



UNIVERSITÉ DE LILLE

**FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE**

[Année de soutenance : 2024]

N°:

THÈSE POUR LE  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 21/10/2024

Par Floriane LEDRU

Né(e) le 29/10/1999 à Saint-Aubin-Lès-Elbeuf, France

Les lésions dermatologiques en lien avec la prise de substances  
psychoactives.

**JURY**

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Monsieur le Docteur Xavier COUTEL

Madame le Docteur Anaïs DERACHE

**FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE**

[Année de soutenance : 2024]

N°:

THÈSE POUR LE  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 21/10/2024

Par Floriane LEDRU

Né(e) le 29/10/1999 à Saint-Aubin-Lès-Elbeuf, France

Les lésions dermatologiques en lien avec la prise de substances  
psychoactives.

**JURY**

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Monsieur le Docteur Xavier COUTEL

Madame le Docteur Anaïs DERACHE

Président de l'Université : Pr.R. BORDET  
Directrice Générale des Services de l'Université : A.V.CHIRIS FABRE  
Doyen UFR3S : Pr. D. LACROIX

Directrice des Services d'Appui UFR3S :  
Vice doyen département facultaire UFRFS-Odontologie : Pr. C. DELFOSSE  
Responsable des Services : L. KORAÏCHI  
Responsable de la Scolarité : V MAURIAUCOURT

### **PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE**

#### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE**

E DEVEAUX                      Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

K. AGOSSA                      Parodontologie  
**P. BOITELLE                      Responsable du département de Prothèse**  
T. COLARD                      Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux  
**C. DELFOSSE                      Vice doyen du département facultaire UFR3S-  
Odontologie Odontologie Pédiatrique**  
**Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale**  
**L ROBBERECHT                      Responsable du Département de Dentisterie  
Restauratrice Endodontie**

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
<b>C. CATTEAU</b>	<b>Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.</b>
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
<b>M. DUBAR</b>	<b>Responsable du Département de Parodontologie</b>
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
<b>L. NAWROCKI</b>	<b>Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille</b>
<b>C. OLEJNIK</b>	<b>Responsable du Département de Biologie Orale</b>
<b>H. PERSOON</b>	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
<b>M. SAVIGNAT</b>	<b>Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux</b>
<b>T. TRENTESAUX</b>	<b>Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique</b>
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

## **PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE**

M. Bedez	Biologie Orale
----------	----------------

### **Réglementation de présentation du mémoire de Thèse :**

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

***Aux membres du jurys,***

## **Madame la Professeure Caroline DELFOSSE**

### **Professeure des Universités – Praticien Hospitalier**

*Section Développement, Croissance et Prévention*

*Département Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
- Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)
- Diplôme d'Etudes Approfondies Génie Biologie & Médical - option Biomatériaux
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
- Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins buccodentaires »
- Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »
- Diplôme d'Université « Compétences cliniques en sédation pour les soins dentaires »
- Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »
- Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient
- Doyen du Département « faculté d'odontologie » de l'UFR3S – Lille
- Responsable du Département d'Orthopédie dento-faciale

## **Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier**

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

*Département Chirurgie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Chef du Service d'Odontologie du CHU de LILLE

Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Orale  
(Odontologie)

Responsable du Département de Chirurgie Orale

## **Monsieur le Docteur Xavier COUTEL**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier**

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille (Biologie Orale)

Master « Sciences, Technologies, Santé mention « Biologie cellulaire, Physiologie et Pathologies » - Spécialité « Biologie, Biomorphologie, Bio ingénierie du squelette » (Paris Descartes)

**Madame le Docteur Anaïs DERACHE**

**Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier des CSERD**

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

***A ma famille et amis,***



## Table des matières

I.	Introduction .....	15
II.	Généralités.....	16
II.1	Terminologie.....	16
II.2	Classifications .....	17
II.2.1	Origine.....	17
II.2.2	Effets .....	17
II.2.3	Juridique.....	18
II.2.4	Dépendance .....	18
III.	Description des produits illicites .....	21
III.1	Cocaïne.....	21
III.2	Opiïdes.....	21
III.2.1	Héroïne.....	21
III.2.2	Désomorphine .....	22
III.3	Nouvelles substances psychoactives.....	23
III.3.1	Khat.....	24
III.3.2	Cathinones synthétiques .....	24
IV.	Épidémiologie.....	25
IV.1	A échelle internationale .....	25
IV.1.1	Cannabis .....	25
IV.1.2	Cocaïne .....	26
IV.1.3	Héroïne.....	27
IV.1.4	Nouvelles substances psychoactives .....	28
IV.2	A échelle nationale .....	29
V.	Les lésions dermatologiques oro-faciales .....	32
V.1	Atteintes aspécifiques .....	32
V.1.1	Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire.....	33
V.1.2	Modifications de la composition salivaire.....	34
V.1.3	Lésions bénignes.....	35
V.1.4	Lésions ulcéreuses.....	41
V.1.5	Les lésions bulleuses .....	44
V.2	Atteintes spécifiques .....	45
V.2.1	Cocaïne par Inhalation .....	45
V.2.2	Désomorphine .....	46

VI.	Prise en charge des lésions dermatologiques .....	49
VI.1	Examen clinique du patient.....	49
VI.1.1	Risques médicaux.....	50
VI.1.2	Examen exobuccal.....	53
VI.1.3	Examen endobuccal.....	53
VI.1.4	Examens complémentaires.....	55
VI.2	Traitement.....	56
VI.2.1	Préventif.....	56
VI.2.2	Traitements médicamenteux .....	59
VI.2.3	Traitements chirurgicaux.....	65
VII.	Conclusion .....	67
VIII.	Références bibliographiques.....	68
IX.	Webographie.....	72

## **Table des Abréviations**

**3-MMC** : 3-méthylméthcathinone

**AAOMS** : American Association of Oral and Maxillofacial Surgeon

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**CIML** : Cocaine Induced Midline Destructive Lesions

**CMV** : Cytomégalovirus

**CRP** : Protéine-C-Réactive

**DSM** : manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux

**EMCDDA** : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

**EURO-DEN Plus** : European Drug Emergencies Network

**GHB/GBL** : Gamma-hydroxybutyrate/ Gamma-Butyrolactone

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPV** : Papilloma virus Humain

**MDMA** : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**ORL** : Service Oto-Rhino-Laryngologie

**OSIAP** : Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible

**SPA** : Substances Psychoactives

**THC** : delta-9-TétraHydroCannabinol

**TREND** : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

**VHB/C** : Virus Hépatite B/C

**VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine

**Vs** : Vitesse de Sédimentation

## I. Introduction

Les « *substances psychoactives* » (SPA) représentent un véritable problème de santé publique. Elles touchent une grande partie de la population mondiale, soit plus de 296 millions de personnes en 2021, toutes substances confondues.

1

Les données de TREND recueillies en 2021, ayant pour objectif d'identifier et de décrire l'évolution des tendances liées aux produits illicites, ont montré que la consommation de substances psychoactives a été favorisée par le contexte des mesures sanitaires engendrées par la COVID-19. En effet, il y a eu une augmentation des symptômes anxiodépressifs chez certaines personnes, conjuguée à une diminution du personnel de santé, rendant plus difficile l'accès aux cures de sevrage ou aux soins post-cure.

De plus, le développement de l'accès aux collectifs festifs de musiques alternatives et aux affiliations culturelles participe à la consommation des drogues. Une augmentation de la consommation de cocaïne a été relevée chez les personnes marginalisées, ainsi qu'une diffusion importante de nouvelles drogues de synthèse telles que la 3-MMC, la kétamine, le GHB/GBL, mais aussi d'opioïdes tels que l'héroïne, bien que cette dernière reste moins fréquente.<sup>2</sup>

En raison de la tendance récente à la consommation de ces produits illicites, ce travail vise à déterminer l'une des conséquences de leur absorption : les lésions dermatologiques orales.

En s'appuyant sur les données épidémiologiques récentes et cliniques, l'objectif est de renforcer la sensibilisation des professionnels de santé aux complications dermatologiques associées à la consommation de substances psychoactives, à améliorer la reconnaissance des signes cliniques et de promouvoir des stratégies de prévention, de traitements ainsi que des pratiques de soins plus sécurisées, efficaces et adaptées à cette population vulnérable.

---

<sup>1</sup> Pour plus d'informations : <https://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html>

<sup>2</sup> Pour plus d'informations : [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-5719-efxcg2d1.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5719-efxcg2d1.pdf)

## II. Généralités

### II.1 Terminologie

Les *substances psychoactives ou drogues* sont, selon l'Organisation mondiale de santé (OMS), « tout produits qui lorsqu'ingérés ou administrés, altèrent les processus mentaux, cognitifs ou de l'affect ».

Le terme de « psychotrope » ou de « médicament psychotrope » est donné pour les substances psychoactives réglementées appartenant à la catégorie des substances vénéneuses. Les médicaments psychotropes sont classés en fonction de leur manière d'agir sur l'activité cérébrale. Y sont distingués :

- Les anxiolytiques ou tranquillisants, appartenant à la famille des benzodiazépines, entraînant une dépendance physique et de tolérance.
- Les hypnotiques : principalement les benzodiazépines.
- Les antidépresseurs : retrouvant entre autres les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, n'entraînant pas de comportement addictif.
- Les antipsychotiques.
- Les régulateurs d'humeurs : le lithium utilisé dans le traitement des troubles bipolaires.
- Les psychostimulants.

Certains médicaments appartenant à ces différentes classes thérapeutiques ont fait l'objet d'ordonnances falsifiées, tels que le Lyrica®, un antiépileptique/anxiolytique qui a été le plus détourné selon l'étude OSIAP 2019. Il est principalement consommé chez les personnes marginalisées.<sup>2 3</sup>

Pour limiter leurs usages, la réglementation des stupéfiants est appliquée ; leurs prescriptions doivent s'effectuer sur une ordonnance sécurisée avec une durée maximale de prescription limitée à 6 mois.

---

<sup>3</sup> Pour plus d'informations : [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-5914-da13med.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5914-da13med.pdf)

## II.2 Classifications

Afin de s'y retrouver dans les multiples terminologies, plusieurs classements sont possibles. Cela permet également de limiter leurs usages à des fins médicales et scientifiques, ainsi que d'éviter leurs détournements vers un usage illégal ou d'un trafic.

### II.2.1 Origine

Les substances psychoactives peuvent être classées selon leurs origines :

- Naturelle : extraite d'une plante ou de champignons. Elles sont consommées de manière brute ou retraitées chimiquement.

Ce sont principalement les hallucinogènes, entraînant une modification de la perception visuelle, auditive, spatiale, temporelle. Cultivable en France ou dans les pays exotiques, ils sont consommés à titre festif ou dans des rituels.

- Synthétique : fabriqué dans des laboratoires clandestins ou pharmaceutiques pour les formes légales.

### II.2.2 Effets

La consommation de drogues peut-être pour retrouver les effets :

- Dépresseur : agit sur le cerveau en ralentissant les fonctions et les sensations. Exemple : héroïne, psychotrope, kétamine.
- Stimulant : a contrario, augmente les sensations.  
Exemple : cocaïne, ecstasy, amphétamines.
- Hallucinogène : comme expliqué ci-dessus, modifie la perception des sens. Ces modifications sont dépendantes du contexte et de l'état initial de la personne. Exemple : GHB, LSD.

- Stimulant-hallucinogène.

### II.2.3 Juridique

On distinguera les SPA licites comprenant l'alcool, nicotine, médicaments ; des SPA illicites comme l'héroïne, cocaïne ou amphétamine à titre d'exemple.

Les drogues illicites prendront le terme de stupéfiants car elles sont classées par l'ANSM comme interdites à la vente. Il est cependant important de noter que certains médicaments font partie des stupéfiants, leur classement est régulièrement mis à jour dans l'arrêté du 22 février 1990. [53]

L'usage illicite de ces substances pourra être puni d'une amende de 3750 euros et d'un an d'emprisonnement.<sup>4</sup>

### II.2.4 Dépendance

La consommation régulière de SPA peut présenter des risques médicaux, sociaux, professionnels à court et/ou à moyen terme.

L'addiction, qui dans le langage usuel signifie « ne plus pouvoir s'en passer » est définie selon Aviel GOODMAN en 1990, comme un « processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives ».

Selon l'Association Addictions France, le risque de développer une addiction va également dépendre d'autres facteurs :

- Personnels : la vulnérabilité de la personne, difficultés individuelles (travail, émotionnel...).
- Sociaux : environnement culturel, économique, professionnel.
- Liés aux produits : type de consommation, disponibilité sur le marché, nature du produit.

Il est décrit que le processus de l'addiction se fait en plusieurs étapes :

---

<sup>4</sup> Pour plus d'informations : <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/L-usage-de-stupefiants>

1. Initiation à travers des expériences, la recherche de nouvelles sensations.
2. Poursuite du comportement de manière automatique, dans le but de rester dans cet idéal qui a été découvert.
3. Conséquences négatives qui prennent le dessus sur la recherche de plaisir initial.
4. Perte de contrôle sur la consommation.<sup>5</sup>

Ainsi, il faudra différencier les pratiques addictives et des conduites addictives.

Les pratiques addictives regroupent l'ensemble des comportements ou consommations qui peuvent engendrer une addiction. Elles présentent un potentiel évolutif et reposent sur des déterminants variés : génétiques, neurobiologiques, cognitifs, affectifs, culturels, économiques et environnementaux. Les pratiques addictives incluent à la fois l'usage et le mésusage.

Les conduites addictives sont un ensemble de comportements liés à l'addiction. Elles visent à générer une sensation de plaisir et constituent un sous-ensemble correspondant au mésusage.

Il existe trois types de comportements : l'usage, l'usage nocif et la dépendance. Les deux derniers font partis du mésusage :

- Usage : consommation occasionnelle d'une substance sans complications pour la santé du consommateur.
- Usage nocif (abus) : consommation répétée induisant des dommages psychiques et/ou somatiques et/ou sociaux. Il peut être nocif pour le consommateur et son environnement.
- Dépendance : perte de liberté de s'abstenir ou de contrôler sa consommation. Elle peut se manifester physiquement (symptôme de sevrage) et/ou psychiquement (craving : envie irrésistible de consommer).<sup>6</sup> [33]

La classification des conduites addictives qui a été définie par les termes d'abus et de dépendance dans le DSM-IV, a été remplacé par la notion de

---

<sup>5</sup> Pour plus d'informations :

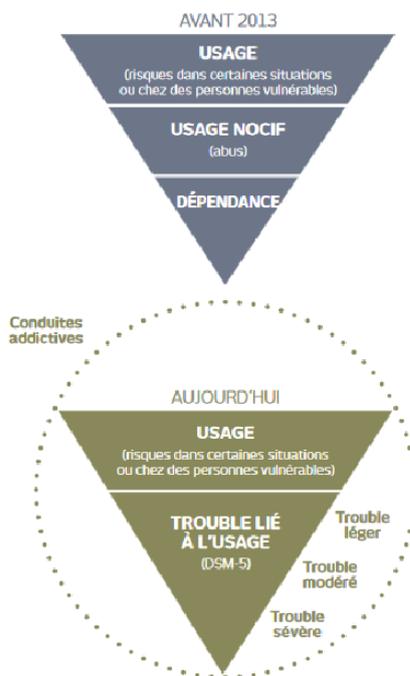
<http://www.edg37.fr/sites/default/files/Fichiers%20hygiene%20et%20securite/documents/Documents%20du%20service%20prevention/Guides/Consommation%20de%20substances%20psychoactives%20et%20addictions.pdf>

<sup>6</sup> Pour plus d'informations : [https://addictions-](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf)

[france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire\\_Bdef\\_lien.pdf](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf)

« trouble lié à l'usage » dans la cinquième édition du DSM (figure 1).

Trois sous catégories y sont retrouvées : trouble léger, modéré et sévère.



*Figure 1 : Schéma des catégories des conduites addictives avant et après modification du DSM.<sup>7</sup>*

Le terme de « trouble lié à l'usage » sera utilisé quand il y aura au moins deux des onze critères définis dans le DSM-V au cours d'une période de 12 mois.

Ainsi, le terme de conduite addictive sera utilisé pour désigner l'ensemble des usages susceptibles d'entraîner un trouble.<sup>4</sup>

<sup>7</sup> Pour plus d'informations : <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>

### **III. Description des produits illicites**

#### **III.1 Cocaïne**

Il s'agit de l'un des stimulants les plus consommés dans le monde. C'est un alcaloïde tropane sympathomimétique naturel dérivé des feuilles d'*Erythroxylon coca*, utilisé par les habitants d'Amérique du Sud depuis des millénaires.

La cocaïne a été découverte et isolée au XIXe siècle par Albert Niemann. À cette époque, elle était utilisée en gouttes pour les douleurs dentaires, sous forme de pilules pour la nausée et elle contribuait également à la composition d'une boisson énergisante connue.

Aujourd'hui, la cocaïne est retrouvée sous la forme synthétique de chlorhydrate de cocaïne. Couramment appelée « neige » ou « coke », elle se présente sous forme de poudre cristalline blanche. Elle est principalement consommée par voie intranasale, mais peut également être administrée par voie orale ou intraveineuse. [38]

Un dérivé de la cocaïne a été produit dans les années 1980 : le « crack » ou « free-base ». Il est fabriqué à partir d'un processus chimique combinant le chlorhydrate de cocaïne en poudre, de l'eau et du bicarbonate de sodium ou d'ammoniaque. Cela entraîne la formation de cristaux de cocaïne qui sont inhalés après avoir été fumé à l'aide d'une pipe spécifique. La création de cette forme vise une libération plus rapide de la drogue dans le système vasculaire pulmonaire et dans la circulation cérébrale. [48]

#### **III.2 Opioïdes**

##### **III.2.1 Héroïne**

L'héroïne est l'une des drogues les plus addictives. Également connue sous le nom de diacétylmorphine, c'est un opioïde semi-synthétique dérivé de la morphine.

La morphine, tout comme la codéine, est un opiacé naturel présent dans le latex du pavot à opium. Ce dernier est utilisé à des fins médicales depuis

l'Antiquité. À partir du XVIIe siècle en Europe, après l'introduction du tabac et de la pipe, le laudanum (teinture d'opium) a été extrait. Celui-ci a été fumé pour obtenir une grande quantité d'opium et de codéine en une seule dose.

L'héroïne a été synthétisée à la fin du XIXe siècle, puis commercialisée comme antitussif et remède contre les maladies respiratoires. Elle est devenue un problème majeur de santé publique lorsqu'il a été découvert qu'elle avait un fort pouvoir analgésique et induisait une forte dépendance. Malgré les moyens de prévention, elle a gagné en popularité pour ses effets récréatifs. [31]

Elle se présente sous forme de poudre blanche ou brune, ou comme une substance noire et collante appelée « goudron noir ». Sa consommation peut s'effectuer de plusieurs manières :

- Intraveineuse : Après avoir dilué la substance et l'avoir chauffée.
- Inhalation : En faisant chauffer une feuille d'aluminium et en inhalant les vapeurs.
- Sniffée : En insufflant la poudre par le nez.
- Orale : Cette méthode est plus rare.

L'héroïne peut être mélangée au "crack", créant ainsi un "speedball", qui procure des effets plus intenses mais présente également un risque accru d'overdose.

### **III.2.2 Désomorphine**

Il s'agit d'un analogue synthétique de la morphine. Elle a été décrite pour la première fois en 1933 aux États-Unis par Lyndon Frederick Small. La désomorphine a été synthétisée pour être plus puissante que la morphine, mais avec moins d'effets secondaires. Cependant, son utilisation s'étant révélée infructueuse, elle a donc rapidement été interdite aux États-Unis.

Elle a tout de même été introduite en 1940 par Hoffman-LaRoche en Suisse à des fins antalgiques pour les douleurs post-opératoires, puis retirée du marché en 1952 avant d'être classée comme stupéfiant. [30]

Cette drogue s'est répandue à partir de 2004 en Russie, puis dans d'autres pays

européens ainsi que sur le continent américain. Synthétisée de manière artisanale avec un mélange de multiples drogues contenant de la codéine et d'autres agents toxiques, elle a pris le nom de « drogue des pauvres », car moins chère que l'héroïne, ou « crocodile » en raison de ses effets néfastes sur la peau (figure 2). [13]



*Figure 2 : Multiples lésions ulcéro-nécrotiques aux sites d'injection de la désomorphine. [21]*

### **III.3 Nouvelles substances psychoactives**

Il existe de nombreuses formes de drogues, de plus en plus innovantes, développées pour contourner les contrôles de stupéfiants. Beaucoup d'entre elles n'ont pas encore démontré d'effets néfastes sur la santé orale en raison de leur découverte récente et de leur constante évolution. Cependant, deux formes ont fait l'objet d'études : le khat et les cathinones synthétiques. Ce sont deux substances illégales ayant un effet euphorisant similaire à celui des amphétamines.

### III.3.1 Khat

Il s'agit d'une plante médicinale, *Catha Edulis*, cultivée majoritairement en Afrique de l'Est.

La mastication du Khat est une pratique enracinée depuis des siècles chez certains membres de la communauté musulmane.

Ces feuilles sont machées pour leurs effets stimulants, euphorisants et de coupe-faim.

Sa consommation tend à se développer dans de nombreux pays, facilitée par les mouvements d'immigrations. [1]

### III.3.2 Cathinones synthétiques

Elles constituent la deuxième plus grande classe de nouvelles substances psychoactives. Synthétisés dans les laboratoires clandestins, elles ont une structure similaire à la cathinone, naturellement retrouvée dans le Khat. [11]

Largement connues sous le nom de sels de bain, elles sont en constante augmentation depuis le milieu des années 2000.

Actuellement la méphédronne et la méthylènedioxypropylone sont les cathinones synthétiques les plus consommées.

Récemment, les cathinones de « seconde génération » ont fait leur apparition. L'une d'entre elles a fait l'objet de nombreux documentaires médiatiques : l'alpha-pyrrolidinopentiophénone ( $\alpha$ -PVP), également connu sous le nom de *drogue du zombie ou Flakka*. Elle doit cette appellation aux comportements apathiques et étranges qu'elle entraîne. [33]

## **IV. Épidémiologie**

### **IV.1 A échelle internationale**

À l'échelle internationale, les problèmes liés aux drogues augmentent dans de nombreux pays à revenus faibles ou intermédiaires. Cela aggrave les défis de santé publique et de sécurité dans les pays concernés. Il a été observé que tout produit présentant des propriétés psychoactives peut être mis sur le marché des drogues.

Ces produits sont souvent mal étiquetés ou mélangés à d'autres substances, augmentant ainsi les risques pour la santé. D'importantes saisies de produits illicites à destination de l'Europe dans des conteneurs maritimes sont régulièrement effectuées.

L'Europe est d'ailleurs une plaque tournante pour le réseau de production de cannabis ainsi que des produits de synthèse.<sup>8</sup>

#### **IV.1.1 Cannabis**

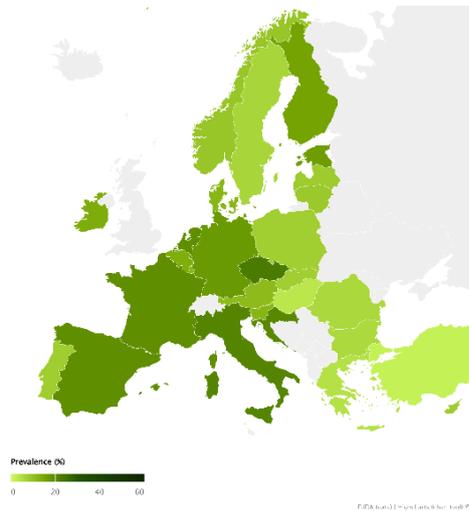
Le cannabis est la drogue la plus communément consommée en Europe. Environ 22,6 millions de personnes âgées entre 15 et 64 ans ont consommé du cannabis au cours de l'année 2022 (figure 3).

Environ 1,3% des adultes de l'Union européenne ont une consommation quotidienne.

L'Espagne est le pays qui enregistre le plus grand nombre de saisies, représentant 66 % des saisies totales dans l'Union européenne.

---

<sup>8</sup> Pour plus d'informations : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_en)



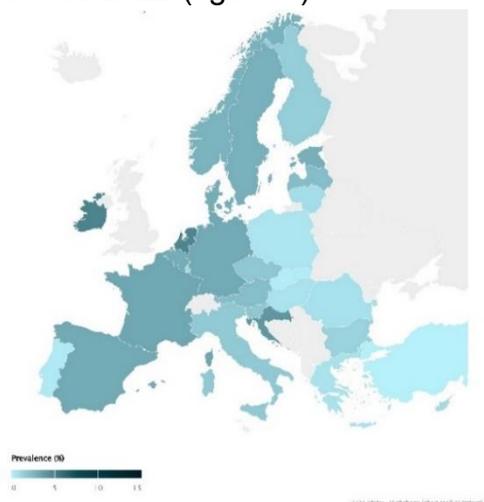
**Figure 3** : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année 2022 chez les personnes âgées de 15-64 ans.<sup>3</sup>

En 2021, environ 97 000 patients ont intégré des centres de traitement spécialisés pour des problèmes liés à la consommation de cannabis. Parmi eux, 45 % étaient de nouveaux patients confrontés à des problèmes d'addiction au cannabis.<sup>3</sup>

#### IV.1.2 Cocaïne

La cocaïne est la 2<sup>ème</sup> drogue, après le cannabis, à être consommée en Europe.

Près de 2,3 millions de personnes âgées de 15 à 34 ans ont consommé de la cocaïne au cours de l'année 2022 (figure 4).

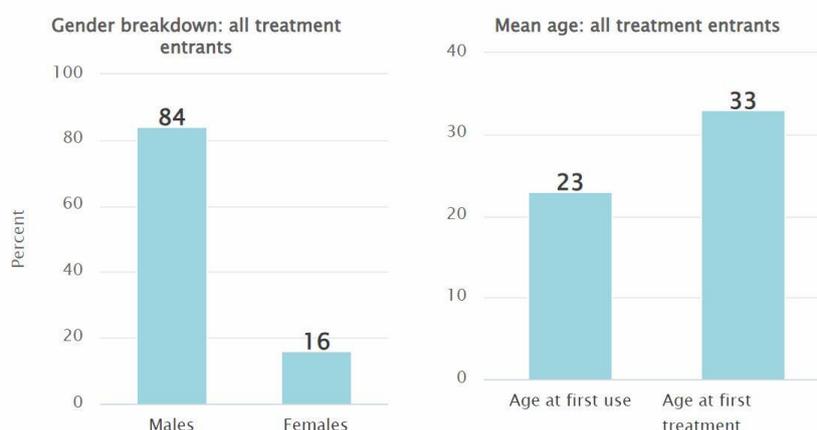


**Figure 4** : Prévalence de la consommation de cocaïne au cours de l'année 2022 chez les personnes âgées de 15-64 ans.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Pour plus d'informations : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine_en)

Elle est principalement disponible sous forme de poudre, mais aussi sous forme de crack. Majoritairement importée en Europe par le réseau maritime, elle est associée à une augmentation de la criminalité, notamment par la corruption du personnel tout au long de son acheminement. La Belgique, les Pays-Bas et l'Espagne sont les pays signalant les plus gros volumes de saisies, reflétant les principaux points d'entrée vers l'Europe.

Environ 25 000 patients entrant pour la première fois dans les centres de traitement spécialisé contre la toxicomanie ont déjà consommé de la cocaïne. Ils représentent environ 20 % des nouveaux entrants. De plus, un décalage de dix ans a été relevé entre l'âge de la première consommation, qui est de 23 ans en moyenne, et l'âge du premier traitement, qui est de 33 ans en moyenne. Ces patients sont majoritairement des hommes (figure 5).



**Figure 5 :** Profils des patients entrant dans les centres de désintoxication pour la cocaïne.<sup>10</sup>

En 2019, la France se trouvait en quatrième position avec plus de 1 200 nouveaux arrivants en centre de désintoxication, devancée de manière croissante par l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie.<sup>7</sup>

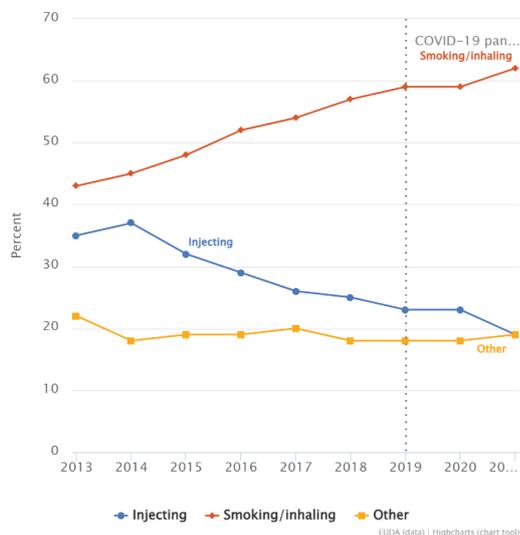
#### IV.1.3 Héroïne

Bien que l'héroïne ait connu ses heures de gloire durant les années 80, elle reste l'opioïde le plus consommé. Il est estimé que 0,33% de la population, soit

<sup>10</sup> Pour plus d'informations : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine_en)

1 million de personnes, ont consommé des opioïdes en 2021. Cette dernière tend à être inhalée plutôt qu'injectée (figure 6).

Parmi les personnes entrant pour la première fois dans un centre de désintoxication pour des opioïdes, 74% consomment principalement de l'héroïne. L'âge moyen du premier traitement contre l'héroïne est de 36 ans.



**Figure 6** : Évolution des principales voies d'administration d'héroïne chez les patients entrants dans les centres de désintoxication.<sup>11</sup>

L'héroïne demeure néanmoins la troisième drogue à l'origine de toxicité médicamenteuse aiguë dans les hôpitaux de l'EURO-DEN Plus en 2021, avec 15% des cas signalés.

En France, la saisie d'héroïne s'élève à environ 1,3 tonne et est en constante diminution, laissant place à de nouvelles drogues : les nouvelles substances psychoactives.<sup>6</sup>

#### IV.1.4 Nouvelles substances psychoactives

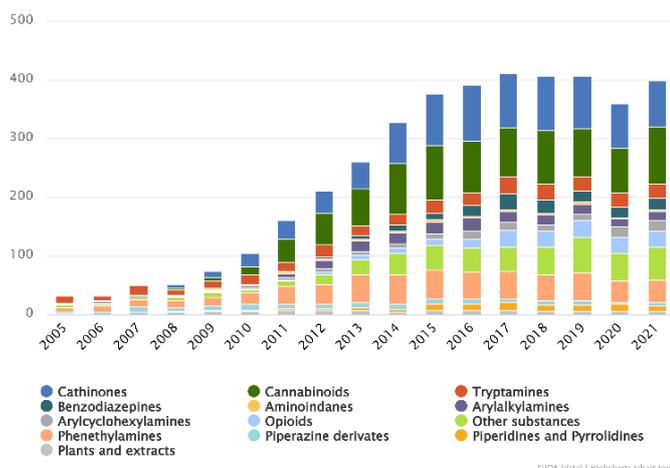
Afin de détourner les contrôles de substances illégales, les producteurs innovent et créent de nouvelles substances. La Chine et l'Inde en sont les principaux fournisseurs.

En 2021, environ 400 nouvelles substances ont été saisies. Cette saisie importante est principalement due à la confiscation de petites quantités de

<sup>11</sup> Pour plus d'informations : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/heroin-and-other-opioids\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/heroin-and-other-opioids_en)

diverses cathinones, de kétamine et de GBL.<sup>12</sup>

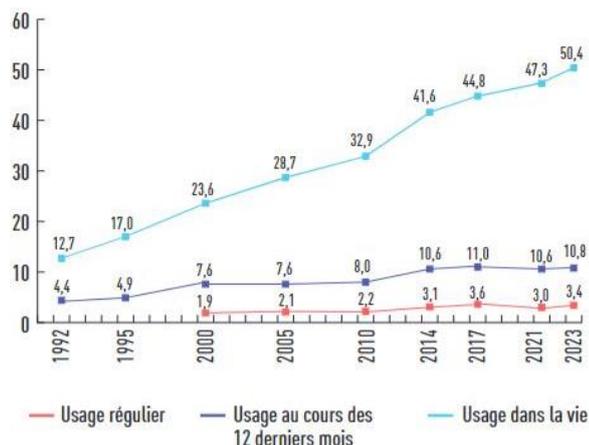
Fin 2022, l'EMCDDA surveillait environ 930 nouvelles substances, dont 41 ont été signalées pour la première fois en Europe (figure 7).



*Figure 7 : Nombre de nouvelles substances signalées par catégories entre 2005 et 2021 en Europe.<sup>13</sup>*

## IV.2 A échelle nationale

En France, le marché des drogues illicites se concentre principalement sur quatre substances majeures. En ordre décroissant : le cannabis, la cocaïne, la MDMA et l'héroïne (figures 8 et 9). Les nouvelles substances psychoactives (NSP) sont également présentes, bien que leur nombre reste plus limité.

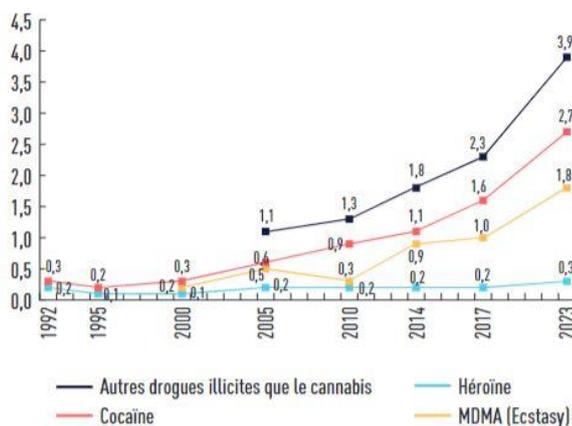


*Figure 8 : Évolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992-2023, chez les 18-64 ans, en France. [43]*

<sup>12</sup> Pour plus d'informations : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances\\_en#edr-2023-nps-source-data-table1](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances_en#edr-2023-nps-source-data-table1)

<sup>13</sup> Pour plus d'informations : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances\\_en#edr-2023-nps-source-data-table1](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances_en#edr-2023-nps-source-data-table1)

Les principaux acteurs de ce marché sont les réseaux de « cités » et la criminalité organisée, notamment pour les opioïdes. De nouveaux moyens de livraison ont émergé ces dernières années. Les acheteurs s'approvisionnent via leurs réseaux sociaux comme Snapchat et Instagram, ou en utilisant des sites de rencontres. Ces plateformes facilitent des transactions sécurisées, ce qui optimise le trafic des stupéfiants. [20]



*Figure 9 : Évolution des niveaux d'usage des autres drogues entre 1992-2023, chez les 18-64 ans, en France. [43]*

Dans les Hauts-de-France, la crise sanitaire de 2021 a eu des conséquences délétères sur la population. La restriction d'accès aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, ainsi qu'aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, a exacerbé les difficultés. De plus, l'isolement social pendant la crise du COVID-19, suivi par un sentiment de renaissance ressenti par les jeunes à la fin de la crise, a entraîné une augmentation des rassemblements festifs et, par conséquent, de la consommation de substances psychoactives.<sup>14</sup>

Il a été observé une augmentation de la consommation de cocaïne, notamment au sein de la population précaire (figure 9).

Une augmentation de la visibilité des consommateurs de « chemsex » est également constatée dans les centres d'accompagnement. Ces individus consomment principalement du GHB/GBL ainsi que des cathinones. Ils sont

<sup>14</sup> Pour plus d'informations : [https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/syntheseTREND2021\\_Lille.pdf](https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/syntheseTREND2021_Lille.pdf)

exposés à de nombreux risques : en plus des dangers liés à la consommation de stupéfiants, ils présentent un risque élevé d'être contaminés par des infections sexuellement transmissibles.

## **V. Les lésions dermatologiques oro-faciales**

L'implication des substances illicites dans les pathologies systémiques est multiple : maladies cardio-vasculaires, pathologies infectieuses, maladies neurologiques, entre autres.

Certaines d'entre elles ont des répercussions sur la santé bucco-dentaire des consommateurs.

A titre d'exemple, l'injection intraveineuse est à l'origine de grands nombres d'infections virales (VHC, VHB, VIH) du fait de l'utilisation non contrôlée de seringues usagées.

Une infection au VIH peut présenter des lésions orales fréquemment associées : candidose, leucoplasie orale chevelue, lymphome non Hodgkinien, érythème gingivale linéaire, sarcome de Kaposi ainsi que les maladies ulcéro-nécrotiques.

Par conséquent, les drogues peuvent être impliquées de manière indirecte dans les lésions dermatologiques orales via des atteintes systémiques, mais aussi, de manière directe, comme il sera démontré plus tard.

### **V.1 Atteintes aspécifiques**

Ces lésions ne sont pas directement associées à la consommation de substances illicites. Néanmoins, il est fréquent d'en retrouver, d'où l'importance de savoir les reconnaître et d'en trouver l'étiologie.

Une étude réalisée en 2019 par Rocha Valadas et al. a répertorié les lésions bucco-dentaires fréquemment associées à la consommation des différentes substances illicites (tableau 1). [47]

Tableau 1 : Tableau regroupant les principales atteintes bucco-dentaires liées à la consommation de substance illicites.

<b>Hallucinogènes</b>	<i>Dompage oro-facial, bruxisme, trismus</i>
<b>Cocaïne et dérivés</b>	<i>Perforations du palais, irritation des muqueuses, douleurs aiguës, gingivite ulcéro-nécrotique, maladie parodontale, bruxisme, troubles articulaires, abrasions/érosions dentaires, chéilite angulaire, glossodynie</i>
<b>Opiïdes</b>	<i>Lésions carieuses atypiques, bruxisme, tartre, gingivite ulcéro-nécrotique, maladie parodontale, xérostomie, herpès, papilloma virus humain (HPV), candidose, leucoplasie, carcinome</i>
<b>Ectasy</b>	<i>Xérostomie, lésions carieuses, érosions, trismus, bruxisme, morsure labiale/linguale, sensibilité dentaire, mobilité, nystagmus, ulcération, paresthésie, altération de la phonation, atteinte articulaire.</i>

### **V.1.1 Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire**

La consommation de drogues stimulantes conduit à une hyperactivation musculaire. Elle entraîne une modification de la neurotransmission dopaminergique et de la noradrénaline.

Cette hyperactivation se répercute au niveau de la sphère orofaciale, en entraînant un inconfort des muscles masticateurs, notamment des spasmes, des contractures, et une hypertrophie musculaire. Elle provoque également des douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire.

En d'autres termes, il s'agit du bruxisme. Il se manifeste par des conséquences directes sur les dents. L'activation répétée des muscles masticateurs entraîne des contacts non physiologiques et prolongés, ce qui, à terme, cause une attrition pathologique des surfaces dentaires. [29]

Une étude transversale de Rommel et al., effectuée sur 100 utilisateurs de méthamphétamine (drogue stimulante), a montré que 68% d'entre eux

présentaient un bruxisme et 47% des douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire. [37]

### **V.1.2 Modifications de la composition salivaire**

La salive joue un rôle essentiel dans le maintien de l'équilibre du microbiote oral. Elle est constituée de plus de 700 espèces bactériennes et d'autres micro-organismes.

#### La salive présente des rôles multiples :

- Contribuer à la formation d'une pellicule protectrice sur les tissus durs et mous permettant de moduler l'adhésion de micro-organismes exogènes.
- Activité antimicrobienne de par ses nombreux composants.
- Facilite les grandes fonctions orales.

Elle est constituée de 99% d'eau et de 1% de solides comme les électrolytes et les protéines. Le débit salivaire non stimulé est d'environ 0,5ml/min, et de 1ml/min lorsqu'il est stimulé. Le pH salivaire est relativement basique, entre 6,5 et 7, ce qui permet de tamponner l'acidité des apports exogènes et de limiter la déminéralisation dentaire.

La consommation de drogues entraîne une action sur le système parasympathique du système nerveux périphérique. Ainsi, il existe des répercussions sur la sécrétion du fluide salivaire par les glandes salivaires, induisant une hyposialie et une xérostomie.

De plus, il est également retrouvé une modification de la composition salivaire et une réduction du pH favorisant le développement de maladies bucco-dentaires telles que des lésions carieuses et des maladies parodontales. [4]

### V.1.3 Lésions bénignes

#### V.1.3.1 Lésions blanches

##### V.1.3.1.1 Lésions candidosiques

De nombreuses substances psychotropes sont à l'origine de sécheresse orale, entraînant une modification du pH salivaire ainsi qu'une diminution des défenses immunitaires de la cavité orale. Il en résulte le développement d'infections opportunistes telles que des lésions candidosiques.

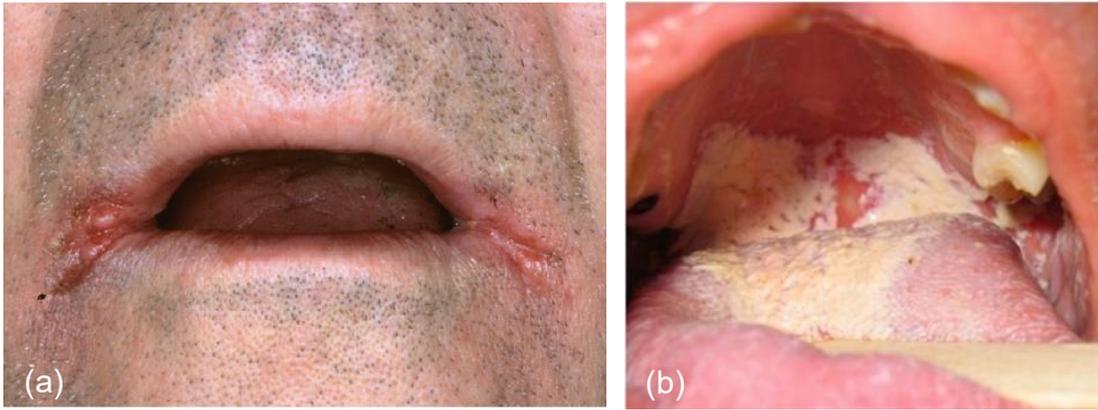
La candidose est due à un champignon du groupe *Candida Albicans*. Cet organisme est présent chez la majorité des sujets sains sous forme de levure. Lorsqu'il devient pathogénique, il prendra l'apparence filamentaire.

Ainsi, dans sa forme la plus courante, il prendra la forme d'un dépôt blanchâtre pseudo-membraneux, diffus, détachable au grattage sur une plage érythémateuse. Il s'agit alors du « muguet candidosique ».

Elle peut également se décliner sous plusieurs formes en fonction de son état évolutif comme l'ouranite, la perlèche ou chéilite angulaire ainsi que la glossite losangique/ovale médiane (figures 10, 11).



*Figure 10 : Photographies endobuccales montrant (a) glossite ovale médiane, sur la face dorsale linguale en avant du V lingual [6], (b) ouranite candidosique centrée sur la ligne médiane du palais dur. [photographie personnelle]*



*Figure 11 : Photographies endobuccales montrant (a) perlèche bicommissurale [6], (b) dépôt pseudomembraneux diffus d'un muguet candidosique sur la face dorsale linguale et du voile du palais. [photographie personnelle]*

#### **V.1.3.1.2 Leucoplasies**

Dans une étude réalisée sur 500 patients consommant tous types de substances, la leucoplasie était présente dans 6.6% des cas. Cependant, elle résulte le plus souvent d'une polyconsommation associant en plus, l'alcool et le tabac. [45]

Il s'agit d'une plaque blanchâtre, kératosique, homogène ou inhomogène. Majoritairement située au niveau de la face ventrale linguale, elle est considérée comme une lésion précancéreuse.

Son diagnostic différentiel doit s'effectuer avec la candidose et la leucoplasie orale chevelue, qui peuvent être présentes chez les patients immunodéprimés.

D'autres formes doivent également être incluses dans le diagnostic différentiel telles que les kératoses frictionnelles, le lichen plan et l'hamartome sous-muqueux.

La leucoplasie orale chevelue est une lésion fréquemment associée au VIH (figure 12). A titre d'exemple, les toxicomanes s'injectant les substances en intraveineuse sont plus à risque d'infections au VIH.



*Figure 12 : Photographies endobuccales centrées sur la langue, (a) leucoplasie homogène, centimétrique, située à la face ventrale linguale droite, (b) leucoplasie orale chevelue du bord latéral lingual droit. [34]*

### **V.1.3.2 Pigmentation des muqueuses**

Tout comme les mélanoses tabagiques, une modification de la coloration des muqueuses orales peut être observée chez les consommateurs de khat (figure 13).



*Figure 13 : Photographie endobuccale, plage mélanotique diffuse du secteur 3 chez un patient consommateur de Khat. [50]*

Une étude cas-témoins menée par N. Yarom et al. en 2010 avait pour objectif d'examiner les manifestations orales de la mastication de khat. Un total de 102 patients a été inclus dans l'étude et il a été constaté que 100% des non-fumeurs consommateurs de khat présentaient une pigmentation des muqueuses (Tableau 2). [50]

Tableau 2 : prévalence de lésions blanches et pigmentées chez les consommateurs de Khat sur 102 patients, n (%)

	Mâcheurs de Khat			Non mâcheurs de Khat		
	Fumeurs (n=32)	Non- Fumeurs (n=15)	Total (n=47)	Fumeurs (n=25)	Non- Fumeurs (n=30)	Total (n=55)
<b>Lésions pigmentées</b>	31 (96,6)	15 (100)	46 (97,9)	25 (100)	20 (66,7)	45 (81,8)
<b>Lésions blanches</b>	27 (84,4)	12 (80,0)	5 (20,0)	5 (20,0)	4 (13,3)	9 (16,4)

### V.1.3.3 Malignes

Il est important de rappeler que l'ensemble des substances décrites présente un haut niveau de toxicité pour la muqueuse orale. Elles peuvent entraîner une mutagenèse des cellules et, par conséquent, une prolifération anarchique de cellules atypiques (figure 14).

Le tabac est responsable de 90% des cancers des voies aéro-digestives supérieures. Lorsqu'il est associé à l'alcool, par synergie, il y a 5 fois plus de risque de contracter un cancer des voies aéro-digestives supérieures. [14]

Ces deux facteurs de risque sont donc bien établis.



*Figure 14 : Photographie endobuccale d'une lésion volumineuse, bourgeonnante, exophytique, saignant au contact, comblant le fond de vestibule secteur 3. Patient fumeur 20PA. [photographie personnelle]*

Il n'est pas prouvé que la consommation d'autres drogues soit directement associée au développement de lésions cancéreuses. Cependant, il est important d'en prendre connaissance, car ces dernières peuvent entraîner des déficits immunitaires, propices à l'infection par le HPV, un facteur de risque des cancers oraux.

Dans le cadre de la polyconsommation, des chercheurs ont défini la prise d'opioïdes par voie intraveineuse comme un facteur de risque des cancers du larynx. Sur 48 patients présentant un cancer de la glotte, 19 % avaient pris des opioïdes par voie intraveineuse. [42]

D'autres études récentes ont suggéré que la consommation de khat pourrait avoir des propriétés cancérogènes, notamment après l'observation d'un cas de carcinome épidermoïde développé au site de mastication du khat chez une femme de 42 ans. De plus, une dysplasie a été observée dans 41 % des échantillons prélevés chez des consommateurs de khat. [50]

Le point commun de l'ensemble de ces études était que les patients présentaient également un tabagisme actif.

### **Exemple illustré par un cas clinique du CHU de Lille :**

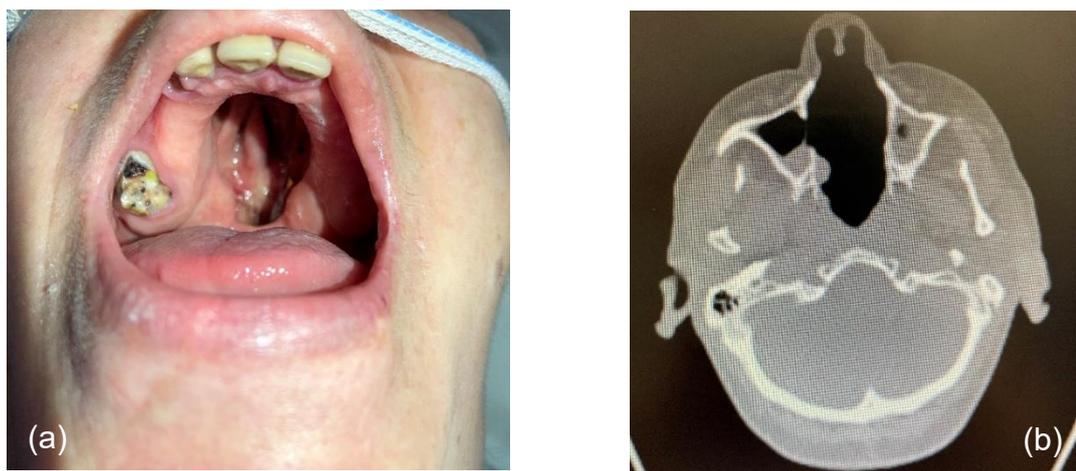
Patiente de 48 ans reçue en consultation le 13/06/2024 dans le service d'ORL de l'hôpital Claude Huriez du CHU de Lille. Elle présentait une consommation multiple d'héroïne sniffée de 1994 à 1997 ainsi qu'une consommation tabagique de 15 à 30 cigarettes par jour. Sa consommation d'héroïne était aléatoire et irrégulière en fonction de ses ressources.

En 1997, elle a entrepris un traitement substitutif au Subutex®, suivi par la prise de méthadone jusqu'en 2006.

Elle a ensuite repris la consommation d'héroïne en 2009.

Ses antécédents médicaux se limitent à l'hépatite C, non traité.

Suivie dans le service d'addictologie, elle se plaignait de dysphagie et dysphonie depuis 2 mois précédant la consultation, associées à une lésion de l'hypopharynx, une nécrose du palais osseux et de la cloison nasale (figure 15).



***Figure 15 : (a) Photographie endobuccale d'une fistule oro-naso-sinusienne supracentimétrique, (b) scanner du massif facial, coupe transversale, centrée sur les fosses naso-sinusiennes. [photographie personnelle]***

Une biopsie a été réalisée et l'examen anatomopathologique a révélé la présence d'un carcinome épidermoïde du sinus piriforme gauche.

L'indication chirurgicale a été retenue après réunion de concertation pluridisciplinaire, et a consisté en une pharyngo-laryngectomie totale avec un curage ganglionnaire cervical gauche, complétée d'une radiothérapie externe post-opératoire.

#### **V.1.4 Lésions ulcéreuses**

L'utilisation d'opiacés entraîne une diminution du système immunitaire par modulation du système nerveux central et périphérique, rendant les consommateurs plus susceptibles de contracter des infections virales, fongiques et bactériennes. Il est donc possible de retrouver chez ces patients des maladies ulcéro-nécrotiques, mais aussi des infections dues au HPV et au cytomégalovirus (CMV).

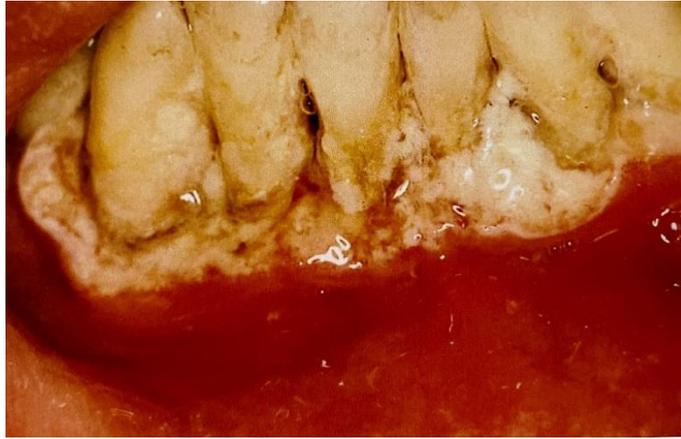
La maladie ulcéro-nécrotique peut également se manifester chez les consommateurs de cocaïne en raison de son effet ischémique sur les vaisseaux sanguins. La présence de ces lésions doit être corrélée avec la recherche d'infection virale systémique, telle que le VIH. [47]

##### **V.1.4.1 Maladie ulcéro-nécrotique**

Il existe différents stades d'évolution : gingivite ulcéro-nécrotique, parodontite ulcéro-nécrotique et stomatite ulcéro-nécrotique. Ces affections nécessitent une prise en charge d'urgence, car elles altèrent grandement la qualité de vie du patient. Elles résultent d'une altération temporaire ou sévère de la réponse immunitaire de l'hôte, le rendant susceptible aux micro-organismes pathogènes.

Cliniquement, ces affections se présentent sous la forme d'ulcérations gingivales et muqueuses (en cas de stomatite), de dépôts pseudo-membraneux nécrotiques, de décapitation papillaire et de destruction du support osseux en cas de parodontite (figure 16).

Le diagnostic différentiel doit inclure les maladies bulleuses, la gingivo-stomatite herpétique et les parodontites liées à des maladies systémiques.



*Figure 16 : Photographie endobuccale d'une parodontite ulcéro-nécrotique centrée sur le secteur antérieur mandibulaire. [27]*

#### **V.1.4.2 Herpès simplex virus (HSV)**

Les lésions herpétiques sont induites par l'*Herpès Simplex Virus 1* ou *2*. Le premier contact est généralement asymptomatique, mais, dans un quart des cas, la primo-infection peut se manifester sous la forme d'une gingivo-stomatite herpétique.

Caractérisée par la présence d'algies diffuses dans la cavité orale, cette condition peut également s'accompagner de fièvre et d'adénopathies. Cliniquement, elle se manifeste par des vésicules multiples donnant un aspect polycyclique ainsi que des lésions érosives gingivales et muqueuses (figure 17).



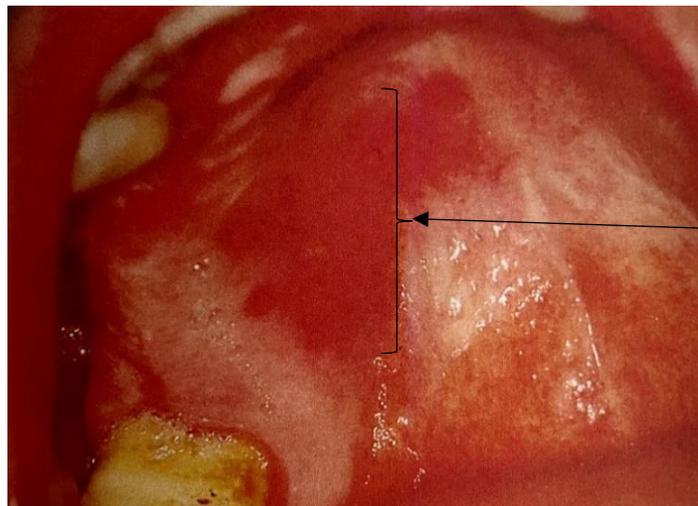
*Figure 17 : Photographie endobuccale centrée sur la face ventrale de la langue montrant de multiples érosions post-vésiculeuses confluentes et polymorphe. [6]*

Après la primo-infection, des réactivations herpétiques sont possibles. Elles peuvent être réactivées par le stress, la fatigue, la fièvre, les menstruations, des infections, des lésions tissulaires ou par les UV.

Généralement, elles apparaissent sous la forme d'un « bouton de fièvre » situé au niveau des lèvres (figure 18). Cliniquement, cela correspond à une confluence de multiples vésicules millimétriques formant une lésion souvent arrondie et croûteuse. Cependant d'autres localisations orales sont également possibles (figure 19).



*Figure 18 : Photographie exobuccale montrant une lésion herpétiforme unique, centimétrique, croûteuse et érosive, arrondie. « Bouton de fièvre. » [6]*



*Figure 19 : Photographie endobuccale, centrée sur le palais montrant une plage érosive de la récurrence herpétique. [27]*

### V.1.5 Les lésions bulleuses

#### - Pemphigus vulgaire :

Dans de rares cas, le pemphigus vulgaire peut être induit par la consommation de cocaïne par voie intranasale ou orale. Le premier cas a été décrit dans les années 1980, et un autre cas a été rapporté en 2021 (figure 20).

Les mécanismes par lesquels la cocaïne entraîne la formation d'auto-anticorps contre la desmogléine 1 et 3 restent inconnus. Certains pensent que cela est facilité par les vasospasmes induisant des ischémies, soit une réduction du flux sanguin. Cette réduction du flux sanguin se retrouve également dans d'autres maladies auto-immunes telles que la granulomatose avec polyangéite (maladie de Wegener), la vascularite à immunoglobuline A, entre autres.

Le traitement reste identique aux formes idiopathiques, c'est-à-dire une prise en charge hospitalière avec mise en place d'immunosuppresseurs. [25]



*Figure 20* : Photographies exobuccales d'un patient atteint d'un pemphigus vulgaire associé à la consommation de cocaïne. [25]

## V.2 Atteintes spécifiques

### V.2.1 Cocaïne par Inhalation

Comme mentionné précédemment, la consommation de cocaïne se fait principalement par voie nasale. Cette substance présente des propriétés vasoconstrictrices qui, combinées à la fréquence d'utilisation et à sa toxicité, entraînent une irritation et inflammation des muqueuses orales et laryngo-pharyngées.

A terme d'une consommation excessive, il est possible que ces complications miment des maladies systémiques. Il s'agit de la « *Cocaine Induced Midline Destructive Lesions* » (CIML). La prévalence exacte n'est cependant pas connue, certains auteurs l'estiment à 4,8%. [7]

Les CIML sont des lésions oro-faciales destructrices induites par l'inhalation de cocaïne.

Le tableau clinique est le suivant : ulcération, croûtes nasales, perforation du septum pouvant aller jusqu'à la création d'une communication bucco-naso-sinusienne et une perte totale de la structure nasale (figure 21).

Les signes fonctionnels sont aspécifiques : épistaxis, douleurs faciales, hyposmie.



**Figure 21** : (a) Photographie endobuccale d'une perforation bucco-naso-sinusienne, (b) scanner du massif facial, coupe frontale, montrant la destruction de la cloison nasale chez un patient atteint d'une CIML. [36]

Le principal diagnostic différentiel à écarter en présence de cette forme lésionnelle est la granulomatose avec polyangéite, également connue sous le nom de maladie de Wegener (figure 22). La maladie de Wegener est une maladie auto-immune rare provoquant une vascularite granulomateuse nécrosante.

Une biopsie associée à un examen immunohistologique par immunofluorescence est alors nécessaire pour exclure un processus carcinologique et trouver la présence d'anticorps.



*Figure 22 : Destruction de la structure nasale par maladie de Wegener. [52]*

La CIML est fréquemment associée à la présence d'anticorps anti-cytoplasme des neutrophiles (ANCA), également présents dans la maladie de Wegener, ce qui complique le diagnostic.

Il est donc crucial de réaliser une anamnèse complète pour connaître les antécédents du patient. [7,9]

Le traitement reposera sur l'arrêt de la consommation, une prise en charge psychologique et en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique. [46]

### **V.2.2 Désomorphine**

L'ostéonécrose des maxillaires est la complication la plus couramment retrouvée chez les consommateurs de la désomorphine. Une méta-analyse de 2021, regroupant plusieurs études sur le développement de lésions ostéonécrotiques dues à l'usage de drogues illicites a révélé que, parmi 100 patients atteints d'ostéonécrose, 68 consommaient de la désomorphine.

Pour 31 patients, les lésions se trouvaient au niveau de la mandibule, ce qui s'explique par la vascularisation terminale de cette dernière, favorisant ainsi le

développement de ce processus. Chez 22 patients, les lésions étaient situées au niveau du maxillaire, et parmi eux, 15 patients présentaient une atteinte concomitante du maxillaire et de la mandibule.

L'ostéonécrose s'explique par la présence de phosphore, d'essence, et d'acide chlorhydrique retrouvés dans la désomorphine. [41]

De manière générale, l'ostéonécrose évoluera à travers différents stades : exposition osseuse sans douleur, exposition osseuse accompagnée d'un processus infectieux, puis exposition osseuse étendue pouvant entraîner fracture, orostome ou fistulisation endobuccale.

Dans le cadre d'une ostéonécrose par désomorphine, les complications peuvent se caractériser par des douleurs, une exposition osseuse dans 92,2% des cas, un gonflement des tissus avoisinants et des fistules intra et extraorales (figures 23 et 24). [35]



*Figure 23 : (a) Photographie exobuccale : fistules extra-orales multiples, purulentes, en regard du bord basilaire mandibulaire, (b) photographie endobuccale : exposition osseuse supracentrique purulente, du secteur 4 chez un patient consommateur de désomorphine. [35]*



*Figure 24 : Photographie endobuccale : séquestre osseux généralisé de la mandibule chez un patient consommateur de désomorphine. [35]*

## **VI. Prise en charge des lésions dermatologiques**

La consommation de substances illicites demeure un sujet tabou dans la société moderne. Sa prise en charge est complexe, notamment chez les patients ayant des parcours de vie compliqués.

Le professionnel de santé peut être amené à découvrir une addiction à travers les réponses fournies dans le questionnaire médical ou par la détection fortuite de lésions bucco-dentaires.

Les patients peuvent être catégorisés en deux groupes :

- Ceux conscients de leur consommation, suivis dans un centre d'addictologie ou souhaitant se libérer de leur addiction.
- Ceux ne souhaitant pas d'aide.

Ainsi, il faut être capable de s'adapter aux besoins du patient. Seul ce dernier peut prendre la décision de vouloir s'en sortir. Dans les deux cas, notre rôle en tant que chirurgien-dentiste, spécialisé ou non, est de proposer une aide psychologique, d'accompagner le patient, de l'écouter sans jugement et de prévenir toute complication médicale et bucco-dentaire. La prise en charge du patient est donc pluridisciplinaire : addictologue, chirurgien-dentiste, psychologue/psychiatre entre autres.

### **VI.1 Examen clinique du patient**

Lors de la consultation, il faut réaliser l'anamnèse :

- Antécédents médico-chirurgicaux.
- Prise de médicaments, allergies.
- Hygiène de vie : prise de substances psychoactives, lesquelles ? mode d'administration ? polyconsommation ? date des dernières prises ? fréquence ? suivi en service d'addictologie ? depuis quand ?
- Profil psychologique : lors de cette phase d'échange, il faut être en capacité d'observer son comportement, sa manière de parler et d'évaluer la compliance du patient. Cela permettra d'adapter la prise en charge et d'établir une relation de confiance.
- Doléance du patient : symptomatologie locale, générale.

## VI.1.1 Risques médicaux

La réalisation de l'anamnèse permet de déduire les risques médicaux potentiels du patient, ce qui permettra de définir le chemin de prise en charge le plus adapté.

### - **Risques infectieux et hémorragique :**

Les patients qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse sont plus à risque de contracter des infections telles que le VIH ou les hépatites virales. L'hépatite C est l'infection la plus couramment contractée chez les consommateurs de drogues par voie injectable. À l'échelle mondiale, parmi ces consommateurs, 52,3 % sont infectés par le VHC, 17,8 % par le VIH et 9,1 % par le VHB. [49]

En présence de l'une de ces infections virales, il est important de se pencher sur la charge virale, les comorbidités associées et les complications possibles.

Par exemple, les complications d'une hépatite chronique peuvent inclure la cirrhose compensée/décompensée et le carcinome hépatocellulaire. Ces affections nécessiteront une prise en charge spécifique, avec certaines subtilités qui dépendront des derniers bilans biologiques sanguins obtenus, notamment le risque hémorragique qui sera évalué par la numération formule sanguine (NFS), et un bilan d'hémostase avec l'étude du temps de céphaline activé (TCA) et de la prothrombine.

En cas de suspicion d'une infection au VIH ou chez un patient présentant un VIH non traité, il sera nécessaire d'évaluer le taux de lymphocytes CD4 et la charge virale afin de déterminer la prise en charge.

Des précautions seront également nécessaires concernant les Accidents d'Expositions au Sang (AES) et le risque de contaminations croisées.

Une autre complication couramment associée aux drogues injectables est l'endocardite infectieuse. De nouvelles recommandations ont été introduites par la HAS en 2024.

Il n'est pas sans rappeler que tout acte invasif ou à risque d'introduction de germes nécessite une antibioprofylaxie une heure avant le soin. Elle se composera d'amoxicilline 2g, en cas d'allergie, d'azithromycine 500mg ou de pristinamycine 1g en présence de contre-indication à l'azithromycine. [12]

- **Risque anesthésique :**

La cocaïne présente des effets anesthésiques locaux et vasoconstricteurs. En association avec la lidocaïne, il existe un risque accru de développer des convulsions.

Elle a également un effet synergique avec les vasoconstricteurs des anesthésiques, pouvant induire des crises hypertensives aiguës, de l'angor et des infarctus du myocarde également appelé syndrome coronarien aigu. Par conséquent, il est recommandé de différer les soins nécessitant une anesthésie, de 24 heures après l'usage de cocaïne.

Le choix de la molécule anesthésique doit aussi être réfléchi. Il est déconseillé d'utiliser les molécules de type ester, comme la procaïne, qui est souvent à l'origine d'allergie chez les cocaïnomanes.

Il est également déconseillé de réaliser des anesthésies intra-ligamentaires en raison de leurs effets ischémiques, multipliant ainsi le risque de nécrose locale.

Il en va de même pour la méthamphétamine, en cas d'urgence, une anesthésie sans vasoconstricteurs doit être privilégiée.

Il faudra également être vigilant sur l'utilisation des molécules du groupe amide en cas de problèmes hépatiques. L'articaïne reste la molécule de choix.

En cas de consommation de cannabis, certains auteurs recommandent d'attendre une semaine avant d'utiliser des vasoconstricteurs. Cependant, les données sur ce sujet ne sont pas clairement établies. Le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), l'un des composants actifs du cannabis, a des effets cardiovasculaires avec notamment une augmentation du risque de tachycardie, de la pression artérielle et de la vasoconstriction.

Par conséquent, le THC, à l'instar de la cocaïne, peut entraîner des effets ischémiques et potentiellement causer des nécroses locales.

Pour les anciens patients toxicomanes ayant consommé des substances par voie intraveineuse, la présence d'une aiguille peut rappeler leur passé et provoquer de l'angoisse. Une prémédication sédatrice peut être indiquée.

Chez les patients traités par clonidine ou lévomépromazine, il est contre-

indiqué de réaliser des anesthésies locales puisqu'ils potentialisent la durée d'action des anesthésiques locaux et provoquent des effets secondaires tels que l'hypotension ou la bradycardie. [8,23,32,44]

- **Risque médicamenteux :**

Les usagers d'opioïdes et les patients sous traitements substitutifs à la méthadone peuvent développer une hypersensibilité à la douleur ainsi qu'une résistance aux effets antalgiques. Ce phénomène, connu sous le nom d'hyperalgésie induite par les opioïdes ("opioid-induced hyperalgesia"), est causé par une modification des neuromédiateurs dans le système nerveux central.

La gestion de la douleur chez ces patients peut donc se révéler complexe. Il est crucial d'éviter certains préjugés tels que : "la douleur n'est pas réelle", "elle est déjà couverte par la consommation d'opioïdes", "la prescription est inutile", ou encore "il y a un risque d'être manipulé ou agressé".

Il est également essentiel de surveiller le risque de surdosage, qui peut favoriser les rechutes ou entraîner des dépressions respiratoires. D'où l'importance de créer une bonne alliance thérapeutique avec le patient, basée sur une relation de confiance et la prise en compte des aspects psychologiques et physiques.

Lors de la prise en charge de la douleur chez les patients consommant des opioïdes, il est contre-indiqué de prescrire des antalgiques de pallier III (morphine et substances apparentées) en raison du risque de rechute et de surdosage. Les autres molécules peuvent être prescrites en fonction du niveau de douleur, en respectant les règles de rédaction des ordonnances et en tenant compte du risque de comorbidités rénales ou hépatiques. Il sera important de prêter attention aux prescriptions de tramadol, codéine et buprénorphine qui peuvent entraîner l'apparition d'un syndrome de sevrage et un risque de manipulation. En cas de doute, il sera nécessaire de contacter le médecin traitant. [26]

Aucun acte n'est contre-indiqué chez les toxicomanes. Toutefois, il faut prêter attention à leurs potentielles comorbidités, qui peuvent interférer avec la prise en charge bucco-dentaire. En reprenant l'exemple de l'insuffisance hépatique, un

bilan hépatique peut être demandé afin de déterminer les taux de transaminases (ALAT, ASAT), les phosphatases alcalines, Gamma-GT et bilirubine. Ces derniers vont permettre de déterminer la nécessité de réduire la posologie des médicaments à élimination hépatique.

### **VI.1.2 Examen exobuccal**

Dans ce cadre, il est essentiel de prendre en compte le patient dans sa globalité. L'examen ne se cantonnera donc pas uniquement à la sphère oro-faciale. En cas d'administration par injection intraveineuse, il est nécessaire d'examiner les différents sites d'injection afin de ne pas passer à côté d'éventuelles infections cutanées.

L'examen exo buccal sera réalisé par inspection et palpation bidigitale, notamment des chaînes ganglionnaires. Ces dernières permettent d'orienter précisément le diagnostic, en fonction de leur forme clinique évolutive, aiguë ou chronique, de la présence d'anomalies locales ou systémiques, qu'elles soient infectieuses, malignes ou hématologiques.

### **VI.1.3 Examen endobuccal**

L'inspection se réalise de manière centripète :

- Muqueuses : lèvres, joues, palais, langue (face dorsale, face ventrale, bords latéraux)
- Gencives
- Dents

En présence de lésions dermatologiques, il faut observer minutieusement les caractéristiques de la lésion sur une muqueuse sèche, maintenue avec une compresse et dépliée.

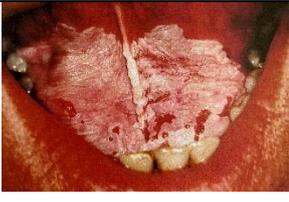
Ainsi, sera défini : la localisation, l'étendue, l'aspect, le caractère exophytique ou endophytique, la couleur, les bords de la ou des lésions. Pour cela, il est possible d'utiliser la méthode ABCDE qui permet de ne pas oublier les éléments nécessaires à la description d'une lésion.

- A : Asymétrie, aspect
- B : Bords,
- C : Couleurs,

- D : Dimension,
- E : Évolution.

La description va alors définir une ou plusieurs lésions élémentaires (tableau 3) :

*Tableau 3 : Tableau des lésions élémentaires. [27]*

Pseudo-membraneux		Papule	
Kératose		Nodule	
Macule		Vésicule	
Érythème		Bulle	
Érosion		Végétation	
Ulcération			

L'examen complet permettra d'émettre les principales hypothèses diagnostiques ainsi que les diagnostics différentiels en relation avec la lésion.

#### VI.1.4 Examens complémentaires

La confirmation de l'hypothèse diagnostique se fera à l'aide d'examens complémentaires. Localement, une biopsie sera réalisée. Cet acte chirurgical peut être effectué à la lame froide ou à l'aide d'un punch.

Le site de prélèvement sera choisi en fonction du type d'analyse à réaliser : pour un examen anatomopathologique, la biopsie sera réalisée dans la lésion ou à cheval sur celle-ci. Pour un examen immunohistologique, elle sera réalisée en péri-lésionnelle. Plusieurs biopsies peuvent s'avérer nécessaires par exemple dans le cadre d'une hypothèse de diagnostic de maladies bulleuses. Ces dernières nécessitent un prélèvement pour un examen anatomopathologique ainsi qu'un autre pour un examen immunohistochimique.

D'autres analyses peuvent être réalisées. En effet, en cas de suspicion d'une atteinte systémique, un bilan biologique sanguin sera nécessaire. Cela pourra correspondre à :

<u>Numération de Formule Sanguine :</u>	
<b>Cellules sanguines</b>	<b>Valeurs pathologiques</b>
Plaquettes	Thrombopénie : <100 giga/L Thrombocytose : >450 giga/L
Hémoglobine	Anémie : <13g/dL homme, <12g/dL femme
Polynucléaires neutrophiles	Neutropénie : <1,5 giga/L
Lymphocytes	Lymphopénie : <1,5 giga/L
Monocytes	Monocytose : > 0,8 giga/L

Il sera également possible d'effectuer un examen sérologique en cas de suspicion d'une infection virale (VIH, VHB, VHC, CMV) ou de réaliser une mesure de CRP/Vs pour identifier un éventuel processus inflammatoire, à titre d'exemple, dans le cadre d'une suspicion de sarcoïdose, de pemphigus ou de la maladie de Horton.

## VI.2 Traitement

### VI.2.1 Préventif

Comme mentionné précédemment, face à un patient consommant des substances psychoactives, il est essentiel de l'orienter vers des centres spécialisés, de lui faire prendre conscience des conséquences néfastes de sa consommation et d'améliorer sa qualité de vie sur le plan physique et psychologique. Cependant, il est crucial que le patient ne se sente ni contraint, ni culpabilisé.

Si un patient n'est pas réceptif aux conseils, le rôle du praticien est d'adopter une approche qui vise à améliorer la qualité de vie en se concentrant sur les actes techniques réalisables.

L'objectif principal est d'établir une relation de confiance pour construire une alliance thérapeutique solide.

#### VI.2.1.1 Personnalité des patients toxicomanes

Bien que l'influence familiale et l'historique personnel jouent un rôle majeur dans l'initiation à la consommation de drogues, la personnalité des individus est également un facteur déterminant.

Une étude de 2023 s'est penchée sur les traits de personnalité communs associés à la consommation de drogues selon le modèle « *Big Five* ».

Il s'agit d'un modèle empirique basé sur cinq grands traits de personnalité : l'extraversion, le névrosisme, la conscience, l'agréabilité et l'ouverture à l'expérience. Ensemble, ils permettent d'établir un profil psychologique, de définir les tendances comportementales et psychologique d'un individu. [51]

En d'autres termes :

- **Ouverture à l'expérience** : Les personnes ayant une forte ouverture à l'expérience sont créatives et intellectuellement curieuses.
- **Conscience** : Les personnes consciencieuses font preuve de contrôle et maîtrisent leurs impulsions.
- **Extraversion** : Les personnes extraverties sont sociables et enthousiastes.

- **Agréabilité** : Les personnes agréables ont un fort désir de coopération et d'harmonie sociale. À l'inverse, les personnes moins agréables se préoccupent peu du bien-être des autres et sont peu enclines à faire des efforts.
- **Névrosisme** : Le névrosisme se caractérise par une instabilité émotionnelle et des émotions négatives.

L'étude a conclu que la consommation de médicaments était associée au névrosisme, qu'une forte extraversion était liée à la consommation de cocaïne, de crack et de stimulants, tandis qu'une grande ouverture à l'expérience était associée à la consommation de cannabis. Enfin, une faible agréabilité était corrélée à la consommation d'opioïdes ainsi qu'à celle de crack et de cocaïne.  
[10]

Connaître ces corrélations, permet aux praticiens d'adapter leur communication en fonction des caractéristiques individuelles des patients. Par exemple, pour une personne ayant un fort névrosisme, le praticien pourrait adopter une approche plus empathique et rassurante pour aider le patient à gérer son anxiété et ses émotions négatives. De même, pour un patient extraverti, il pourrait utiliser une approche plus interactive et dynamique pour établir une relation de confiance.

Cela permet d'adapter les conseils de prévention et les recommandations de soins.

### **VI.2.1.2 Habitude de vie**

En fonction des lésions dermatologiques retrouvées dans la cavité orale, il faut savoir orienter sa consultation, afin de connaître les habitudes de vie qui ont favorisé le développement de ces lésions.

Les personnes souffrant de toxicomanie ont souvent des habitudes de vie particulières, comme des repas irréguliers et la consommation de boissons ou collations sucrées pour soulager l'inconfort de la xérostomie. Leur hygiène bucco-dentaire est également souvent insuffisante, et beaucoup évitent le suivi dentaire par peur.

La polyconsommation de substances, associée à des comportements à

risque, peut entraîner une dysbiose orale, ce qui favorise l'apparition de multiples lésions dans la cavité orale. [39]

Il est donc important d'aborder ces différents problèmes de manière simultanée, en plus de traitements médicaux et chirurgicaux, afin d'obtenir des résultats positifs.

Cela implique une approche globale, qui intègre l'amélioration des habitudes alimentaires, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et le soutien psychologique, afin de traiter efficacement les effets de la toxicomanie sur la sphère orale.

- **Alimentaire :**

Différents conseils peuvent être prodigués :

- **Éviter les boissons sucrées** ou les consommer à l'aide d'une paille pour réduire le contact avec les dents.
- **Maintenir une bonne hydratation** en buvant de l'eau pour limiter la xérostomie.
- **Stimuler la production de salive** en mâchant des gommes sans sucre, ce qui aide à activer les glandes salivaires.

- **Hygiène bucco-dentaire :**

Afin de réduire le développement bactérien :

- **Brosser les dents** deux à trois fois par jour, avec une brosse à dents à brins souples et un dentifrice fluoré.
- **Passer le fil dentaire/brossettes** en interdentaires.
- **Nettoyer la face dorsale de langue** à l'aide d'un gratte-langue.
- **Solution antiseptique** à court terme.
- **Suivi dentaire** régulier tous les 6 mois, éliminer les foyers infectieux.

- **Consommation :**

Pour limiter les risques :

- **Utiliser des seringues neuves** à chaque prise intraveineuse.
- **Consommer dans des salles de consommation à moindre risque :** pour les usagers consommant des drogues injectables afin d'effectuer leur

pratique dans de bonnes conditions sanitaires et d'hygiène.

- **Se faire accompagner.**
- **Proposer des aides au sevrage** : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSPA) / Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Caarud) / Haltes soins addictions (HSA).

## **VI.2.2 Traitements médicamenteux**

Divers traitements médicamenteux peuvent être employés pour soigner les lésions dermatologiques. Toutefois, pour assurer une prise en charge optimale, il est essentiel de combiner ces traitements avec les conseils d'hygiène de vie évoqués précédemment.

### **VI.2.2.1 Les lésions blanches**

#### **VI.2.2.1.1 Candidose**

En présence de lésions candidosiques, il conviendra de prendre en charge les facteurs de risque locaux : mauvaise hygiène bucco-dentaire, usage de corticoïdes locaux/antibiotiques, radiothérapie cervico-faciale, intoxication tabagique/éthylque, xérostomie/hyposialie, tic de léchage, prothèse inadaptée.

Il faudra également rechercher des facteurs de risques généraux tels que : la mauvaise réponse immunitaire de l'hôte, les troubles endocriniens, l'immunodépression, la dénutrition, les atteintes infectieuses et malignes dans le cadre de toxicomanie. [2]

Par la suite, différents traitements sont possibles :

- Bicarbonate de sodium 1,4%, solution buvable : permet de réguler le pH salivaire.

En première intention, un traitement à action locale :

- Amphotéricine B : 1 cuillère-café 4 fois par jour durant 3 semaines.
- Nystatine : 6 à 8 comprimés par jour durant 21 jours.

En seconde intention, en cas d'échec du traitement local, il faudra alors mettre en place un traitement à action locale et systémique :

- Miconazole : 2 cuillères-mesure 4 fois par jour durant 2 semaines. A éviter en présence de sulfamides, d'antivitamines K et des régulateurs de rythme cardiaque.
- Fluconazole : 500 à 100mg/j durant 2 semaines.

Un suivi à la fin du traitement sera nécessaire pour évaluer la bonne disparition des lésions. [16]

#### **VI.2.2.1.2 Leucoplasie**

Il s'agit de lésions précancéreuses. Il n'existe pas de traitement médicamenteux à proprement parler.

Après avoir écarté les diagnostics différentiels (candidose, lichen plan, kératose frictionnelle, leucoplasie orale chevelue), il faudra réaliser une biopsie pour déterminer la présence de dysplasie :

- En absence de dysplasie : exérèse à la lame froide pour les lésions inférieures à trois centimètres, dans le cas contraire, exérèse au laser CO2.
- En présence de dysplasie : exérèse à la lame froide.

Un suivi bucco-dentaire sera effectué tous les 6 mois afin d'évaluer l'évolution des leucoplasies. [17]

#### **VI.2.2.2 Lésions ulcéreuses**

##### **VI.2.2.2.1 Maladie ulcéro-nécrotique**

Elle nécessite la recherche de causes systémiques par l'intermédiaire de l'anamnèse et d'examens complémentaires (sérologie, NFS, bilan vitaminique).

Ce sont des lésions extrêmement douloureuses qui empêchent l'alimentation et l'hygiène bucco-dentaire. Il s'agit d'une situation d'urgence avec la possibilité de mettre en place le traitement suivant :

- Métronidazole 500mg, 1 comprimé 3 fois par jour durant 7 jours.
- Peroxyde d'hydrogène 3%, à diluer avec un rapport de 1/1 avec de l'eau

tiède. A faire les 3 premiers jours.

Il exerce une action bactéricide sur les bactéries anaérobies présentes dans cette lésion pathologique.

- Chlorhexidine 0,12%, sans alcool, à continuer les 7 jours qui suivent.
- Antalgique de palier adapté en cure courte. [24]

Il conviendra également de prescrire un gel anesthésique que le patient appliquera sur ses gencives afin de rendre plus confortable le brossage.

En plus de la prescription médicamenteuse, un soin local sera effectué en urgence. En fonction du niveau de douleur, un débridement léger supra gingival peut être réalisé ou un nettoyage local avec antiseptique.

#### **VI.2.2.2 Herpès simplex virus**

Le traitement médicamenteux est valable uniquement lors de la phase prodromique (brûlure, fourmillement, démangeaison), soit, avant l'apparition des vésicules. La guérison spontanée s'effectue en deux semaines environ.

Le traitement de l'herpès oral sera le suivant :

- Aciclovir 200mg : 1 comprimé 5 fois par jour durant 10 jours.

En cas d'herpès labial « bouton de fièvre » :

- Valaciclovir 2g : prendre 2g sur intervalle de 12 heures, soit 4g sur 24 heures. [18]

Des conseils préventifs seront donnés au patient afin d'éviter les risques de transmission.

#### **VI.2.2.3 Xérostomie**

Elle correspond à la sensation de bouche sèche. Cette dernière peut-être subjective ou objectivée par une hyposialie.

Le diagnostic de l'hyposialie peut se faire à l'aide de différents tests :

- Mastication d'une boule de paraffine pendant 30 secondes, puis récolter pendant 5 minutes la salive dans un gobelet gradué. Les glandes salivaires stimulées produisent 1mL/min.
- Disparition d'un morceau de sucre placé sous la langue en moins de 3

minutes.

Pour lutter contre la sécheresse buccale, il est possible de prescrire des sialogogues tels que la pilocarpine ou la teinture de Jaborandi, ou des substituts salivaires en spray (Aequasyl®) ou en comprimés (Sulfarlem®).

Ces médicaments seront évidemment associés à une bonne hydratation quotidienne. [19]

#### **VI.2.2.4 Lésions malignes**

Elles doivent faire l'objet d'une biopsie afin d'effectuer un examen anatomopathologique pour poser un diagnostic de certitude.

Après l'annonce de la lésion cancéreuse qui doit respecter les règles de la HAS 2008, le chirurgien-dentiste va accompagner et orienter le patient dans les services compétents (comme l'oncologie, la chirurgie maxillo-faciale ou l'ORL).

Par la suite, de multiples examens seront réalisés. Cela correspond au bilan pré-thérapeutique. Il comprend le bilan d'extension local et systémique, avec des imageries (scanner et/ou IRM) et une panendoscopie (œsophagoscopie, laryngoscopie, bronchoscopie).

Le bilan pré-thérapeutique permet de mieux définir la lésion grâce à la classification TNM qui spécifie l'extension anatomique du cancer et donc son stade d'évolution :

- (T) : taille de la tumeur primitive,
- (N) : adénopathies,
- (M) : métastases.

Cette classification permet de guider les propositions thérapeutiques (radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, chirurgie...) lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. [15]

#### **VI.2.2.5 Ostéonécrose des maxillaires**

Le traitement des ostéonécroses des maxillaires dans le cadre de la consommation de désomorphine est un processus à long terme, qui nécessite

une surveillance régulière.

Les traitements varient en fonction du stade d'évolution de l'ostéonécrose (tableau 4). En général, ces mesures incluent une hygiène spécifique (bains de bouche à la povidone iodée ou à la chlorhexidine à 0,12 %), accompagnée, en cas d'infection, d'une prescription d'antibiotiques, généralement de l'amoxicilline ou de l'amoxicilline-acide clavulanique, ainsi que l'élimination des facteurs traumatiques locaux.

En cas d'évolution négative, la suite de la prise en charge sera effectuée de manière chirurgicale.

Tableau 4 : Classification de l'ostéochimionécrose maxillaire et mandibulaire selon AAOMS. [40]

Stade 0	<p>Patient ne présentant aucun signe clinique de nécrose osseuse mais présentant des symptômes non spécifiques ou des signes cliniques et radiographiques tels que :</p> <p><i><u>Symptômes</u> : douleurs dentaires non spécifiques, douleur irradiante de la mandibule jusqu'à l'articulation temporo-mandibulaire, douleur sinusienne, altération neurosensitive.</i></p> <p><i><u>Observations cliniques</u> : pertes dentaires non expliquées par une maladie parodontale, tuméfaction intraorale ou extraorale.</i></p> <p><i><u>Observations radiographiques</u> : résorption osseuse non associée à une maladie parodontale, modification de l'os trabéculaire de la région alvéolaire et absence d'os nouveau dans les cavités d'avulsions, régions d'ostéosclérose touchant l'os alvéolaire et/ou basilaire, épaissement du ligament parodontal (épaississement de la lamina dura et diminution de la taille de l'espace du ligament parodontal).</i></p>
Stade 1	<p>Exposition osseuse, nécrosée ou fistulisation jusqu'à l'os. Asymptomatique, sans signes d'infection ni d'inflammation. Ces patients peuvent également présenter les signes radiographiques mentionnés pour le stade 0, localisés dans la</p>

	région de l'os alvéolaire.
Stade 2	<p>Exposition osseuse, nécrosée ou fistulisation jusqu'à l'os.</p> <p>Patient symptomatique avec des signes d'inflammation ou d'infection.</p> <p>Ces patients peuvent également présenter les signes radiographiques mentionnés pour le stade 0, localisés dans la région de l'os alvéolaire.</p>
Stade 3	<p>Exposition osseuse, nécrosée ou fistulisation jusqu'à l'os, avec des signes d'infection, et un ou plusieurs des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os nécrotique exposé s'étendant au-delà de la région de l'os alvéolaire (c'est-à-dire le bord inférieur et le ramus pour la mandibule ; le sinus maxillaire et le zygoma dans le maxillaire),</li> <li>- Fracture pathologique,</li> <li>- Fistule extra-orale,</li> <li>- Communication bucco-nasale/sinusienne,</li> <li>- Ostéolyse s'étendant jusqu'au bord inférieur de la mandibule ou au plancher sinusien.</li> </ul>

### VI.2.3 Traitements chirurgicaux

Les interventions chirurgicales peuvent être proposées pour l'exérèse de lésions ou à des fins de reconstruction fonctionnelle.

#### VI.2.3.1 Séquestrectomie

Dans le cadre de l'évolution des lésions ostéonécrotiques en un séquestre osseux, il est possible d'effectuer une séquestrectomie. Il s'agit d'une chirurgie à visée conservatrice, permettant de retirer la partie nécrotique de l'os tout en préservant la partie saine (Figure 25). Cette technique chirurgicale va limiter le taux de récurrence chez les patients intoxiqués à la désomorphine.

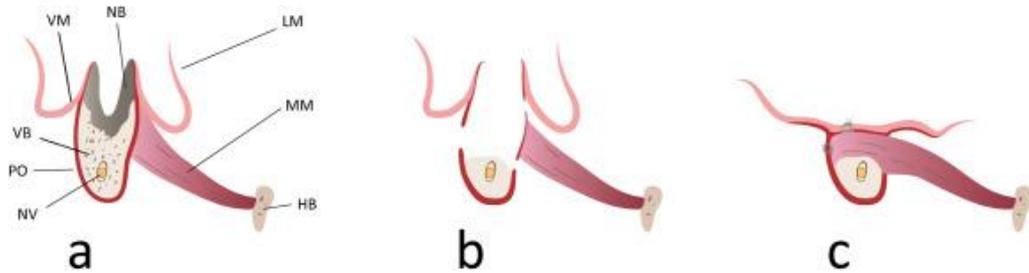


*Figure 25 : (a) Photographie endobuccale per-opératoire exposant la limite entre l'os nécrotique et l'os sain, (b) pièce anatomique du séquestre osseux mandibulaire. [35]*

Après exérèse chirurgicale, l'os sain exposé est recouvert d'un lambeau mucopériosté.

Une étude réalisée en 2022 avait indiqué qu'une récurrence de la lésion se produisait dans 24% des cas. Afin d'améliorer les résultats du traitement chirurgical, de nombreux auteurs préconisaient l'utilisation du lambeau mylohyoïdien. Hakobyan K et al. avaient alors mené une étude rétrospective incluant 24 patients atteints d'une ostéonécrose des mâchoires de stade 1 et 2 liée à la désomorphine. Parmi eux, 15 patients avaient reçu le traitement standard avec un lambeau mucopériosté, tandis que 9 patients avaient bénéficié d'un lambeau mylohyoïdien. Dans le groupe témoin, 7 patients avaient eu une récurrence, alors que dans le groupe test, aucune récurrence n'avait été observée.

Cela peut s'expliquer par l'élasticité du lambeau mylohyoïdien, permettant une fermeture étanche de la plaie ainsi qu'une amélioration de la vascularisation (figure 26). [22]

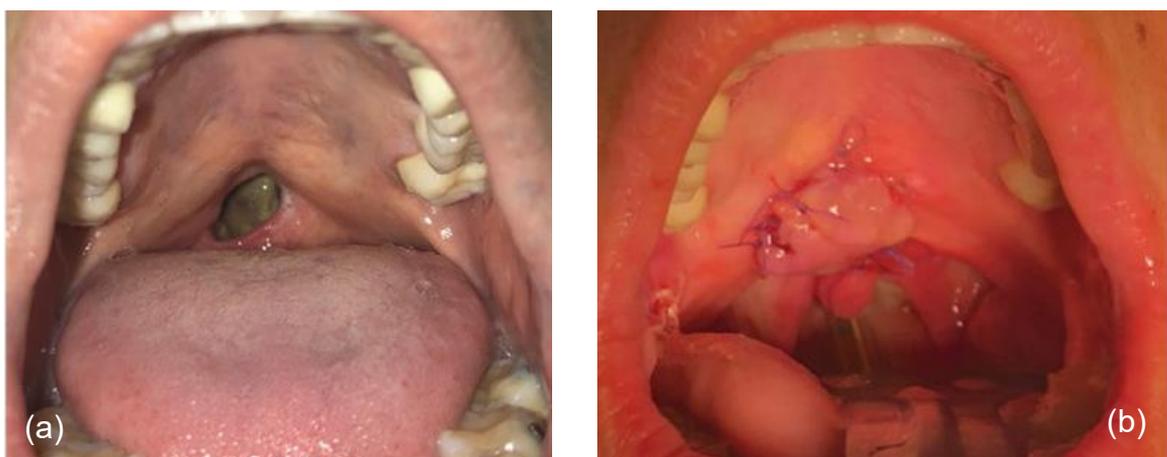


*Figure 26 : Schéma exposant le protocole chirurgical d'un lambeau mylohyoïdien. [22]*

### VI.2.3.2 Communication bucco-sinusienne

En cas de perforation palatine, il est possible d'effectuer une prothèse obturatrice de façon transitoire ou définitive, notamment lorsqu'il existe une contre-indication chirurgicale. Cette prothèse permet de combler l'espace créé par la perforation et de restaurer les grandes fonctions orales.

Dans le cadre d'une chirurgie, la perte de substance sera reconstruite par l'intermédiaire d'un lambeau libre ou pédiculé (figure 27).



*Figure 27 : Photographie endobuccale (a) fistule oro-laryngée située sur la partie médiane du palais mou, (d) reconstruction post-opératoire par lambeau pédiculé. [5]*

## **VII. Conclusion**

Le chirurgien-dentiste sera amené à rencontrer des patients consommateurs de substances illicites.

La prise en charge des patients toxicomanes nécessite une vigilance accrue sur de nombreux aspects, tels que les comorbidités, les interactions médicamenteuses et les divers risques médicaux.

Une attention particulière doit également être portée aux prescriptions de médicaments : il est essentiel de ne pas sous-estimer la douleur des patients, mais il faut aussi rester vigilant face à ceux qui pourraient l'exagérer dans le but d'obtenir des prescriptions d'antalgiques plus puissants. Ainsi, il est crucial de savoir évaluer la situation de manière équilibrée.

Chaque substance consommée peut entraîner des complications spécifiques dans la gestion des soins bucco-dentaires. En outre, ces substances peuvent être à l'origine de lésions dermatologiques de manière directe ou indirecte.

Ainsi le rôle du chirurgien-dentiste, qu'il soit spécialisé ou non, est d'être capable de reconnaître ces manifestations orales, de les traiter, ou le cas échéant, d'orienter le patient vers un spécialiste afin d'assurer une prise en charge optimale.

## VIII. Références bibliographiques

1. Abebe W. Khat and synthetic cathinones: Emerging drugs of abuse with dental implications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. 1 févr 2018;125(2):140-6.
2. Agdo-Godeau S, Guedj A. Mycoses buccales. *EM-Consulte Chirurgie Orale et Maxillo-faciale* [Internet]. 7 janv 2021 [cité 31 août 2024]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1418623/mycoses-buccales>
3. A.N.P.A.A. Dictionnaire - Réflexion sémantique en addictologie [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: [https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire\\_Bdef\\_lien.pdf](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf)
4. Antoniazzi RP, Sari AR, Casarin M, Moraes CMB de, Feldens CA. Association between crack cocaine use and reduced salivary flow. *Braz oral res. Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica - SBPqO*; 5 juin 2017;31:e42.
5. Barrientos J, Corchero G, Soler F. Surgical treatment of cocaine-induced palatal perforations: Report of three cases and literature review. *J Clin Exp Dent*. 1 févr 2021;13(2):e201-6.
6. Beauvillain de Montreuil C, Tessier M-H, Billet J. Pathologie bénigne de la muqueuse buccale. *janv 2012*;21.
7. Blaison F, Faganello D, Goigoux C, Mercié P, Baulier G, Contin-Bordes C, et al. Cocaïne et lésions destructrices centro-faciales : à propos d'un cas. *La Revue de Médecine Interne*. 1 sept 2020;41(9):622-7.
8. Borja-Montes OF, Hanif H, Quazi MA, Sohail AH, Roth MA, Millhuff AC, et al. Venous thromboembolism and cannabis consumption, outcomes among hospitalized patients in the United States: A nationwide analysis. *Current Problems in Cardiology*. 1 janv 2024;49(1, Part C):102184.
9. Cosola MD, Ambrosino M, Limongelli L, Favia G, Santarelli A, Cortelazzi R, et al. Cocaine-Induced Midline Destructive Lesions (CIMDL): A Real Challenge in Diagnosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI); août 2021 [cité 6 juin 2024];18(15). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8345435/>
10. Dash GF, Martin NG, Slutske WS. Big Five Personality Traits and Illicit Drug Use: Specificity in Trait–Drug Associations. *American Psychological Association*. 2023;37(n°2).
11. Daziani G, Lo Faro AF, Montana V, Goteri G, Pesaresi M, Bambagiotti G, et al. Synthetic Cathinones and Neurotoxicity Risks: A Systematic Review. *Int J Mol Sci*. 25 mars 2023;24(7):6230.
12. Duval X, all. Prise en charge dentaire des patients à risque d'endocardite infectieuse. Haute autorité de santé; 2024.

13. Florez DHÂ, Dos Santos Moreira AM, da Silva PR, Brandão R, Borges MMC, de Santana FJM, et al. Desomorphine (Krokodil): An overview of its chemistry, pharmacology, metabolism, toxicology and analysis. *Drug Alcohol Depend.* 1 avr 2017;173:59-68.
14. Fricain J-C. Tumeurs malignes de la muqueuse buccale. *Référentiel Internat Chirurgie Orale.* n°2. Editions Espace id; 2019. p. 390.
15. Fricain J-C. Tumeurs malignes de la muqueuse buccale. *Référentiel internat - Chirurgie Orale.* n°2. Information Dentaire; p. 393-5.
16. Fricain J-C, all. Candidoses buccales. *Référentiel internat - Chirurgie Orale.* n°2. Editions Espace id; 2019. p. 364-5.
17. Fricain J-C, all. Lésions à potentiel malin de la muqueuse buccale. *Référentiel internat - Chirurgie Orale.* n°2. Editions Espace id; 2019. p. 375.
18. Fricain J-C, all. Lésions vésiculeuses de la cavité buccale. *Référentiel internat - Chirurgie Orale.* n°2. Editions Espace id; 2019. p. 439.
19. Fricain J-C, all. Pathologies des glandes salivaires. *Référentiel internat - Chirurgie Orale.* n°2. Editions Espace id; 2019. p. 523.
20. Gandilhon M. L'offre de stupéfiants en France en 2021. *Observatoire des français des drogues et des tendances addictives.* déc 2022;
21. Ghazawi FM, Beecker J. Necrotic leg ulcers associated with krokodil injection in a 41-year-old man. *CMAJ.* 24 juin 2019;191(25):E712.
22. Hakobyan K, Poghosyan Y. The efficacy of mylohyoid muscle flap use in surgical treatment of 'krokodil' drug-related osteonecrosis of the mandible. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 1 févr 2022;50(2):188-92.
23. Hubert-Grossin K, George Y, Laboux O. Toxicomanie illicites : manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologiques. *Revue d'Odontostomatologie [Internet].* mai 2003 [cité 16 août 2024]; Disponible sur: <https://www.infosdentistesaddictions.org/ArticleSop.pdf>
24. Huck O, all. Urgences en parodontologie. *Référentiel internat en parodontologie.* Paris: Editions Espace id; 2023. p. 82.
25. Juhasz MLW, Doan L, Rojek NW. Cocaine-induced pemphigus vulgaris. *JAAD Case Reports.* mars 2021;9:45-7.
26. Laroche F, Rostaing S, Aubrun F, Perrot S. Prise en charge de la douleur chez le toxicomane aux drogues dures (héroïne et cocaïne). *Revue du Rhumatisme.* 1 juill 2012;79(4):306-11.
27. Laskaris G. Atlas de poche - Maladies Buccales. n°2. Paris: Médecine Sciences Publications; 2006.
28. Lucet C, Olié JP. Conduites addictives : faits cliniques. *Bull Acad Natl Med.* juin 2020;204(6):551-60.
29. Matusz K, Maciejewska-Szaniec Z, Gredes T, Pobudek-Radzikowska M,

- Glapiński M, Górna N, et al. Common therapeutic approaches in sleep and awake bruxism - an overview. *Neurol Neurochir Pol.* 2022;56(6):455-63.
30. Mella-Raipán J, Romero-Parra J, Recabarren-Gajardo G. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Heroin and Desomorphine. *ACS Chem Neurosci.* American Chemical Society; 2 déc 2020;11(23):3905-27.
  31. Milella MS, D'Ottavio G, De Pirro S, Barra M, Caprioli D, Badiani A. Heroin and its metabolites: relevance to heroin use disorder. *Transl Psychiatry.* 8 avr 2023;13(1):120.
  32. Narchi P. Dexmédétomidine (clonidine) et anesthésie loco-régionale. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation.* 1 oct 2020;24(5):265-8.
  33. Oliver CF, Palamar JJ, Salomone A, Simmons SJ, Philogene-Khalid HL, Stokes-McCloskey N, et al. Synthetic cathinone adulteration of illegal drugs. *Psychopharmacology.* 1 mars 2019;236(3):869-79.
  34. Palmerín-Donoso A, Cantero-Macedo AM, Tejero-Mas M. Leucoplasia oral. *Atencion Primaria.* Elsevier; janv 2020;52(1):59.
  35. Poghosyan YM, Hakobyan KA, Poghosyan AY, Avetisyan EK. Surgical treatment of jaw osteonecrosis in “Krokodil” drug addicted patients. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery.* 1 déc 2014;42(8):1639-43.
  36. Rampi A, Vinciguerra A, Bondi S, Policaro NS, Gastaldi G. Cocaine-Induced Midline Destructive Lesions: A Real Challenge in Oral Rehabilitation. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* Multidisciplinary Digital Publishing Institute; janv 2021;18(6):3219.
  37. Rommel N, Rohleder NH, Koerdt S, Wagenpfeil S, Härtel-Petri R, Wolff K-D, et al. Sympathomimetic effects of chronic methamphetamine abuse on oral health: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 26 mai 2016;16(1):59.
  38. Roque Bravo R, Faria AC, Brito-da-Costa AM, Carmo H, Mladěnka P, Dias da Silva D, et al. Cocaine: An Updated Overview on Chemistry, Detection, Biokinetics, and Pharmacotoxicological Aspects including Abuse Pattern. *Toxins (Basel).* 13 avr 2022;14(4):278.
  39. Rossow I. Illicit drug use and oral health. *Addiction.* 2021;116(11):3235-42.
  40. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, Carlson ER, Ward BB, Kademani D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws—2022 Update. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* mai 2022;80(5):920-43.
  41. Sacco R, Ball R, Barry E, Akintola O. The role of illicit drugs in developing medication-related osteonecrosis (MRONJ): a systematic review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 1 mai 2021;59(4):398-406.
  42. Shoffel-Havakuk H, Cohen O, Slavin M, Haimovich Y, Halperin D, Lahav Y. Intravenous opioid drug abuse as an independent risk factor for supraglottic squamous cell carcinoma—A case-control study. *Clinical Otolaryngology.* 2018;43(2):456-62.

43. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Eroukmanoff V. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. Observatoire des français des drogues et des tendances addictives. 2024;(n°164).
44. Teoh L, Moses G, McCullough M. Oral manifestations of illicit drug use. *Australian Dental Journal*. 2019;64(3):213-22.
45. Thavarajah R, Rao A, Raman U, Rajasekaran ST, Joshua E, R. H, et al. Oral lesions of 500 habitual psychoactive substance users in Chennai, India. *Archives of Oral Biology*. 1 juin 2006;51(6):512-9.
46. Trimarchi M, Bertazzoni G, Bussi M. Cocaine induced midline destructive lesions. *Rhin*. 1 juin 2014;52(2):104-11.
47. Valadas L, Fernandes M, Silva M, Cito M, Cristina I, Dias M, et al. Oral Manifestations of Drug Abuse: A Review of Literature. *Journal of Young Pharmacists*. 1 janv 2020;12:483.
48. Vandjelovic ND, Larson AK, Sugihara EM, Stern NA. Crack cocaine induced upper airway injury. *Ann Burns Fire Disasters*. 30 juin 2020;33(2):121-5.
49. Wang C-W, Chuang H-Y, Chiang H-C, Huang P-C, Yu M-L, Dai C-Y. Risk of hepatitis C virus infection in injecting and noninjecting drug users receiving opioid substitution therapy. *Journal of the Chinese Medical Association*. mai 2020;83(5):454.
50. Yarom N, Epstein J, Levi H, Porat D, Kaufman E, Gorsky M. Oral manifestations of habitual khat chewing: a case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*;109(6):e60-66.
51. Yoneda T, Lozinski T, Turiano N, Booth T, Graham EK, Mroczek D, et al. The Big Five personality traits and allostatic load in middle to older adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1 mai 2023;148:105145.
52. Zimba O, Doskaliuk, Yatsyshyn R, Bahrii M, Hrytsevych M. Challenges in diagnosis of limited granulomatosis with polyangiitis. *Rheumatol Int*. juill 2021;41(7):1337-45.
53. Arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants [Internet]. Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000533085>

## IX. Webographie

Le rapport mondial sur les drogues 2023 de l'ONUDC met en garde contre des crises convergentes alors que les marchés des drogues illicites continuent de se développer [Internet]. Nations Unies : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. [cité 10 sept 2023]. Disponible sur :

<https://www.unodc.org/unodc/fr/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html>

Clémence Gérôme. Substances psychoactives, usagers et marchés tendances récentes (2021). Observatoire des français des drogues et des tendances addictives [Internet]. 2022 [cité 10 sept 2023];(n°154). Disponible sur:

[https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-5719-eftxcg2d1.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5719-eftxcg2d1.pdf)

Cadet-Taïrou A, Brisacier A-C. Médicaments psychotropes non opiacés. Drogues et addictions, données essentielles [Internet]. [cité 2 sept 2024]; Disponible sur:

[https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-5914-da13med.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-5914-da13med.pdf)

L'usage de stupéfiants [Internet]. Drogues Info Service. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/La-loi-et-les-drogues/L-usage-de-stupefiants>

Centre de Gestion d'Indre et Loire. Consommation de substances psychoactives et addictions [Internet]. [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <http://www.cdq37.fr/sites/default/files/Fichiers%20hygiene%20et%20securite/documents/Documents%20du%20service%20prevention/Guides/Consommation%20de%20substances%20psychoactives%20et%20addictions.pdf>

A.N.P.A.A. Dictionnaire - Réflexion sémantique en addictologie [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: [https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire\\_Bdef\\_lien.pdf](https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Addictionnaire_Bdef_lien.pdf)

A.N.P.A.A. Classification des conduites addictives [Internet]. 2019 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/datafolder/uploads/2021/02/Fiche-Reperes-Classifications-conduites-addictives.pdf>

EMCDDA. The drug situation in Europe up to 2023 – an overview and assessment of emerging threats and new developments (European Drug Report 2023) [Internet]. European Drug Report 2023. 2023 [cité 19 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_en)

EMCDDA. Cocaïne – the current situation in Europe [Internet]. European Drug Report 2023. 2023 [cité 19 sept 2023]. Disponible sur : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/cocaine_en)

EMCDDA. Heroin and other opioids – the current situation in Europe [Internet]. European Drug Report 2023. 2023 [cité 3 juin 2024]. Disponible sur : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/heroin-and-other-opioids\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/heroin-and-other-opioids_en)

EMCDDA. New psychoactive substances – the current situation in Europe [Internet]. European Drug Report 2023. 2023 [cité 3 juin 2024]. Disponible sur : [https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances\\_en#edr-2023-nps-source-data-table1](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/new-psychoactive-substances_en#edr-2023-nps-source-data-table1)

Dutilleul B, Lose S. Tendances récentes et nouvelles drogues - Lille. Observatoire des français des drogues et des tendances addictives [Internet]. nov 2022 [cité 4 juin 2024]; Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/syntheseTREND2021\\_Lille.pdf](https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/syntheseTREND2021_Lille.pdf)

### **Table d'illustrations :**

Figure 1 : Schéma des catégories des conduites addictives avant et après modification du DSM. ....	20
Figure 2 : Multiples lésions ulcéro-nécrotiques aux sites d'injection de la désomorphine. [21] .....	23
Figure 3 : Prévalence de la consommation de cannabis au cours de l'année 2022 chez les personnes âgées de 15-64 ans.....	26
Figure 4 : Prévalence de la consommation de cocaïne au cours de l'année 2022 chez les personnes âgées de 15-64 ans.....	26
Figure 5 : Profils des patients entrant dans les centres de désintoxication pour la cocaïne. ....	27
Figure 6 : Évolution des principales voies d'administration d'héroïne chez les patients entrants dans les centres de désintoxication. ....	28
Figure 7 : Nombre de nouvelles substances signalées par catégories entre 2005 et 2021 en Europe.....	29
Figure 8 : Évolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992-2023, chez les 18-64 ans, en France. [43] .....	29
Figure 9 : Évolution des niveaux d'usage des autres drogues entre 1992-2023, chez les 18-64 ans, en France. [43] .....	30
Figure 10 : Photographies endobuccales montrant (a) glossite ovale médiane, sur la face dorsale linguale en avant du V lingual. [6], (b) ouranite candidosique centrée sur la ligne médiane du palais dur. [photographie personnelle].....	35
Figure 11 : Photographies endobuccales montrant (a) perlèche bicommissurale [6], (b) dépôt pseudomembraneux diffus d'un muguet candidosique sur la face dorsale linguale et du voile du palais., [photographie personnelle] .....	36
Figure 12 : Photographies endobuccales centrées sur la langue, (a) leucoplasie homogène, centimétrique, située à la face ventrale linguale droite, (b) leucoplasie orale chevelue du bord latéral lingual droit. [34] .....	37
Figure 13 : Photographie endobuccale, plage mélanotique diffuse du secteur 3 chez un patient consommateur de Khat. [50] .....	37
Figure 14 : Photographie endobuccale d'une lésion volumineuse, bourgeonnante, exophytique, saignant au contact, comblant le fond de vestibule secteur 3. Patient fumeur 20PA. [photographie personnelle] .....	39

Figure 15 : (a) Photographie endobuccale d'une fistule oro-naso-sinusienne supracentimétrique, (b) scanner du massif facial, coupe transversale, centrée sur les fosses naso-sinusiennes. [photographie personnelle] .....	40
Figure 16 : Photographie endobuccale d'une parodontite ulcéro-nécrotique centrée sur le secteur antérieur mandibulaire. [27] .....	42
Figure 17 : Photographie endobuccale centrée sur la face ventrale de la langue montrant de multiples érosions post-vésiculeuses confluentes et polymorphe. [6] .....	42
Figure 18 : Photographie exobuccale montrant une lésion herpétiforme unique, centimétrique, crouteuse et érosive, arrondie. « Bouton de fièvre. »[6] .....	43
Figure 19 : Photographie endobuccale, centrée sur le palais montrant une plage érosive de la récurrence herpétique. [27].....	43
Figure 20 : Photographies exobuccales d'un patient atteint d'un pemphigus vulgaire associé à la consommation de cocaïne. [25] .....	44
Figure 21 : (a) Photographie endobuccale d'une perforation bucco-naso-sinusienne, (b) scanner du massif facial, coupe frontale, montrant la destruction de la cloison nasale chez un patient atteint d'une CIML. [36] .....	45
Figure 22 : Destruction de la structure nasale par maladie de Wegener. [52]..	46
Figure 23 : (a) Photographie exobuccale : fistules extra-orales multiples, purulentes, en regard du bord basilaire mandibulaire, (b) photographie endobuccale : exposition osseuse supracentrimétrique purulente, du secteur 4 chez un patient consommateur de désomorphine. [35].....	47
Figure 24 : Photographie endobuccale : séquestre osseux généralisé de la mandibule chez un patient consommateur de désomorphine. [35] .....	48
Figure 25 : (a) Photographie endobuccale per-opératoire exposant la limite entre l'os nécrotique et l'os sain, (b) pièce anatomique du séquestre osseux mandibulaire. [35].....	65
Figure 26 : Schéma exposant le protocole chirurgical d'un lambeau mylo-hyoïdien. [22].....	66
Figure 27 : Photographie endobuccale (a) fistule oro-laryngée située sur la partie médiane du palais mou, (d) reconstruction post-opératoire par lambeau pédiculé.[5].....	66

### **Table des tableaux :**

Tableau 1 : Tableau regroupant les principales atteintes bucco-dentaires liées à la consommation de substance illicites. ....	33
Tableau 2 : Prévalence de lésions blanches et pigmentées chez les consommateurs de Khat sur 102 patients, n (%) .....	38
Tableau 3 : Tableau des lésions élémentaires. [36].....	54
Tableau 4 : Classification de l'ostéochimionécrose maxillaire et mandibulaire selon AAOMS. [61].....	63

Les lésions dermatologiques en lien avec la prise de substances psychoactives / **Floriane LEDRU**. - p. (74) : ill. (27) ; réf. (67).

**Domaines : Chirurgie orale, médecine orale, dermatologie, addictologie**

Mots clés Libres : Toxicomanie, lésions dermatologiques, médecine orale, substances psychoactives

La consommation de substances psychoactives constitue un problème majeur de santé publique, qui a été favorisée par le contexte des mesures sanitaires engendrées par la COVID-19. De nombreux stupéfiants apparaissent régulièrement sur le marché, leur production et leur accessibilité deviennent donc difficilement contrôlables.

En France, est enregistrée une forte consommation de cannabis, puis, dans un ordre décroissant : cocaïne, MDMA et l'héroïne. Leur consommation engendre divers problèmes de santé, tant systémiques que locaux, en particulier au niveau de la cavité orale, domaine qui sera développé dans ce travail.

De nombreuses lésions dermatologiques orales sont observées, certaines spécifiques à la consommation de substances psychoactives, tandis que d'autres seront aspécifiques mais auront tout de même des conséquences sur la cavité orale.

Divers traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux peuvent alors être proposés en association à une prise en charge préventive.

Ainsi le rôle du chirurgien-dentiste, qu'il soit spécialisé ou non, est d'être capable de reconnaître ces manifestations orales, de les traiter, ou le cas échéant, d'orienter le patient vers un spécialiste afin d'assurer une prise en charge optimale.

**JURY :**

Président :

Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Monsieur le Docteur Xavier COUTEL

Madame le Docteur Anaïs DERACHE

Membres invités :

Adresse de l'auteur :

