

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DES CELLULITES CERVICO-FACIALES ODONTOGENES AU CHU DE MAHAJANGA

Randrianandraina MP (1), Razafindrakoto RMJ (2), Ramilison HE (3), Rakotoarisoa AHN (3),
Fare ATS (1), Famindra LM (1), Rakoto FA (4).

- (1) CHU Professeur Zafisaona Gabriel Androva Mahajanga, Madagascar.
- (2) CHU d'Andohatpenaka, Antananrivo, Madagascar.
- (3) CHU Place Kabary Antsiranana, Madagascar
- (4) Centre Hospitalier de Soavinandriana Antananarivo, Madagascar

Auteur correspondant : Randrianandraina Maholisoa Patrick
Service ORL du CHU PZaGa, Androva, Mahajanga
patrickrandy47@yahoo.fr

Résumé

Cette étude a pour objectif de déterminer les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales odontogènes au CHU de Mahajanga. **Matériel**: nous avons mené une étude rétrospective et descriptive sur 79 cas de cellulites cervico-faciales odontogènes, au service d'ORL du CHU Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga, de 2014 à 2017. Les paramètres cliniques, thérapeutiques et évolutifs des patients ont été étudiés. **Résultats** : La cellulite cervicale odontogène touche surtout l'homme (sex ratio =1,07), avec une moyenne d'âge de 36,34 ans. Le délai moyen de consultation était de 15,6 jours. La dent causale était une molaire mandibulaire dans 84,2% des cas. La prise d'Anti inflammatoire (94,9%), la mauvaise hygiène buccodentaire (91,1%), l'éthylotabagisme (34,1%), l'état immunodéprimé (20,2%) semblent favoriser la survenue des formes suppurées et diffuses. Un traitement médico chirurgical associé à un traitement de la dent causale a permis une évolution favorable dans 77,2% des cas. Le taux de mortalité était de 13,9%. **Conclusion** : les antiinflammatoires pris en automédication favorisent un retard de la consultation par leur effet antalgique. La virulence des germes qui en résulte est responsable d'une évolution vers les formes graves des cellulites. Bien que le pronostic soit favorable, la prévention des facteurs favorisants reste le meilleur élément du traitement.

Mots clés : carie, cellulite, antiinflammatoire, médiastinites.

Abstract

This study aims to determine the clinical and therapeutic aspects of odontogenic cervicofacial cellulitis at the Mahajanga University Hospital. We conducted a retrospective and descriptive study on 79 cases of odontogenic cervicofacial cellulitis, at the ENT department of CHU Professor Zafisaona Gabriel Mahajanga, from 2014 to 2017. The clinical, therapeutic and evolutionary parameters of the patients were studied. Odontogenic cervical cellulitis mainly affects men (sex ratio = 1.07), with an average age of 36.34 years. The average consultation time was 15.6 days. The causal

tooth was a mandibular molar in 84.2% of cases. Taking Anti-inflammatory drugs (94.9%), poor oral hygiene (91.1%), and the immunosuppressed state (20.2%) seem to contribute to the appearance of the severe forms. Medico-surgical treatment combined with treatment of the causal tooth resulted in a favorable evolution in 77.2% of cases. The mortality rate was 13.9%. The anti-inflammatory drugs taken in self-medication delay the consultation by their antalgic effect. The virulence of germs that results is responsible for a shift to severe forms of cellulitis. Although the prognosis is favorable, the prevention of the favoring factors remains the best element of the treatment.

Key words: *caries, cellulitis, anti-inflammatory, mediastinitis.*

INTRODUCTION

Les cellulites cervico faciales sont des pathologies rares mais dont l'incidence annuelle est actuellement en augmentation [1, 2, 3]. Ce sont des pathologies graves car une porte d'entrée infectieuse considérée comme banale telle une carie dentaire peut

engager le pronostic vital et nécessite une prise en charge multidisciplinaire lourde [1, 2]. Cette étude se propose de déterminer les aspects cliniques et thérapeutiques de cette pathologie au CHU de Mahajanga.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective, descriptive menée au service d'ORL du CHU Professeur Zafisaona Gabriel Mahajanga sur une période allant d'Avril 2014 à Avril 2017. Elle concernait 79 patients qui ont présenté des cellulites cervico-faciales dont la porte d'entrée était dentaire. L'observation était basée sur l'examen des dossiers cliniques des patients dont le recueil des données était fait sur une fiche préétablie.

Les patients hommes ou femmes de tous âges hospitalisés pour une cellulite cervico-faciales odontogènes dont les dossiers

comportaient une observation médicale étaient sélectionnés. Ceux dont les dossiers étaient incomplets ou dans l'incapacité de répondre aux questions étaient exclus.

Les données étaient enregistrées et analysées avec le logiciel International Business Machines (IBM®) Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) Statistics version 20.

Les paramètres étudiés étaient la fréquence, l'âge, le genre, les facteurs favorisants, les formes cliniques, le traitement et l'issue.

RÉSULTATS

La fréquence

Les 79 cas de cellulites cervico-faciales odontogènes sont repartis selon les années sur la Figure 1.

L'âge et le genre

L'âge de moyenne de survenue de la cellulite cervico-faciale odontogène était de 36,34 ans \pm 17,81 ans avec un pic de la tranche d'âge de 20 à 29 ans. Le sex-ratio était de 1,07. Le tableau 1 représente la répartition des patients selon les tranches d'âges.

Les formes cliniques

Le délai moyen de consultation était de 15,6 jours, avec des extrêmes de 3 à 40 jours. Les molaires mandibulaires sont incriminées dans 83,5% des cas. Le tableau 2 montre la répartition des patients selon les dents causales. Les formes diffuses étaient retrouvées dans 40,5% des cas. Le tableau 3

détaille la répartition des patients selon les formes cliniques.

Les facteurs favorisants

La prise d'anti inflammatoire est retrouvée chez 94,9% des cas. Les facteurs favorisants sont détaillés selon les formes cliniques sur le tableau 4.

Le traitement

Le traitement chirurgical était effectué sous anesthésie locale chez 93,67% des cas. Le traitement était médico chirurgical dans 88,7% des cas. Le tableau 5 résume le traitement entrepris selon les formes cliniques.

L'évolution

La durée d'hospitalisation variait de 1 à 21 jours avec un pic entre 5 à 9 jours et une moyenne de 12 jours. L'évolution était favorable dans 77,2% des cas. Le tableau 6 montre l'issue des patients selon les formes cliniques.

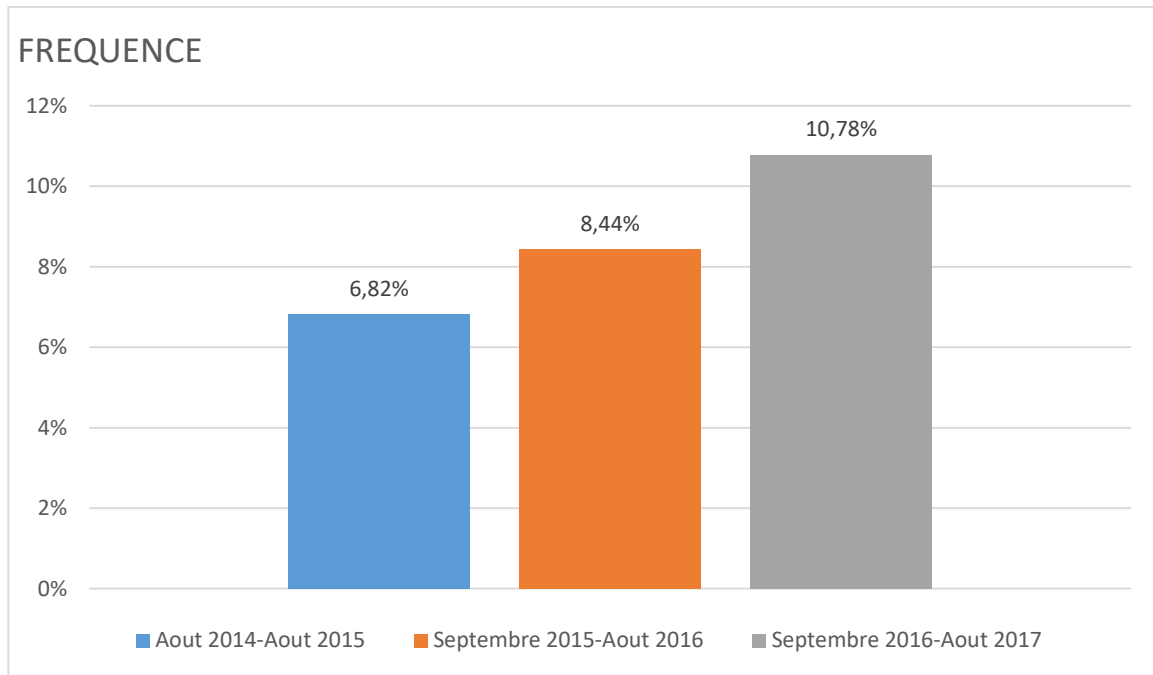


Figure 1: Incidence annuelle des cellulites cervico-faciales odontogènes

Tableau 1: Répartition des patients selon l'âge et le genre

Tranches d'âge	Genre		Total
	Masculin	Féminin	
0 à 9 ans	2	4	6
10 à 19 ans	1	2	3
20 ans à 29 ans	12	15	27
30 à 39 ans	10	8	18
40 à 49 ans	10	2	12
50 à 59 ans	2	2	4
60 et plus	4	5	9
Total	41	38	79

Tableau 2: Répartition des patients selon la dent causale

Dent causale	Nombre	Pourcentage (%)
Molaire mandibulaire	66	83,5
Prémolaire mandibulaire	7	8,8
Canines / Incisives	4	5,0
Molaire maxillaire	2	2,7
Total	79	100

Tableau 3: Répartition des patients selon les formes cliniques

Formes cliniques	Nombre	Total		
		n	(%)	
Cellulites circonscrites	séreuses	9	47	59,5
	suppurées	38		
Cellulites diffuses	d'emblée	22	32	40,5
	diffusée	6		

Tableau 4: Relation entre les facteurs favorisants et les formes cliniques des cellulites

Facteurs favorisants	Cellulites	Cellulites	Total	
	circonscrites	diffuses	n	(%)
Antiinflammatoire	46	29	75	94,9
Mauvaise état bucco-dentaire	45	27	72	91,1
Alcool-tabagique	11	16	27	34,1
Tabac	11	21	32	40,5
Immuno dépression (Diabète, VIH, Grossesse)	-	16	16	20,2

Tableau 5: Résumé du traitement selon les formes cliniques

Traitement	Cellulites	Cellulites	Total	
	circonscrites	diffuses	n	%
Bi antibiothérapie + Antalgique	9	-	9	11,3
Incision drainage + Antibiothérapie + Antalgique	38	32	70	88,7
Extraction dentaire	34	32	66	83,5

Tableau 6: Evolution des patients selon les formes cliniques

Evolution	Cellulites	Cellulites	Total	
	circonscrites	diffuses	n	%
Favorable	45	16	61	77,2
Décharge	2	5	7	8,9
Décès	-	11	11	13,9

DISCUSSION

ASPECTS CLINIQUES

La fréquence annuelle croissante des cellulites cervicales odontogènes serait en relation avec une diminution de la défense immunitaire, causée par une automédication par anti inflammatoire, associé à une malnutrition augmentant la résistance et la virulence des germes. Ces

situations ont été décrites et fréquentes à Madagascar [1, 3, 4].

Les cellulites cervico faciales sont des pathologies de l'homme adulte jeune [1, 5, 6, 7, 8]. Cette survenue chez le jeune pourrait s'expliquer par la jeunesse de la population Africaine et Malagasy en général. La survenue chez l'homme serait associée à la mauvaise hygiène

buccodentaire, au tabagisme et à l'alcoolisme, mais aussi à la crainte masculine des soins dentaires retardant les consultations odontologiques [9]. En contrepartie, la femme aurait une meilleure réponse immunitaire [1].

Le retard de la consultation hospitalière qui était de 15,6 jours, comme le rapporte les auteurs africains, s'expliquerait par le fait de la prise des traitements symptomatiques en automédication ou non, soulageant temporairement la symptomatologie avant l'admission [5,10]. Ce retard favorise l'apparition des formes graves des cellulites.

Toutes les dents peuvent être à l'origine d'une cellulite mais ce sont les molaires inférieures qui sont les plus incriminés dans la survenue d'une cellulite cervicale [1,6]. La pathologie initiale est une nécrose pulpaire considérée comme banale, qui évolue, sans prise en charge vers une infection péri apicale, une péri coronarite de la dent de sagesse ou une affection parodontale gagnant rapidement le tissu cellulo graisseux du voisinage. Il s'en suit un ensemencement microbien vers le bas, jusqu'au médiastin en l'absence de barrière anatomique entre le cou et le thorax [11]. C'est ainsi que les cellulites circonscrites peuvent se transformer en forme diffuse ou en forme diffusées [12,13]. Mais il existe des formes diffuses d'emblée chez les

patients immunodéprimés. Cette rapidité évolutive souligne l'importance de la prise en charge précoce car elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital par la survenue d'une médiastinite. Six cas de décès sur médiastinites ont été retrouvés dans cette étude.

La notion de prise d'antiinflammatoire non stéroïdien est rapportée par la majorité des auteurs comme étant un facteur favorisant la survenue de l'extension des cellulites cervico faciales [1, 5,14,15]. Cependant peu d'études ont pu démontrer une corrélation statistiquement significative entre les antiinflammatoires et les cellulites cervico faciales. Une prise d'antiinflammatoire a été constatée chez 94,9% des cas à titre antalgique, responsable de la virulence des germes. Ce soulagement temporaire retarde la consultation et en crée une immuno dépression locale par diminution des phénomènes de défenses qu'est l'inflammation [15, 16]. La prise des antiinflammatoires en automédication était retrouvée surtout dans les formes suppurées et diffuses. L'automédication est privilégiée en pays à faible revenu, associé à la vente libre des médicaments de faible cout. Une étude comparative serait utile pour démontrer l'imputabilité de ces médicaments dans la survenue des cellulites cervico faciales.

Une hygiène bucco dentaire déficiente est responsable de la formation des plaques, de tartres et d'une gingivo stomatite chronique rendant la dent plus vulnérable aux infections et aux caries [14]. C'est un facteur favorisant non négligeable qui a été constaté dans 91,1% des cas.

L'éthylisme serait également associé à une hygiène buccodentaire déficiente en modifiant la flore buccale [6, 14]. Il est plus lié à la forme diffuse des cellulites dans cette étude. Une promotion de l'hygiène buccodentaire et l'arrêt du tabac seraient déjà des moyens de prévention des cellulites cervicales.

L'immunodépression est fréquemment évoquée comme facteur de risque de survenue des cellulites cervico faciales [9,15]. Sa recherche doit être systématique devant toutes cellulites cervico faciales [15]. Dans ce contexte, on a retrouvé le diabète à 17,6%, la grossesse à 3,4% et l'infection à VIH chez une patiente. L'immunodépression altère les fonctions phagocytaires des leucocytes et amoindrit la résistance du système immunitaire face aux agents pathogènes et permet à l'infection initialement minime de proliférer et de s'étendre rapidement localement et à distance [15].

ASPECTS THERAPEUTIQUES

La prise en charge des cellulites est constituée par l'instauration précoce d'une antibiothérapie parentérale systématique, secondairement adaptée à l'antibiogramme. L'association bêtalactamine, dont la pénicilline à 10 millions UI/j, à un dérivé imidazolé, dont le métronidazole à 1,5g/j, utilisée dans cette étude et justifiée par les recommandations en vigueur [17] est indispensable. La durée du traitement doit être au minimum de 10 jours. Seuls cinq patients avaient pu bénéficier d'un antibiogramme retrouvant une flore polymicrobienne composée de streptocoques et d'Anaérobies sensibles aux antibiotiques utilisés. La prise d'antibiotique avant le prélèvement pourrait décapiter les résultats de l'antibiogramme et la mauvaise utilisation des antibiotiques en type et en durée provoque une augmentation de la virulence du germe par résistance, favorisant la diffusion des cellulites [1]. Les cellulites circonscrites au stade sévère ont été traitées avec succès par antibiothérapie seule avec extraction dentaire mais sans chirurgie.

Le traitement antalgique est basé sur l'utilisation du Paracétamol à 1mg/kg associé selon la douleur à un antalgique du palier II. Comme Simon et al [18], aucun anti-inflammatoire à visée antalgique ni anti-œdémateux n'a été administré.

L'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des corticoïdes favoriserait la diffusion des cellulites vers le médiastin.

La chirurgie constitue la clé du succès thérapeutique [5, 6, 7, 19]. Elle est indiquée devant les cellulites suppurées, diffuses et diffusées. Sa réalisation sous anesthésie locale permet d'éviter une intubation qui est rendu difficile par le trismus associé, soit une trachéotomie, source d'infection pulmonaire. En cas de cellulite circonscrite suppurée, la chirurgie comporte une incision trans muqueuse et mise à plat de l'abcès par drainage et digitoclasie. En cas de cellulite diffuse ou diffusée, la mise à plat est associée à l'excision de la nécrose. Ceci implique une voie d'abord large par cervicotomie bi mastoïdienne [12,19]. En cas de diffusion médiastinale, une thoracotomie de drainage sous anesthésie générale est associée au traitement chirurgical [1, 5,14]. En cas de traitement chirurgical, un système de drainage par mèche de gaze ou drain de Delbet est mis en place, permettant de contrôler l'évolution et de laver par un liquide non coloré comme le sérum physiologique ou le dakin.

L'association à du liquide de lavage à l'eau oxygénée serait bénéfique pour le traitement des anaérobies [5,7]. Elle était systématique dans cette étude. Le traitement des cellulites cervico-faciales doit être précoce et multidisciplinaire impliquant l'ORL, le dentiste, l'anesthésiste réanimateur et l'infectiologue.

Le pronostic des cellulites cervico faciales dépend de ses formes cliniques. S'il est favorable pour les formes circonscrites, il est plus réservé pour les formes diffuses chez lesquels les décès étaient les plus enregistrés. Malgré l'absence d'une antibiothérapie ciblée par l'antibiogramme, le pronostic était favorable dans 77,2% des cas en suivant une antibiothérapie selon les recommandations. L'immunodépression est également un facteur de mauvais pronostic. Parmi les patients décédés, le diabète, la grossesse et l'infection à VIH était enregistrés dans la majorité des cas. La cellulite cervico faciale est responsable d'un séjour hospitalier rallongée qui est pesant sur les dépenses liées à la santé. Ceci pourrait être responsable des perdus de vue constatés.

CONCLUSION

La prise en charge des cellulites cervicales est multidisciplinaire et lourde, responsable d'une augmentation des dépenses liées à la

santé. Des soins dentaires réguliers, une utilisation raisonnée des anti-inflammatoires, une recherche et prise

en charge systématiques du diabète, sont des moyens de prévention accessibles pour

éviter cette pathologie grave à point de départ considéré comme banale

RÉFÉRENCES

1. Rakotoarison RA, Ramarozatovo N, Rakoto F, Rakotovao F. Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2008;14(1):35-9.
2. Boukerche A, Berrada S. Les cellulites cervico - faciales problème de santé publique au service d'ORL du centre hospitalier - universitaire d'Oran. *6ème Congrès National d'ORL* 2016:1-33.
3. Razafindrabe JAB, Randriamanantenasoa V, Andrianasolo M, Radaviarison J, Rasoarimasy V, Rakotovao J. Epidemiological and clinical aspects of dental cellulitis in Antananarivo. *J Med Sci* 2007;7:1108-11.
4. Barnabe D, Briche T, Raynal M. Les cellulites cervicales. *Rev Off Soc Fr ORL Chir Cervicofac* 2003;77:8-12.
5. Miloundja J, Assini Eyogho S, Mandji Lawson J, Ondounda M, Koumba J, Lekassa P. Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville. *Santé* 2011; 21(3):153-7.
6. Rouadi S, Ouaisi L, Khiati RE, Abada R, Mahtar M, Roubal M, et al. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *PAMJ* 2013;14:88.
7. Randriamanantena T, Rakotoarison RA, Rakotoarimanana DF, Razafimbahoaka T, Randriamanantenasoa H, Razafindrabe JAB. Traitement chirurgical des cellulites odontogènes dans le Service de Chirurgie maxillo-faciale du CHU d'Antananarivo. *Méd Buccale Chir Buccale* 2011;17(3):195-201.
8. Itiere Odzili FA, Mahoungou Guimbi K, Boumandoki PJC, Otiobanda GF, Ovoundard M, Ondzotto G. 67 cas de cellulite cervico-faciale, pris en charge sous anesthésie locale au CHUB de Brazzaville. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Faciale Chir Orale* 2014;115(6):349-52.
9. Nicota R, Hippyb C, Hochartb C, Wissa B, Brygoa C, Gautiera C, Carona C, Ferria G, Raoula BD. Do anti-inflammatory drugs worsen odontogenic cervicofacialcellulitis ?. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Orale* 2014 ; 115:31-6.
10. Togo S, Ouattara MA, Saye J, Sangaré I, Touré M, Maiga I, et al. Les cellulites

- cervico-faciales nécrosantes d'origine dentaire dans un pays en voie de développement. *Rev Mal Respir* 2016;4(1):250-4.
11. Gaillard A. Cellulites et fistules d'origine dentaire. *Encycl Méd Chir*, Elsevier-Masson, Paris. 1989 ; 22-033 A10.
 12. Gehanno P, Depondt J. Chirurgie des cellulites cervico-médiastinales. *Techniques chirurgicales-Tête et cou* 2009.
 13. Doumbia-Singare K, Timbo SK, Keita M, Ag Mohamed A, Guindo B, Soumaoro S. Cellulite cervico-faciale au cours de la grossesse. À propos d'une série de 10 cas au Mali. *Bull Société Pathol Exot* 2014;107(5):312-6.
 14. El Ayoubi A, El Ayoubi F, Mas E, Guertite A, Boulaïch M, Essakalli L, et al. Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas. *Méd Buccale Chir Buccale*. 2009;15(3):127-35.
 15. Dédjan A-H, Haraj N-E, El Aziz S, Chadli A. Les cellulites cervico-faciales chez le diabétique. *Méd Mal Métabol* 2016;10(4):309–13.
 16. Tran BH, Manach Y. Les urgences ORL. *Rapport de la Société française*. 2002 ; 163-8.
 17. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie 2011. [Consulté le 15 mai 2017] Disponible sur : <http://www.afsaps.sante.fr>.
 18. Simon D, Franchi G, Ferrads JY. Cellulite faciale d'origine dentaire. *Med Express ESTM* 2000 : 46-7.
 19. Tran Ba Huy P, Blancal J-P, Verillaud B, Mebazaa A, Herman P. Cellulite-cervico-faciale. *Bull Acad Natle Méd* 2011;195(3):661-78.