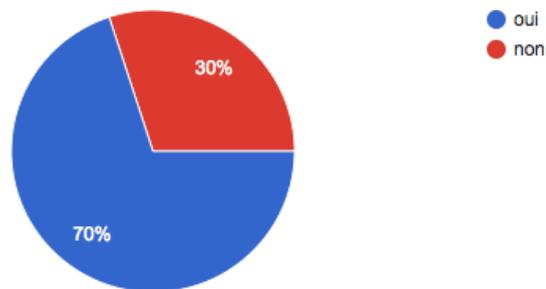
## 4) RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

### A) RÉSULTATS

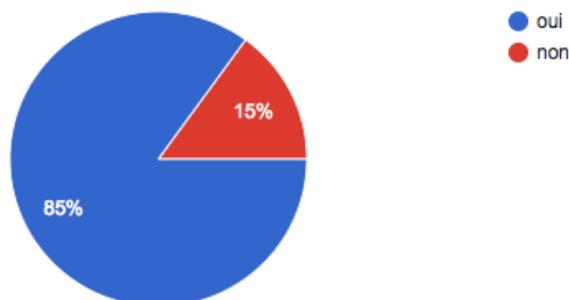
- 1) Avez-vous déjà pris en charge des patients toxicomanes lors de votre exercice en cabinet dentaire ?



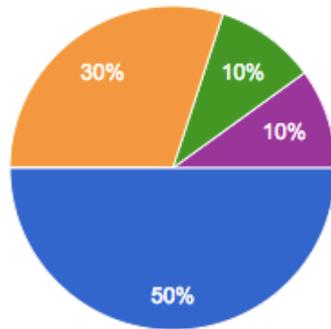
- 2) Si oui, avez-vous déjà pris en charge des patients dépendant plus spécifiquement aux drogues psychoactives (cocaïne/héroïne) ?



- 3) Avez-vous rencontré des difficultés supplémentaires lors de leur prise en charge ?

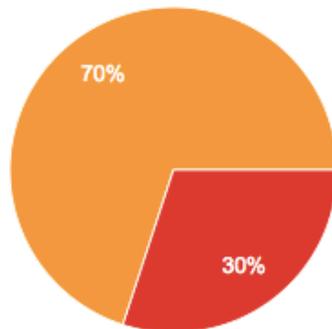


4) Si oui, de quels types ? Avant le soin



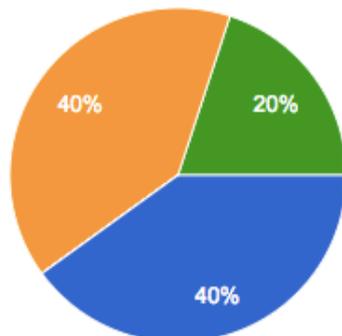
- anxiété
- motivation
- peur du jugement de la part du soignant
- communication praticien-patient
- anesthésie
- douleur

5) Pendant le soin



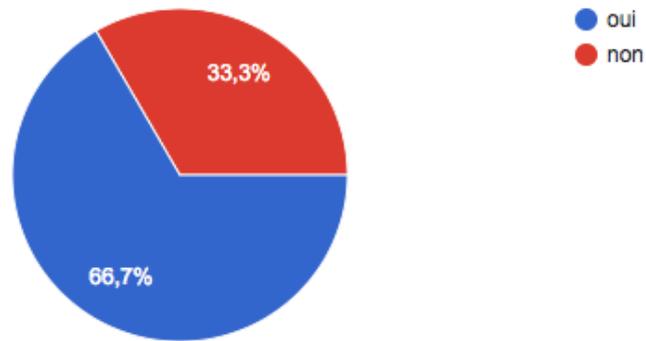
- peur de la seringue
- mauvais ou absence de silence opératoire
- difficultés liées aux pathologies bucco-dentaires spécifiques (lésions carieuses cervicales, inflammation gingivale..)

6) Après le soin

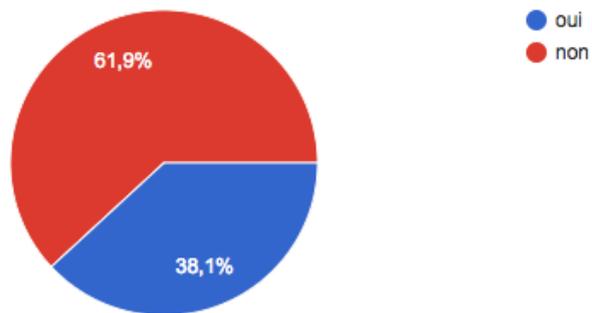


- risque infectieux
- risque hémorragique
- absence de suivis
- douleurs postopératoires importantes

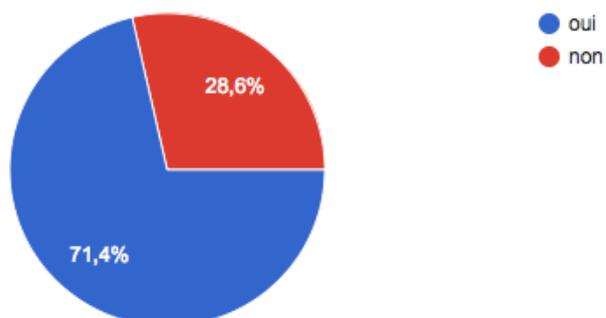
7) Connaissez-vous les effets secondaires à long terme des drogues psychoactives (héroïne /cocaïne) sur la cavité buccale ?



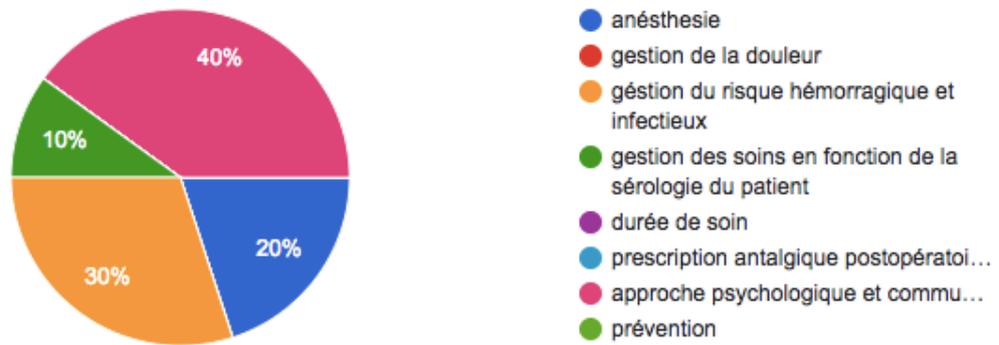
8) Connaissez-vous les effets secondaires à long terme des médicaments de substitution de ces drogues sur la cavité buccale ?



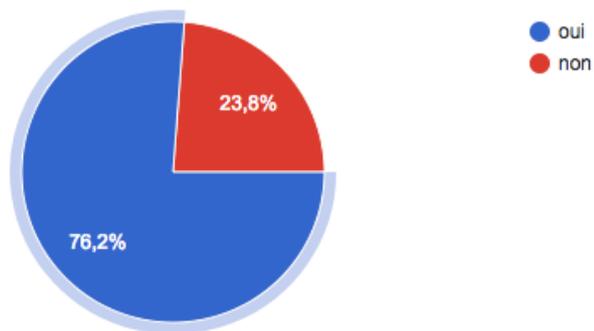
9) Modifiez-vous votre prise en charge habituelle en fonction de ce type de patient ?



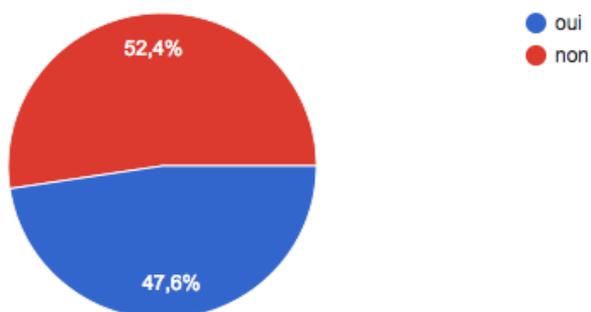
10) Si oui, à quel moment (plusieurs réponses possibles) :



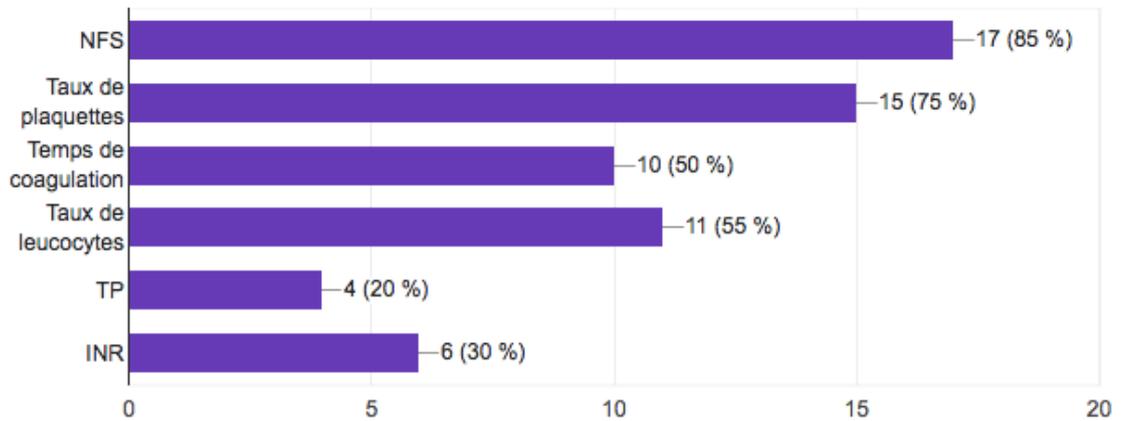
11) Pensez-vous que les patients toxicomanes sont des patients à risque infectieux accru ?



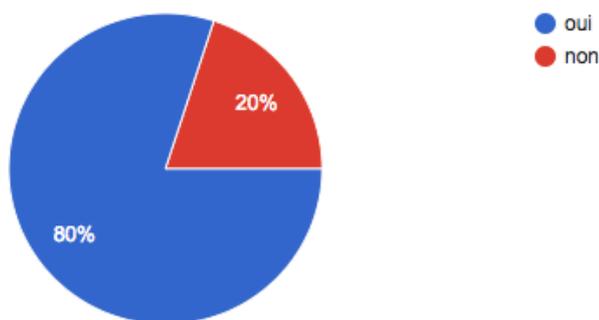
12) Pensez-vous que les patients toxicomanes sont des patients à risque hémorragique accru ?



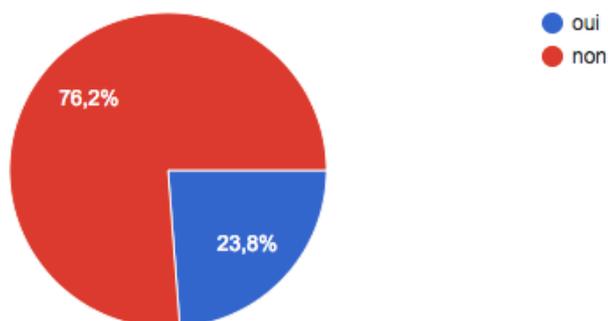
13) Chez des patients à risque infectieux et hémorragique accru, que recherchez-vous comme valeurs lors d'un bilan biologique ?



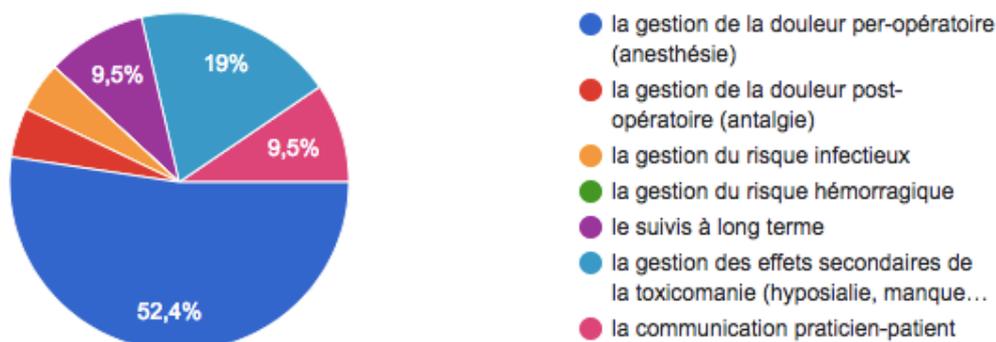
13) Pensez-vous qu'il faille améliorer la prise en charge bucco-dentaire de ces patients ?



14) Réussissez-vous à suivre ces patients à long terme ?



15) Quelle est (un seul choix possible) la principale difficulté de prise en charge que vous rencontrez chez ces patients toxicomanes ?



## B) DISCUSSIONS

À la vue du faible nombre de praticiens ayant répondu au questionnaire il faut tout d'abord signaler le manque de puissance de l'étude.

Il faut bien souligner qu'il s'agit d'une étude descriptive donc manquant de précision.

Selon Bullock, un chirurgien-dentiste devrait être capable de reconnaître les effets de certaines substances psychoactives sur la cavité buccale, voir même de détecter une dépendance aux drogues grâce à cela (25). Nous pouvons alors supposer que le manque de connaissances au sujet de la toxicomanie peut constituer un frein à la prise en charge de patients dépendants aux drogues. Ainsi 66% des praticiens interrogés déclarent connaître les effets des drogues psychoactives sur la cavité buccale, contre 30% pour leurs molécules de substitution.

Si 76% des praticiens pensent que les patients toxicomanes sont des patients à risque infectieux accru, ils ne sont que 47% à penser que ce sont des patients à haut risque hémorragique.

85% des praticiens interrogés déclarent avoir eu des difficultés supplémentaires lors de la prise en charge des patients toxicomanes. Ces difficultés peuvent alors elles aussi constituer un frein à la prise en charge de tels patients.

Trois-quarts des praticiens interrogés adaptent tout de même leur prise en charge et leur gestion des soins face à des patients toxicomanes. Parmi eux 20% modifie la pris en charge lors de l'anesthésie.

Comme le montre la littérature, les risques hémorragiques et infectieux sont parfois plus élevés pour les patients toxicomanes (16). Parmi les dentistes ayant participé à notre étude, 30% déclarent adapter leur prise en charge des patients toxicomanes au niveau de la gestion de ces risques.

L'aspect relationnel est extrêmement important pour une prise en charge correcte de patients toxicomanes. Ainsi 40% des praticiens interrogés adaptent leur prise en charge de ces patients au niveau relationnel. Cependant aucun dentiste ayant répondu au questionnaire modifie leur prise en charge en adaptant la durée des soins. Cette façon de faire se rapproche de l'idée qu'a décrit Bullock en 1999 et qui consiste à débiter la prise en charge d'un patient toxicomane par des soins de courte durée afin de le mettre à l'aise au fur et à mesure. (25)

Les praticiens interrogés sont 10 % à adapter leur prise en charge des patients toxicomanes au niveau de la prévention. Or chez ce type de patients, la prévention constitue un point clé puisqu'elle permet d'anticiper et d'éviter d'éventuels problèmes dentaires et par conséquent des problèmes de santé plus graves chez les patients dépendants.

### C) Comment améliorer la prise en charge des patients toxicomanes ?

Face aux résultats du questionnaire, on peut affirmer que la gestion des soins bucco-dentaires pourraient être améliorée. En effet, 80% des praticiens interrogés estiment que la prise en charge bucco-dentaire des patients toxicomanes doit être améliorée.

L'amélioration de l'aspect relationnel est fortement recommandée par Bullock, avec une prise en charge plus empathique et respectueuse de la part du chirurgien-dentiste. En plus, une prise en charge sans, ou avec moins de jugements et d'*a priori* permettrait d'améliorer la qualité de la gestion des soins bucco-dentaires. (25)

Une des principales difficultés à soigner ces patients vient de l'absence de suivis à long terme. 76% des praticiens interrogés déclarent ne pas réussir à suivre ces patients à long terme. Dès lors il pourrait être intéressant de systématiser des rendez-vous chez un dentiste lors de l'instauration d'un traitement de prise en charge de la toxicomanie. Cela demande donc une collaboration étroite entre les différents soignants et intervenants auprès des patients toxicodépendants (médecins généralistes, bénévoles, dentistes...). Friedlander et Gorelick n'hésitent pas à conseiller aux dentistes de prendre directement contact avec les médecins des patients dépendants qu'ils suivent. (12)

## **5) PRISE EN CHARGE DU PATIENT TOXICOMANES AU CABINET DENTAIRE**

### **1) Objectifs de traitement**

#### *a) Réhabilitation esthétique et fonctionnelle*

De nombreux patients toxicomanes qui viennent consulter ont eu une période de laisser aller avec une absence de brossage et de soins dentaires qui ont conduit à un délabrement important des dents. Ces patients se retrouvent donc souvent avec nombreuses dents manquantes ou à l'état de racine, et donc avec un coefficient masticatoire fortement réduit. De plus, le manque d'esthétique peut être gênant dans la vie de tous les jours. Il est donc important de pouvoir rétablir ces deux fonctions indispensables à la vie sociale.



**Etat dentaire d'un patient héroïnomane**

### *b) Traitements des douleurs*

La raison principale de consultation chez le chirurgien-dentiste est une douleur dans la sphère buccale. Cette douleur peut être due aux caries, aux infections ou aux problèmes parodontaux.

### *c) Traitement des foyers infectieux chroniques*

Les foyers infectieux chroniques chez les patients immunodéprimés entraînent des risques d'infections plus importants ; il faut donc les supprimer pour prévenir d'autres infections.

Des précautions s'imposent pour prendre en charge les patients toxicomanes au cabinet dentaire, même si la réalisation d'actes bucco-dentaires ne justifie pas d'imposer un sevrage total au patient (4).

Avant tout traitement, un bilan de santé général devra être réalisé ainsi qu'un questionnaire permettant de connaître les différentes substances consommées et leur mode de prise.

Rappelons brièvement les risques potentiels à connaître pour la prise en charge du patient toxicomane (toxicologie psychoactive) en odontologie :

Type de risque	
Infectieux	Altération possible de l'immunité
Hémorragique	Rare  En cas de thrombopénie et/ou risque de saignement chez le cocaïnomane
Anesthésique	Précautions vis à vis des vasoconstricteurs  Seuil de tolérance à la douleur diminué
Médicamenteux	Risques d'interactions médicamenteuses
Psychologique	Stress et Angoisse  Troubles du comportement  Douleur
Autres	Risque allergique chez le cocaïnomane

*Tableau n° 3 : Résumé des risques à connaître pour la prise en charge du patient toxicomane en odontologie*

## 2) Thérapeutiques

### a) Prévention

Le toxicomane est un patient à risque carieux élevé. Il est important de mettre en place avec lui une bonne hygiène bucco-dentaire et lui donner des conseils nutritionnels lui permettant de limiter la consommation de boissons et d'aliments sucrés. Une motivation à l'hygiène bucco-dentaire rigoureuse est indispensable : enseignement de la bonne technique de brossage (technique du rouleau), prescription matériel adapté (brosse à dent à poils souples ou brosse à dent électrique, brossettes interdentaires), bain de bouche à la chlorexidine.

Des applications topiques de fluor sous forme de vernis ou de gel peuvent être réalisés, ainsi qu'une prescription de bains de bouche fluorés associés à des dentifrices fluorés (exemple FLUOCARYL BIFLUORÉ 20000 ou FLUOGEL 2000). Des gouttières de fluoration peuvent également être réalisées dans le but de renforcer et protéger les structures dentaires. Le fluor nous aide de façon importante dans notre thérapeutique car il va favoriser la reminéralisation des surfaces dentaires et inhiber le processus cariogène. Le plus important pour obtenir un bon résultat, c'est la motivation du patient.

Si les conseils d'hygiène ne sont pas respectés, le chirurgien-dentiste devra le prendre en compte dans son plan de traitement et privilégiera les extractions par rapport aux soins conservateurs.

### b) Soins conservateurs

En effet, Le toxicomane a souvent un risque infectieux dû à son immunodépression. Il faut donc communiquer avec son médecin traitant pour déterminer s'il y a un risque lors des traitements invasifs (traitements endodontiques, extractions...).

S'il y a un problème d'immunodépression, lors des soins de caries profondes, il sera préférable de prévoir une antibioprofylaxie et comme tout traitement endodontique, la mise en place d'un champ opératoire étanche (la digue), puisqu'il existe un risque de dévitalisation de la dent suite à une effraction pulpaire. Dans ce cas, le traitement endodontique devra être réalisé dans la séance pour limiter les risques infectieux.

L'amalgame et le CVI ( ciment verre ionomère) sont largement conseillés pour ces patients

à risque carieux élevé car pour l'amalgame il a une bonne étanchéité, une bonne durabilité, et il entraîne moins de reprises carieuses par rapport au composite, et le CVI présente l'avantage de relarguer du fluor. (16)

Les soins conservateurs seront privilégiés pour les patients motivés ayant amélioré leur hygiène bucco-dentaire et diminué leur consommation de drogue. Sinon, le risque de reprise de carie est trop important et le patient risque de ne pas revenir pour continuer les soins dentaires.

#### c) Extractions Dentaires

La plupart du temps, les patients toxicomanes consulte a un stade avancé des lésions (soit par peur soit par absence de douleur). Des extractions sont le plus souvent nécessaires pour la thérapeutique des dents trop détériorées.

La cocaïne bloque la conduction nerveuse de la même manière que les anesthésiques locaux utilisés en Odontologie (articaïne, lidocaïne, xylocaïne). Son activité vasoconstrictrice amplifie la réponse du corps humain à l'épinéphrine (vasoconstricteur présent dans les anesthésiques dentaires), ce qui peut entraîner une augmentation de la tension artérielle. Il est donc conseillé de décaler de 6 à 24 h les extractions dentaires après une prise de cocaïne. (20)

Il peut être préférable de réaliser les extractions multiples sous anesthésie générale, par exemple ces patients peuvent présenter une anxiété importante aux soins, d'autant plus que ces patients ont un risque hémorragique dû à la thrombopénie et un risque infectieux qui seront plus faciles à gérer en milieu hospitalier (transfusion de plaquettes si nécessaire).

Il est important de noter que la cicatrisation peut être plus lente en raison de l'immunodépression et de la dénutrition, et les complications des extractions comme les alvéolites sont plus fréquentes chez le patient toxicomane que dans la population générale.

#### d) Traitement des troubles salivaires

La première chose à faire et évidemment la plus importante est de conseiller au patient d'arrêter sa consommation de drogue, permettant ainsi de rétablir un flux salivaire. Le retour à un flux normal peut être long si la consommation avait lieu de manière chronique.

La sécrétion salivaire peut être stimulée en utilisant des gommes à mâcher sans sucre entre les repas et en s'hydratant régulièrement. Les bains de bouche qui contiennent de l'alcool sont à éviter car ils ont tendance à assécher la bouche. Il vaut mieux utiliser des bains de bouche à base de Chlorhexidine sans alcool ou bicarbonatés. Il est également conseillé de limiter la consommation de caféine, ainsi que celle d'alcool et de tabac.

Des sprays buccaux contre l'hyposialie, comme Aequasyl<sup>®</sup>, peuvent être prescrits. Leurs effets sont triples : lubrifiant et adhésif (avec constitution d'un film lipidique dont le rôle est de limiter la perte en eau et de restaurer la viscoélasticité de la muqueuse buccale), protecteur contre les agressions locales.

En dernier recours, si le traitement de première intention est insuffisant, un traitement pharmacologique par voie générale sera envisagé : des sialogogues permettant de stimuler la sécrétion salivaire seront prescrits.

#### e) Traitement du bruxisme et des troubles articulaires

« Le bruxisme est une parafonction, diurne ou nocturne, se traduisant par un grincement et/ou serrement des dents induit par une activité rythmique ou spasmodique involontaire des muscles masticateurs. » (24)

Il entraîne une fatigue musculaire, des myalgies, ainsi qu'une détérioration des faces occlusales des dents. La drogue va agir sur le système dopaminergique qui va activer les muscles masticateurs, entraînant des myalgies chez le toxicomane. Pour diminuer ces douleurs, le patient devra diminuer voire arrêter sa consommation de drogues. Sinon, le praticien pourra lui prescrire des antalgiques et des anti-inflammatoires non stéroïdiens sur de courtes périodes, ainsi que des antidépresseurs tricycliques comme par exemple l'amitriptyline (Laroxyl<sup>®</sup>).

Pour protéger les dents, mais aussi soulager les articulations, on mettra en place une gouttière de relaxation. Si le patient présente des interférences entre les arcades dentaires, une rééquilibration occlusale sera réalisée. Enfin le stress étant un facteur étiologique du bruxisme, il sera conseillé au patient de réaliser une thérapie comportementale pour apprendre à contrôler ce stress, mais aussi de diminuer les parafonctions entraînant les douleurs articulaires.

#### f) Traitement des candidoses

Le traitement des candidoses buccales repose sur les antifongiques locaux dans un premier temps. Si le traitement par voie locale est inefficace, un traitement sera administré par voie générale.

Les antifongiques locaux sont l'amphotéricine B (Fungizone<sup>®</sup>), le miconazole (Daktarin<sup>®</sup> gel buccal), la nystatine (Mycostatine<sup>®</sup>) et l'itraconazole (Sporanox<sup>®</sup>). En complément, il est recommandé d'utiliser un bain de bouche antiseptique et une solution de bicarbonate de sodium dilué dans l'eau.

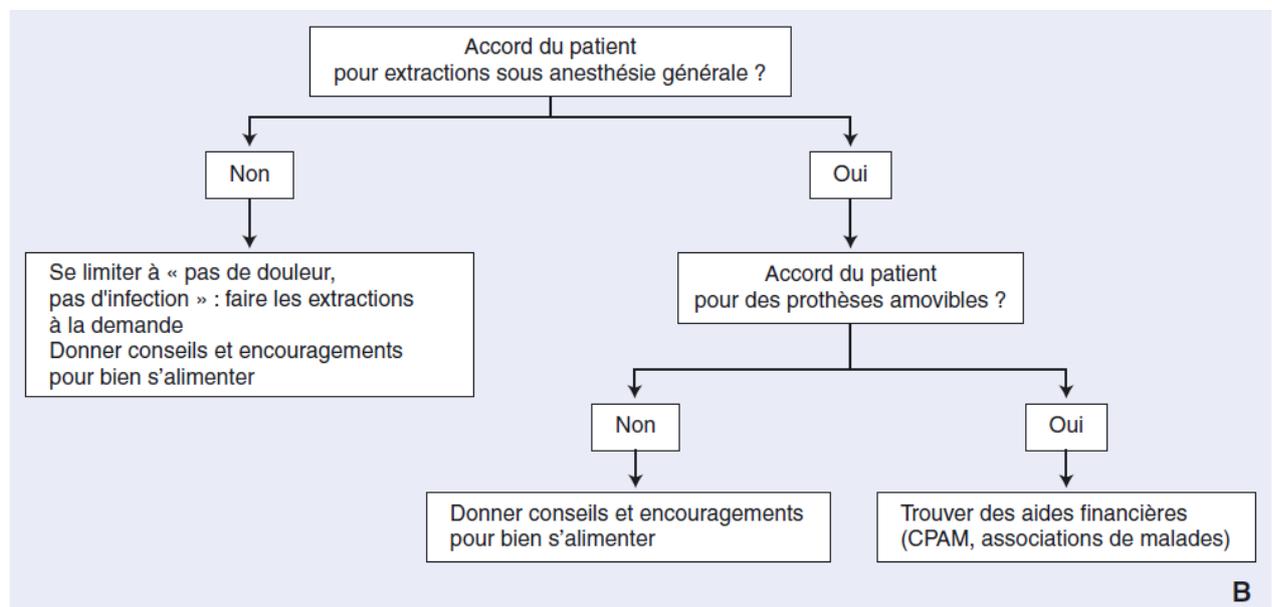
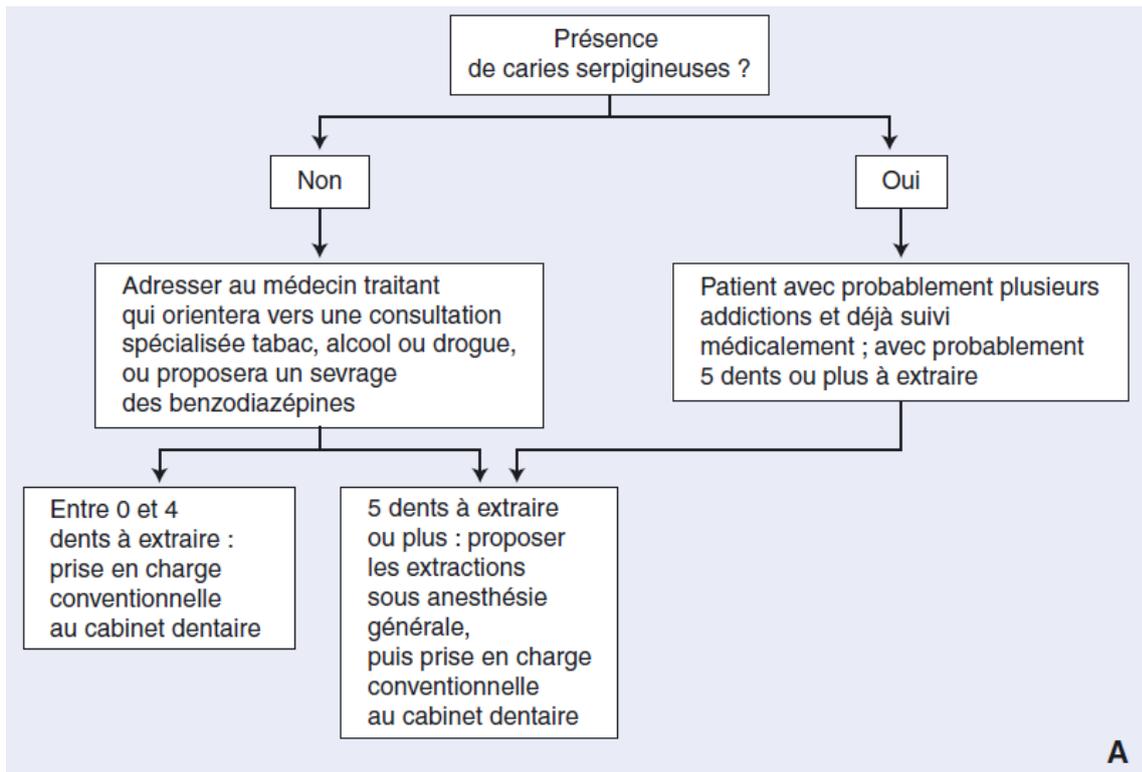
Les antifongiques généraux sont le fluconazole (Triflucan<sup>®</sup>) et le kétoconazole (mais celui-ci est toxique pour le foie).

#### g) Réhabilitation prothétique

Le plan de traitement prothétique va dépendre principalement de la motivation du patient. Si le patient a une bonne hygiène, s'il est motivé et si sa dépendance aux drogues évolue positivement, le chirurgien-dentiste pourra envisager un plan de traitement plus complexe avec conservation des dents en les couronnant.

A l'inverse, si le patient n'est pas motivé et que son hygiène bucco-dentaire, ses habitudes alimentaires et sa consommation de substances illicites ne s'améliorent pas, le praticien envisagera une solution plus simple avec extraction des dents très abîmées, et pose de prothèses amovibles. Ces dernières ont plusieurs avantages pour les patients : les séances au cabinet sont courtes et peu nombreuses, les prothèses amovibles peuvent évoluer avec la denture du patient (il est facile de rajouter une ou plusieurs dents sur la prothèse amovible en cas de besoin). Le patient retrouve presque la totalité du coefficient masticatoire et un sourire esthétique. Par ailleurs, le risque infectieux est écarté. De plus, le coût est moins élevé que pour une réhabilitation fixe. Attention cependant à la xérostomie induite par la consommation de drogues qui peut rendre le port de ces prothèses inconfortable. On peut assister à une diminution de leur rétention et à l'apparition d'une stomatite prothétique (inflammation par frottement de la prothèse sur la muqueuse). (2)

L'état parodontal et la mauvaise hygiène bucco-dentaire ne permettent pas d'envisager une solution implantaire car les patients présentent très souvent une perte osseuse importante.



Arbre décisionnel. Prise en charge bucco-dentaire d'un patient souffrant de plusieurs addictions. (2)

### **3) PRECAUTIONS**

#### a) Aspect psychologique

Les patients toxicomanes sont généralement confrontés à plus de difficultés d'accès aux soins par rapport aux patients non-consommateurs (1,28). Si d'un côté, la peur et l'angoisse les freinent à consulter un chirurgien-dentiste, les praticiens eux-mêmes montrent parfois une réticence à soigner des patients consommateurs de substances psychoactives, voire refusent de les soigner (1).

Les toxicomanes présentent une anxiété exacerbée et une peur du chirurgien-dentiste (19), impliquant une réalisation souvent complexe des soins bucco-dentaires chez ce type de patients : les changements psycho-comportementaux dus à la prise de drogues affectent leur bon déroulement (10). De ce fait, le chirurgien-dentiste se doit de traiter ces patients avec respect et sensibilité (25,29). La prise en charge doit être calme et sans jugements. Il est vivement conseillé de débiter la prise en charge par des soins de courte durée (7,29).

#### b) Précautions vis à vis du risque infectieux

L'héroïne et la cocaïne favorise la survenue de nombreuses maladies infectieuses comme le syndrome d'immunodéficience acquise, les hépatites A, B et C, et certaines infections pulmonaires. Ces infections sont favorisées par le mode de vie des toxicomanes et le mode de prise de la drogue (prise intraveineuse avec des aiguilles non stériles, réutilisées, voire échangées) mais aussi par l'immunodépression que provoquent les drogues. Comme nous l'avons vu précédemment, les drogues ont un effet négatif sur les cellules de l'organisme, notamment les cellules de l'immunité telles que les monocytes et les lymphocytes. Elles entraînent une diminution de la quantité de cytokines produites par les cellules immunitaires (17).

L'immunodépression crée donc un risque infectieux lors des soins dentaires. Il est important de bien connaître l'état de santé du patient avant de le soigner. Cela impose au chirurgien-dentiste la réalisation d'une anamnèse précise et complète : il doit bien interroger le patient et surtout demander des tests ou des examens complémentaires en cas de doutes. De plus, le praticien doit absolument contacter le médecin traitant et/ou le(s) spécialiste(s), qui suiv(en)t le

patient dépendant aux drogues (4,7,13).

Si le risque infectieux est important, on réalisera une antibioprofylaxie avant les soins invasifs tels que les extractions, les traitements endodontiques et les détartrages. Une antibioprofylaxie consistera généralement à donner 2 grammes d'amoxicilline une heure avant le rendez-vous. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, on prescrira 600 mg de clindamycine. (26) Si nécessaire une antibiothérapie doit également être mise en place en cas de risque infectieux établi ; chez des patients au stade S.I.D.A. de l'infection par le V.I.H. par exemple (à savoir 2g d'amoxicilline pendant 7 jours, ou 1200mg de clindamycine). Toute infection dentaire ou abcès sont à rechercher de manière systématique chez les patients toxicomanes et à éliminer au plus vite afin de limiter au maximum les portes d'entrée d'infections systémiques (25).

#### c) Précautions vis à vis du risque hémorragique

Le risque hémorragique chez le patient toxicomane existe, bien que faible, notamment chez le cocaïnomanes (14). Johnson a notamment décrit des difficultés d'hémostase suite à l'avulsion de dents de sagesse chez plusieurs patients cocaïnomanes (22). La thrombopénie peut d'autant plus accentuer ce phénomène (23). De plus, en cas d'hépatites virales, surtout avec le V.H.C., des risques d'anomalies de l'hémostase existent. En cas d'insuffisance hépatique secondaire, celle-ci aboutit à un déficit en facteur de coagulation. De même, si le patient est atteint du V.I.H., un risque de thrombopénie et d'hypo-coagulation existe.

Des précautions nécessaires vis-à-vis du risque hémorragique doivent être mises en place : sutures hermétiques, compression, mise en place de matériaux hémostatiques locaux, etc.

Le praticien peut prescrire un bilan sanguin avec numération formule sanguine (N.F.S.), temps de saignement, taux de prothrombine et temps de céphaline activé.

#### d) Gérer l'inefficacité relative à l'anesthésie

Indispensable à la réalisation de certains soins, l'anesthésie peut se révéler difficile chez les patients toxicomanes. Bien que cela n'ait pas été démontré scientifiquement, il est reconnu que

les patients toxicomanes ont une résistance à l'anesthésie. Cela est souvent dû à l'anxiété du patient, mais aussi à la métabolisation plus rapide des anesthésiques dans l'organisme des consommateurs de drogues. Généralement, une quantité plus importante d'anesthésique est nécessaire chez ces patients.

Les héroïnomanes en particulier montrent une réponse réduite aux anesthésiques locaux (sûrement en partie à cause de l'action pharmacologique des opioïdes ainsi que de la peur et de l'anxiété) (10).

La prévalence d'insuffisance hépatique peut contre-indiquer l'utilisation de molécules anesthésiques à fonction amide (lidocaïne), car elles ont une dégradation hépatique. Il est préférable d'utiliser l'articaïne ou la mépivacaïne qui sont moins hépatotoxiques (27).

Il existe également un risque lié à l'utilisation des vasoconstricteurs adrénergiques car, lorsqu'ils sont associés à la cocaïne, ils peuvent provoquer des complications cardiovasculaires.(28) Certains auteurs recommandent d'attendre au moins 6 heures après la dernière prise de cocaïne avant une anesthésie locale avec vasoconstricteurs chez le dentiste (13). Actuellement, le délai est allongé de préférence à 24 heures après la dernière prise (4).

Enfin, chez le cocaïnomanes en particulier, il est recommandé de ne pas utiliser d'anesthésiques locaux de la classe des esters afin d'éviter tout risque d'allergie. Il est préférable pour le chirurgien-dentiste d'utiliser des anesthésiques locaux de la classes des amides (7,13).

La technique anesthésique employée peut être un facteur d'échec si le praticien n'opte pas pour une méthode ayant le plus de chance de bloquer toutes les conceptions nerveuses. En outre ce n'est pas spécifique aux toxicomanes, même s'il est préférable de réaliser une anesthésie à distance de la zone en question, ou une anesthésie locorégionale, pour toutes dents symptomatiques. Ceci est surtout vrai pour les molaires mandibulaires.

L'anesthésie générale est souvent préférée lorsqu'il y a un nombre important d'actes à réaliser, notamment d'extractions.

#### e) Prescriptions médicamenteuses

Chez les patients toxicomanes, la posologie nécessite souvent d'être augmentée à cause de la tolérance que développent ces patients suite à la prise de drogues psychoactive. Néanmoins, il est important de tenir compte d'éventuelles dysfonctions hépatiques ou rénales lors de la prescription et de prendre en compte les interactions médicamenteuses éventuelles entre les substances psychoactives prises par le patient et les prescriptions courantes en odontologie. Il est important de rédiger les ordonnances afin que le patient ne puisse pas les modifier s'il souhaite détourner l'usage de ces molécules. Les nombres doivent être écrits en toutes lettres.

##### - Antalgiques

Chez les patients toxicomanes, il est préférable de prescrire des antalgiques de niveau I (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens) pour éviter que l'utilisation des médicaments ne soit détournée. Les dérivés morphiniques ( palier II et III) et la codéine ne doivent pas être prescrits chez les patients sous substitution à la buprénorphine (Subutex<sup>®</sup>), en raison de risques de diminution de l'effet antalgique, d'apparition d'un syndrome de sevrage et surtout de dépression respiratoire.(4) De façon plus général il est préférable d'éviter la prescription de codéine et de dérivés morphiniques pour éviter tout effet d'accoutumance chez ces patients.

##### - Anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ne sont pas contre indiqués chez les patients toxicomanes. Les anti- inflammatoires stéroïdiens comme les corticoïdes sont à utiliser avec précautions chez les patients sous méthadone. (4)

##### - Antibiotiques

Le praticien doit prendre en compte les autres maladies ou traitements du patient toxicomane mais aucune précaution particulière n'existe quant à la prescription d'antibiotiques chez le patient toxicomane. (4)

Comme nous l'avons vu précédemment, l'amoxicilline (Clamoxyl<sup>®</sup>) est un antibiotique à large spectre prescrit en première intention. En cas d'allergie aux bêtalactamines, le chirurgien-dentiste prescrira de la clindamycine. Si le chirurgien-dentiste suspecte que le germe en cause est anaérobie, il pourra associer à la pénicilline (ou à la clindamycine) du métronidazole (Flagyl<sup>®</sup>).

- Antifongique

Tout comme avec les antibiotiques, il n'existe pas de précautions particulières quant à la prescription d'antifongiques chez les patients toxicomanes. (4)

## **6) CONCLUSION**

De nos jours, les drogues psychoactives sont de plus en plus consommées par la population. Nous aurons donc de plus en plus souvent des patients toxicomanes à prendre en charge au cabinet dentaire. Il est important de connaître la quantité et le type de drogues consommées par le patient pour établir un plan de traitement adapté. En effet, la prise en charge du patient diffère selon plusieurs variables telles que sa motivation, son hygiène bucco-dentaire et sa consommation de substances illicites.

Pour un patient prêt à diminuer, voire à arrêter sa consommation de drogues, le chirurgien-dentiste prévoira une prise en charge globale avec une réhabilitation prothétique pouvant comprendre des prothèses fixes et/ou amovibles. A l'inverse, pour un patient n'ayant pas de motivation, consultant seulement en urgence, le chirurgien-dentiste réalisera tous les soins en commençant toujours par les plus urgents, l'important étant de rapidement soulager le patient.

Un des points clés d'une meilleure gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes reste une étroite collaboration entre soignants, comme l'ont déjà souligné Friedlander et Gorelick en 1998 (13). En outre, une collaboration entre les différents soignants et les réseaux d'aides aux patients toxicodépendants améliorerait également la gestion des soins bucco-dentaires. Grâce à cela, tout chirurgien-dentiste pourrait orienter son patient vers des structures d'aide et d'accompagnement, tout comme Bullock l'a déjà suggéré (29). Il s'agit notamment des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.).

Connaitre l'addiction du patient permet aussi d'être préparé aux éventuels risques des soins réalisés. Notamment, s'il y a un risque infectieux, la prise en charge ne sera pas la même, elle nécessitera une antibiothérapie prophylactique.

La planification des rendez-vous devra être organisée avec le patient en précisant bien les objectifs. Le praticien devra envisager des séances courtes et rassurer le patient par rapport à sa crainte de la douleur.

Bien que les soins dentaires ne semblent pas être la priorité pour les toxicomanes, la prise en charge dentaire peut agir sur l'estime de soi en redonnant au patient une meilleure élocution et mastication, mais aussi un sourire esthétique, tout cela jouant pour beaucoup dans la

réappropriation sociale. Aujourd'hui, le chirurgien-dentiste est trop peu souvent associé aux équipes de prise en charge, que ce soit dans une approche globale de santé publique, et a fortiori comme soignant. Il serait souhaitable par exemple de proposer des consultations dentaires au sein des hôpitaux prenant en charge les toxicomanes. Et pourrait-on envisager également un programme national de prise en charge des patients toxicomanes comme avec par exemple le programme M't dents ou encore les bilans bucco-dentaires des femmes enceintes et patients diabétiques ?

A noter tout de même, que des outils existent actuellement pour venir en aide aux dentistes, il suffit de s'y intéresser : articles et ouvrages scientifiques, ou même des sites Internet. En effet, il existe en France un site Internet, *infosdentistesaddictions.org*, qui donne gratuitement aux dentistes quelques connaissances et clés pour une meilleure gestion des soins dentaires chez le patient toxicomane.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

1. Sheridan J, Aggleton M, Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *Br Dent J.* 2001 ;191(8) :453–7.
2. Pesci-Bardon C., Prêcheur I. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. *Encyd Med Chir (Paris), Médecine buccale*, 28-915-M-10, 2010, *Odontologie*, 23-760-A-40, 2011.
3. D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat.* 2011 ;41(2):179–85.
4. Brunel G., Sauveur G., Wierzbac B Pathologies générales et bucco-dentaires chez le toxicomane. *Rev Odontostomatol* 1994 ;23(6):461-475.
5. Lee CY, Mohammadi H, Dixon RA. Medical and dental implications of cocaine abuse. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991 ;49(3) :290–3.
6. Kim TW, Alford DP, Malabanan A, Holick MF, Samet JH. Low bone density in patients receiving methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2006 ;85(3) :258–62.
7. Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française. Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Paris ;Association Dentaire Française ; 2013.
8. Hubert-Grossin K, George Y, Laboux O. Toxicomanie illicite : manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologique. *Rev Odontostomatol (Paris).* 2003;(32):11934.
9. Shekarchizadeh, H., Khami, M. R., Mohebbi, S. Z. and Virtanen, J. I. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health* 2013 ;13, 2-7.

10. PALLASCH T.J, JOSEPH C.E. Oral manifestations of drug abuse. *J Psychoact Drugs* 1987;19(4):375-376.
11. Bécart-Robert A., Hédouin V., Deveaux M., Gosset D. Oral state of health in drugs addicts : a carceral survey in Lille. *Forensic Odontostomatol* 1997 ; 15 : 27-29
12. Friedlander AH, Gorelick DA. Dental management of the cocaine addict. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988 ;65(1):45–8.
13. Driscoll SE. A pattern of erosive carious lesions from cocaine use. *J Mass Dent Soc.* 2003;52(3):12–4.
14. Moraschini V, Fai CK, Alto RM, Dos Santos J. Amalgam and resin composite longevity of posterior restorations: systematic review and meta-analysis. *Dent* 2015 ;43(9):1043-50.
15. Friedman, H., Newton, C. & Klein, T. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. *Clin. Microbiol Rev* 2003 ;16 : 209-219.
16. Meechan JG. Drug abuse and dentistry. *Dent Update.* 1999 ;26(5):182–7, 190.
17. Brand, H. S., Gonggrijp, S., Blanksma, C. J. Cocaine and oral health. *Br; Dent J* 2008 ;204 :365-369.
18. Kapila YL, Kashani H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. *J Periodontol.* 1997 ;68(5):485–8.
19. Johnson CD, Brown RS. How cocaine abuse affects post-extraction bleeding. *J Am Dent Assoc* 1993 ;124(12):60–2.
20. Burday MJ, Martin SE. Cocaine-associated thrombocytopenia. *Am J Med.* 1991 ;91(6) :656–60.

21. Collège Romand de Médecine de l'Addiction. Toxicodépendance : problèmes somatiques courants. Méd Hygi 2003 ; 67(3) 126-70.
22. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale : Prescription d'antibiotiques en odontologie et stomatologie 1996 ;  
[http://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/f15406de4ddd45a47523409161b0d19.pdf](http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f15406de4ddd45a47523409161b0d19.pdf)
23. McFarland, K. ; Fung, E. Y. The complexity of addiction. Dimens Dent Hyg 2011 ;198 :76-81.
24. Leforestier, R. Problèmes rencontrés lors de l'anesthésie locale en odontologie chez le patient toxicomane : mythe ou réalité scientifique ? 2013  
<http://archive.bu.univnantes.fr/pollux/fichiers/download/99bf6a80-ce8a-4466-97bb-e6014ca14032>
25. Bullock K. Dental care of patients with substance abuse. Dent Clin North Am. 1999 ;43(3) :513-26.
26. Charles, N., Valleur, M, Du sens dans la prise de risque : les conduites ordaliques. Neuro 1996 ; 35(11) :330-324.
27. Pedersen, W., Mental health, sensation seeking and drug use patterns : a longitudinal study. Br J Addict 1991 ;86 :195-204.

**UNIVERSITÉ DE NANTES**  
**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**  
-----

Vu le Président du Jury,



*Vu et permis d'imprimer*

Vu le Doyen,



**Pr Bernard GIUMELLI**

**RIMLINGER (Paul).** – Prise en charge du patient toxicomane au cabinet dentaire (toxicomanie psychoactive).

63f. ; ill. ; 27 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2018)

**RESUME.**

La toxicomanie est une « habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique. » La consommation de drogues illicites étant de plus en plus développée, la présence de patients toxicomanes au cabinet dentaire a tendance à se banaliser.

Les individus ayant une consommation importante de substances illicites ont plus de risques d'avoir une mauvaise santé bucco-dentaire pour des raisons variées comme un mauvais régime alimentaire, une hygiène bucco-dentaire non assidue et une démotivation pour les soins dentaires. La prise en charge au cabinet dentaire dépend de la motivation du patient mais aussi de son état bucco-dentaire. Le chirurgien-dentiste devra décider s'il est préférable de réaliser des prothèses amovibles après des extractions multiples ou si la solution fixe est envisageable. Connaître l'addiction du patient permet aussi d'être préparé aux éventuels risques des soins réalisés.

Nous avons choisi d'étudier uniquement la toxicomanie psychoactive, à savoir héroïne, cocaïne et leurs substituts médicamenteux.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :** Santé publique

**MOTS CLES MESH :**

Odontologie en Santé Publique - Public Health Dentistry

Santé publique - Public health

Chirurgie stomatologique (spécialité) – Surgery, Oral

Troubles liés à une substance – Substance related disorders

**JURY :**

Président : Professeur Lesclous P.

Directeur : Docteur Amador Del Valle G.

Co-directeur : Docteur Bouchet X.

Assesseur : Docteur Gaudin A.

**ADRESSE DE L'AUTEUR :**

39 rue Voltaire 17300 ROCHEFORT

paulrimlinger@hotmail.fr