



BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

.....
UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
.....

Unité de Formation et de Recherche
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)

Séction Médecine

Année Universitaire 2003- 2004

Thèse N°001

**LES CELLULITES CERVICO-FACIALES
D'ORIGINE BUCCO-DENTAIRE:
Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques
au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado
OUEDRAOGO.
(à propos de 127 cas)**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 12 / 01 / 2004
Pour l'obtention du **GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE**
(**DIPLOME D'ETAT**)
Par **DIALLO ASSANE**

Né le 9 Septembre 1975 à Moscou (Russie)

Directeur de thèse
Pr. Ag. Kampadilemba OUOBA

Co-directeur :
Dr. Dieudonné OUEDRAOGO

JURY :

Président : Pr. Ag. Georges Alfred KY Zerbo

Membres : Pr. Ag. Ramata OUEDRAOGO
Dr. Dieudonné OUEDRAOGO
Dr. Pascal. A. NIAMBA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de formation et de Recherche
des Sciences de la Santé
(UFR/SDS)

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Arouna OUEDRAOGO
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Amadou SANOU
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la Section Techniciens Supérieurs	Pr Blaise KOUDOGBO
Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)	Pr. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr Jean Baptiste NIKIEMA
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	M. DOUAMBA Lazare
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme ZERBO Kadi
Secrétaire du Directeur	Mme DIARI Juliette
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2003 / 2004

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (10)

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Blaise SONDO	Santé Publique
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie

Professeurs associés (01)

Blaise KOUDOGBO	Toxicologie
-----------------	-------------

Maîtres de Conférences (26)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie

Oumar TRAORE N°1 (in memoriam)	Orthopédie-Traumatologie
Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire
Daman SANO	Chirurgie Viscérale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie- Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie

Maitres-Assistants (40)

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie Viscérale
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Boubakar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie

Abel KABRE	Neuro-Chirurgie
Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie Urologique
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation / Physiologie
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassana SANGARE	Bactério-Virologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Claudine Léonie LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Lucie Valerie Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Pascal Antoine NIAMPA	Dermatologie Vénérologie
Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive

Issa Touridomon SOME	Chimie Analytique
Rasmané SEMDE	Pharmacie Galénique
Blandine THIEBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Fatou BARRO	Dermatologie Vénérologie
GOUMBRI / Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie Humaine
Théodore OUEDRAOGO	Anatomie Humaine

Assistants (25)

T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie Traumatologique
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE (in memoriam)	Chirurgie Digestive
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie Traumatologique
Aurélien Jean SANON	Chirurgie Digestive
Barnabé ZANGO	Chirurgie Urologique
Moussa KERE	Santé Publique

Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxillo-faciale
Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie

Assistants Biologistes des Hôpitaux (05)

Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Jean SAKANDE	Biochimie
Elie KABRE	Biochimie
Eric NACOULMA	Hématologie
Eléonore Kafando	Hématologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de la vie et de la terre

(UFR/SVT)

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/

SEA)

Professeurs Titulaires

Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie
Wendengoudi GUENDA	Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
Adama SABA	Chimie Organique

Philippe SANKARA Cryptogamie-Phytopharmacie

Gustave KABRE Biologie Générale

Abdoulaye SAMATE Chimie Organique

Maîtres-Assistants

Makido B. OUEDRAOGO Génétique

Raymond BELEMTOUGOURI T.P. Biologie Cellulaire

Drissa SANOU Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam) Physiologie

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO Génétique

Georges Annicet OUEDRAOGO Biochimie

**UFR des Sciences Economiques et de Gestion
(UFR/SEG)**

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE Economie-Gestion

**UFR des Sciences Juridiques Politiques
(UFR/SJP)**

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in memoriam) Hydrologie

Adama THIOMBIANO Législation Pharmaceutique

Sidiki TRAORE Galénique

Mr Mamadou DIALLO Anglais

Badioré OUATTARA Galénique

Alassane SICKO Radiologie

Sylvestre TAPSOBA Nutrition

Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Seydou SOURABIE	Pharmacognosie / Biochimie
Félix KINI	Chimie
Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cécile OUEDRAOGO	Anglais
<u>ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES</u>	
<u>A.U.P.E.L.F.</u>	
Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie/ Phytothérapie (Dakar)
Pr Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr Babacar FAYE	Pharmacologie (Dakar)
<u>Mission Française de Coopération</u>	
Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie
<u>Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)</u>	
Pr. Jean NEVE	Chimie Thérapeutique
Pr. Viviane MOES	Galénique

DEDICACES

Je dédie ce travail à:

- Dieu tout puissant pour la force et la santé qu'il a pu me donner pour accomplir ce travail. Et je prie pour qu'il soit toujours prêt de moi et de mes proches.
- A mes parents : que cette thèse soit à la hauteur de vos efforts et de votre tendresse à mon égard. Que Dieu vous donne longue vie.
- Ma copine Emélie Kambou et notre fille Dickel Iman Colombe ; Merci pour ton encouragement et ton soutien, que ce travail consolide davantage nos liens.
- Mon frère Ahmed et son épouse Claire, malgré votre éloignement, reconnaissez ici l'expression de ma profonde gratitude.
- Ma sœur Aïcha « Funmi », mes cousines Arielle et Carine, vous avez toujours été à mes côtés, et à aucun moment je ne me suis senti seul. Fraternellement.
- A mon meilleur ami Sedgo Pierre Lazare «Bob », ma cousine Micheline (sitôt disparus), que le Tout Puissant vous garde sous sa protection auprès de lui.
- A mes oncles et tantes (Alou, Amadou, Bafitini ,Lamine, Ramata), et mes cousins, cousines (Kader, Djadji, Ana, Koufa, Lala, Fatimata) j'espère toujours être à la hauteur de vos attentes.
- A la grande famille Diallo à Bobo-Dioulasso, veuillez trouver ici l'expression d'un de vos fils toujours disposé à vous servir.
- A ma grand mère Djadji, tu es le guide de notre famille, j'espère que tu seras toujours fière de ton petit-fils.
- A la grande famille Bukera à Bujumbura (Oncle Jo, Jean, Tantie Marie et Grand mère), recevez ma profonde gratitude pour tous vos soutiens multiformes.
- A tous mes amis et promotionnaires de fac, merci pour le soutien constant.
- A tous les étudiants non boursiers, Courage !

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Agrégé Georges Alfred KY-ZERBO.

Maître de conférence agrégé des Maladies Infectieuses.

Médecin Chef du service des Maladies Infectieuses au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo

Nous n'avons pas eu la chance de bénéficier de vos enseignements au cours de notre formation. Nous ne désespérons pas de profiter un jour de vos connaissances. Vous nous faites un grand honneur de juger ce travail. Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer notre gratitude et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur Agrégé Kampadilemba Ouoba.

Maître de conférence agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-faciale.

Médecin Chef du Service d'O.R.L et de Chirurgie cervico-faciale du CHU-YO

Médecin Colonel de l'armée burkinabé

Vous avez accepté de nous confier ce travail et de le diriger.

Votre disponibilité constante, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait nous ont séduit. En effet, nous avons eu la chance de profiter de vos compétences pédagogiques. Votre dévouement à la formation, à l'encadrement des étudiants sur le terrain des stages nous a marqués. Vous avez toujours été un maître à l'écoute de ses élèves et soucieux de partager son savoir. Avoir pu travailler avec vous nous honore sincèrement.

Puisse Dieu vous permettre de porter haut le flambeau de l' ORL et de la chirurgie cervico-faciale dans la sous région en particulier et dans l'Afrique toute entière en général.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur agrégé OUEDRAOGO Ramata.

Maître de Conférence agrégé en Bactériologie-Virologie

Pharmacienne Chef du service de Bactériologie-Virologie du Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles de Gaulle.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous avons pu au cours de notre cycle apprécier vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et votre goût pour le travail.

Permettez nous de vous adresser tous nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Ouédraogo Dieudonné,

Assistant en Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale

Médecin-chef du service de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale du CHU-YO

Cher maître, vous nous avez inspiré ce travail , votre expérience scientifique nous a guidés , et aidés à le réaliser. Vos qualités humaines et scientifiques nous ont séduit lors de notre stage dans votre service.

Au delà de tout louange, l'étudiant sincère aspire vous prendre comme modèle.

Sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Pascal Antoine NIAMBA
Maître Assistant en Dermatologie Vénérologie

Médecin colonel de l'armée burkinabé

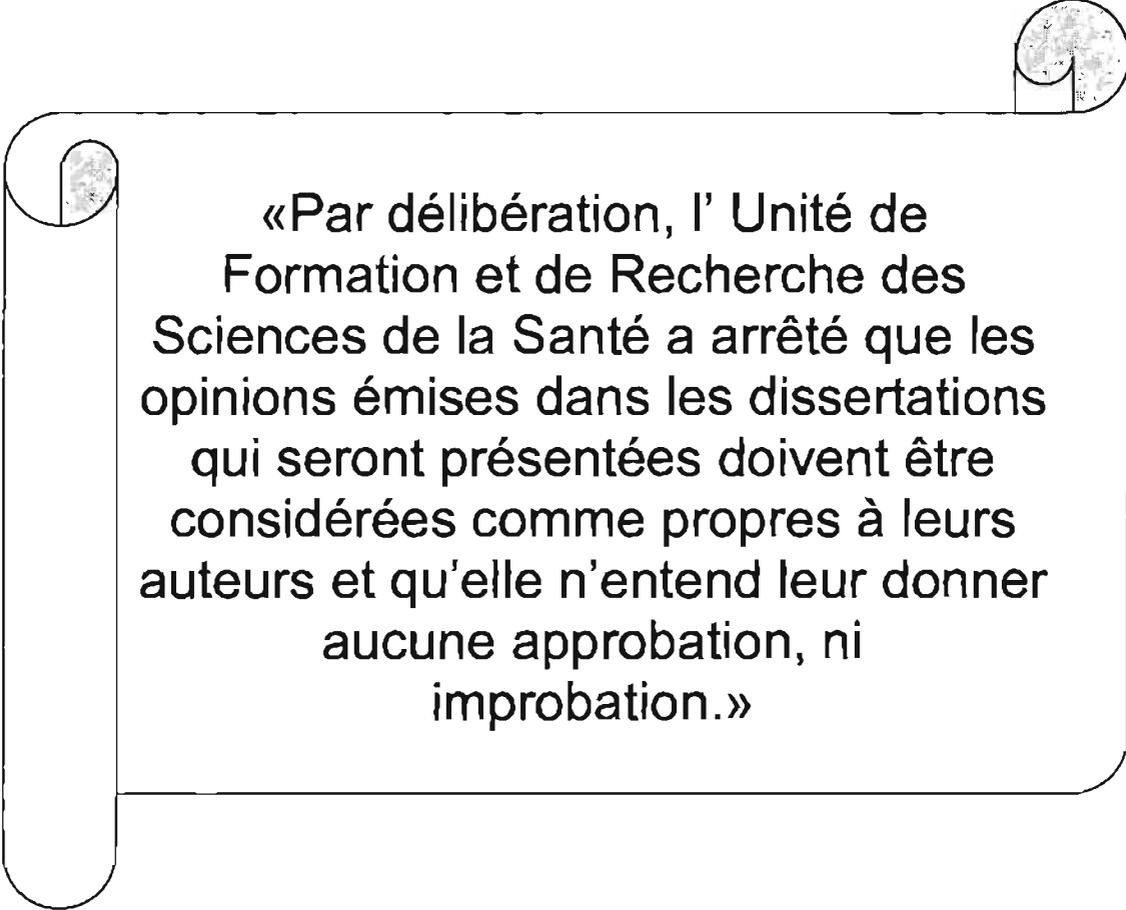
Nous sommes extrêmement sensibles de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations.

Soyez assuré de notre profonde gratitude et de notre profonde admiration.

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce travail (encore une fois mille Merci !):

- A tout le personnel de la Direction de la prospective et du suivi des investissements (Mr Idani, Mr Coulibaly, et Mr Ganemtoré)
- Mr Bamouni David : informaticien à la Direction du Centre de Formation et de Perfectionnement,
- Mr Dah Alfred: informaticien à Datasys,
- Mr Minougou Aymar : informaticien
- Mr Sawadogo Ahmed : Chambre de commerce de Ouagainter
- Mr Da Xavier : au secrétariat général de la présidence du Faso.
- Dr Konsem Tarcissus :stomatologiste et chirurgien maxillo-facial au CHU-YO
- Dr Garé Jocelyne : Chirurgien dentiste au CHU-YO
- Tout le personnel de l'odonto-stomatologie, et de l'ORL du CHU-YO
- Mes promos (Bakus, Patrick, Guy, Omar, Hermann, Marcellin, Thomas, Ousséni, Aimé, Sissoko...)
- Ouédraogo Rabiadou: secrétariat de l'ORL.
- Sawadogo Phillipe et collaborateurs à NETACCESS
- A tous ceux dont les noms n'ont pu être cités.



«Par délibération, l' Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.»

SIGLES ET ABREVIATIONS

- B-F : Burkina Faso
- CHU-YO : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
- CMA : Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
- Coll. : Collaborateurs
- ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
- CCF : Chirurgie Cervico-Faciale

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Coupe horizontale des régions génienne et massétérine	8
Schéma 2 : Coupe schématique sagittale et médiane du plancher buccal	15
Schéma 3 : Coupe vertico-transversale de la région sous-mandibulaire	19
Schéma 4 : Coupe frontale de la face passant par la première molaire	25
Schéma 5 : Schéma d'une cellulite génienne	28
Schéma 6 : Schéma d'une cellulite sous-mylohyoïdienne	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition annuelle des cellulites	48
Figure 2 : Répartition des cas par tranche d'âge	49
Figure 3 : Répartition des cas en fonction du niveau socio-économique	51
Figure 4 : Etiologies des cellulites cervico-faciales	52
Figure 5 : Distribution des formes topographiques des cellulites circonscrites	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des cas selon le sexe et par tranche D'âge	50
Tableau II : Répartition des cellulites circonscrites selon le stade Clinique	53
Tableau III : Répartition des formes compliquées des cellulites	55
Tableau IV : Répartition des formes compliquées selon la classe D'âge	56
Tableau V : Répartition des formes compliquées selon le Sexe	57
Tableau VI : Répartition des formes compliquées selon le niveau socio- économique	57
Tableau VII : Distribution des cas ayant bénéficié d'une extraction dentaire	59

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE

I/	INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME	1
II/	RAPPELS	3
	2-1 Anatomie topographique maxillo-faciale	3
	2-1-1 Description générale	3
	2-1-1-1 Région labiale	4
	2-1-1-2 Région mentonnière	5
	2-1-1-3 Région génienne	5
	2-1-1-4 Région massétérine	6
	2-1-1-5 Région ptérygo-maxillaire	9
	2-1-1-6 Région palatine	9
	2-1-1-7 Espace péripharyngien	10
	2-1-1-8 Le plancher buccal	13
	2-2 Le tissu cellulaire facial	19
	2-2-1 Histologie	19
	2-2-2 Rôle du tissu cellulo- adipeux	19
III/	RAPPELS CLINIQUES	20
	3-1 Définition	20
	3-2 Etiopathogénie	20
	3-2-1 Les portes d'entrée	21
	3-2-2 Les facteurs favorisants	21
	3-2-3 Les germes en cause	22
	3-2-4 Le mécanisme de propagation de l'infection	22
	3-3 Le diagnostic positif	25
	3-3-1 Type de description la cellulite circonscrite	25
	3-3-2 Les formes topographiques	27
	3-4 Le diagnostic différentiel	28
	3-5 Les complications	31
	3-5-1 Les complications aiguës	31
	3-5-2 Les complications aiguës à distance	34
	3-5-3 Les complications chroniques	35
IV/	TRAITEMENT	35
	4-1 Buts	35
	4-2 Moyens	35
	4-3 Indications	36
	4-4 Prévention	36

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I/ LES OBJECTIFS	39
1-1 Objectifs généraux	39
1-2 Objectifs spécifiques	39
II/ LA METHODOLOGIE	40
2-1 Le cadre d'étude	41
2-2 Les matériels et méthodes	44
III/ LES RESULTATS	46
3-1 Les aspects épidémiologiques	47
3-1-1 La fréquence globale	47
3-1-2 La répartition des cas selon le sexe	48
3-1-3 La répartition des cas selon le sexe et l'âge	49
3-1-4 Le niveau socio-économique	50
3-1-5 Les étiologies	51
3-2 Les aspects cliniques	52
3-2-1 Les formes cliniques des cellulites circonscrites	52
3-2-2 Les formes topographiques des cellulites circonscrites	53
3-2-3 Les complications des cellulites circonscrites	54
3-2-4 Les facteurs favorisants et les causes des cellulites diffuses	57
3-3 Les modalités thérapeutiques	58
3-3-1 Le traitement étiologique	58
3-3-2 La durée d'hospitalisation des cellulites diffuses	60
3-3-3 L'évolution	60
IV/ DISCUSSION ET COMMENTAIRES	64
4-1 Limites de l'étude	65
4-2 Aspects épidémiologiques	65
4-2-1 La fréquence globale	66
4-2-2 L'âge et le sexe	66
4-2-3 Le niveau socio-économique	67
4-2-4 Les étiologies	67
4-3 Aspects cliniques	69
4-3-1 Formes cliniques des cellulites circonscrites selon le stade évolutif	69
4-3-2 Formes topographiques des cellulites circonscrites	69
4-3-3 Formes compliquées	70
4-4 Modalités thérapeutiques	74
4-4-1 Traitement étiologique	75
4-4-2 Traitement chirurgical	75
4-4-3 Durée d'hospitalisation des cellulites diffuses	76
4-4-4 Mortalité liée aux cellulites diffuses	76
V/ CONCLUSION	78

VI/ SUGGESTIONS	79
VII/ BIBLIOGRAPHIE	80

INTRODUCTION
ENONCE DU PROBLEME

I/ INTRODUCTION

Les cellulites cervico-faciales sont des affections inflammatoires des loges cellulo-graisseuses de la face et du cou. Elles représentent un groupe d'affection fréquent au service d'ORL de Chirurgie cervico-faciale, et celui de Stomatologie et de Chirurgie Maxillo-Faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Son étiologie reste dominée par les pathologies dentaires, secondairement par les causes amygdalienne et post-traumatique [3] , [36].

Certains facteurs favorisent la survenue des cellulites cervico-faciales tels que :

- l'affaiblissement des défenses de l'hôte lié soit à :
 - des facteurs physiologiques (l'âge, la grossesse, les carences protéiques et vitaminiques),
 - des facteurs environnementaux (traumatisme physique et/ou psychique) ,
 - des facteurs immunitaires : congénitaux, acquis (le syndrome d'immunodéficience acquise, le diabète et sa microangiopathie , l'obésité)

- une prescription médicamenteuse inappropriée (l'utilisation d'anti-inflammatoires en monothérapie).En effet une étude rétrospective de Merle et Coll. [27] au service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Henri Mondor sur 17 patients ayant présenté une cellulite et une fasciite cervicale odontogène a mis en évidence le rôle favorisant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) retrouvés dans 13 cas sur 17(76

%). Leur diagnostic est facile et reste avant tout basé sur l'anamnèse, l'examen exobuccal et endobuccal.

Son évolution peut être favorable si le traitement a été adéquat et précoce.

Le traitement des cellulites s'articule autour de trois volets :

- un traitement général qui consiste à traiter l'infection par la prescription d'une antibiothérapie active sur les germes aérobies et anaérobies,
- un traitement chirurgical qui consiste à inciser et drainer une éventuelle collection,
- un traitement de la porte d'entrée, qui, en cas de cause dentaire peut être un traitement conservateur ou radical.

L'intérêt de l'étude des cellulites cervico-faciales réside dans:

- leur polymorphisme clinique lié le plus souvent à la situation de la dent causale ;
- la gravité de l'affection, car les loges cellulo-graisseuses communiquent entre elles à travers les espaces anatomiques de décollement qui s'étendent de la base du crâne au médiastin d'où le risque vital que représente la diffusion des cellulites[5 ;35].

Si les cellulites cervico-faciales ont déjà fait l'objet d'étude ailleurs (Kpemissi [23] au Togo et Gadegbeku [42] en Côte d'Ivoire) , dans notre pays aucune étude n'a encore été entreprise à ce sujet. D'où l'intérêt de notre étude, qui se propose de décrire quelques aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette affection au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO).

II/ RAPPELS

2-1/ ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE MAXILLO-FACIALE [5 ;46]

2-1-1 DESCRIPTION GENERALE

La face est située au dessous de la partie antérieure du crâne. Elle est divisée en deux grandes parties : l'une supérieure, l'autre inférieure.

La partie supérieure comprend quatre régions principales : deux médianes, la région du nez et la région des fosses nasales, et deux latérales, les régions orbitaires.

La partie inférieure ou bucco-pharyngienne de la face comprend un grand nombre de régions disposées autour de la cavité buccale et de la partie céphalique du pharynx.

Ces régions sont : la région labiale ; la région mentonnière ; la région génienne ; la région massétérine ; la région ptérygo-maxillaire ; la région tonsillaire ; la région rétro-pharyngienne ; la région latéro-pharyngienne ou maxillo-pharyngienne subdivisée elle même en deux espaces secondaires, l'espace rétro-stylien et l'espace préstylien ; le plancher buccal qui se compose de trois régions secondaires, la région linguale, la région sublinguale et la région sus-hyoïdienne.

La partie qui nous intéresse est la partie inférieure, elle est composée de :

- la cavité buccale à laquelle fait suite :
- le pharynx (oropharynx et hypopharynx).

2-1-1-1 La région labiale ou des lèvres

Les lèvres sont deux replis musculo-membraneux, mobiles, qui forment la paroi antérieure de la cavité buccale et circonscrivent l'orifice buccal. La région labiale comprend les deux lèvres.

Ses limites sont : en haut, la base du nez ; en bas le sillon mento-labial ; sur les cotés, le sillon naso-labio-génien.

Elle est constituée de :

- la peau : elle est très épaisse, très adhérente aux muscles sous-jacents.
- D'un plan musculaire : ces muscles sont les uns dilatateurs, les autres, constricteurs.

Les muscles dilatateurs sont : le canin, le buccinateur par ses fibres commissurales, le carré du menton en totalité, les releveurs superficiel et profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure par leurs fibres labiales, le petit et le grand zygomatique, le risorius, le triangulaire des lèvres et le peaucier du cou par leurs fibres attachées à la commissure.

Les muscles constricteurs sont l'orbiculaire des lèvres et le muscle compresseur des lèvres.

Tous ces muscles reçoivent des rameaux du facial.

- Une couche glandulaire dans laquelle on rencontre du tissu cellulaire peu dense, une couche de petites glandes salivaires, les glandes labiales.
- La muqueuse soulevée par les glandes sous jacentes, a un aspect mamelonné. Elle est rouge ou rosée assez adhérente à la couche glandulaire.

2-1-1-2- La région mentonnière

Elle répond à la saillie du menton. Elle est séparée en haut de la région labiale par le sillon mento-labial ; sa limite inférieure répond au bord inférieur de la mâchoire, et ses limites latérales sont représentées par deux verticales abaissées des commissures labiales.

Elle est constituée de :

- la peau qui est épaisse et adhérente
- la couche musculaire composée de trois muscles qui sont de chaque côté et de dedans en dehors : le muscle de la houppe du menton, le carré du menton et le triangulaire des lèvres.
- Une dernière couche constituée par le périoste et le squelette.

2-1-1-3 La région génienne

La région génienne est située sur la partie latérale de la face.

Elle est limitée : en haut, par le bord inférieur de l'orbite ; en bas par le bord inférieur de la mandibule ; en arrière, par le bord antérieur du masséter ; en avant par le sillon naso-génien, la commissure des lèvres et une verticale abaissée de cette commissure jusqu'au bord inférieur de la mandibule.

Elle est constituée de :

- La peau qui est assez épaisse et mobile. Elle recouvre un tissu sous cutané, cellulo-adipeux, dont l'épaisseur diminue d'arrière en avant.
- Une couche musculaire constituée de deux plans. Un premier plan musculaire discontinu c'est à dire claire-voie, formé de muscles peauciers plats et minces qui, tous convergent vers la commissure labiale. Ces muscles sont de haut en bas : le releveur superficiel de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le petit zygomatique, le grand zygomatique, le risorius de

Santorini, les faisceaux postérieurs du peaucier du cou et le triangulaire des lèvres.

Un deuxième plan musculaire plus profondément situé et composé de haut en bas par le releveur profond de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le canin, le buccinateur et les faisceaux les plus externes du carré du menton. La boule graisseuse de Bichat, le canal de Sténon, l'artère et la veine faciale sont situés dans l'espace intermusculaire.

- Une couche profonde constituée par : en haut la face externe de l'os malaire et par la face antérieure de l'apophyse pyramidale du maxillaire supérieur ; en bas, par la face externe du corps du maxillaire inférieur ; à la partie moyenne, par la muqueuse buccale.

2-1-1-4 La région massétérine

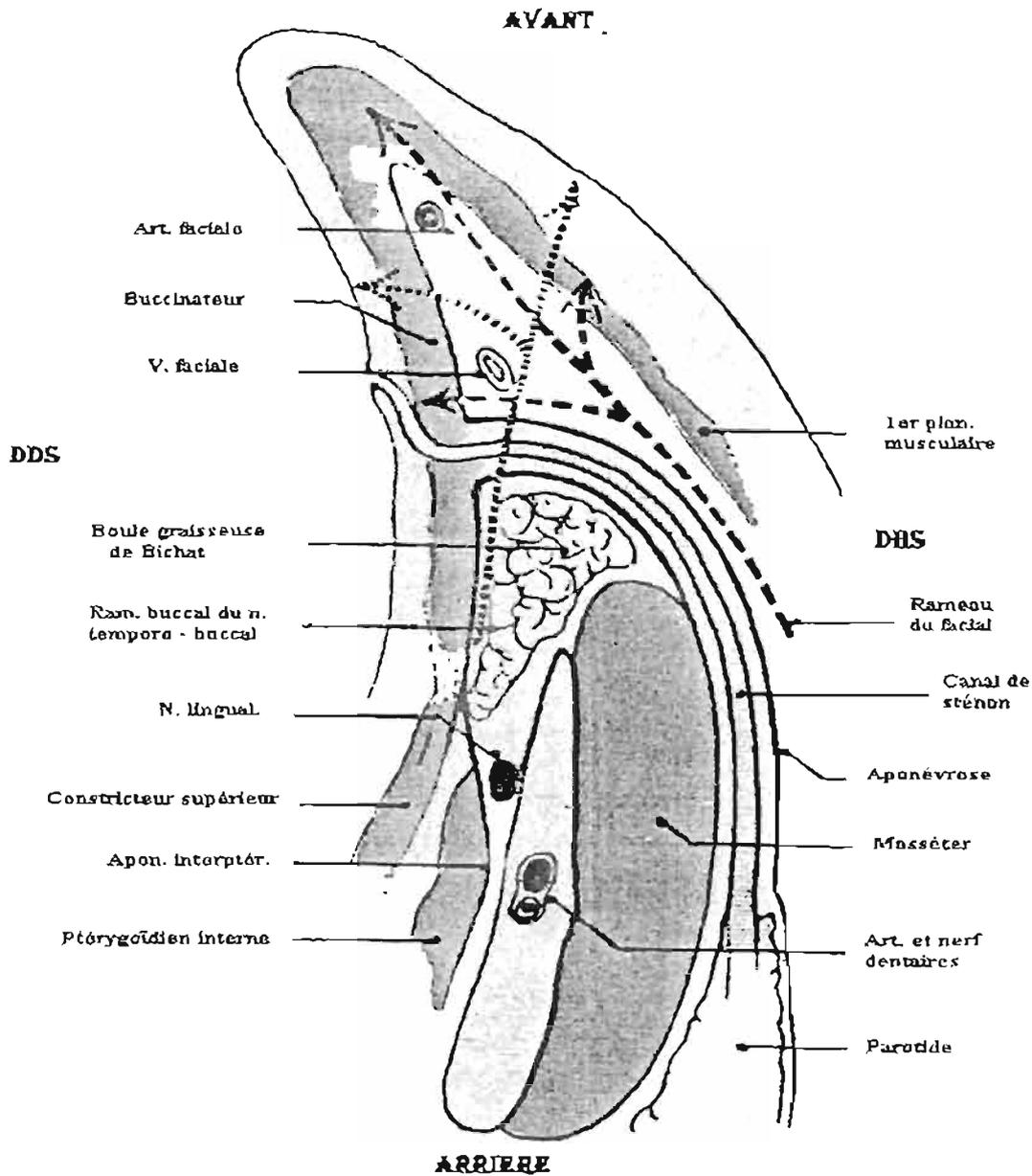
Elle est située sur la partie latérale de la face, et constitue la partie postérieure de la joue.

Ses limites sont : en haut, l'arcade zygomatique qui sépare la région massétérine de la région temporale ; en avant, le bord antérieur du masséter qui marque la séparation entre les régions génienne et massétérine ; en arrière, le bord postérieur de la branche montante de la mandibule ; en bas le bord inférieur de la mandibule, dans l'intervalle compris entre les limites antérieures et postérieures.

Elle est constituée :

- La peau fine et mobile, doublée d'un pannicule adipeux d'épaisseur variable limité profondément par un fascia superficialis.

- L'aponévrose massétérine qui recouvre directement toute la face externe du masséter.
- Le muscle masséter, l'artère et le nerf massétérin.
- Un plan squelettique constitué par la branche montante du maxillaire unie à l'os temporal par l'articulation temporo-maxillaire.



Coupe horizontale des régions génienne et massétérine (Anatomie de la tête et du cou : Rouvière).[46] (Schéma1)

Les flèches représentent la projection sur le plan de la coupe du nerf buccal et des rameaux du facial qui se terminent dans la région

2-1-1-5 La région ptérygo-maxillaire

Elle est située en dedans de la branche montante du maxillaire inférieur et du masséter, en avant de la région parotidienne, en arrière de la tubérosité du maxillaire et de la région génienne, au dessous de la partie horizontale de la grande aile du sphénoïde et de la région temporale, au dessus d'un plan horizontal tangent au bord inférieur du maxillaire inférieur, en dehors de l'apophyse ptérygoïde et du larynx. Elle est séparée du pharynx par le prolongement para-amygdalien de l'espace latéro-pharyngien.

Elle est occupée par les muscle ptérygoïdiens, les vaisseaux maxillaires internes, les nerfs maxillaires inférieur et maxillaire supérieur. Ces organes sont repartis dans deux loges que sépare l'une de l'autre l'aponévrose inter-ptérygoïdienne.

2-1-1-6 La région palatine

La région palatine forme à la fois la paroi supérieure de la cavité buccale et la cloison ostéo-membraneuse qui sépare cette cavité des fosses nasales.

Elle est constituée en avant par la voûte palatine, en arrière par le voile du palais. La région palatine est limitée par l'arcade dentaire supérieure dans toute l'étendue de la voûte palatine. Elle se termine en arrière par un bord libre.

Elle est constituée par :

- la muqueuse buccale sur toute sa face inférieure,
- une couche glandulaire faisant corps avec la muqueuse et dont l'épaisseur croît graduellement d'avant en arrière jusqu'au voile du palais où elle s'amincit.

- Une couche ostéo-fibreuse et musculaire : la muqueuse et les glandes répondent au périoste et au squelette de la voûte palatine en avant, à l'aponévrose et aux muscles du voile du palais en arrière.

2-1-1-7 L'espace péripharyngien

Il entoure les faces latérales et postérieures de la partie céphalique du pharynx. Il est limité :

- en arrière par la colonne vertébrale, les muscles prévertébraux et l'aponévrose prévertébrale
- sur les cotés par un plan ostéo-musculo-aponévrotique formé par la mandibule, les muscles masticateurs, le sterno-cléido-mastoïdien et les aponévroses correspondantes.

Les cloisons aponévrotiques sagittales de Charpy, qui s'étendent des bords latéraux du pharynx à l'aponévrose prévertébrale, divisent l'espace péri-pharyngien en trois espaces secondaires : l'un médian ou rétro-pharyngien, les deux autres latéraux, appelés espaces latéro-pharyngiens supérieurs de Gilis ou espaces maxillo-pharyngiens.

1-1-7-1 Espace rétro-pharyngien

Il est situé entre le pharynx et la colonne vertébrale. C'est un espace cellulaire limité : par le pharynx et l'aponévrose péri-pharyngienne en avant ; par l'aponévrose prévertébrale, les muscles prévertébraux et la colonne cervicale en arrière ; par les cloisons sagittales sur les cotés.

L'espace rétro-pharyngien renferme du tissu cellulaire lâche, quelques vaisseaux et les ganglions lymphatiques rétro-pharyngiens de Gillot.

1-1-7-2 Espace latéro-pharyngien ou maxillo-pharyngien

L'espace latéro-pharyngien ou maxillo-pharyngien est en dehors des parois latérales du pharynx. Sa forme est celle d'un prisme triangulaire. Il présente donc trois parois et deux extrémités ou base.

La paroi interne est constituée par la paroi latérale du pharynx et par la cloison sagittale qui prolonge en arrière cette paroi.

La paroi externe est formée d'avant en arrière par la branche montante de la mandibule, l'aponévrose cervicale superficielle et enfin par le sterno-cléido-mastoïdien et son enveloppe aponévrotique.

La paroi postérieure est constituée par l'aponévrose prévertébrale ou profonde

L'extrémité supérieure répond à la face inférieure de la partie pétro-tympanique du temporal.

L'extrémité inférieure est indiquée par un plan horizontal tangent au bord inférieur de la mandibule.

1-1-7 2-1 Le diaphragme stylien

Il traverse l'espace maxillo-pharyngien depuis le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à l'angle latéral du pharynx. C'est un rideau ostéo-musculo-aponévrotique constitué :

- par des muscles (le ventre postérieur du digastrique, le stylo-hyoïdien, le stylo-glosse et le stylo-pharyngien)
- par une aponévrose qui engaine ces muscles et les relie les uns aux autres et au pharynx
- par des faisceaux fibreux, les ligaments styliens, qui épaississent et renforcent par endroit cette aponévrose.

Il divise l'espace maxillo-pharyngien en deux parties : l'une antérieure, appelée l'espace pré-stylien ; l'autre, postérieure est l'espace rétro-stylien.

1-1-7 2-2 L'espace rétro-stylien

Il est prismatique triangulaire et comporte quatre parois et deux extrémités.

- La paroi antérieure est formée par le diaphragme stylien,
- La paroi postérieure se continue avec l'aponévrose prévertébrale, les muscles prévertébraux et les muscles scalènes qu'elle recouvre,
- La paroi interne par la cloison sagittale
- La paroi externe très étroite par le sterno-cléido-mastoïdien.
- L'extrémité supérieure répond à cette partie de la base du crâne qui présente la fosse jugulaire, le trou carotidien et le trou déchiré postérieur ;
- L'extrémité inférieure se continue avec la région sterno-cléido-mastoïdien, à la hauteur du bord inférieur de la mandibule.

L'espace rétro-stylien contient un volumineux faisceau vasculo-nerveux formé par la carotide interne, la carotide externe, la jugulaire interne, les quatre derniers nerfs crâniens et le ganglion cervical supérieur du sympathique.

1-1-7 2-3 Espace pré-stylien

L'espace préstylien comprend deux régions : l'une postérieure, en rapport direct avec le diaphragme stylien, est la région parotidienne ;

l'autre antérieure, placée devant la région parotidienne est la région para-amygdalienne.

1-1-7 2-4 La région parotidienne

Elle est la seule partie de l'espace latéro-pharyngien qui s'étend en dehors jusqu'aux téguments. Elle répond superficiellement à l'espace limité par : le bord postérieur de la mandibule et l'articulation temporo-mandibulaire en avant, l'apophyse mastoïde et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien en arrière, le conduit auditif externe en haut et, en bas par une ligne prolongeant le bord inférieur de la mandibule jusqu'au sterno-cléido-mastoïdien.

1-1-7 2-5 Espace sous-parotidien antérieur (région para-amygdalienne de Gillis)

C'est la partie pré-parotidienne de l'espace pré-stylien. Elle communique librement avec la région sous-maxillaire par sa partie inférieure.

2-1-1-8 Plancher buccal [6]

Le plancher de la bouche comprend toutes les parties molles qu'il est possible de pincer entre un doigt intra buccal et un doigt extra buccal. C'est la formation anatomique qui ferme en bas la cavité buccale, limitée en avant par l'arc mandibulaire, en arrière par le corps de l'os hyoïde.

Il a la forme d'une pyramide quadrangulaire, à sommet antérieur, à base postérieure.

Le muscle mylo-hyoïdien, tendu entre la face postérieure de l'arc mandibulaire et le corps de l'os hyoïde, sépare le plancher en deux étages :

- le plancher buccal sus-mylo-hyoïdien
- le plancher buccal sous-mylo-hyoïdien

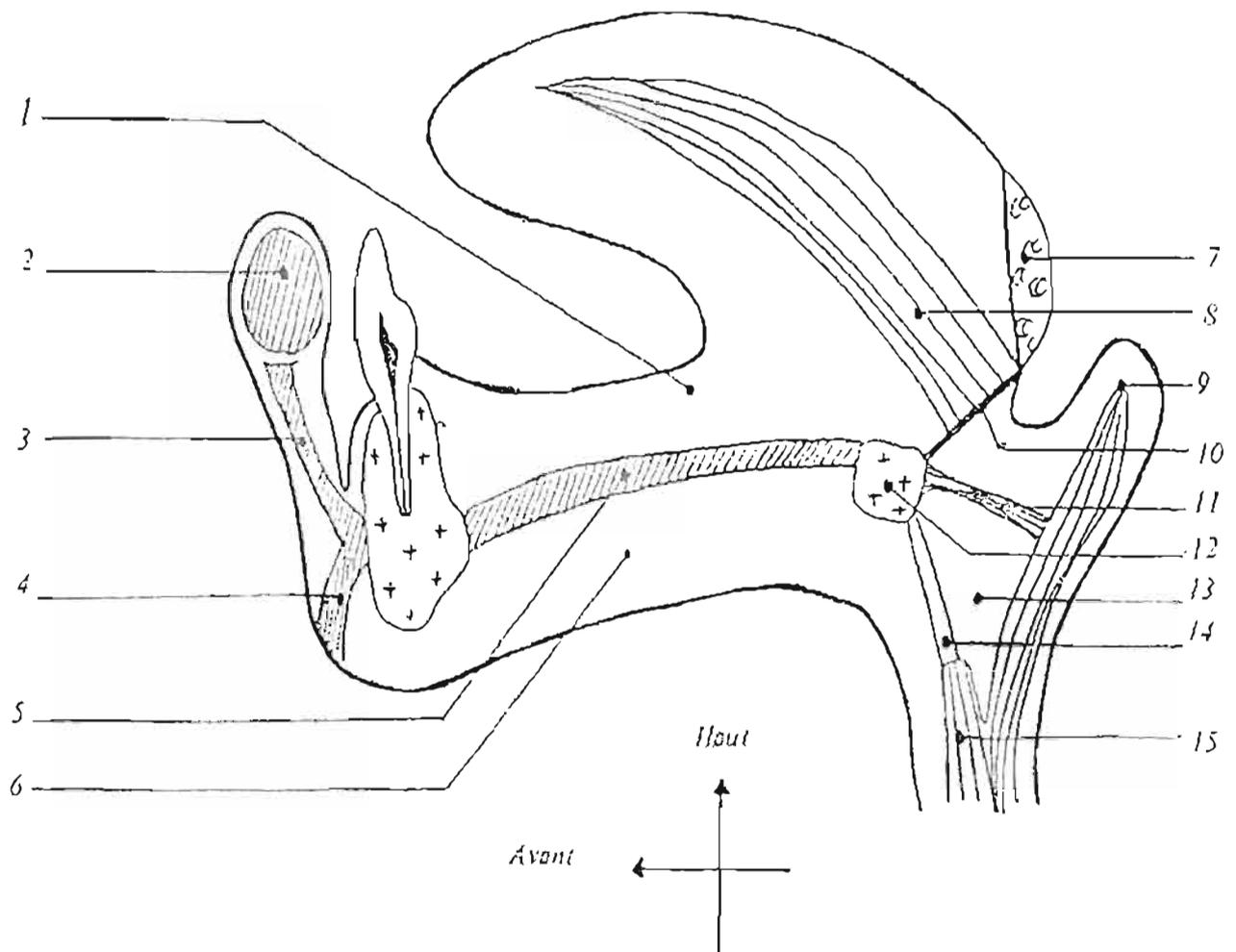
qui communiquent au niveau des bords postérieurs des muscles mylo-hyoïdien ;

- le plancher buccal sus-mylo-hyoïdien, appelé encore région glottique, comprend la région linguale médiane et deux régions latérales : les régions sublinguales ;

- le plancher buccal sous-mylo-hyoïdien, appelé encore région sus-hyoïdienne ou trigone sous mandibulaire est formé :

- d'une région médiane : c'est la région sous mentale ou sus-hyoïdienne médiane,

- de deux régions latérales : à savoir les régions sous-maxillaires ou sus-hyoïdienne latérales.



COUPE SCHEMATIQUE SAGGITALE ET MEDIANE DU PLANCHER DE LA BOUCHE d'après FAVE [10] (Schéma2)

- 1: région sus-mylo-hyoïdienne ; 2: muscle orbiculaire des lèvres ; 3-4 : muscle de la houppe du menton ; 5 : muscle mylo-hyoïdien ; 6 : région sous-mylo-hyoïdienne ;
 7 : amygdale linguale ; 8 : septum lingual ; 9 : épiglote ; 10 : membrane hyo-glossienne ;
 11 : ligament hyo-épiglottique ; 12 : os hyoïde ; 13 : loge thyro-hyo-épiglottique
 14 : membrane thyro-hyoïdienne ; 15 : cartilage thyroïde

1-1-8 1 - La région linguale

Une coupe frontale intéressant la langue vers le milieu de sa longueur montre que cet organe comprend deux parties : l'une, inférieure, appelée racine de la langue, est située au dessous d'un plan mené par le sillon alvéolo-lingual ; l'autre, supérieure, recouverte par la muqueuse, est la partie libre ou mobile de la langue.

La racine de la langue est fixée au maxillaire inférieur par le génio-glosse ; à l'os hyoïde par l'hyo-glosse, le lingual inférieur et les faisceaux latéraux du lingual supérieur ; à l'apophyse styloïde et à l'angle du maxillaire, par le stylo-glosse ; au voile du palais par le palato-glosse.

La partie libre de la langue, quand elle est au repos et quand les mâchoires sont rapprochées, présente une partie antérieure horizontale en rapport avec la voûte palatine et une partie postérieure verticale en rapport avec le pharynx et l'extrémité supérieure libre de l'épiglotte. Le coude, situé à l'union des parties horizontales et verticales de la langue, répond à l'isthme du gosier. En avant et sur les côtés, la langue s'appuie aux arcades alvéolo-dentaires.

1-1-8 2 - La région sublinguale

La région sublinguale comprend : l'espace situé entre la racine de la langue en dedans, le maxillaire inférieur en dehors, le mylo-hyoïdien en bas et la muqueuse du sillon alvéolo-lingual en haut. Cet espace constitue la loge sublinguale. Elle contient : la glande sublinguale, le prolongement antérieur de la glande sous maxillaire, le canal de Wharton, les nerfs lingual et grand hypoglosse, enfin les vaisseaux sublinguaux.

1-1-8 3 - La région sus-hyoïdienne

La région sus hyoïdienne est située au dessous des régions linguale et sublinguale dont elle est séparée, en avant tout au moins, par les muscles mylo-hyoïdiens. Elle comprend, dans les limites du plancher buccal, les muscles mylo-hyoïdiens et toutes les parties molles sous jacentes à ces muscles jusqu'à la peau.

La région sus-hyoïdienne médiane

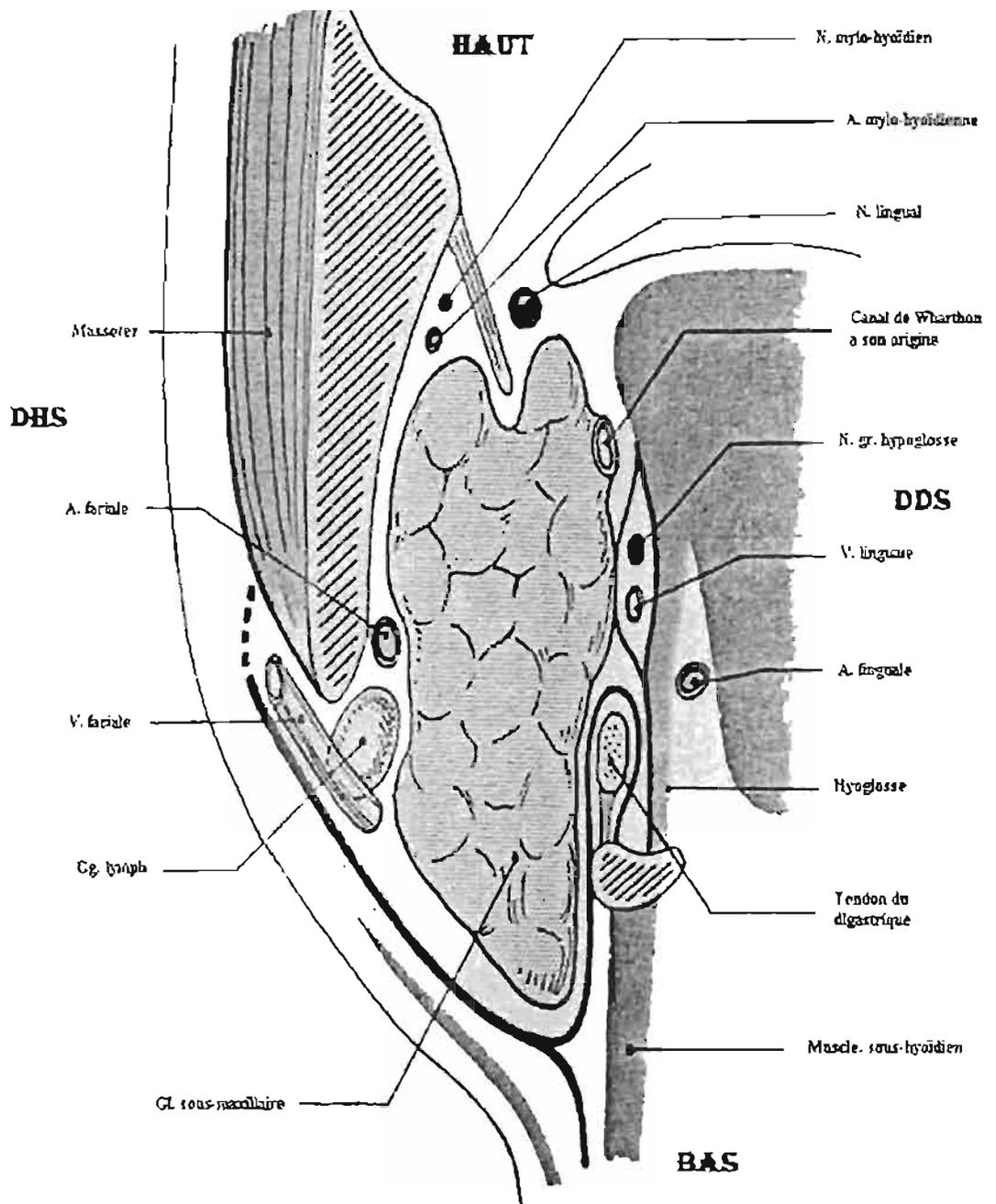
On trouve dans cette région, au dessous du tissu cellulaire sous cutané :

- l'aponévrose cervicale superficielle tendue entre le bord inférieur du maxillaire et le corps de l'os hyoïde ;
- un premier plan musculaire formé par les ventres antérieurs du digastrique, qui recouvrent en partie un deuxième plan musculaire constitué par les mylo-hyoïdiens.

Dans l'espace compris entre ces deux plans musculaires, on trouve les ganglions lymphatiques du groupe sous-mental et les dernières ramifications de l'artère et des veines sous-mentales.

La région sus-hyoïdienne latérale ou sous-mandibulaire

Cette région contient la glande sous-maxillaire, les vaisseaux faciaux, le nerf lingual, les vaisseaux et nerfs mylo-hyoïdiens et les ganglions lymphatiques.



Coupe vertico-transversale de la région sous-mandibulaire.(Schéma3) [46]

2/ TISSU CELLULAIRE FACIAL [19], [41].

2-1 Histologie

Le tissu cellulo-adipeux de la face est constitué par les adipocytes organisés en lobules, séparés par des travées de tissu conjonctif lâche. Les fibres principales que l'on y trouve sont essentiellement les fibres collagènes, bien que l'on note aussi la présence de fibres réticulaires et élastiques. Ce tissu conjonctif est assez vascularisé [19].

2-2 Rôle du tissu cellulo-adipeux dit conjonctivo-vasculaire

Les étages et les régions de la face sont cloisonnés par des insertions musculo-aponévrotiques des muscles peauciers et des élévateurs. De ce fait, la face constitue un véritable enchevêtrement musculaire qui doit sa fonction harmonieuse et gracieuse à la présence de ce tissu de remplissage intermusculaire, intermusculo-aponévrotique, intermusculo-osseux et interosseux[41].

Ainsi, les différents organes sont séparés et ce tissu, qui tient lieu en même temps de lubrifiant, permet leur libre jeu.

III/ RAPPELS CLINIQUES [42]

3-1 Définition

Les cellulites d'origine bucco-dentaires sont des infections du tissu cellulo-adipeux localisés principalement dans les tissus mous sous cutanés qui entourent la mandibule et le maxillaire.

3-2 Etiopathogénie

3-2 –1 Les portes d'entrée

3- 2 –1-1 Les causes dentaires

Ce sont notamment les complications de la carie dentaire, les avulsions et les soins dentaires. Ces causes représentent 91% des cas dans une étude rapportée aux 7èmes journées médicales d'Abidjan en 1989 [42], à propos de 276 cas de cellulites par GADEGBEKU et coll. [42].

3- 2- 1-2 .Les causes périodentaires

L'infection parodontale. est la principale cause périodentaire.

3-2-1-3 Les autres causes

Ce sont essentiellement les causes amygdaliennes et post-traumatiques.

3-2-2 Les facteurs favorisants

3-2-2-1- Le terrain

- Le diabète : favorise et aggrave l'infection qui à son tour décompense le diabète.
- L'immunodépression (le syndrome d'immunodéficience acquise , l'agammaglobulinémie, la grossesse)
- L'alcoolisme chronique.

3-2-2-2 Les anti-inflammatoires[34]

La corticothérapie a une action dépressive sur les mécanismes humoraux de défense immunitaire contre l'infection. En effet elle réduit de façon significative la synthèse des immunoglobulines G, inhibe l'adhérence des polynucléaires donc la phagocytose.

Une action identique est également démontrée pour les AINS. Comme l'a énoncé Pons, les AINS dépriment les mécanismes de défense contre l'infection. Au cours des 7^e journées médicales, Gadegbeku et coll. [42] ont sur 46 cas de cellulites diffuses diagnostiquées, rapporté 24 cas de cellulites diffuses dans lesquels, on a retrouvé l'utilisation d'AINS en monothérapie chez des sujets jeunes bien portants. D'où le danger de l'utilisation seule des AINS dans les cellulites .

3-2-2-3 Antibiothérapie inefficace

La prescription d'une antibiothérapie inactive sur les anaérobies constitue un autre facteur favorisant le développement d'une infection anaérobie grave.

3-2-3 Germes

En général, il n'existe pas de germes spécifiques. Ils proviennent de la flore buccale endogène. La diversité de cette flore rend compte du grand nombre d'agents pathogènes responsables. Ils peuvent s'associer, par exemple, des infections à bacilles Gram négatif (*Bactéroïdes*, *Prévotella*, *Porphyromonas sp*) et celles de cocci Gram positif (*Streptocoques*, *staphylocoques*).

Cette flore bactérienne commensale peut dans certaines circonstances devenir pathogène et déterminer une infection des loges cellulograisieuses de la face.

3-2-4 Propagation de l'infection [36]

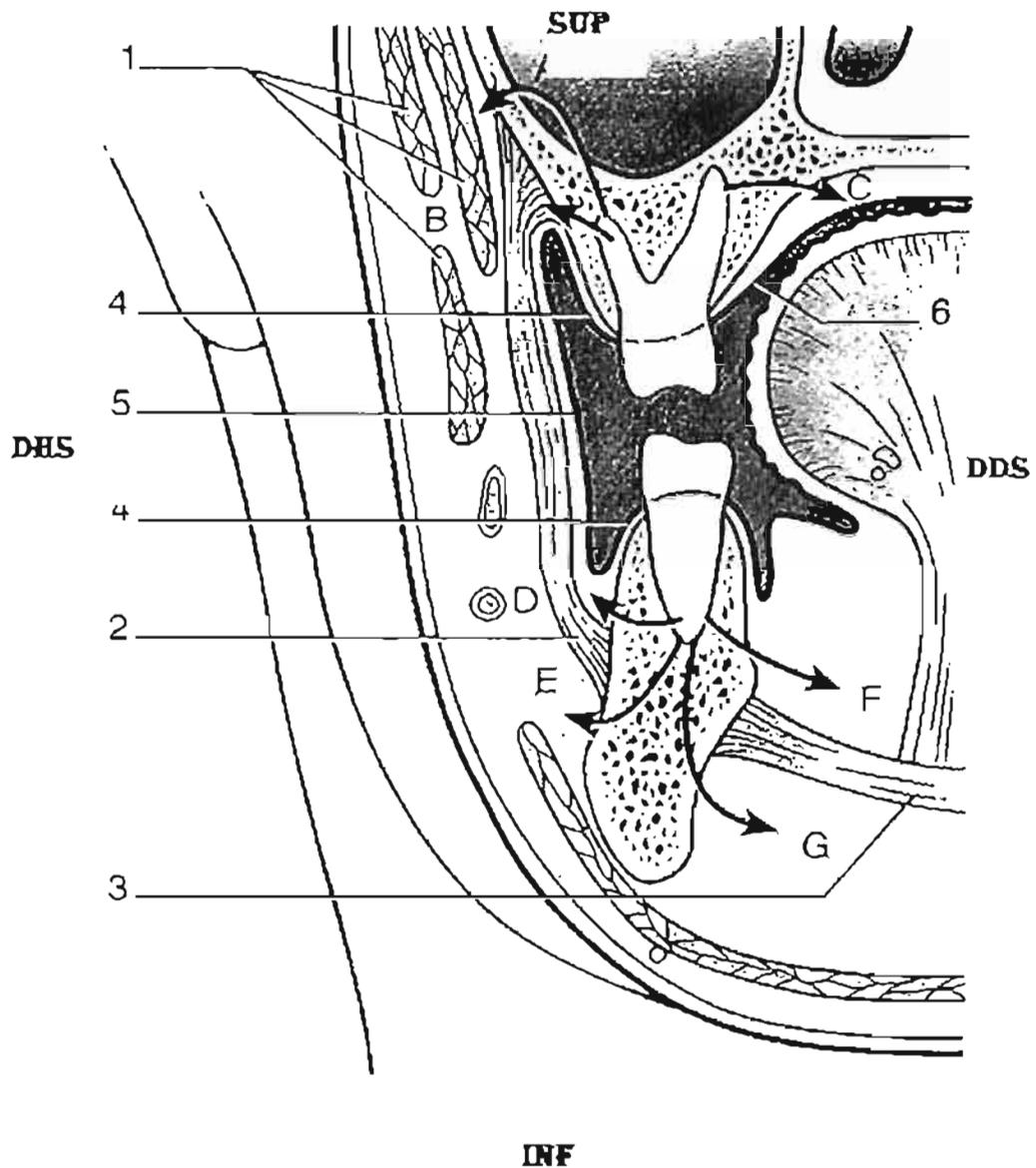
Elle se fait à partir de deux mécanismes principaux :

- L'infection se propage directement hors de la gencive, par voie sous-périostée, à partir d'une péri coronarite. Au niveau de l'espace desmodontal, l'infection traverse l'os, décolle le périoste, puis bientôt le rompt et colonise les parties molles périosseuses qui sont constituées par un tissu celluloadipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculo-aponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes.
- Généralement, l'infection se localise au voisinage de la zone d'implantation de la dent causale. L'infection se développe dans une des régions anatomiques maxillo-faciales selon l'appartenance maxillaire ou mandibulaire de la dent, sa situation antérieure ou postérieure, sa proximité par rapport aux tables osseuses et la situation de son apex par rapport aux insertions musculo-aponévrotiques.

Par rapport aux tables osseuses, les apex dentaires sont proches de la table externe du maxillaire, sauf les racines palatines des prémolaires et molaires. Au niveau mandibulaire, la première molaire est en position axiale: en avant d'elle, toutes les dents sont plus proches de la table externe ; en arrière, elles jouxtent la table interne et les apex des deux dernières molaires qui sont situées au dessous de la ligne d'insertion du muscle mylo-hyoïdien.

Ainsi, les infections issues des dernières molaires peuvent ensemençer directement la région péri-pharyngienne et disséminer l'infection vers les autres espaces cervicaux et le médiastin.

Du côté palatin, l'infection se collecte en sous- périosté et ne diffuse pas.



Coupe frontale de la face passant par la première molaire, d'après Testut et Jacob
(EMC Stomatologie, n°2033, A10)

1. Muscle de la face ; 2. Muscle buccinateur ; 3. Muscle mylohyoïdien ; 4. Muqueuse gingivale ; 5. Muqueuse jugale ; 6. Muqueuse palatine.
- A. Cellulite périmaxillaire génienne haute ;
- B. Cellulite périmaxillaire externe à évolution buccale entre buccinateur et muqueuse
- C. Abscès sous périoste
- D. Cellulite périmaxillaire externe à évolution buccale entre buccinateur et muqueuse
- E. Cellulite périmaxillaire génienne basse
- F. Cellulite sus- mylohyoïdienne
- G. Cellulite sous - mylohyoïdienne

3-3- Diagnostic positif [1]

3-3-1 Type de description : Cellulite circonscrite

Elle évolue suivant deux stades :

1- La cellulite séreuse

La cellulite séreuse est le stade initial purement inflammatoire ; le malade consulte pour une douleur violente dentaire.

Les signes généraux sont en général absents.

A l'examen physique on note :

- Une déformation faciale,
- une peau chaude, tendue, en regard de la dent causale,
- la palpation met en évidence une masse rénitente, mal limitée et un peu douloureuse,
- en bouche au niveau de la dent infectée, la muqueuse est rouge et soulevée, alors que cette dent est sensible et mobile.
- La radiographie peut montrer un traitement canalaire incomplet, un épaissement ligamentaire, un granulome...
- Non traitée l'évolution se fait vers la suppuration.

2- Cellulite suppurée

La collection a donné lieu à la formation d'une cavité dont le contenu est purulent.

A l'interrogatoire on retrouve

- Une douleur lancinante, pulsatile, irradiante entraînant l'insomnie,
- Une limitation de l'ouverture buccale,
- une dysphagie,
- une halitose.

Les signes généraux peuvent être marqués par une hyperthermie.

L'examen physique note:

- une tuméfaction faciale rouge, chaude douloureuse, bien limitée recouverte par une peau tendue et luisante,
- la palpation objective une masse fluctuante traduisant la collection purulente,
- en bouche, l'examen souvent gêné par un trismus, montre une gencive soulevée, rouge et parfois purulente, en regard de la dent causale,

Les examens para-cliniques :

Ces examens sont plus à visée étiologique que diagnostique. Ce sont :

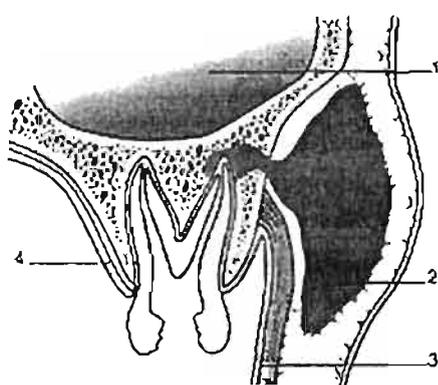
- L'examen bactériologique du pus (direct, culture+antibiogramme),
- NFS/VS à la recherche d'une hyperleucocytose, d'une anémie, ou d'un phénomène inflammatoire.
- Non traitée, la cellulite suppurée évolue vers :
 - la fistulisation spontanée cutanée ou muqueuse,
 - la chronicité,
 - les complications loco-régionales ou générales : cellulite diffuse, ostéites, septicémie...

3-2 Formes topographiques [1]

Différentes localisations de la collection peuvent se rencontrer.

3-2-1 Cellulite génienne

La symptomatologie est dominée par la limitation d'ouverture buccale d'autant plus intense que la dent est postérieure avec association d'une otalgie réflexe et une tuméfaction génienne.



- 1.Sinus maxillaire; 2.Muscle buccinateur
3. Muqueuse vestibulaire
- 4.Fibromuqueuse palatine [36]

Schéma 5 : Schéma d'une cellulite génienne

3-2-2 Cellulite massétérine

La collection se situe sous le masséter.

Elle est peu fréquente et, classiquement, l' accident de la dent de sagesse en constitue le type de description. Le tableau est dominé par un trismus serré et des douleurs très intenses.

3-2-3 Cellulite sous-mylohyoïdienne

La collection se situe dans la région sous mylohyoïdienne. Le plancher buccal est oedématié. La tuméfaction fait corps avec le bord basilaire de la branche horizontale et s'étend dans l'espace sus-hyoïdien latéral pour évoluer vers les téguments cervicaux.

3-2-4 Cellulite sus-mylohyoïdienne

C'est la cellulite du plancher buccal. La tuméfaction est collée à la table interne de la branche horizontale en regard de la dent causale. Le danger primordial est l'obstruction des voies aériennes.

3-2-5 Cellulite temporale

Elle est exceptionnelle de nos jours. Sa complication primordiale est la myosite rétractile du muscle temporal responsable d'une constriction permanente.

3- 4- Diagnostic différentiel

Suivant la région, il faut éliminer :

- un adénophlegmon : masse indépendante de la table osseuse avec atteinte importante de l'état général,

- devant une cellulite génienne basse, il faut penser à une sous-maxillite qui se manifeste par une émission de pus au niveau du canal de Wharton.
- devant une cellulite génienne haute, on peut évoquer une parotidite suppurée : en bouche on note une émission de pus au niveau du canal de Sténon
 - une tumeur maligne ou bénigne,
 - devant une cellulite sous mylohyoïdienne : un kyste congénital sous – mental , dans ce cas l'interrogatoire oriente
- une ostéite maxillaire ou mandibulaire : les images radiographiques sont évocatrices.

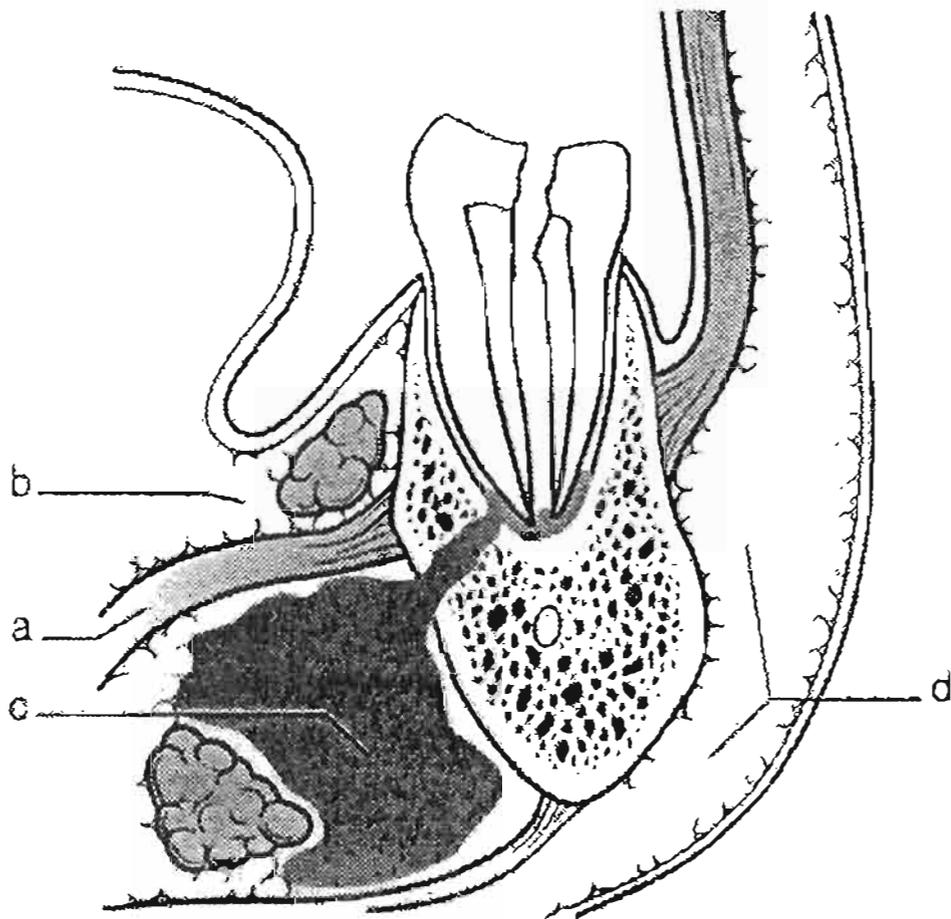


Schéma 6 : Cellulite sous-mylo-hyoïdienne [36]

*a. muscle mylo-hyoïdien b. loge sublinguale c. loge sous-maxillaire
d. fusée sous cutanée [36]*

3- 5- Complications

3-5-1 Les complications aiguës.

3-5-1-1- les cellulites aiguës diffuses [1],[36]

Il s'agit d'une toxi-infection avec souvent production de gaz par les anaérobies, ce qui aggrave les décollements et la nécrose ; l'extension est rapide et profonde.

Signes cliniques :

C'est une véritable urgence, cette forme se caractérise :

- Au plan général par la toxi-infection maligne
- Au plan local par la nécrose tissulaire rapide et massive
 - 5-1-1-1-La toxi-infection maligne [1]

Le début est brutal avec l'installation d'un véritable choc infectieux fait de :

- Fièvre, frissons avec dissociation du pouls et la température,
- Sueurs froides, d'une alternance d'excitation et de somnolence, un faciès pâle associé à une dyspnée à type de polypnée,
- une hypotension avec tendance au collapsus cardio-vasculaire.

En quelques heures apparaissent :

- une diarrhée profuse avec vomissements, une oligurie, un subictère, un faciès infecté (terreux, grisâtre, les lèvres sèches, langue saburrale, les yeux cernés et excavés)
- des signes méningés et pleuro-pulmonaires peuvent se surajouter et le décès peut survenir dans un tableau de choc cardio-vasculaire ou de coma hépatique.

2-L'examen local montre

Au début, une tuméfaction limitée molle non fluctuante et peu douloureuse avec au palper la sensation d'une crépitation gazeuse. Puis la tuméfaction s'étend et devient d'une dureté ligneuse. La peau en regard est tendue, chaude avec des zones nécrotiques.

Le trismus est d' autant plus serré que la dent causale est postérieure.

La suppuration apparaît ensuite.

Les dégâts locaux sont à type de :

- nécrose musculaire et aponévrotique
- thrombophlébite, ostéite
- ulcération d'un vaisseau qui peut entraîner une hémorragie foudroyante

Des tableaux cliniques particuliers peuvent survenir en fonction de la région anatomique de départ de l'infection. Ce sont :

a-Phlegmon du plancher buccal de Gensoul («Ludwig angina» des anglo-saxons)

L'infection à point de départ molaire inférieure gagne les loges sus et sous mylo-hyoïdienne pour s'étendre très rapidement vers la région sous-mentale et le tissu cellulaire centro-lingual.

Sur le plan clinique, elle se traduit en endobuccal par un bourrelet oedémateux plaqué contre la face interne de la mandibule bordant la dent causale. D'abord mou, il devient de plus en plus dur et occupe tout le plancher buccal refoulant la langue en arrière avec :

- un syndrome asphyxique
- une dysphagie

b-Cellulite diffuse faciale

La molaire inférieure est toujours en cause ; la cellulite, d'abord jugal, diffuse rapidement vers la région massétérine et vers la fosse infra temporale.

Son extension cervicale mais surtout endocrânienne conditionne le pronostic.

c-Cellulite diffuse péri-pharyngienne

Elle succède à une infection amygdalienne ou de la dent de sagesse; dyspnée, dysphonie et dysphagie sont présentes. Le pharynx apparaît rouge tuméfié sur toute sa surface; le cou est «proconsulaire». L'extension médiastinale est particulièrement rapide.

5-1-2 L'ostéite

Selon Goga [13], l'ostéite correspond à un processus inflammatoire aigu ou chronique au niveau du tissu conjonctif occupant les espaces de l'os, dû à un agent microbien arrivant à l'os et s'y développant.

Elle se manifeste cliniquement par l'apparition d'une tuméfaction osseuse. La mobilité dentaire est nette en regard de cette tuméfaction. La radiographie montre une décalcification irrégulière.

4-5-2 Complications aiguës à distance

Elles se manifestent: par l'atteinte de l'endocrâne (méningite), du médiastin (médiastinite), de la plèvre (pleurésie), ou du péricarde (péricardite).

5-3 Complications chroniques

5-3-1 Cellulite chronique

Elle se manifeste, par une masse souvent jugale qui ne se résorbe pas, et qui est sous des téguments non modifiés. Elle est également mobile sous les plans profonds. Sa palpation est indolore.

En bouche, dans le vestibule soulevé en regard de la dent causale, il existe une bride fibreuse perçue à la palpation. Elle relie la tuméfaction vestibulaire à la tuméfaction jugale.

L'évolution se fait vers la fistulisation et l'infiltration cutanée.

IV/ TRAITEMENT [7],[39]

Le traitement médico-chirurgical de l'infection associé à celui de sa porte d'entrée est un principe intangible.

4-1 Buts

- Stériliser le foyer infectieux,
- Supprimer la cause.

4-2 Moyens

Ils comportent des moyens médicamenteux, chirurgicaux.

4-2-1- Médicamenteux

- Les antibiotiques (bêtalactamines, imdazolés, macrolides, aminosides, quinolones)
- Les corticoïdes,

- Les antiseptiques (Solution de Dakin, Eau oxygénée)

4-2 –2 Chirurgicaux

- Ils comportent des gestes tels que la ponction évacuatrice , le drainage et l'extraction de la dent causale.

4-3 Indications

4-3- 1 Cellulite suppurée

Il associe un drainage et une antibiothérapie à fortes doses active sur les germes anaérobies On associe le plus souvent une bêtalactamine et un imidazolé par voie orale. La durée du traitement est de 15 jours.

4-3-2 Cellulites diffuses

Il se fait en milieu hospitalier et consiste à corriger l'état de choc infectieux par un remplissage vasculaire adéquat, une rééquilibration hydro-électrolytique . On y associe une antibiothérapie mixte par voie parentérale pendant au moins 15 jours. Le traitement chirurgical consiste essentiellement au drainage qui supprime les conditions d'anaérobiose, et facilite l'injection in situ de solutions antiseptiques.

4-3-3 Cellulites chroniques

On effectue un drainage permanent associé à une antibiothérapie avec antibiogramme.

5-La prévention

Elle consiste à une antibiothérapie systématique lors d'intervention ou de soins bucco-dentaires chez le diabétique, l'éthylique, l'immunodéprimé, le cardiaque, chez tous patients ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire, et également au traitement précoce des caries dentaires.

NOTRE ETUDE

A/ OBJECTIF GENERAL

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire dans le service d' ORL , de chirurgie cervico-faciale et celui d'odonto-stomatologie, et de chirurgie maxillo-faciale du CHU- YO.

B/ OBJECTIFS SPECIFIQUES

1- Etudier le profil épidémiologique des cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire dans le service d'ORL , de chirurgie cervico-faciale et celui d'odonto-stomatologie, et de chirurgie maxillo-faciale du CHU- YO.

2- Décrire les différents aspects cliniques des cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire dans le service d'ORL, de chirurgie cervico-faciale et celui d'odonto-stomatologie, et de chirurgie maxillo-faciale du CHU- YO.

3- Identifier les principaux facteurs favorisant des cellulites cervico-faciales diffuses d'origine bucco-dentaire dans le service d'ORL, de chirurgie cervico-faciale et celui d'odonto-stomatologie, et de chirurgie maxillo-faciale du CHU- YO.

4- Analyser les modalités thérapeutiques des cellulites cervico-faciales diffuses d'origine bucco-dentaire dans le service d'ORL, de chirurgie cervico-faciale et celui d'odonto-stomatologie, et de chirurgie maxillo-faciale du CHU- YO.

METHODOLOGIE

2-1 Cadre d'étude [19 ;20 ;28 ;29 ;30]

2-1-1 Burkina Faso

Le Burkina Faso, ex Haute –Volta, est situé dans la boucle du Niger au centre de l'Afrique de l'Ouest. Pays sahélien, sa superficie est de 274200 km². Il est limité au nord et à l'ouest par le Mali, à l'est par le Niger, au sud par la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, et le Bénin. Sa population était estimée en 1996 à 10 332 798 habitants. Les femmes représentent 51,8% de cette population et les jeunes de moins de 20 ans 45% de la population.

Sur le plan économique, le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés. Classé 172^{ième} sur 175 dans le rapport sur le développement humain durable (1997) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Burkina Faso est un pays enclavé dont l'économie repose sur des activités agro-pastorales. L'agriculture et l'élevage occupent 88% de la population active, pour une contribution de 37,2% au produit intérieur brut (PIB) selon les statistiques de l'INSD de 1998.

A la même période et selon les mêmes sources, le produit national brut (PNB) par tête d'habitant était de 310\$ US, avec 44,5% de la population vivant en dessous du seuil absolu de pauvreté estimé à 41 099 F CFA.

Sur le plan sanitaire, le Burkina Faso compte environ 950 formations sanitaires publiques dont 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et 922 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS). Environ 200 structures sanitaires privées sont établies dans le pays. 6% du budget de l'état est alloué à la santé. Le pays compte 420 médecins (spécialistes et

généralistes confondus). On note une faible fréquentation des services de santé avec un chiffre moyen de 0,2 consultation par habitant et par an.

La situation sanitaire du pays est caractérisée par un niveau de mortalité élevé dont le taux brut général était estimé, en 1996, à 15,2%

2-1-2 Le Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO)

Il constitue avec le Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo Dioulasso et le Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle l'un des centres de référence du Burkina Faso. Le secteur d'influence du CHU YO draine donc toute la ville de Ouagadougou, et reçoit en plus les évacuations des formations sanitaires de toutes les régions voisines.

Il a été construit en 1961; et depuis 1991 il fonctionne sous un régime d'autonomie de gestion. Il comprend 21 services spécialisés.

Notre étude se déroule dans le service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de chirurgie cervico-faciale et dans celui d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

Service d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale

Les locaux :

- 1 bloc opératoire,
- 3 bureaux de médecins
- 2 unités de consultation spécialisée d'infirmiers

- 1 salle de soins pour malades externes
- 1 salle de soins pour malades hospitalisés
- 1 salle d'audiométrie
- 1 salle de garde
- 4 salles d'hospitalisation avec une capacité de 13 lits

Le personnel :

- 3 médecins spécialisés en ORL,
- 10 infirmiers d'état spécialisés en ORL (attachés de santé),
- 2 infirmiers d'état spécialisés en anesthésie-réanimation,
- 1 fille de salle,
- 1 manœuvre.

Service d'odonto -stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale :

Les locaux:

- 2 bureaux de médecin,
- 1 cabinet de consultation pour les médecins spécialistes en chirurgie maxillo-faciale,
- 3 bureaux pour les chirurgiens dentistes,
- 3 cabinets dentaires,
- 1 salle de garde,
- 1 salle des internes,
- 1 salle de soins pour malades hospitalisés (non fonctionnelle au cours de l'étude),
- 4 salles d'hospitalisation (non fonctionnelles au cours de l'étude),
- 1 salle de réunion
- 1 bureau pour le coordonnateur de l'unité de soins,
- 1 secrétariat commun avec le laboratoire (non fonctionnel au cours de l'étude).

Le personnel:

- 2 médecins spécialisés en stomatologie et chirurgie maxillo-faciale,
- 5 chirurgiens dentistes,
- 12 infirmiers d'état spécialisés en odonto-stomatologie,
- 2 filles de salle.

2- Matériels et méthodes

2-1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire dans le service d'ORL, de chirurgie cervico-faciale et celui d'odonto-stomatologie, et de chirurgie maxillo-faciale du CHU- YO.

2-2 Critères d'inclusion :

Tous les patients présentant cliniquement une cellulite cervico-faciale d'origine bucco-dentaire initialement vue à la consultation d'odonto-stomatologie pendant la période du 1/01/1998 au 31/ 12/2002.

Lorsque le traitement requiert une hospitalisation, les patients sont référés dans le service d'ORL et de CCF du CHU– YO pour une meilleure prise en charge.

Tous les patients ne répondant pas à ces critères ont été exclus de notre étude.

2-3 Analyse des données

Nos résultats ont été saisis et analysés sur micro-ordinateur avec le logiciel Epi-info version 6.0.

L'analyse statistique a utilisé le test de Chi² de Pearson. Pour les très petits effectifs, les calculs ont été faits avec la méthode exacte de Fisher. La valeur de $P \leq 0.05$ a été considérée comme significative.

RESULTATS

II/ ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1-1 Fréquence

Durant la période allant du 1/01/1998 au 31/12/2002 nous avons répertorié 6341 patients ayant consulté au service d'odontostomatologie dont 127 cas de cellulites. Soit une fréquence de 2% et une fréquence annuelle de 25.4 cas par an.

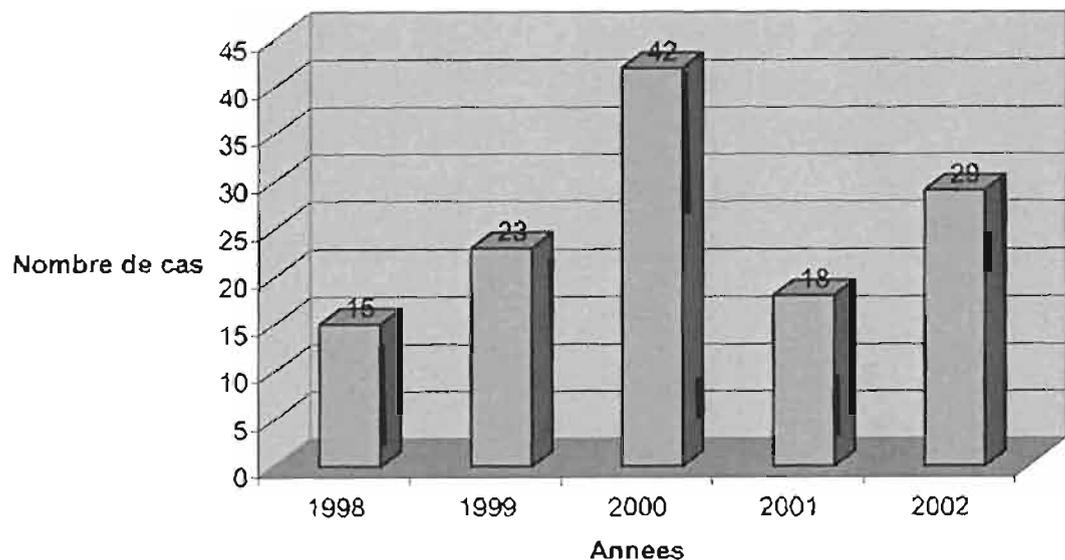


Figure 1: Répartition annuelle des cellulites (n=127)

Sur cet histogramme, on a noté un pic au cours de l'année 2000 avec 42 cas, et secondairement 29 cas en 2002.

1- 2 Age

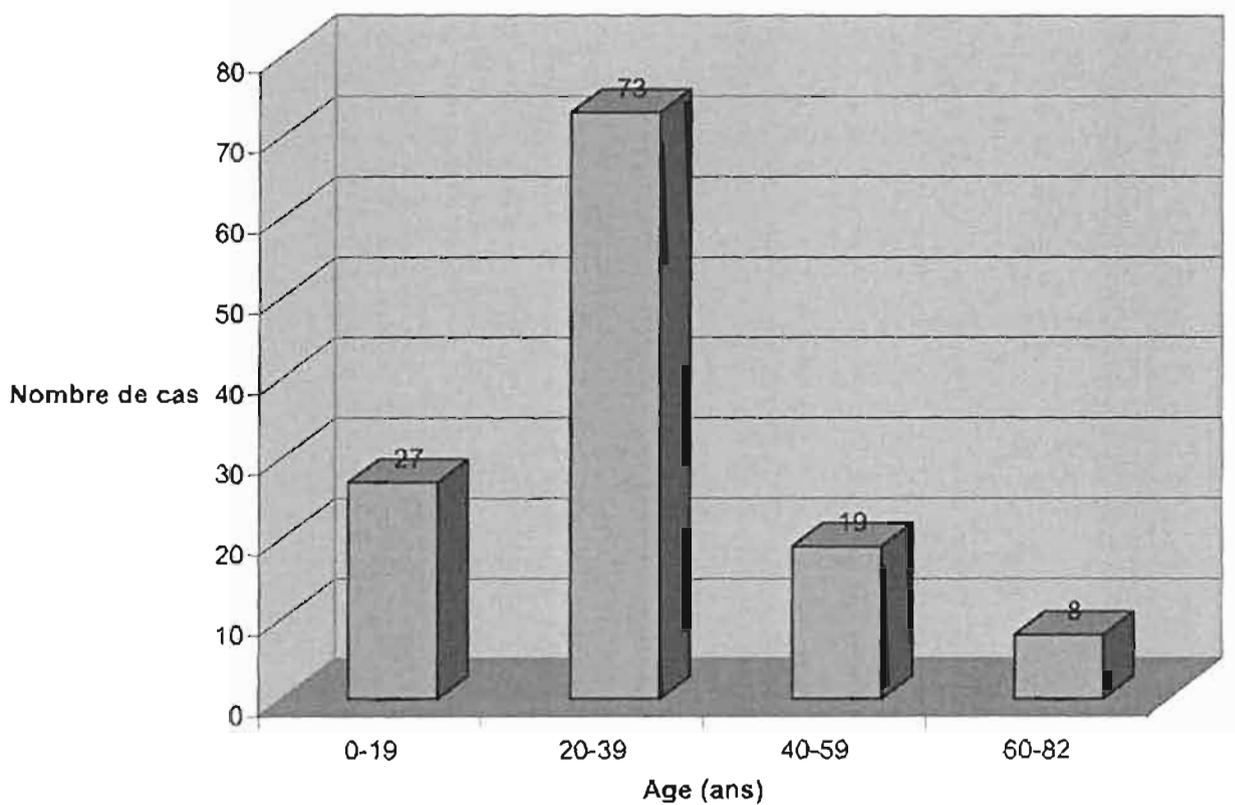


Figure 2: Répartition des cas par tranche d'âge (n=127)

L'âge moyen des malades a été de 29 ans.

Sur les 127 cas de cellulites diagnostiquées, le plus jeune avait un an et le plus âgé 82 ans. Plus de la moitié des malades , 73 patients, soient 57.5% avait entre 20 et 39 ans.

Les patients de la tranche d'âge de 0-19 ans et 40-59 ans étaient respectivement de 27 cas soient 21.3% et de 19 cas soient 15.0%.

Les patients du troisième âge représentaient 6% de notre série.

1-3 Sexe

Dans notre série, on note 72 patients de sexe masculin et 55 patients de sexe féminin soit un sex. ratio de 1.29.

1-4 Répartition des cas selon le sexe et l'âge

Tableau I : Répartition des cas selon le sexe et par tranche d'âge

	Féminin		Masculin	
	Nombre de cas	Pourcentages	Nombre de cas	pourcentages
0-19 ans	11	8.7%	16	12.6%
20-39 ans	29	22.9%	44	34.6%
40-59 ans	10	7.9%	9	7.1%
60-82 ans	5	3.9%	3	2.3%
Total	55	43.4%	72	56.6%

La prédominance masculine est nette parmi les cas de 0- 19 ans et de 20- 39 ans avec un pourcentage cumulé de 47.2 % mais dans les deux dernières tranches d'âge , les femmes sont légèrement plus nombreuses avec un pourcentage cumulé de 11.8 % contre 9.4% pour les hommes.

1- 5 Situation socio-économique

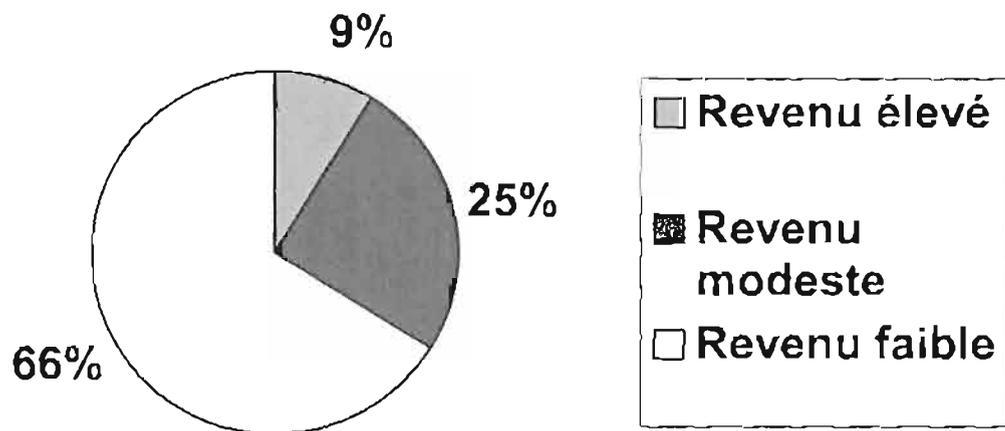


Figure 3 : Répartition des cas selon le niveau socio-économique ($n=119$)

Nous avons divisé le niveau socio- économique en 3 niveaux :

- Revenu élevé = commerçant et salarié du privé
- Revenu modeste = salarié du public, secteur informel, retraité et autres
- Revenu faible = cultivateur, élève/étudiant et ménagère

Les patients à revenu faible (66%) représentent la frange la plus importante de notre échantillon.

Il faut noter que sur les 127 cas, 8 n'avaient pas de profession précisée.

1-6 Etiologies

Nous avons retrouvé 120 cas dont la cause était notifiée ; 107 caries dentaires (89%), 10 causes post-avulsion dentaire (8%), 1 cas de stomatite et 2 cas de parodontopathies.

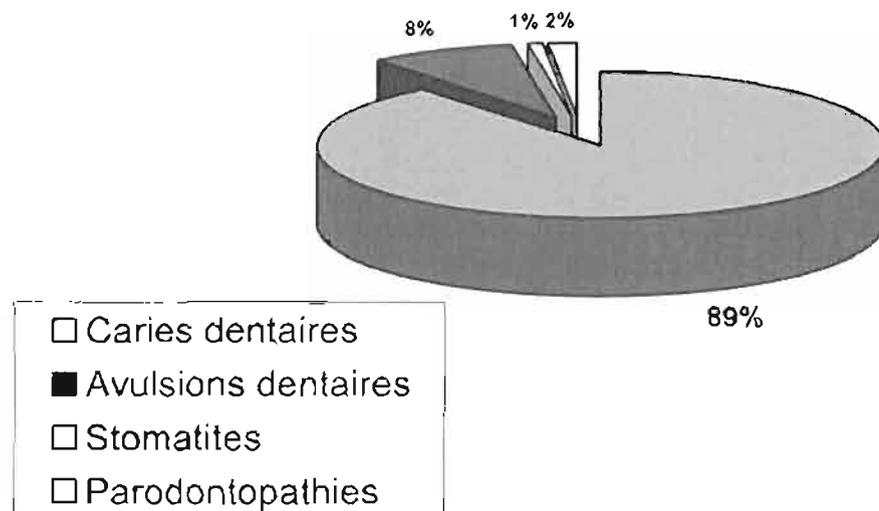


Figure 4 : Etiologies des cellulites cervico-faciales

II / ASPECTS CLINIQUES

2-1 Formes évolutives des cellulites circonscrites

.Tableau II : Répartition des cellulites circonscrites selon le stade clinique

	Cas	Pourcentage
Cellulite séreuse	77	71.2%
Cellulite suppurée	31	28.8%
Totaux	108	100%

Au cours de notre étude , 71.2% des patients ont été vus à un stade non suppuré. Ces patients sont le plus souvent venus d'eux même pour une tuméfaction siégeant au niveau de la face associée souvent à une douleur dentaire.

2-2 Formes topographiques des cellulites circonscrites

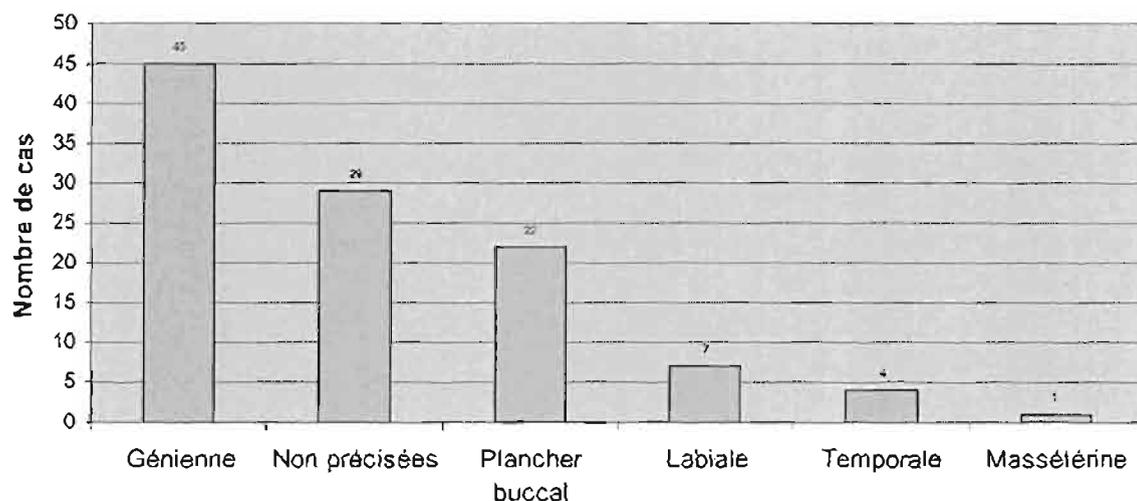


Figure 5 : Distribution des formes topographiques des cellulites circonscrites (n=108)

Dans cet histogramme , on note un nombre élevé de formes géniennes 45 cas soient 42% , suivi de cas dont la topographie ne nous a pas été précisée 29 cas (27%). Les cellulites intéressant le plancher buccal représentent 20% des cas. Nous avons dénombré respectivement 6% et 4% de cellulites labiales et temporales , et un seul cas de cellulite massétérière.



Patient de 32 ans présentant une cellulite génienne basse (à point de départ molaire inférieure) associée à une diffusion sous mentale.

2-3 Les complications des cellulites

Tableau III : Répartition des formes compliquées des cellulites.

		Cas	Pourcentage
Formes communes (cellulites circonscrites)		108	85.2%
Formes compliquée s	Cellulites diffuses	15	11.8%
	Ostéites	3	2.3%
	fistule	1	0.7%
Totaux		127	100%

Dans ce tableau, on note la survenue de complications dans 14.8% des cas, avec 11.8% de cellulites diffuses, 2.3% d'ostéite et 0.7 % de fistule. Ces chiffres dénotent d'une prédominance significative des cellulites diffuses comme étant la principale complication des cellulites.



Patiente de 54 ans présentant une cellulite diffuse avec début de nécrose sur le plan local.

2-3-1 Formes compliquées selon la classe d'âge

Tableau IV : Répartition des formes compliquées selon la classe d'âge

	0 –19 ans	20 – 39 ans	40 – 59 ans	60 –82 ans
Cellulites diffuses	1	6	4	4
Ostéites	0	0	1	2
Fistulisations	0	0	1	0
Totaux	1	6	6	6

Dans ce tableau la survenue des cellulites diffuses est plus fréquente à partir de 20 ans.

En ce qui concerne les cellulites diffuses l'âge moyen est de 44.6 ans.

En utilisant le test de Chi2 on remarque qu'il n'existe pas de différence significative entre la survenue de cellulite diffuse et la tranche d'âge.

2- 3 –2 Formes compliquées selon le sexe

Tableau V : Répartition des formes compliquées selon le sexe

	Masculin	Féminin
Cellulites diffuses	6	9
Ostéites	0	3
Fistulisation	0	1
Totaux	6	13

Ce tableau montre une nette prédominance féminine des formes compliquées avec un sex ratio de 2.16.

En utilisant le test de Chi2 ($p= 0.024$) on note une différence significative entre les deux sexes.

2-4- Relation entre les complications des cellulites et le niveau socio – économique

Tableau VI : Répartition des formes compliquées selon le niveau socio – économique

	Revenu élevé	Revenu moyen	Revenu faible
Cellulites diffuses	2	2	11
Ostéites	0	1	2
Fistulisation	1	0	0
Totaux	3	3	13

Les patients à faible revenu constituent la couche socio – économique la plus concernée dans la survenue des formes compliquées avec 13 cas soient 68.4% , en utilisant le test de Chi2 ($p=0.021$) on note une différence significative entre le niveau socio-économique et la fréquence de survenue des complications.

2-5 Facteurs favorisants et causes des cellulites diffuses

1- Facteurs favorisants

La recherche de facteurs favorisants s'est faite uniquement chez les patients hospitalisés (les cellulites diffuses) où les données de l'interrogatoire étaient consignées dans le dossier.

On a noté une notion de prise d' AINS dans 10 cas sur 15 (66.6%), 1 cas de grossesse, 1 cas de sérologie VIH positive et aucun facteur retrouvé dans 3 cas.

2- Causes des cellulites diffuses

Sur les 15 cas de cellulites diffuses, nous avons eu 11 cas dus à des caries dentaires soient 73.3% des cas, 1 cas post – avulsion dentaire, 1 cas de stomatite avec sérologie VIH positive soit 6.6% chacun et 2 cas où les causes ne nous ont pas été précisées.

III/ MODALITES THERAPEUTIQUES

3-1-1 Traitement étiologique

1-Extraction dentaire

Nous avons répertorié 107 cas de cellulites qui avaient pour origine une carie dentaire et dont le traitement a nécessité une extraction dentaire.

Tableau VII : Distribution des cas ayant bénéficié d'une extraction dentaire

	Cellulite séreuse	Cellulite suppurée	Cellulite Diffuse	Totaux
Extraction Dentaire faite	52 (75.36%)	8 (34.78%)	4 (26.66%)	64
Extraction dentaire non faite	17 (24.64%)	15 (65.22%)	11 (73.34%)	43
Totaux	69 (100%)	23 (100%)	15 (100%)	107

Au cours du traitement des cellulites séreuses, on a effectué une extraction dentaire dans 75.36% des cas ; dans 24.64% des cas il n'y a pas eu de traitement étiologique. En utilisant le test du Chi2 ($p= 0.01$) on note une différence hautement significative entre ces deux proportions.

En ce qui concerne les cellulites suppurées, on a eu recours à une extraction dentaire dans 34.78% des cas et dans 65.22% des autres cas il n' y a pas eu de traitement étiologique. Cette différence n'est pas statistiquement significative mais montre néanmoins que de nombreux cas de cellulites suppurées d'apparence banale n'ont pas bénéficié d'une extraction dentaire qui correspond à la première étape du traitement étiologique. La majorité des cellulites diffuses (11 cas sur 15) n'ont pas bénéficié d'une extraction dentaire.

1-2 Cas particulier des cellulites diffuses

Dans notre étude, en ce qui concerne les cellulites diffuses, la voie parentérale a été utilisée dans tous les cas. Dans 12 cas nous retrouvons une double association dont 10 cas pénicilline + métronidazole , et 2 cas Pénicilline +Macrolide. Par contre dans 2 et 1 cas, les pénicillines et les macrolides sont respectivement utilisés en monothérapie.

Le traitement étiologique a consisté dans 7 cas sur 15 en une incision, un drainage et un prélèvement de pus, dans les 8 autres cas le type de traitement n'a pas été mentionné dans le dossier.

2- Hospitalisation

Sur les 127 cas de notre série, 15 patients ont été hospitalisé, tous des cas de cellulite diffuse. Elle a varié entre 1 jour (décédé) et 64 jours avec une moyenne de 16.4 jours.

3-Mortalité

Nous avons eu 5 décès dont 1 cas de cellulite circonscrite + tumeur du plancher buccal ; et 4 cas de cellulites diffuses soit un taux de mortalité de 26.6%. Parmi les causes de décès il y'a eu 3 cas de choc septique, 1 cas de médiastinite.

COMMENTAIRES

I/ Limites de l'étude

Elles sont liées au type de l'étude : rétrospective, en effet nous avons procédé à une collecte des données dans le registre de consultation en odonto- stomatologie et également dans les dossiers médicaux pour les malades qui ont été hospitalisés. La mauvaise tenue du registre de consultation en odonto – stomatologie ne nous a pas permis de recueillir certaines informations cliniques chez certains de nos malades. Dans notre étude nous avons eu un nombre élevé de perdus de vue à cause du non respect des rendez de vous pour contrôle post-thérapeutique.

Un aspect (antibiothérapie) des modalités thérapeutiques n' a été étudié uniquement que chez les malades ayant bénéficié d'une hospitalisation.

II / ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

2 – 1 Fréquence

Au cours de notre étude, nous avons obtenu une fréquence de 25.4 cas par an.

Romain. et coll.[44] à Reims à propos de 118 cas ont observé une fréquence de 23.6 cas par an sur une période de cinq ans.

Ngapeth- Etoundi et coll. [31] à Yaoundé à propos de 161 cas ont retrouvé une fréquence annuelle de 53.66 cas sur une période de trois ans.

Rose et coll. à Lille [45] ont répertorié 184 cas sur une période de deux ans soit une moyenne de 92 cas par an.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Romain et coll.[44] Dans notre contexte cette faible fréquence hospitalière pourrait s'expliquer par le fait que certains patients sont pris en charge directement dans les structures de santé périphériques auprès des attachés en odonto- stomatologie et des chirurgiens dentistes.

La fréquence élevée rencontrée par Ngapeth – Etoundi et coll.[31], et Rose et coll.[45] serait liée au système de référence de ces pays où les pathologies bucco-dentaires sont pris en charge directement dans des services spécialisés.

1-2 Age et sexe

Dans notre série, l'âge moyen de nos malades est de 29 ans avec un pic de la classe d'âge de 20-39 ans.

Gadegbeku et Sery B. et coll. [42] à Abidjan à propos de 276 cas et Ngapeth et coll.[31] à Yaoundé font les mêmes constatations en ce qui concerne la classe d'âge. Rose et coll. à Lille situent l'âge moyen à 21 ans, alors que pour Romain et coll. [44] à Reims, elle est de 31 ans.

Ce phénomène de pic à cette tranche d'âge pourrait être lié à la survenue fréquente des accidents d'évolution de la dent de sagesse au cours de cette période de la vie, et également à la longue évolution des caries dentaires qui débutent souvent depuis l'enfance sans être traitées ou mal traitées.

Nos résultats montrent une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.59.

Romain et coll.[44] à Reims retrouvent une prédominance masculine dans environ 2/3 des cas.

Rose et coll.[45] à Lille retrouvent une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 1.8.

Romain [44] évoque une meilleure réponse immunitaire chez la femme. Mais dans notre contexte il pourrait s'agir de la forte dépendance financière des femmes vis à vis des hommes, et donc elles consultent beaucoup moins que les hommes. La jeune femme pour des raisons de coquetterie s'occupe plus de son hygiène corporelle en général et bucco-dentaire particulièrement.

Dans les deux dernières tranches d'âge, on note une légère prédominance féminine qui serait peut être due à leur prédominance dans les tranches d'âge élevé de notre population.

1-3 Niveau socio-économique

Dans notre étude, 62% des patients sont à revenu faible. Ngapeth-Etoundi. P. et coll. [31] à Yaoundé trouvent une prédominance (59 %) des élèves et étudiants, ceci conforte nos constats car nous avons inclus les élèves et étudiants dans la couche socio-économique à revenu faible.

Il en est de même pour Gadegbeku et coll qui, à propos de 407 cas colligés à Abidjan, dénombrent 62% des patients à revenu faible (50000FCFA/ mois).

Kpemissi. et coll. [23] à Lomé à propos de 26 cas de cellulites cervico-faciales diffuses constatent que 65.38% des patients sont issus de la classe socio-économique nécessiteuse.

Ceci s'expliquerait essentiellement par le fait que la plupart de ces patients ont une mauvaise hygiène bucco-dentaire et manquent de moyens financiers pour prendre en charge précocement des pathologies bucco-dentaires d'allure bénigne au départ. Cette fréquence des cellulites dans ces milieux s'explique aussi par la consultation tardive des patients. En

effet, ceux-ci se ne rendent à l'hôpital que lorsque la tradithérapie s'est avérée inefficace et devant l'aggravation de la maladie.

1-4 Etiologies

Notre étude a rapporté 89% de caries dentaires.

Gadegbeku et coll. [42] à Abidjan à propos de 276 cas rapportent 91%.

Chez Rose et coll. [45] elle est de 95%.

La fréquence particulièrement élevée des caries dentaires est retrouvée chez la plupart des auteurs, et dénote une fois de plus de l'intérêt du traitement précoce des caries.

Ngapeth-Etoundi. P et coll.[31] avec 161 cas placent les parodontopathies au deuxième rang avec 13.66%.

Merle J.C. et coll. [27] à propos de 17 cas à Créteil placent les avulsions dentaires en deuxième position avec 23%.

Dans notre série les causes post-traumatiques représentent la deuxième cause (8%).

Il s'agit le plus souvent de gestes iatrogènes faits le plus souvent en milieu septique.

Avec les progrès de l'anesthésie, l'extraction dentaire est devenue de nos jours un geste banal mais qui doit comporter beaucoup de précautions pour éviter les complications infectieuses.

Dans notre étude, nous avons retrouvé 2% de cas de parodontopathies. Cette faible fréquence pourrait s'expliquer par le fait que les parodontopathies sont de diagnostic souvent difficile.

II / ASPECTS CLINIQUES

2-1 Formes cliniques des cellulites circonscrites selon le stade évolutif

Dans notre série, nous avons reçu 28. 87% de nos patients au stade suppuré.

Ngapeth- Etoundi. M. et coll.[31], à propos de 161 cas, retrouvent 54% de cellulites suppurées tandis que Romain et coll.[44] en observent 79,66%.

Cette faible fréquence des cellulites suppurées pourrait s'expliquer par le fait que les cellulites séreuses constituent le premier stade de la maladie et, sont très souvent accompagnées de douleurs dentaires, ce qui amène le malade à consulter rapidement .

Le pourcentage particulièrement élevé des cellulites suppurées dans l'étude de Romain pourrait être lié au type de recrutement (prospectif) utilisé par cet auteur.

2-2 Formes topographiques des cellulites circonscrites

En ce qui concerne ces formes, les tuméfactions géniennes représentent 42% des cas , tandis que les tuméfactions intéressant le plancher buccal occupent 20%.

Azaies et coll. [2] à propos de 32 cas de cellulites circonscrites dans la région de Monastir en Tunisie retrouvent 52.5 % de formes géniennes et 17.6% de formes vestibulaires.

Le faible effectif de l'étude d'Azaies [2] ne nous permet pas de superposer les deux résultats mais permet néanmoins d'affirmer la prédominance des formes géniennes. Cette prédominance serait liée

aux rapports anatomiques entre les dents causales (plus souvent des prémolaires ou des molaires) et la région génienne.

2-3 Formes compliquées des cellulites

Romain . P et coll.[44] à Reims retrouvent 11% de cellulites diffuses.

Rose et coll. à Lille [45] sur 184 patients étudiés en deux ans retrouvent 20 cas de cellulites diffuses soient une fréquence de 10.86%.

Par contre Ngapeth - Etoundi . M . et coll. [31] constatent quant à eux 33% de cellulites diffuses, 5% d'ostéites et 3% de fistules.

Dans notre casuistique, nous observons 11.8 % de cellulites diffuses, ce qui corrobore avec ceux de Romain et de Rose [44] , [45].

La faible fréquence des cas de fistules (0.7%) est liée au fait que ces malades sont perdus de vue du fait de la disparition de la symptomatologie aiguë ; il en est de même pour les ostéites (2.3%). En Afrique, «quand ça va» on ne vient pas à l'hôpital. En effet, Ouoba et coll. [32] à Ouaga à propos de 25 cas d'ostéites maxillaires disaient ceci:«... l'épisode aigu passé, les malades ne viennent consulter que lorsqu'ils ont la main forcée, par exemple lorsque s'installe une suppuration malodorante,intarissable,nauséabonde.»

2-3-1 Distribution des cellulites diffuses selon la classe d'âge et le sexe

En ce qui concerne les cellulites diffuses, Kpemissi et coll. [23] à propos de 26 cas de cellulites diffuses à Lomé observent la prédominance de la tranche d'âge de 21 - 40 ans soit 53.85%.avec un âge moyen de 28 ans. Pignat J.C. et coll. [37] en France se rapprochent de cette tranche entre 21 -39 ans. Levasseur . Ph. et coll.[25] en France la rapportent entre 22 et 31 ans.

Ngapeth - Etoundi . et coll. [31] observent 50.87% des cellulites diffuses dans la tranche de 20 à 29 ans.

Dans notre série, nous retrouvons 40% des cellulites diffuses dans la classe des 20-39 ans avec un âge moyen de 44.6 ans.

L'âge moyen des cellulites diffuses dans les différentes séries est variable : 35 ans pour Romain et coll. [44] à propos de 13 cas, 28 ans pour Baron et coll.[4] à propos de 4 observations, et 46 ans pour Jézéquel [21] et Ennouri. [8] à propos respectivement de 6 et 20 cas.

Potard G et coll.[40] à Brest à propos de 13 cas retrouvent une moyenne de 51 ans.

Dans notre étude, nous remarquons que les cellulites diffuses sont plus fréquentes chez les sujets âgés, ceci pourrait être favorisé par une baisse des défenses immunitaires liée à l'âge et la longue évolution des caries dentaires qui sont le plus souvent négligées chez ces patients.

En ce qui concerne la répartition par le sexe des cellulites diffuses, Ennouri A et coll.[8] à Tunis à propos de 20 cas de cellulites diffuses constatent 80% d'hommes tandis que Kpemissi et coll. [23] rapportent une prédominance féminine à 58%.

Dans notre série nous avons retrouvé 9 cas de cellulites diffuses parmi les femmes sur 15 cas soit une fréquence de 60%.

Cette prédominance féminine dans les cellulites diffuses pourrait s'expliquer par le fait que les femmes consultent beaucoup moins pour des pathologies bucco-dentaires d'apparence banale ; par ailleurs nous nous accordons avec le PNUD pour dire que l'incidence de la pauvreté sur la fréquentation des structures sanitaires est plus accentuée chez les femmes que chez les hommes [29]

Le manque de pouvoir décisionnel, la pauvreté et le non contrôle des richesses expliqueraient ce retard de consultation à l'origine de complications graves telles que les cellulites diffuses.

2-3-2- Répartition des formes compliquées selon le niveau socio-économique.

Kpemissi et coll. [23] à Lomé trouvent que 65.38% des patients sont issus de la classe socio-économique nécessiteuse.

Dans notre étude, les patients à faible revenu sont concernés dans 68.4% des cas, la classe de niveau de vie moyen est peu intéressée : 2 cas, soit 13.33%.

Le bas niveau économique semble influencer la survenue de complications. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les patients à faible revenu consultent tardivement dans les structures sanitaires. En effet Ngapeth-Etoundi et coll. [31] à Yaoundé attribuent 55.90% des causes de consultations tardives à des mauvaises conditions socio-économiques.

2-3-3 - Facteurs favorisants

Au cours de notre étude nous avons eu 15 patients (tous des cellulites diffuses) dont le traitement nécessitait une hospitalisation. Nous avons retrouvé une notion de prise d'AINS dans 10 cas soit 66.6% des cas, 1 cas de grossesse et de sérologie rétrovirale positive soit 6.7% chacun et 3 cas où aucun facteur n'a été retrouvé (20%)

Merle. J.C et coll. [27] à Reims à propos de 17 cas de cellulites diffuses d'origine dentaire retrouvent 13 patients qui avaient reçu des AINS.

Kpemissi au Togo [23] retrouve la grossesse dans 2 des cas soit 7.69% , la séropositivité dans 1 seul cas soit 3.84% , dans les 20 autres cas il ne retrouve pas de facteurs favorisants..

Bado. F. et coll.[3] à Paris , à propos de 15 cas de cellulites cervicales diffuses , observent chez 8 patients une notion de prise d'AINS, dans 2 cas un diabète.

Par contre la notion de prise d' AINS est notée plus occasionnellement par Guérin J.M. et coll.[16], et également par Rimaillho A et coll.[43].

Notre étude, tout comme celle de Merle [26], Bado [3],montre que les AINS peuvent être incriminés comme facteur favorisant la survenue de cellulites diffuses. En effet, des études menées in vitro par Peltier A. et coll. [34] et Saalberg et coll.[47] rapportent une action inhibitrice des AINS sur les fonctions (phagocytose , diapédèse) des granulocytes. Les AINS provoquent ainsi une accélération et une aggravation de l'évolution du processus infectieux chez un certain nombre de patients présentant une pathologie dentaire potentiellement septique. En effet, ces AINS ont aussi une action antalgique, soulageant ainsi les patients souffrant d'une pulpite ou d'une desmodontite par exemple. Les AINS,en inhibant la cyclo-oxygénase, empêchent la libération de prostaglandine et donc diminuent l'immunité.

La grossesse induit une baisse de l'immunité et en cela favorise la survenue du processus infectieux.

La faible fréquence des cas de sérologie rétrovirale positive peut s'expliquer par le fait que cet examen n'a pas été demandé systématiquement dans tous les cas de cellulites diffuses.

Le manque de chiffres glycémiques dans les dossiers ne nous a pas permis d'incriminer le diabète.

Il faut noter que la littérature rapporte d'autres associations qui peuvent être considérées comme des états favorisant les cellulites:ce sont l'alcoolisme, l'aplasie médullaire, la toxicomanie, une néoplasie, l'insuffisance rénale, un état de dénutrition.

MODALITES THERAPEUTIQUES

1- Traitement étiologique

1-1 Extraction dentaire

Au cours de notre étude, dans 65.8% des cas des cellulites suppurées n'ont pas bénéficié d'une extraction dentaire. Cette différence n'est pas statistiquement significative, mais montre néanmoins que de nombreux cas de cellulites suppurées d'apparence banale n'ont pas bénéficié d'une extraction dentaire qui correspond à la première étape du traitement étiologique.

Il en est de même pour les cellulites diffuses où 73.3% des cas n'ont pas bénéficié d'une extraction dentaire.

1-2 Traitement antibiotique

Dans notre série, dans 10 cas sur 15 soit 66.6 % des cas une double association pénicilline + métronidazol a été instaurée, dans 2 cas sur 15 soit 13.3 % des cas c'était une association pénicilline + macrolide, et dans 2 et 1 cas nous avons eu l'utilisation en monothérapie, respectivement, de la pénicilline et des macrolides.

Kpemissi et coll. [23] ont institué dans 18 cas sur 26 soit 69.2% des cas une double association bêta – lactamine + aminoside, et dans 8 cas soit 30.8 % des cas une bêta-lactamine , un aminoside et un métronidazole.

Potard G et coll. [40] à Brest ont effectué une antibiothérapie probabiliste à large spectre qui a été modifiée après les résultats des cultures bactériologiques.

Dans notre étude, les examens bactériologiques n'ont pas été faits mais l'attitude thérapeutique a été plus guidée par les données de l'examen clinique.

Une double association pénicilline + métronidazole a été préconisée dans 66.6% des cas contrairement à Kpemissi [23] qui a favorisé l'association bêta-lactamine + aminoside dans 69.2% des cas.

Notre stratégie est celle qui a été majoritairement préconisée dans la littérature (Romain et coll.[44]; Géhanno et coll.[13].; Verdalle et coll.[48]).

Par contre Pignat et coll.[37] conseillent l'association de principe d'un aminoside en raison de la présence quasi constante de germes aérobies à gram négatif.

L'utilisation en monothérapie de la pénicilline , et des macrolides n'a pas été retrouvé dans la littérature.

La durée de l'antibiothérapie fut pour la plupart de nos patients équivalente à la durée d'hospitalisation; dans la littérature, elle est mal codifiée, elle est le plus souvent en fonction de l'évolution loco-régionale.

2- Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical a consisté dans 7 cas sur 15 en une incision, un drainage et un prélèvement de pus, dans les 8 autres cas le type de traitement n'a pas été mentionné dans le dossier.

L'évacuation chirurgicale des collections suppurées, la mise en place d'un drainage efficace ont été dans 7 cas sur 15 soit 46.6 % des cas un complément indispensable au traitement médical. Ce faible pourcentage de l'acte chirurgical se traduit uniquement par le fait que certains actes n'ont pas été consignés dans les dossiers. Kpemissi et coll. [23] ont mené des actes chirurgicaux sus cités dans 96.15% des cas. Pour

Verdalle et coll.[48] seule la chirurgie permet de traiter avec succès cette pathologie.

Tous les auteurs (Kpemissi [23], Peron [36],Frachet [11], Verdalle [48])sont unanimes pour souligner le rôle de l'acte chirurgical.

3- Durée d'hospitalisation des cellulites diffuses

Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 16.4 jours.

Dans l'étude de Romain et coll. [44] à Reims à propos de 11 cas, elle a été de 7.7 jours.

Cette différence pourrait s'expliquer par la difficulté de prise en charge des malades liée à un manque de moyens humains et techniques dans le service d'ORL (au cours de l'étude le service ne disposait que de 3 médecins ORL).

La lourdeur du traitement impliquait une prise en charge hospitalière plus longue.

4-Mortalité liée aux cellulites diffuses

Kpemissi et coll.[23] à propos de 26 cas de cellulites diffuses en 1989 déplorent 11% de décès (dont 2 cas de choc septique et 1 cas d'anémie grave).

Géhanno et coll. [12] à propos de 10 cas de cellulites diffuses retrouvent un taux de mortalité de 40%.

Dans notre série nous observons un taux de mortalité de 26.4% (4 décès dont 3 par choc septique et 1 par médiastinite). Coche et coll. [5] en 1988 rapportent un décès sur 3 cas de médiastinites odontogéniques.

Cette lourde mortalité serait favorisée par la faiblesse de moyens financiers de ces patients qui sont presque tous issus de la catégorie socio-professionnelle à revenu faible. En effet, une antibiothérapie par voie

parentérale , précoce et à large spectre aurait pu éviter la survenue de chocs septiques.

La deuxième raison serait le manque de moyens matériels permettant de prendre en charge les cas de médiastinite dans notre service d'étude. Alors que Bado et coll. [2] à Paris (dans une unité de réanimation chirurgicale) à propos de 15 cas de cellulites diffuses ont observé 10 cas d'extension médiastinale mais sans décès.

CONCLUSION

Notre étude rétrospective a eu pour but d'apporter une contribution quant aux aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire au CHU – YO.

Cette étude sur une période de cinq ans nous a permis d'aboutir aux conclusions suivantes:

- les cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire, malgré leur fréquence peu élevée en consultation odonto – stomatologique au CHU – YO (25.4 cas/an)), restent une affection grave par la survenue fréquente des complications (14.8% des cas);
- la classe d'âge de 20- 39 ans constitue la tranche la plus concernée avec 57.5% des cas,et une prédominance masculine (sex- ratio = 1.29)
- le faible niveau socio – économique des malades semble être un facteur déterminant dans la survenue des cellulites car 62% des patients sont à revenu faible ;
- les caries dentaires représentent la cause la plus fréquente des cellulites cervico-faciales avec 89% des cas ;
- les cellulites diffuses constituent leurs principales complications: 11.8% des cas contre 3% d'ostéites et 0.7% de fistules ;elles semblent être l'apanage du sujet âgé (44.6 ans de moyenne d'âge) et de la femme (sex-ratio de 1.5);
- la notion de prise d'AINS constitue le facteur de risque le plus retrouvé (10 cas sur 15) dans la génèse des cellulites diffuses;
- la durée moyenne d'hospitalisation des cellulites diffuses a été de 16.4 jours
- le taux de mortalité des cellulites diffuses est de 26.6% le plus souvent lié à des chocs septiques (3 décès sur 4).

La porte d'entrée étant essentiellement dentaire, l'espoir de voir reculer cette affection aux complications redoutables, repose sur une intensification de la politique de santé bucco-dentaire dans notre pays.

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, nous proposons :

1) Aux populations :

- Participer aux campagnes de sensibilisation en matière d'hygiène bucco-dentaire
- Insister sur l'intérêt d'une consultation précoce en matière d'infection bucco- dentaire*
- Eviter l'automédication intempestive qui peut compliquer une maladie évolutive

2) Aux personnels de santé

- Sensibiliser les étudiants en médecine à une meilleure rédaction des registres de consultation et des dossiers d'hospitalisation afin qu'ils puissent être des documents exploitables et fiables.
- Référer rapidement les patients ayants des affections bucco-dentaires pour un avis spécialisé.
- Une collaboration plus étroite entre les médecins ORL et stomatologiste.

3) Aux autorités politiques

- Impliquer davantage les leaders d' opinion (chefs de village, instituteurs) dans la promotion de l'hygiène bucco-dentaire.
- Assurer une prise en charge gratuite des soins d'urgence aux malades indigents
- Renforcer le plateau technique du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) **Achard (J-L).**
Révision accélérée en odonto-stomatologie.
Edition Maloine 1988 p51-54
- 2) **Azaiez. (F), Besbes (M), Douss (D), Douss (L).**
Les cellulites circonscrites d'origine dentaire
Maghreb médical 1997 ; 310 p33-4
- 3) **Bado (F), Fleuridas (G).**
Cellulites cervicales diffuses, à propos de 15 cas.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 1997;98 (4):266-8.
- 4) **Baron (D), Malinge (M).**
Gangrènes gazeuses à point de départ dentaire. A propos de 4 observations.
Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.,1981 ;82(6) :366-9.
- 5) **Coche (G), Weiler (S), Clément (F), Boillot (A).**
Médiastinites à germes odontogènes. A propos de 3 cas.
Ann.Radiol 1988 ; 31 :213-28
- 6) **Couly (G).**
Anatomie topographique maxillo-faciale.
Encyclopédie Med- Chir, Stomatologie, 1978.
- 7) **Dechaume (M).**
Complications cellulaires des infections dentaires et péri-dentaires.
Précis de Stomatologie,Paris: Masson,1966, 323-2.
- 8) **Ennouri (A) , Bouzouaia (N).**
Cellulite cervico-faciale : A propos de 20 cas.
Tunis Médical :1991 ;69(8-9) : pp 459-62.

- 9) **Fave (A).**
Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire.
Encyclopédie Méd- Chir. 1966, n°22033 A 10.
- 10) **Finegold (S M).**
L'antibiothérapie des infections à anaérobies.
Tempo Médical, 1981, 89, 47-65.
- 11) **Frachet (B), Pialorex (P).**
Anaérobies en ORL et chirurgie cervico-faciale.
Masson Edit (Paris), 419-421.
- 12) **Gehanno (P), Lacau (St-G).**
Les cellulites cervicales à germes anaérobies. A propos
de 10 cas.
Annales Otolaryngol 1982; (99): 41-6.
- 13) **Goga (D)., Maxant (Ph)., Robie (A).**
Les ostéites des maxillaires.
EMC Paris, 9-1988, 22062D10
- 14) **Goldmann (P)**
Métronidazole.
N Engl. J. Med , 1980, (21), 1212-1218.
- 15) **Granthil (G), Raoult (D).**
Cellulite de la face d'origine bucco-dentaire.
Ann Fran Anesth Réanim. 1984 ;(3), 47-48.
- 16) **Guérin (JM), Laurent (C).**
Cellulite faciale et thrombophlébite septique du sinus
caverneux à point de départ dentaire.
Revue médecine interne 1981;(8): 416-8.
- 17) **Guittard (P), Ducasse (JL).**
Médiastinites à anaérobies odontogéniques.
Ann fran Anesth Réanim. 1984;(3): 216-8.

- 18) **Gadegbeku (S)., Crézoit (G)., Aka (G), Ouattara (B).**
Cellulites et phlegmons maxillo-faciaux graves en milieu africain.
Revue du COSA-CMF, Vol 2,n°2,1995
- 19) **Hould (R).**
Histologie descriptive et éléments d'histopathologie.
Paris : Maloine , 1982, - 303p.
- 20) **Institut national de la statistique et de la démographie (INSD).**
Analyse des résultats de l'enquête démographique 1991. Juillet 1995
- 21) **Institut national de la statistique et de la démographie (INSD).**
Enquête démographique et de santé 1998/1999.
- 22) **Jezequel (J A), Miossec (A).**
Cellulites et gangrènes gazeuses cervico-faciales. A propos de six observations.
Revue Laryng,1985,(106) ;2, 97-102.
- 23) **Kpemissi (E).**
Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire et buccale : étude de 26 cas au CHU de Lomé.
Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie 1995 ;(116), 3, 195-197.
- 24) **Levasseur (Ph), Dartevelle.**
Complications pleuro-médiastinales des phlegmons cervicaux à germes anaérobies d'origine dentaire en ORL.
Ann.Chir.Thorac.Cardio-Vascul.1984.
- 25) **Mathieu (D), Nevière (R).**
Cervical necrotizing fasciitis :clinical manifestations and management.
Clin. Infect. Dis.,1995 ;(21): 51-56.

- 26) **Merle (J-C), Guérin (P).**
Cellulites cervico-faciales odontogéniques.
Journal Européen des urgences, 1995 (8),1, 14-19.
- 27) **Ministère de l'économie et des finance/INSD.**
Pauvreté et santé au Burkina Faso. Mars 1997
- 28) **Ministère de l'économie et des finances/INSD.**
Education et pauvreté au Burkina Faso. Février 1997.
- 29) **Ministère de la santé/INSD.**
- « Annuaire statistique/santé ». Année 2000.
- 30) **Moncada (R) , Warpeha (R).**
Mediastinitis from odontogenic and deep cervical infection.
Anatomic pathways of propagation.
Chest 1978;(73):487-500.
- 31) **Ngapeth-Etoundi (M), Itoua (E).**
Complications infectieuses et périodontaires observées à l'hôpital central de Yaoundé(à propos de 161 cas).
Odonto-stomatologie tropicale 2001,(3) p32-8.
- 32) **Ouoba (K), Ouédraogo Annette, Dao (O.M), Kabré (M).**
Les ostéites des maxillaires : notre expérience à propos de 25 observations du CHU de Ouagadougou.
Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (2) p4
- 33) **Pearse (HE).**
Mediastinitis following cervical suppuration.
Annal of surgery 1938; 108: 588-611.
- 34) **Peltier (AP).**
Physiopathologie de l'inflammation et implications pour l'utilisation et les perspectives d'avenir des AINS.
Revue Praticien, 1987 ;37 : 2463-9.

- 35) Penet (O).**
Les cellulites à anaérobies dans la pathologie cervico-faciale.
Thèse med Lyon ,1982,438.
- 36) .Peron (J M), Mangez (J F).**
Cellulites et fistules d'origine dentaire.
EMC Stomatologie,22-033- A10, 2002; 14p.
- 37) Pignat (J.C), Penet (O).**
Données actuelles sur les cellulites cervicales à anaérobies.
Journal Français d'ORL,1983 ;(32) ,6, 363-366.
- 38) Pons (J), Pasturel (A).**
Cellulites d'origine dentaire.
EMC Stomatologie, Paris, n°22033, 1977,A10.
- 39) Pons (J).**
Les cellulites faciales aiguës diffuses.
Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac.,1985,(86),353-9.
- 40) Portard (G), Marianowsky (R).**
Cellulites de la face et du cou :A propos de 13 cas :
Journal Français d'ORL, 1977 ; (49),6, 325-327.
- 41) Rakotoson (T).**
Cellulites circonscrites et diffuses d'origine infectieuses dentaires.
Thèse chir dentaire 1990. Université de Nancy.
- 42) Rapports des 7è journées médicales d'Abidjan en 1989.**
Med Af Noire. 1990,(37);10.
- 43) Rimailho (A), Riou (B).**
Fulminant necrotizing fasciitis and non steroidal anti-inflammatory drugs.
Journal of infectious diseases 1987;155:143-6.
- 44) Romain (P) , Schmidt (P).**
Gangrenous cervico-facial of dental origin. A propos de 11 cas.
Rev.Stomatol.Chir.Maxillofac.1989 ;(90),6 : 428-37.

- 45) Rose (C) , Tellion (C).**
Les cellulites faciales graves diffuses.
Rev.Stomatol.Chir.Max-fac., 1997;(98),4:269-271.
- 46) Rouvière (H).**
Anatomie humaine descriptive,topographique et fonctionnelle.
Tome III (Tête et Cou)
- 47) Salberg (CO).**
Influence of phenylbentazone on leucocytes chemiluminescence
and function.
Acta. Path. Microb. Immunol. Scand. 1978;86:165-71.
- 48) Verdalle (PB), Roquet (E).**
Les cellulites cervico-médiastinales nécrosantes. A propos de 3
cas.
Ann.Otolaryngol.Chir.Cervicofac,1997 ;114:302-9.
- 49) Vuillecard (E), Hervé (V).**
Cellulites diffuses gangréneuses cervico-faciales à point de départ
stomatologique chez 7 patients infectés par le HIV.
Rev. stomatol. Chir. Maxillofac. 1989; 90: 268-73.
- 50) Whitesides (L), Cotto-Cumba (C).**
Cervical necrotizing fasciite of odontogenic origin: a case report and
review of 12 cases.
Journal of Oral Maxillofac Surgery 2000.

ANNEXES

FICHE DE COLLECTE

N° / _ / _ / _ /

I/ ETAT CIVIL

Age : Sexe : Profession :
Provenance :

II/ ETIOLOGIES

- Causes dentaires : / _ / (préciser la dent en cause...)
- Parodontopathie : / _ /
- Causes traumatiques : / _ /
- Autres : / _ /

III/ FACTEURS FAVORISANTS

- Diabète : / _ /
- Prise d'AINS : / _ /
- Grossesse / _ /
- SIDA / _ /
- Aucune / _ /

IV/ FORMES CLINIQUES

- cellulite séreuse : / _ /
- cellulite suppurée : / _ /

VI/ FORMES TOPOGRAPHIQUES

Plancher buccal :

Sus-MyloHyoïdienne / _ /

Sous-Mylohyoïdienne / _ /

Temporale / _ /

Génienne :

Haute / _ /

Basse / _ /

Labiale :

Supérieure / _ /

Inférieure / _ /

Autres : / _ /

Non précisées : / _ /

VI/ TRAITEMENT

1) Traitement local

- incision /_/_
- drainage /_/_
- lavage ou irrigation /_/_
- extraction dentaire : /_/_
- autres: /_/_ (préciser ...)

2) Traitement médicamenteux

- Antibiothérapie
 - Bêtalactamine : /_/_
 - Macrolides : /_/_
 - Métronidazole : /_/_
 - Autres : /_/_
- Anti-inflammatoires :
 - AINS : /_/_
 - Corticoïdes : /_/_
- Autres : /_/_ (préciser ...)

VII/ EVOLUTION

Guérison : Oui /_/_ Non /_/_

Complications :

- ostéites /_/_
- fistulisation /_/_
- cellulites diffuses /_/_
- autres /_/_ (préciser...)

Décès : Oui /_/_ (cause.....)

Non /_/_

Hospitalisation : Oui /_/_ Non /_/_ (durée de l'hospitalisation)

Perdu de vue : Oui /_/_ Non /_/_

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Titre de la thèse: Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire au CHU-YO (aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques):à propos de 127 cas.

RESUME:

Affection aiguë intéressant les loges cellulo-graisseuses de la face et du cou, les cellulites sont encore fréquentes dans nos régions.. Le but de ce travail a été de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de cette pathologie.

Nous avons collecté 127 cas dans les services d'odonto-stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale, et celui d'O.R.L et de chirurgie cervico-faciale ces cinq dernières années.

Il s'est agi de cas provenant essentiellement de la couche socio-économique défavorisée (62%), constitués à 57.5% de sujets jeunes (20-39ans) à prédominance masculine (sex-ratio : 1.29).

Dans 89% des cas, la porte d'entrée a été dentaire.

Certains facteurs tels la prise d'AINS , l'infection à VIH favorisent la survenue de complications infectieuses aiguës. Ces complications (14.8% des cas), en particulier les cellulites diffuses (11%), peuvent mettre en danger le pronostic vital (4 décès sur 15).

Aussi, faut il mettre l'accent sur la prévention qui passe pour l'essentiel par celle des caries dentaires, véritable problème de santé publique. Le cure dent végétal ou brosse végétale, moyen traditionnel de l'hygiène bucco-dentaire des africains, peut à peu de frais rendre service à nos populations en majorité rurale et démunie.

Auteur: DIALLO Assane

Adresse: BP 77 Ouagadougou Burkina Faso Tel :384339

Email assanedee@yahoo.fr

Mots clés: cellulite, AINS, hygiène bucco-dentaire

AUTORISATION D'IMPRIMER

Vu le codirecteur

le 16.03.04.

~~Dr. OUEDRAOGO Dieudonné
Chirurgien - Facial
et ...
CHU YALGADO OUEDRAOGO
Ouhadougou Burkina Faso~~

Vu le président du jury

Dr. Dieudonné Ouedraogo

Professeur Agrégé
OUEDRAOGO Dieudonné
Chef de Service Laboratoire
d'Analyses Biologiques
CHMP - C Ouhadougou

Vu le directeur de thèse

~~Dr OUSBA Kampadilemba
PROFESSEUR ASSPÉRIE D'ORL ET
CHIRURGIEN SERVICE FACIALE
HÔPITAL YALGADO OUEDRAOGO
BP 1023 P. O. 1413/1023/04 Ouhadougou~~