

La diffusion cervicale d'une cellulite d'origine dentaire : à propos d'un cas clinique et d'un cas anatomique

Randriamanantena T¹, Rakotoarisoa AHN², Rakotoarivony AE³, Rakotoarison RA³, Razafindrabe JAB¹, Touré G⁴, Vacher C⁵.

¹ Service de Chirurgie Maxillo-faciale du CHU d'Antananarivo, Madagascar

² Service d'ORL du CHU d'Antananarivo, Madagascar

³ Département de Chirurgie, IOSTM, CHU de Mahajanga, Madagascar

⁴ Service de Chirurgie Maxillo-faciale du CH de Villeneuve Saint Georges, France

⁵ UFR Biomédicale de l'Université Paris Descartes (Paris 5), France

Auteur correspondant : Rakotoarisoa Andriarimanana Hery Nirina
Service d'ORL du CHU d'Antananarivo – Madagascar
Tel : 00 261 33 09 466 99
Email : herylalal@live.fr

Résumé

Les cellulites cervico-faciales compliquent souvent une infection dentaire et plus rarement une infection de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL). Elles se propagent par voie indirecte via des embolus septiques mais le plus souvent par contiguïté vers la région cervicale. Il s'agit d'une affection grave, mettant en jeu le pronostic vital. Nous rapportons le cas d'un homme jeune ayant présenté une cellulite cervico-faciale dont l'origine était une infection de la 46, une dent mandibulaire. Les signes étaient peu évocateurs au début. Cependant les manifestations cliniques au cours de l'évolution étaient rapidement sévères. Les signes cliniques consistaient en uneodynophagie, une stase salivaire, un trismus, et une dyspnée laryngée qui évoluait rapidement vers une détresse respiratoire. Une trachéotomie était effectuée en urgence, associée à un drainage chirurgical d'un pus abondant qui faisait issue au niveau du cou, en relation avec une fasciite nécrosante extensive du cou. Des mesures de réanimation ont été mises en route, associées à une antibiothérapie adaptée aux germes identifiés aux examens bactériologiques. Sous ce traitement intensif, l'évolution était favorable en douze jours. Les examens d'imagerie contribuaient au diagnostic topographique et permettait de déterminer les voies d'abord les plus adaptées. Parallèlement, une observation anatomique sur cadavre nous a permis de démontrer la voie de propagation de l'infection au cours d'une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire. Ces aspects diagnostiques et thérapeutiques requièrent une bonne connaissance des bases anatomiques de la région cervico-faciale.

Mots clés : anatomie, carie dentaire, cellulite cervico-faciale, diffusion.

Summary

Cervicofacial cellulitis often complicates a dental infection and more rarely an ear, nose and throat (ENT) infection. They spread through indirect route via septic emboli or more usually by contiguity to the cervical region. It is a severe disease, involving the vital pronostic. We report the case of a young man who presented with a

cervicofacial cellulitis which originated from an infection of the mandibular first molar of the right side. Symptoms were first poorly evident. However, clinical signs throughout the evolution appeared quickly serious. There were an odynophagia, salivary stasis, a trismus and a laryngeal dyspnea which rapidly evolved to a respiratory failure. A tracheotomy was done in an emergency setting, associated with a surgical drainage of pus which was discovered during the surgical procedure. Intensive care, with antibiotics targeting strains identified after bacteriologic screenings. Evolution was favorable in twelve days. Imaging contributed to the diagnosis and allows determining the most suitable surgical procedure. On the other side, an anatomic observation on a dead body illustrated the route of propagation of the infection during an odontogenic cervicofacial cellulitis. These diagnostic and therapeutic aspects require a precise knowledge of the anatomy of the face and the neck.

Key-words : anatomy, dental decay, cervicofacial cellulitis, diffusion.

Introduction

La cellulite cervico-faciale complique souvent une infection dentaire et plus rarement une infection ORL ou parodontale [1]. Cette infection peut se propager par voie hématogène via des embolies septiques mais aussi par contiguïté [1, 2]. C'est une affection relativement fréquente [3] et gravissime car elle met en jeu le pronostic vital du patient [4]. Aussi, différentes disciplines sont concernées par cet aspect d'infection

dentaire, raison pour laquelle nous avons effectué ce travail. Notre objectif était de déterminer à partir de données d'imagerie et de dissection d'un cadavre, les bases anatomiques de la propagation cervicale d'une cellulite odontogène diagnostiquée cliniquement. Ce travail a pour intérêt d'optimiser la prise en charge de la cellulite cervicale à ses différentes phases, étant donné une meilleure compréhension de l'évolution des lésions.

Observations

1. Observation clinique

Il s'agit d'un patient de 30 ans, observé dans le Service de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges (France) en Avril 2012, qui rapportait une algie dentaire sur la 46

évoluant depuis une semaine. Il a été traité par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) seuls suivis d'une association de spiramycine et de métronidazole pendant 4 jours, sans amélioration. Le patient n'avait pas d'antécédent particulier, à part un

alcoolo-tabagisme. A la première consultation, le patient présentait une dyspnée inspiratoire, une voix rauque, une odynophagie, et une hypersialorrhée. On notait une petite tuméfaction génienne basse à droite, un trismus à 2 travers de doigts, ainsi qu'une tuméfaction cervicale et thoracique haute à droite. L'examen endo-buccal, rendu difficile par le trismus, a montré un œdème du plancher buccal. La radiographie panoramique dentaire a permis d'identifier une infection radiculaire de la 46 (figure 1). En quelques heures s'installait une détresse respiratoire avec une dyspnée inspiratoire. Il a bénéficié d'une trachéotomie d'urgence. Par la voie d'abord de la trachéotomie faisait issue du pus franc, d'où la nécessité de drainage d'une collection purulente au niveau du plancher buccal et de la région cervicale, suivi d'une mise en place de deux lames de Delbet (figure 2). Des irrigations-lavages postopératoires étaient effectués quotidiennement. Par ailleurs, la dent 46 a été extraite. Le scanner cervical de contrôle montrait du pus dans l'espace pré-viscéral du cou, le long de l'espace pré-trachéal et de la région thyro-hyoïdienne, le tout à droite (figure 3). La filière oropharyngée était complètement fermée,

le voisinage ayant été infiltré par un œdème important. Le bilan biologique a montré une hyperleucocytose et une CRP élevée. L'examen bactériologique du pus a permis d'identifier des streptocoques A résistants à la pénicilline et sensibles à la méticilline et à l'oxacilline. L'antibiothérapie, initialement associant pénicilline G et métronidazole, a été réajustée avec de la cloxacilline et de la métronidazole. Après une hospitalisation de 12 jours, nous avons observé une amélioration de l'état du patient, avec diminution de la tuméfaction et normalisation des examens biologiques et morphologiques.

2. Observation anatomique

Un cadavre, choisi au hasard, a été disséqué après l'observation de ce cas clinique, à l'UFR Biomédicale de l'Université Paris Descartes (France). Cette dissection était effectuée pour identifier les éléments anatomiques péri-mandibulaires impliqués dans la diffusion septique par contiguïté. La figure 4 met en évidence la continuité entre la mandibule, le muscle mylo-hyoïdien au niveau du plancher buccal, et le reste de la région cervicale.

Discussion

La cellulite d'origine dentaire est fréquente, avec possibilité d'extension cervicale [3]. Elle évolue à partir d'une infection dentaire banale négligée, et l'affection peut être grave, mettant en jeu le pronostic vital du patient [5]. Cette gravité réside dans la topographie et l'extension de l'infection vers les vaisseaux et les voies aéro-digestives du cou et même du médiastin [1-3].

La cellulite d'origine dentaire est l'apanage des sujets jeunes de 20 à 30 ans, et la plupart des études montrent une prédominance masculine, ce qui s'expliquerait par le fait que les femmes consultent plus tôt que les hommes [1-4].

Quelques facteurs de risques rapportés dans la littérature ont été identifiés chez notre patient, tels que l'alcoolisme, le tabagisme ainsi que la prise d'AINS [3, 6]. Les AINS masquent les signes inflammatoires et retardent le diagnostic tout en déprimant la défense immunitaire de l'hôte [6]. A côté de ces facteurs favorisants, le mécanisme évoqué chez notre patient est que le granulome radiculaire infectieux a rompu le périoste mandibulaire et a diffusé vers le plancher buccal, les régions de la base de langue et des muscles constricteurs du pharynx. La dyspnée s'explique par le refoulement de

la langue et le soulèvement du plancher buccal, tous causés par la cellulite. L'infiltration des muscles pharyngés explique la dysphagie. L'infiltration des muscles manducateurs en particulier le ptérygoïdien médial explique le trismus. L'ensemble de ces lésions et manifestations rendent l'intubation difficile. La tomодensitométrie (TDM) permet de déterminer la topographie et la diffusion de l'infection [7]. A travers les muscles mylo-hyoïdiens, la coulée infectieuse va atteindre la loge sub-mandibulaire qui est limitée en bas et latéralement par le fascia cervical superficiel, élément qui continue le système musculo-aponévrotique superficiel de la face [8, 9]. Le fascia cervical profond est quant à lui, constitué de trois lames dont la lame superficielle tapisse le fascia cervical superficiel. Cette lame superficielle s'insère en haut sur le rebord basilaire de la mandibule et sur l'os hyoïde pour engainer la loge sub-mandibulaire, puis elle s'insère en bas sur la fourchette sternale et la face supérieure de la clavicule. Elle s'étale ensuite vers la mastoïde et va vers la ligne nucale supérieure de l'occiput. Sa situation anatomique ainsi que celle du fascia cervical superficiel assure la continuité anatomique de la région sub-mandibulaire

et de la région cervicale. La lame moyenne du fascia cervical profond s'insère en haut au niveau de l'os hyoïde et en bas au niveau du péricarde et de la région viscérale de la trachée. Cette lame moyenne suit la lame superficielle et fait communiquer les régions sous hyoïdienne, thyroïdienne et pré-trachéale. Enfin, la lame profonde du fascia cervical profond engaine les éléments vasculaires et viscéraux profonds du cou, les protégeant de l'infection [8, 9]. Ces dispositions anatomiques expliquent la diffusion de la coulée infectieuse vers toutes les parties superficielles et profondes du cou. Souvent, une infection d'origine dentaire mandibulaire peut diffuser également dans l'espace médiastinal. Dans la littérature, 71% des cellulites évoluent vers l'espace rétro-viscéral, 21% dans la gouttière vasculaire, et les 8% restant dans la région pré-trachéale comme ce fut le cas de notre patient [2].

Hormis les fascias qui servent d'enveloppe et de cloison, des logettes graisseuses étalées en coulées participent aussi à la subdivision du cou et font communiquer la face et la région cervicale [8, 10, 11]. Ces coulées graisseuses sont divisées en groupes superficiel et profond [8, 9]. Le groupe superficiel constitue l'hypoderme. Le groupe profond est situé entre le fascia cervical superficiel et la lame superficielle du fascia cervical profond, constituant un espace de glissement des éléments musculaires de la face et du cou, mais participant également à la diffusion infectieuse.

Pour que l'évacuation du pus soit continue et efficace, le drain de Delbet est mis en place, après avoir débridé et effondré les compartiments lésionnels, au travers des espaces mettant en relation ces différentes formations anatomiques.

Conclusion

Dans les cellulites cervico-faciales, l'étendue de la lésion reste difficile à évaluer cliniquement. La TDM tient une place importante dans le diagnostic lésionnel et permet de guider les voies d'abord chirurgicales. Les coupes de dissection argumentent bien le fort

potentiel de diffusion de l'infection d'origine dentaire mandibulaire vers la région cervicale. Les données d'imagerie et de dissection ont permis d'identifier les bases anatomiques de la propagation cervicale d'une cellulite odontogène. Notre travail, grâce à une meilleure

compréhension de l'évolution des lésions, apporte plus d'éléments pour optimiser la

prise en charge de la cellulite cervicale.

Références

1. Potard G, Marianowski R, Fortun C et al. Cellulites de la face et du cou à propos de 13 cas. *J F ORL* 2000;49:325-37.
2. Jouvét JC, Boibieux A, Berthezene Y, Rode A. Syndrome de Lemierre et ses variantes. *Feuillets de Radiologie* 2010;50:67-71.
3. Rouadi S, Ouaisi L, El Khiati R, Abada R, Mahtar M, Roubal M, Janah A, Essaadi M, Kadiri F. Les cellulites cervico-faciales à propos de 130 cas. *Pan Afr Med J* 2013;14:88.
4. Feinerman IL, Tan HK, Roberson DW, Malley R, Kenna MA. Necrotizing fasciitis of the pharynx following adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1999;48(1):1-7.
5. Rakotoarison RA, Ramarozatovo NP, Rakoto FA, Rakotovao FJ. Cellulites cervico-faciales : à propos de 41 cas. *Med Buccale Chir Buccale* 2008;14:35-9.
6. Vigne P, Duvillard C, Romanet P. Les cellulites cervicales diffuses à propos de 5 observations. *Oto-Rhino-Laryngol* 1999;9:245-51.
7. Galliez M, Mahul P. Cellulite cervicale : une complication liée à une sonde nasogastrique mal placée. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 1990;9: 565.
8. Cassagneau P, Varoquaux A, Moulin G. Exploration radiologique des infections cervico-faciales. *Journal de Radiologie* 2011;92:1015-28.
9. Som PM, Curtin HD. Fascia and spaces of the neck. *Head and Neck Imaging* 2002;10:1805-27.
10. Righini CA, Motto E, Ferretti G, Boubagra K, Soriano E, Reyt E. Cellulites cervicales extensives et médiastinite descendante nécrosante. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2007;124: 292-300.
11. Bado F, Fleuridas G, Lockhart R. et al. Cellulites cervicales diffuses à propos de 15 cas. *Rev Stomatol Chir Maxillo-Fac* 1977;98:266-8.

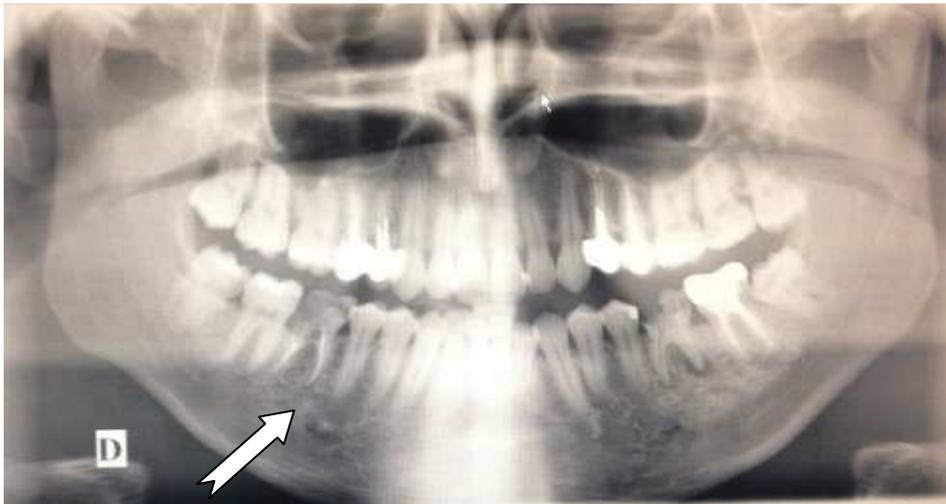


Figure 1 : Orthopantomogramme montrant la dent 46 mortifiée.

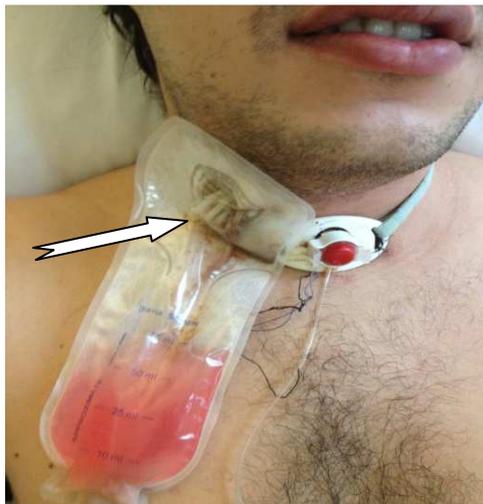


Figure 2 : Lame de drainage cervical en place.

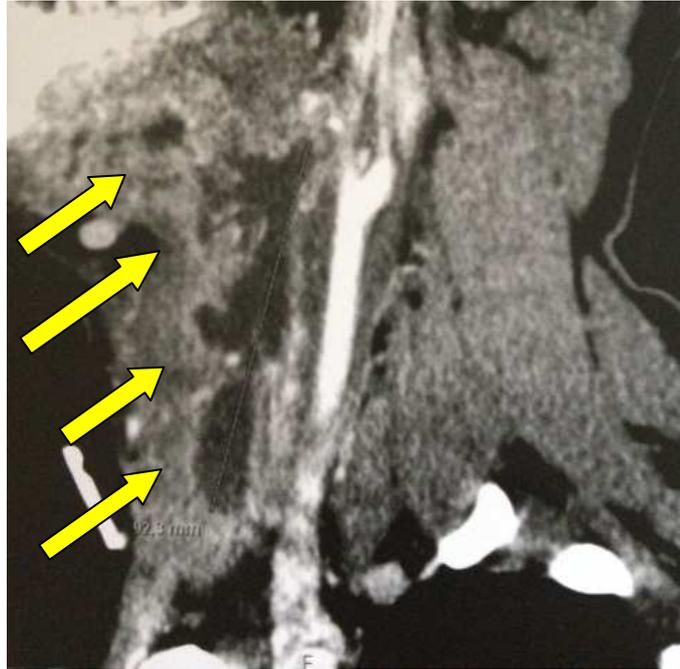


Figure 3 : TDM cervicale en reconstruction sagittale, montrant l'extension de la cellulite au niveau du cou.

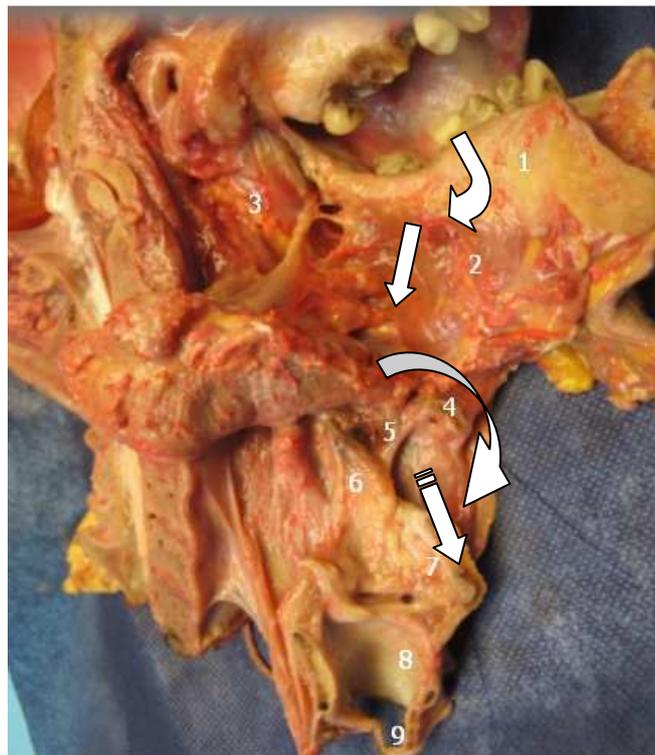


Figure 4 : Pièce de dissection anatomique illustrant la continuité anatomique et la propagation de la cellulite (flèches blanches)

1: Mandibule, 2: Muscle mylo-hyoïdien gauche, 3: Muscle ptérygoïdien médial gauche, 4: Os hyoïde, 5: Ligament hyo-épiglottique, 6: Épiglotte, 7: Cartilage thyroïde, 8: Cartilage cricoïde, 9: Premier anneau trachéal.