



# Parler du Tabac au cabinet dentaire : Indispensable ou Superfétatoire?

**Docteur Isabelle MAES**

**Chirurgien-dentiste et Tabacologue**

**UCT du CHU Angers**



CENTRE HOSPITALIER  
Saint Joseph • Saint Luc

Société  
Francophone  
de Tabacologie



## **1) Tabac et risque de cancer buccal**

Tabac : facteur étiologique le plus important dans la pathogenèse des leucoplasies buccales

du carcinome de la cavité buccale

Lésions visibles et assez facilement explorables en cabinet de consultation

### **a) Leucoplasies : à surveiller...**

**Lésion précancéreuse de la muqueuse de la cavité buccale**

**6 fois plus fréquente : fumeurs / non-fumeurs**

**Risque élevé de transformation maligne**

**En dix ans : 3 à 6% des leucoplasies buccales = cancer**

**Relation de dose à effet**

**Baisse de la prévalence après un sevrage tabagique**

**=> Traitement = sevrage tabagique**

---



## **b) Cancer buccal**

**Relation tabac – alcool - cancer buccal est établie**

**Carcinome épidermoïde ou carcinome spinocellulaire : 90 % des cas**

**Risque relatif varie de 2 à 20 fois**

- **Il dépend de :**
  - **Quantité de tabac consommé**
  - **Durée de l'exposition**
  - **L'âge : pic entre 60 et 69 ans**
- **Cigarette, cigare, pipe et tabac à chiquer**
- **Potentialisé par l'alcool**

**Le risque diminue avec le sevrage en 5 ans**

### **Conséquences lourdes**

- **Mortalité** : Taux de survie à cinq ans : 40 à 60%
  - **Morbidité** : **séquelles mutilantes (chirurgie, radiothérapie)**
-



Carcinome épidermoïde siégeant dans la région d'une zone de dysplasie sur le côté gauche du palais mou chez un patient de 61 ans. le patient fume un à deux paquets de cigarettes par jour et consomme régulièrement de l'alcool.



Carcinome épidermoïde invasif, siégeant à la jonction du plancher buccal latéral et de la face ventrale gauche de la langue, chez une femme de 72 ans fumeuse.



Carcinome épidermoïde de la lèvre inférieure



## **Pose le problème du dépistage des leucoplasies et des cancers chez les fumeurs**

Lésions visibles et donc théoriquement accessibles à un dépistage avec un examen simple et rapide et reproductible.

### Dépistage individuel :

- examen de la cavité buccale devrait être systématique chez le fumeur, notamment de longue durée
- abaisse langue, miroir, compresse et bon éclairage

### Faut-il faire un dépistage systématique de masse ?

- chez des patients >60 ans
- avec facteurs de risque : tabac alcool
  - en l'absence d'études => non recommandé





## 2) les maladies du parodonte

**Dent : couronne, collet, racine**

**Parodonte** : tissu de soutien de la dent

- cément
- gencive
- ligament alvéolo-dentaire
- os alvéolaire

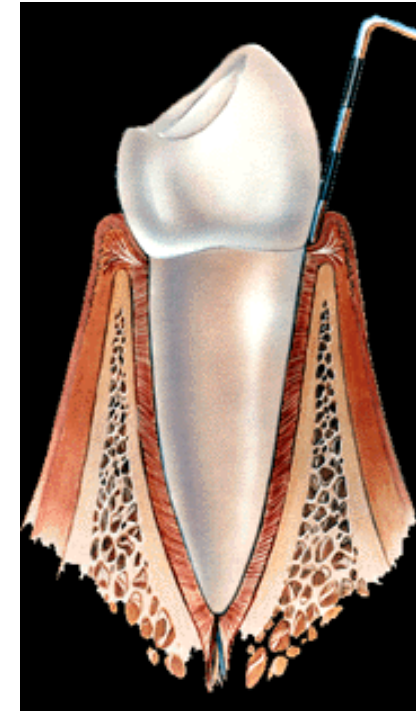
**Parodontopathies** : pathologies bénignes et fréquentes

Altérations / destructions des tissus de soutien de la dent

- gingivite
- Parodontite

Conséquences fonctionnelles, diététiques, esthétiques et économiques

- première cause de perte dentaire
- prévalence et sévérité augmentent avec l'âge
- 58% de la population française sera un jour concernée
- Coût très élevé pour la santé publique

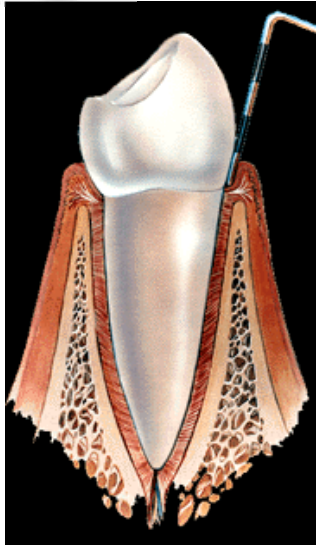


**le tabac est l'un des principaux facteurs de risque des parodontopathies**

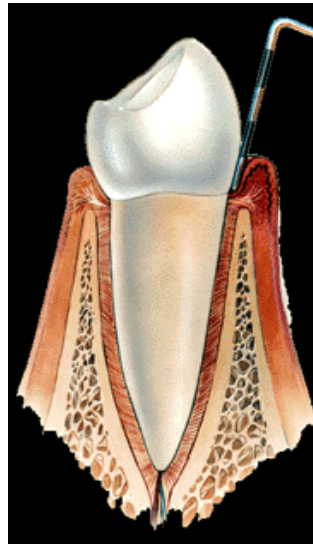
---



## De la gingivite à la parodontite :

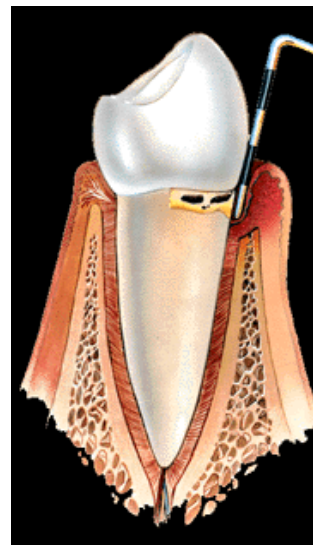


Dent saine



Gingivite débutante :

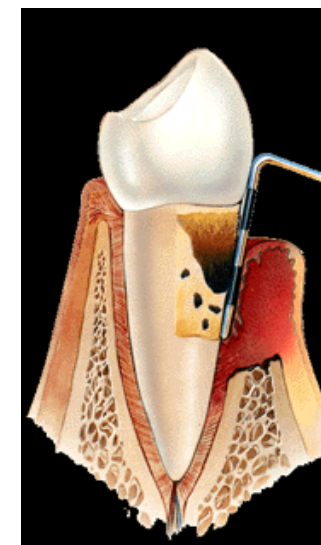
- saignement
- gonflement



Parodontite : lésion osseuse débutante



lésion osseuse plus importante avec poche parodontale



Parodontite avancée : dent mobile perte dentaire



### Sondage :

- pratiquement pas de saignement au sondage
- mais profondeurs de sondage jusqu'à 8mm

Radio : importance de la destruction parodontale



# Les causes des parodontopathies

**Mauvaise hygiène bucco-dentaire**

**Tabac**

Vieillesse

Facteurs socio-économiques

Grossesse

Facteurs endocriniens

La baisse de l'immunité

De nombreuses études épidémiologiques

- lien certain entre le tabagisme et la parodontite
  - Indépendamment d'autres variables confondantes :
    - âge, sexe, race, facteurs socioéconomiques, hygiène BD
  - dès l'adolescence
  - risque augmente avec le nombre de cigarettes consommées
-





## NHANES III : National Health and Nutrition Examination Survey en 2000.

- 12329 adultes
- parodontopathies
- 42 % des cas attribuables au tabagisme actif
- 11 % des cas à un tabagisme ancien

### Fumeurs / non fumeurs

- RR de développer une parodontopathie x par 2,5 à 6
  - RR de formes sévères de perte d'attache parodontale x par 2,5 à 3,5
  - moindre réaction inflammatoire et moins de saignements gingivaux
-



## **Le tabac est un facteur de risque majeur des parodontopathies**

Il augmente le risque de perte dentaire :

- Rôle similaire au vieillissement
- Augmente la perte d'attache de 0,7 % par année de vie
- Ce risque est corrélé à la quantité de tabac

Diminue les chances de succès des traitements

- par chirurgie parodontale de reconstitution
- par régénération tissulaire guidée

Diminue le taux de succès en implantologie

Le tabac est une cause d'échec thérapeutique et donc de surcoûts significatifs rendant le sevrage incontournable

### **Le sevrage tabagique**

Effet préventif sur le développement des parodontopathies  
Améliore le succès des thérapeutiques parodontales  
-→ Conséquences économiques bénéfiques

---



## **Quels sont les mécanismes des lésions parodontales induites par le tabac ?**

### **1) Effet d'hyperthermie et d'irritation du parodonte**

- fumée chaude : effets hyperthermiques répétitifs
- irritants et cancérigènes de la fumée de tabac

### **2) Effet de vasoconstriction**

- = moindre flux sanguin
- modification des symptômes des parodontites
  - moins de saignement gingival lors du brossage des dents ou du passage de la soie dentaire
  - signes inflammatoires locaux moins marqués

### **3) Effets sur les défenses immunitaires et anti-infectieuses**

- action sur les immunoglobulines
- sur les lymphocytes
- modification de la flore bactérienne
- modification des propriétés des GB neutrophiles
  - => accélération du processus de destruction de l'attachement parodontal et de l'os alvéolaire

### **4) Effet sur le fibroblaste gingival**

- moindre capacité de réparation locale
  - = progression des parodontopathies
-



### 3) Manifestations bénignes

- ◆ **Coloration des dents : esthétique**

Coloration de la plaque dentaire ou des prothèses

Taches noires ou brunâtres au collet des dents

Impossible à enlever au brossage (Détartrage surfaçage)

- ◆ **Mélanose du fumeur**      20 à 30% des fumeurs réguliers

Hyperproduction de mélanine par les mélanocytes.

Pigmentation brunâtre sur la gencive

Asymptomatique, bénigne, réversible après un sevrage

Liée à la quantité de tabac et à la durée

A différencier d'un mélanome

---



- ◆ **Kératose tabagique**
  - ◆ **Modifications du goût et de l'odorat**
  - ◆ **Halitose**
  - ◆ **Stomatite nicotinique du palais**
    - des gros fumeurs, en particulier de pipe
    - asymptomatique, non précancéreuse
    - régression rapide après un sevrage tabagique.
  - ◆ **Candidose buccale**
    - tabac : facteur prédisposant et de récurrence
    - sevrage tabagique : effet bénéfique
-



## 4) Le tabac sans fumée

### Le Snus

Sachets de tabac finement moulu mêlé à des sels  $\pm$  ammoniacque  
Placé derrière les lèvres ou dans le repli de la joue,  
Les sels maintiennent le tabac humide peuvent cristalliser : abrasion de la muqueuse buccale, pouvant favoriser l'absorption de nicotine  
Absorption de nicotine à peu près équivalente à celle d'une cigarette  
Autre présentation : boîtes sous forme de poudre humide

Très utilisé chez des sportifs et en pays nordiques  
Avantages +++ : pas de fumée, pas de produits toxiques de la fumée de tabac, disparition du risque BPCO, et de cancers des bronches, de la vessie, ...



#### **Facteur de risque de :**

Récession gingivale, perte osseuse alvéolaire  
Risque d'abrasion et de caries dentaires (grain et cristaux du produit)  
Cancer de la cavité buccale

Les Fumeurs ont moins de gingivite mais plus de poches et de parodontites sévères que les non fumeurs

NON retrouvé avec la consommation de SNUS (6% des patients)

---



## La chique

- Forte consommation de tabac à mâcher : pays du Maghreb  
en augmentation aux USA : aromatisation = chewing-gum
- Forme traditionnelle : « carotte »
- Tabacs hachés gros, conditionnés en boîte plastique ou métal.
- Chaque marque a son goût et son arôme spécifique (salés, sucrés, doux, piquants, fruités).

+ Cancer oropharyngé : RR :4

Parodontopathies, mobilité dentaire

## Le Betel

Culturel, cérémonial. Pays du Pacifique, Papouasie-Nouvelle-Guinée

- amande de la noix d'arec (qui procure l'effet stimulant);
- feuilles vertes du poivrier *Piper betel* (à la saveur épicée)
- chaux en poudre : coquillages, de roches coralliennes ou de coraux.
- Ajout fréquent de tabac

Mastication prolongée, coloration en rouge de la salive et de l'émail

Cancer lingual probablement liés aux nitrosamines, potentialisé par l'abus d'alcool et de tabac

Parodontopathies dues à la chaux





## **Cannabis et parodonte**

### **Maladies parodontales 3 fois plus fréquentes Fumeur de cannabis**

Indépendamment d'un tabagisme  
Problème important en France :

- 1,2 millions d'usagers réguliers
  - 550.000 consommateurs quotidiens
-





## Implication du chirurgien-dentiste

Relation privilégiée et répétée avec les patients notamment adolescents

### Tabac

- facteur de risque reconnu en pathologie bucco-dentaire
- manifestations bien visibles
- bénignes à malignes

Implication du chirurgien-dentiste en tabacologie :

- Incontournable
- Formations
- Conseil minimal
- Sevrage et suivi : temps
- Orientation vers structures de tabacologie