

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie



Année Universitaire : 2022-2023

THEME

**PROFIL EPIDEMIO-CLINIQUE DES CELLULITES D'ORIGINE  
DENTAIRE A L'HOPITAL DE DISTRICT DE LA COMMUNE IV DE  
BAMAKO**

Présenté et soutenu publiquement le 16/10/ 2023 à la Faculté de Médecine et  
d'Odontostomatologie

Par M. Bakary TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Chirurgie Dentaire  
(Diplôme d'Etat).

**Jury :**

**Président :** Pr Ousseynou DIAWARA

**Directeur :** Pr Boubacar BA

**Co-directeur:** Dr Issa DOUMBIA

**Membre :** Pr Mamadou BA

**DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS**

## Dédicaces et remerciements

### DEDICACES

A ma mère,  
Ton amour, ton soutien et ta confiance m'ont donné la force de persévérer.  
Qu'Allah vous garde,  
Qu'il vous accorde santé et longévité.

## REMERCIEMENTS

- Au corps professoral, au personnel du Décanat de la Faculté de Médecine D'Odontostomatologie de Bamako. Merci pour l'encadrement exemplaire.

- A mon père

Mon repère, à côté de qui j'ai appris que le succès se gagne par l'endurance.

Qu'Allah vous garde, qu'il vous accorde santé et longévité.

- A la famille TRAORE

Pour le soutien, la chaleur familiale et tout le reste.

- A mes grandes sœurs

Les mots me manquent pour vous dire merci.

- A mon grand frère

Mon idole, tes actes me servent de conseils sans que tu n'aies besoin de parler.

- Au professeur Amady coulibaly

Votre soutien matériel, moral et financier ne nous a jamais fait défaut pendant toutes ces années d'études. Qu'Allah le Tout Puissant nous permette de suivre vos traces.

- A tout le personnel du service d'odontostomatologie de l'hôpital du district commune IV de Bamako.

- A la 10<sup>ème</sup> promotion du numerus clausus filière odontostomatologie

« promotion feu Professeur Hamady TRAORE »

Vous avez fait de moi responsable et président de promotion merci pour toute la confiance et le respect.

- A docteur Cheick Fatamady Bagayoko

Les circonstances de la vie ont fait que nous nous sommes rencontrés et au fil du temps tu es devenu un grand frère merci pour tous qu'Allah vous donne longue vie.

- A mes amis de Badialan, Tomicorobougou, Hamdallaye.

- Aux groupes OG family

- A l'Alliance Universitaire pour le Renouveau (ALLURE)

Je garderai aussi longtemps que possible les heureux comme les tristes moments. Ce fut un beau souvenir étudiantin.

- A mes anciens camarades du Lycée Prospère Kamara (L.P.K)

## **A notre maître et Président du jury**

### **Pr Ousseynou DIAWARA**

- ❖ Professeur et Maître de recherche en parodontologie.
- ❖ Diplômé de la faculté de stomatologie de l'institut d'Etat de médecine de Krasnodar (ex URSS).
- ❖ Spécialiste en Santé Publique Odontostomatologie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD).
- ❖ Spécialiste en parodontologie de l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar (UCAD).
- ❖ Ancien médecin chef au CS Réf de Bafoulabe ; et du CS Réf de Kita.
- ❖ Ancien médecin chef adjoint à l'Hôpital secondaire de SAN.
- ❖ Coordinateur de la Filière Odontologique de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS).
- ❖ Chef de département clinique et médicotechnique du CHU-CNOS Pr HT.
- ❖ Représentant du personnel du CHU-CNOS Pr HT au Conseil d'administration.
- ❖ Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître,

C'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence. Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux. Egalement nous apprécions en vous l'homme de sciences modeste qui reste un espoir pour nous, la jeune génération. Qu'ALLAH vous bénisse davantage, Amen

**A notre maître et Membre du jury**

**Pr Mamadou BA**

- ❖ Spécialiste en chirurgie buccale
- ❖ Enseignant chercheur, maître de recherche à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU-CNOS

Cher maître

Nous sommes comblés par l'honneur et le privilège que vous nous avez témoigné en acceptant avec plaisir et amabilité de juger ce travail ; Vous vous êtes investi pour sa réalisation malgré votre occupation que nous savons multiples. Nous avons été émerveillés par votre grande simplicité, votre modestie, votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait.

Veillez recevoir cher maître, nos sincères remerciements et notre reconnaissance.

**A notre maître et co-directeur de thèse**

**Docteur Issa DOUMBIA**

- ❖ Chirurgien-dentiste
- ❖ Praticien hospitalier à l'hôpital de district de la commune IV
- ❖ Spécialiste en santé publique option management des hôpitaux et établissements sanitaires
- ❖ Chef de service de l'unité odontostomatologie à l'hôpital de district de la commune IV

Cher maître,

Ce travail est avant tout le fruit de vos efforts. Nous avons appréciés vos qualités humaines et scientifiques. Tout au long de la rédaction de cette thèse, vous n'avez eu de cesse de nous prodiguer des conseils pour en améliorer le contenu afin de le rendre le plus parfait possible. Votre qualité de formateur, de guide est sans commentaire. Les mots me manquent pour vous remercier de votre encadrement si rigoureux et de la qualité de formation pour faire de nous de futurs bons chirurgiens-dentistes. Merci infiniment. Qu'Allah vous accorde paix et sa grâce. Amen.



## **A notre maître et Directeur de thèse**

### **Professeur Boubacar BA**

- ❖ Maître de conférences de Chirurgie Buccale à la FMOS
- ❖ Spécialiste en chirurgie Buccale
- ❖ Diplômé universitaire en carcinologie Buccale
- ❖ Membre de la société Française de Chirurgie Orale
- ❖ Ancien Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) du CHU-CNOS Pr HT
- ❖ Membre du Comité National de Greffe du MALI
- ❖ Praticien Hospitalier au CHU- CNOS Pr HT
- ❖ Directeur général du CHU-CNOS Pr HT

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre disponibilité, votre grand sens de l'humanisme, la qualité de votre enseignement a forcée l'admiration de tous. Les mots nous manquent pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui.

Cher maître, veuillez accepter mes sincères remerciements pour la qualité de l'encadrement reçu.

Que Dieu vous accorde une longue vie.

## **LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS**

CHU-CNOS : Centre Hospitalier Universitaire Centre National

d'Odontostomatologie

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

OPG : Orthopantomogramme

SMIC : salaire minimum interprofessionnel garanti

HTA : hypertension artérielle

RAS : rien à signaler

**Liste des tableaux :**

Tableau I: répartition de l'effectif des patients selon la tranche d'âge .....	47
Tableau II: répartition de l'effectif des patients selon le statut matrimonial .....	47
Tableau III: répartition de l'effectif des patients selon la profession .....	48
Tableau IV: répartition de l'effectif des patients selon le niveau d'instruction..	48
Tableau V : répartition de l'effectif des patients selon la résidence .....	49
Tableau VI: répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation	50
Tableau VII: répartition de l'effectif des patients selon le délai de consultation	51
Tableau VIII: répartition de l'effectif des patients selon la comorbidité.....	52
Tableau IX: répartition de l'effectif des patients selon leur mode de vie .....	52
Tableau X: répartition de l'effectif des patients selon le type de cellulite.....	54
Tableau XI: répartition de l'effectif des patients en fonction de la cause .....	54
Tableau XII: répartition de l'effectif des patients selon la zone anatomique .....	55
Tableau XIII: répartition de l'effectif des patients selon la zone topographique	55
Tableau XIV: répartition de l'effectif des patients selon le bilan radiologique..	56
Tableau XV: répartition de l'effectif des patients selon le traitement .....	56
Tableau XVI: répartition de l'effectif des patients selon l'hospitalisation .....	57
Tableau XVII: répartition de l'effectif des patients selon la durée d'hospitalisation .....	57
Tableau XVIII: répartition de l'effectif des patients selon le traitement chirurgical.....	58
Tableau XIX: répartition de l'effectif des patients selon le suivi post opératoire .....	58

**Liste des figures :**

Figure 1: ostéologie du crâne [9].....	11
Figure 2: Mandibule de l'adulte : vue antérolatérale et supérieure [11].....	12
Figure 3: Muscles du cou : Vue latérale [11].....	16
Figure 4: Veines superficielles du cou [14] .....	19
Figure 5: Innervation de la face par le trijumeau [10] .....	20
Figure 6: Coupe dentaire d'une molaire de la mandibule [17] .....	22
Figure 7: Nomenclature dentaire [17] .....	24
Figure 8: étapes d'évolution de la carie .....	25
Figure 9: étapes de la destruction osseuse.....	26
Figure 10: étape de développement de la carie dentaire .....	28
Figure 11: Schéma d'une cellulite génienne haute [21] .....	30
Figure 12: Cellulite sous-mylo-hyoïdienne [21].....	31
Figure 13: carte sanitaire de la commune IV .....	41
Figure 14: répartition de l'effectif des patients selon le sexe.....	46
Figure 15: répartition de l'effectif des patients selon le revenu mensuel en franc CFA .....	49
Figure 16: répartition de l'effectif des patients selon le mode de recrutement...	50
Figure 17: répartition de l'effectif des patients selon l'état général .....	51
Figure 18: répartition de l'effectif des patients selon l'hygiène buccodentaire..	53

## Table de matière

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	1
A. Préambule .....	1
B. Intérêts.....	3
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	5
<b>III. GENERALITES :</b> .....	7
<b>IV. METHODOLOGIE</b> .....	40
<b>V. RESULTATS</b> .....	46
<b>VI. DISCUSSION ET COMMENTAIRES</b> .....	60
<b>VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	67
<b>REFERENCES</b> .....	69
<b>Annexes :</b> .....	74

# INTRODUCTION

## **I. INTRODUCTION**

### **A. Préambule**

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces aponévrotiques de la face et du cou caractérisées par une destruction progressive des aponévroses et du tissu adipeux.

Elles peuvent engager le pronostic vital par la rapidité de leur évolution et la gravité des complications. L'étiologie de la cellulite est polyfactorielle.

Les complications infectieuses aiguës dues à la mortification de la pulpe dentaire ou aux infections parodontales sont fréquentes et sont à l'origine de l'abcès au niveau des tissus mous. Ils se développent au niveau des espaces cellulaires remplissant les loges entourant la mandibule et le maxillaire. Ces loges communiquent entre elles, par l'intermédiaire de l'espace para-amygdalien, puis avec les grands espaces anatomiques de décollement qui s'étendent depuis la base du crâne jusqu'au médiastin ; c'est souligner le risque grave, voire vital, que représente la diffusion de ces abcès [1].

En France, une étude réalisée en 2017 au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon a trouvé que 24 % des admissions à l'urgence sont des cellulites cervico-faciales gangreneuse dans le département [2].

En Afrique, une étude réalisée au Cameroun en 2018 a révélé sur 378 consultations, 49 cas de cellulites odontogènes ont été diagnostiqués, soit une prévalence de 12,9% [3].

A Madagascar, une étude menée en 2020 a trouvé une fréquence de 95 cas de cellulite cervico-faciale chronique odontogène sur 4300 patients vus en consultation, soit une prévalence de 2,20% [4].

Au Niger, une étude menée de 2015 à 2017 à l'Hôpital National de Niamey a enregistré 17 cas de cellulites cervico-faciales, soit une fréquence hospitalière de 8,5 cas par an [5].

Au Mali, une étude a été réalisée au CHU-CNOS en 2022 portant sur 120 de cellulite d'origine dentaire a trouvé une fréquence hospitalière de 2,98 % au cours de l'étude [6].

Les cellulites vont se manifester sous différents aspects à la fois clinique et topographique. Si la plupart des cas sont représentés par des formes aiguës circonscrites sans signes de gravité s'amendant rapidement suite à une prise en charge médico-chirurgicale correcte, certaines formes mettent rapidement en jeu le pronostic vital par leur tendance rapide à la diffusion réalisant des cellulites extensives pouvant atteindre le médiastin ou par leur agressivité c'est le cas des fascistes nécrosantes. Ces formes graves nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. Elles peuvent être la conséquence d'un traitement incomplet ou inadapté ou encore la conséquence d'une prescription abusive et non justifiée d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et ou d'un terrain sous-jacent favorisant, responsable d'une défaillance des défenses de l'organisme (diabète, immunodépression) [7].

A l'hôpital de district de la commune IV, aucune étude n'a été réalisée sur les cellulites d'origine dentaires. C'est ainsi que la présente étude a été initiée en vue de déterminer le profil épidémiologique des cellulites d'origine dentaires.



## **B. Intérêts**

L'intérêt de cette étude réside dans le fait que, c'est :

Une pathologie fréquente qui altère l'état général du patient ;

Le pronostic vital du malade peut être mis en jeu ;

Une insuffisance de personnel qualifié pour la prise en charge ;

L'aspect thérapeutique et des automédications conduisent à des consultations tardives ;

La prise en charge s'avère difficile.

# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Etudier le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des cellulites d'origine dentaire dans l'unité d'odontostomatologie de l'hôpital de district de la commune IV.

### **2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques des cellulites.
- Décrire les aspects thérapeutiques.

# GENERALITES

### **III. GENERALITES :**

#### **1. Définition [8]**

La cellulite est une infection polymicrobienne des tissus cellulo-adipeux de la face et du cou ayant pour origine un organe dentaire ou des périodontaires. Elles sont fréquentes et surviennent en général chez les sujets en bonne santé et les déficits immunitaires n'y sont pas retrouvés de façon fréquente. Ils favorisent en revanche, l'apparition de cellulites gangréneuses, véritables fascistes nécrosantes au pronostic redoutable. L'évolution de la cellulite passe par trois stades :

- Un stade séreux
- Un stade collecté ou suppuré
- Un stade diffus ou gangréneux.

#### **2. Rappel anatomique**

##### **2.1. Ostéologie cranio maxillo-faciale : [9]**

La tête est la structure osseuse la plus complexe du corps humain. Le squelette de la tête se divise en deux parties : le crâne ou neurocrâne et la face ou splanchnocrâne. Les os du crâne entourent et protègent l'encéphale ainsi que les organes de l'ouïe et de l'équilibre, et fournissent des points d'attache aux muscles de la tête. Les os de la face assument plusieurs fonctions : ils forment l'ossature de la face ; ils ménagent des cavités pour les organes sensoriels de la vision, du goût et de l'olfaction ; ils procurent des ouvertures pour le passage de l'air et de la nourriture ; ils fixent les dents ; ils permettent enfin l'attachement des muscles faciaux responsables de l'expressivité du visage (traductions des émotions). La plupart des os de la tête sont des os plats, tous les os de la tête adulte sont soudés par des articulations appelées sutures, sauf la mandibule qui est reliée au reste de la tête par une articulation mobile. Les lignes de sutures présentent un tracé tortueux, en dent de scie, particulièrement visible sur les faces externes des os. Les principales sutures des os du crâne sont les sutures coronales, sagittales, squameuses et lambdoïdes. La partie supérieure appelée

voûte renferme l'encéphale, un isthme, la partie supérieure du bulbe rachidien ainsi qu'une partie du trajet des douze (12) nerfs crâniens qui en sont issus. Elle est composée de :

Quatre (04) os impairs : le frontal, l'ethmoïde, le sphénoïde, l'occipital.

Deux (02) os pairs : le pariétal et le temporal

## **2.2. Le squelette maxillo-facial : [10]**

La face est constituée par des os irréguliers, elle renferme la partie initiale du tube digestif et des voies respiratoires et une partie des organes de sens. Le squelette de la face est placé au-dessous de la moitié antérieure du crâne. Elle est divisée en parties :

Une partie fixe : la mâchoire supérieure

Une partie mobile : la mâchoire inférieure ou mandibule.

Ces deux parties distinctes délimitent la cavité buccale.

### **2.2.1. La mâchoire supérieure :**

Soudée en arrière à la base du crâne, elle est constituée de 13 os : 6 os pairs

- le maxillaire (1)
- le palatin (2)
- l'inguis (os lacrymal) (3)
- Cornet inférieur (4)
- l'os nasal ou os propre du nez (5)
- le malaire (zygomatique) (6)
- 1 os impairs : le vomer (7)

1-Le maxillaire : pièce maîtresse du massif facial supérieur situé au-dessus de la cavité buccale, entre dans la constitution des O3 plus grosses cavités de la face :

- Cavité orbitaire
- Cavité nasale
- Cavité buccale

Os pair, volumineux mais léger creusé d'une cavité pneumatique, le sinus maxillaire occupant les 2/3 supérieurs de l'épaisseur de l'os. Le maxillaire est

formé d'un corps d'où se détachent quatre processus, zygomatique, frontal, alvéolaire et palatin. On décrit à chaque maxillaire :

- Face externe :

Présente le long de son bord inférieur des saillies verticales ou jugums alvéolaires (répondent aux racines des dents)

Elle présente une dépression appelée fosse canine (voie d'abord du drainage chirurgical du sinus maxillaire)

Cette face est centrée par le processus zygomatique du maxillaire (apophyse pyramidale) qui s'articule avec l'os malaire, le plan supérieur de cet os forme le plancher de l'orbite.

- Face interne : Elle forme la paroi latérale des fosses nasales
- Bord antérieur : il est presque horizontal forme le rebord inférieur de l'orbite, se dirige verticalement en haut pour s'élargir en une apophyse montante qui s'articule avec les os propres du nez et présente le bord inférieur
- Bord inférieur : est creusé d'alvéoles où s'implantent les racines des dents de la mâchoire supérieure.
- Bord postérieur : présente la tubérosité du maxillaire supérieur
- Bord supérieur : forme la partie du plancher de l'orbite

#### 2.2.2- Le palatin :

Complétant en arrière avec l'os maxillaire, il est composé de 02 lames soudées à l'angle droit:

- La lame horizontale : plongeant le processus palatin du maxillaire
- La lame verticale : participant à la formation de la paroi latérale des fosses nasales

#### 2.2.3. L'unguis (os lacrymal) :

Petit os, il contribue à former le sillon lacrymal et le canal lacrymo-nasal et participe à la constitution de l'orbite osseuse.

#### **2.2.4. Cornet inférieur :**

Une lame osseuse située à la partie inférieure de la paroi latérale des fosses nasales

#### **2.2.5. L'os nasal (os propre du nez) :**

Les deux (2) os nasaux sont situés entre les processus frontaux des maxillaires formant la partie antérieure de la paroi supérieure des fosses nasales

#### **2.2.6. L'os malaire (l'os zygomatique) :**

C'est l'os de la pommette situé à la partie latérale de la face entre le maxillaire et les 03 os du crâne

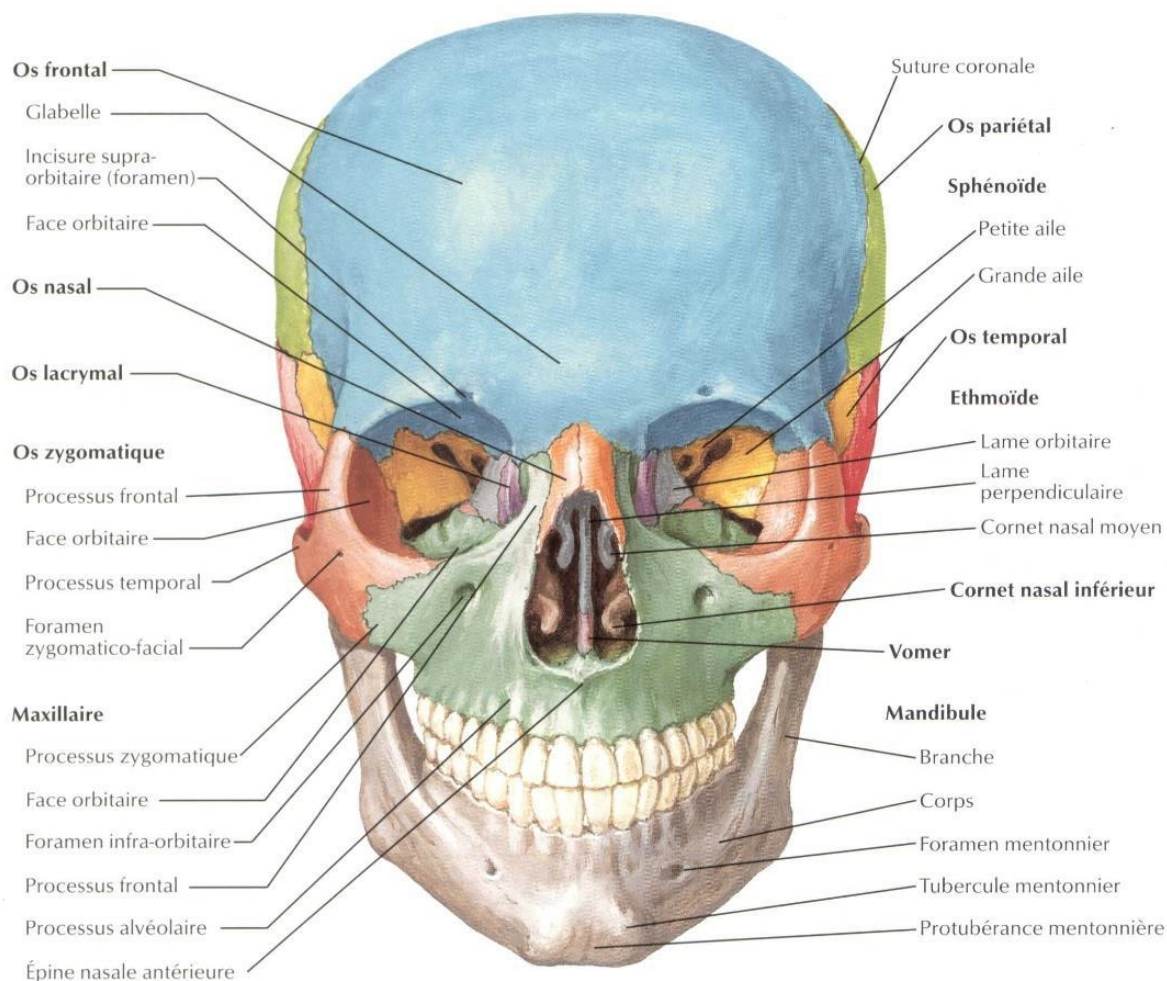
#### **2.2.7. Le vomer :**

Le seul os impair du massif facial supérieur, une lame verticale sagittale située à la partie inférieure et postérieure du septum nasal. Il forme la partie postéro-inférieure de la cloison des fosses nasales (septum nasal).

L'ensemble de ces os forme la mâchoire supérieure, ce massif facial fixe est rattaché au crâne :

- Partie médiane : les os maxillaires et les os nasaux s'appuient sur l'os frontal et l'ethmoïde.
- En arrière, les maxillaires s'appuient sur les processus ptérygoïdes du sphénoïde.
- Latéralement : les os zygomatiques s'appuient sur les os temporaux, sur l'os frontal et sur les grandes ailes du sphénoïde.





**Figure 1: ostéologie du crâne [9]**

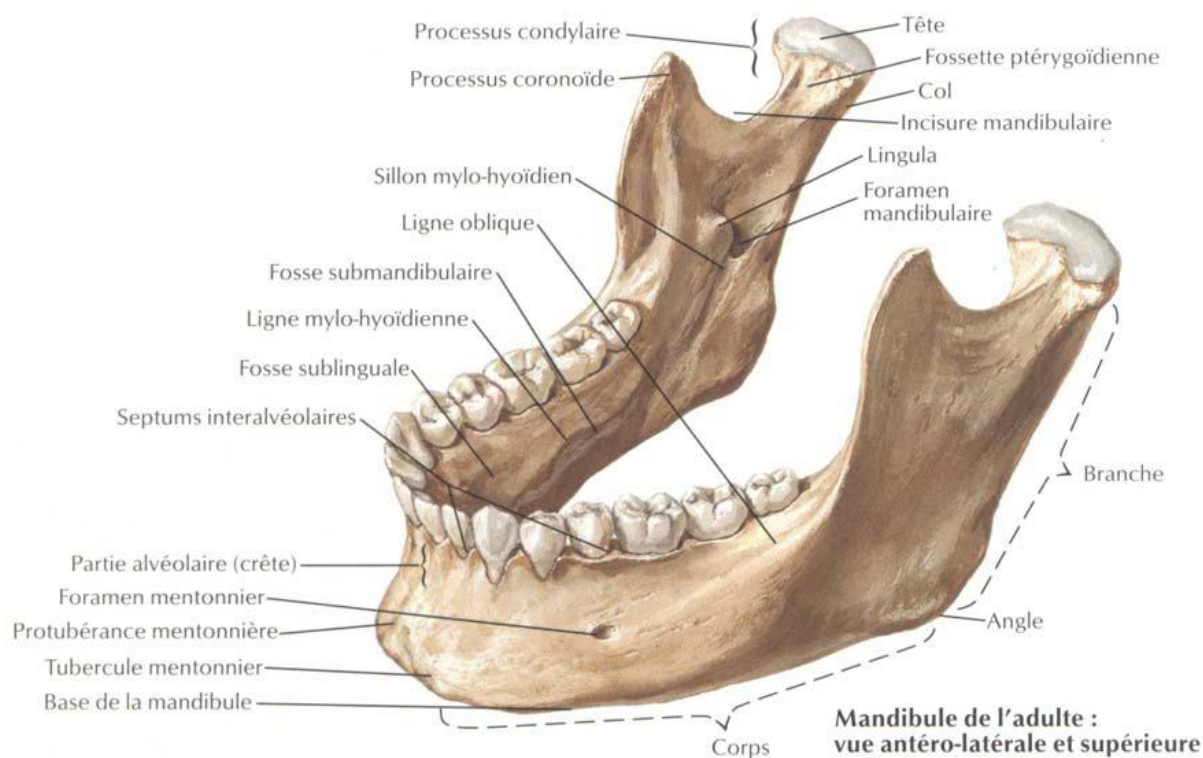
### **2.2.8. La mâchoire inférieure : [10]**

L'élément mobile de la face est formé d'un seul os : la mandibule ou maxillaire inférieure.

1- La mandibule : os impair, médian, articulé avec les os temporaux, il est le seul os mobile de la face. Il comprend :

- Un corps médian en forme d'arc à concavité postérieure.
- 02 branches montantes : lames osseuses aplaties et verticales qui se détachent à angles droit des deux (02) extrémités du corps.

La mandibule est rattachée à la mâchoire supérieure par l'articulation temporomandibulaire, la seule articulation mobile de la tête.



**Figure 2: Mandibule de l'adulte : vue antérolatérale et supérieure [11]**

### **2. 3. Myologie du massif maxillo-facial : [11]**

Les muscles maxillo-faciaux sont des organes qui nous permettent d'effectuer des mouvements au cours de la mastication. On peut les regrouper selon leur fonction, la région et les organes auxquels ils appartiennent.

#### **2.3.1. Les muscles releveurs du maxillaire inférieur (mandibule) :**

- le masséter
- le temporal
- le ptérygoïdien externe
- le ptérygoïdien interne (Médial)

#### **2.3.2. Les muscles abaisseurs du maxillaire inférieur (mandibule) :**

Ce sont les muscles sus-hyoïdiens, il s'agit du muscle :

- digastrique
- mylo-hyoïdien
- stylo-hyoïdien
- genio-hyoïdien.

### **2.3.3. Les muscles peauciers**

Ces muscles se classifient en groupes et commandent l'expression du regard.

Ces muscles ont en commun quatre (4) caractères :

- ❖ Ce sont des bandelettes musculaires aplaties,
- ❖ Ils ont une insertion tégumentaire,
- ❖ Ils sont fixés autour des orifices et sont de ce fait dilatateurs ou constricteurs,
- ❖ Ils sont tous innervés par le nerf facial.

### **2.3.4. Les muscles péribuccaux :**

Ils constituent la charpente des lèvres et des joues. Ils permettent d'ouvrir ou de fermer l'orifice (dilatateur et constricteur). Les muscles dilatateurs convergents vers les commissures labiales, ils sont disposés en deux plans :

Plan superficiel des dilatateurs qui se composent :

- du grand zygomatique
- du petit zygomatique
- du muscle triangulaire
- du risorius

Plan profond des dilatateurs qui comprennent :

- Les muscles releveurs profonds de la lèvre et de l'aile du nez.
- Le muscle canin
- Le muscle buccinateur
- Le muscle du menton
- La houppette du menton

Les muscles constricteurs :

Dans cette catégorie se classent :

- le platysma ou l'aponévrose du cou
- l'orbiculaire des lèvres

### **2.3.5. Les muscles du nez :**

Ils sont au nombre de quatre (4) :

- le muscle pyramidal

- le muscle dilatateur de la narine
- le muscle transverse
- le muscle myrtiliforme

### **2.3.6. Les muscles périorbitaires :**

- les muscles sourciliers
- les muscles orbiculaires des paupières
- le muscle occipito-frontal

### **2.3.7. Les muscles péri-auriculaires :**

- le muscle péri-auriculaire supérieur
- le muscle péri-auriculaire inférieur
- le muscle péri-auriculaire postérieur

### **2.3.8. Les muscles peauciers de la mimique :**

L'interrogation électrique (excitation) des muscles peauciers permet au nerf non seulement la perception et la compréhension de la mimique mais aussi celui du langage des passions et des sentiments. Il existe actuellement quatre (4) types principaux de mimiques :

#### **2.3.8.1. Mimique de la joie :**

Elle met en action cinq (5) muscles peauciers :

- les faisceaux divergents de l'orbiculaire des paupières
- le dilatateur des narines
- le grand zygomatique
- l'orbiculaire des lèvres
- le risorius.

#### **2.3.8.2. Mimique de la tristesse :**

Elle met en action huit (8) muscles :

- le sourcilier
- l'orbiculaire des paupières par ces faisceaux divergents
- le muscle canin
- le petit zygomatique

- l'orbiculaire des lèvres
- le carré du menton
- la houppe du menton
- le muscle triangulaire.

#### **2.3.8.3. Mimique de l'attention :**

Elle met en action six (6) muscles :

- le muscle occipito
- frontal
- le muscle sourcilier
- l'orbiculaire des paupières
  
- le grand zygomatique
- le muscle myrtiliforme
- l'orbiculaire des lèvres

#### **2.3.8.4. Mimique de l'émotion**

Met en action quatre muscles :

- Le pyramidal
- Le sourcilier
- Le dilatateur de l'aile du nez
- Le masséter.

#### **2.3.9. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien :**

C'est l'un des muscles les plus importants du cou (région antérolatérale). Il est entouré d'une gaine fibreuse formée par l'aponévrose cervicale superficielle. Il est large et puissant et se tend obliquement du sternum à la clavicule et à l'occipital et la mastoïde en haut. Il recouvre et protège les vaisseaux du cou dont il constitue un repère anatomique.

Il comprend deux (2) plans :

- L'un superficiel
- L'autre profond

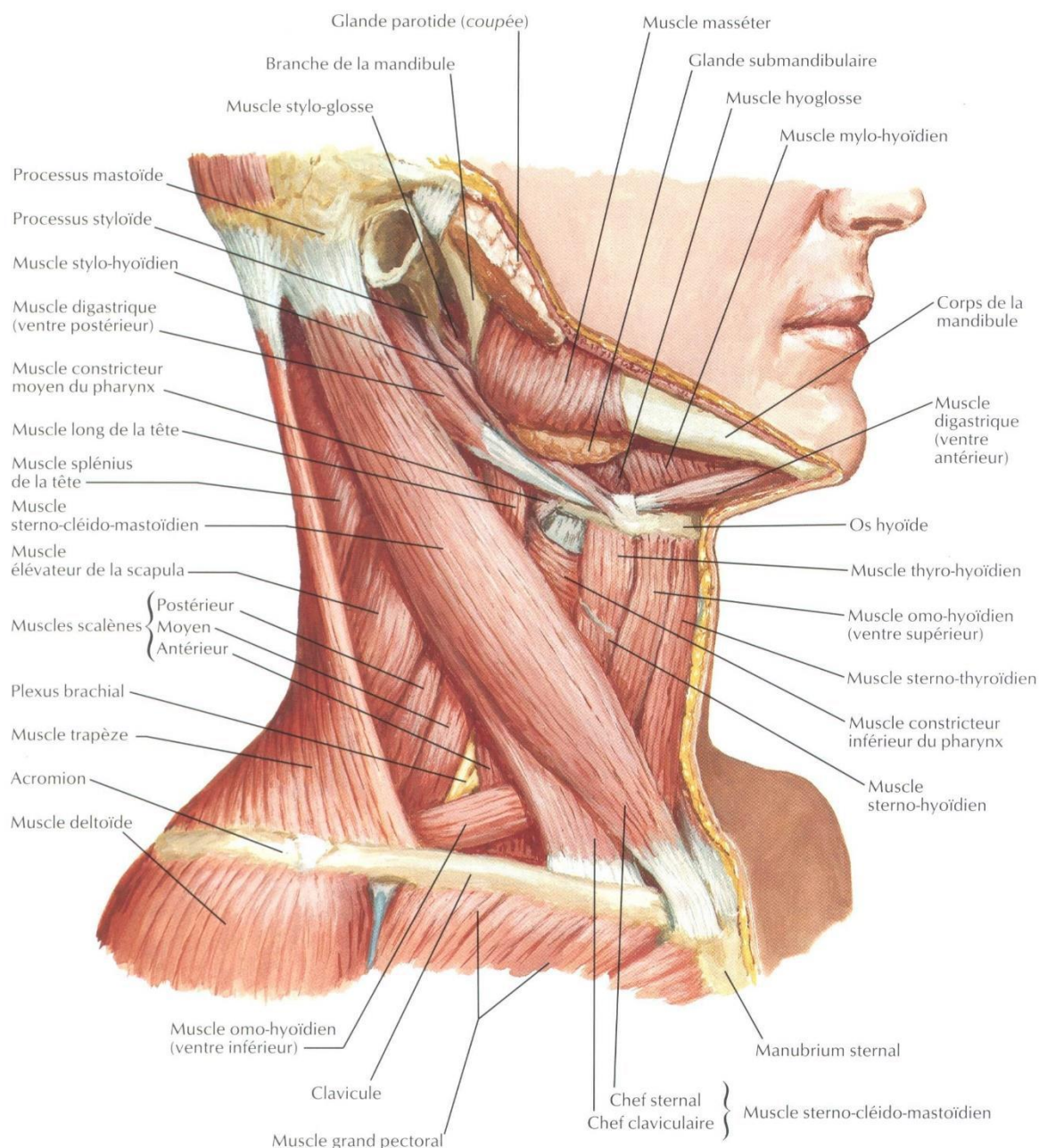


Figure 3: Muscles du cou : Vue latérale [11]

## 2.4. Angiologie

### 2.4.1. Système artériel maxillo-faciale : [12]

Les artères de la tête et du cou prennent naissance dans la poitrine à partir de l'aorte. Les artères se composent de :

- Carotide primitive
- Sous claviculaires et leurs ramifications.

Au niveau du côté droit, la carotide primitive prend naissance à partir du tronc céphalique ; tandis qu'à gauche, elle sort directement ainsi que la sous à partir de la crosse de l'aorte.

#### **2.4.1.1. Carotide primitive :**

A sa sortie à partir de la crosse aortique au côté gauche du cou se divise en deux branches :

- Carotide externe et,
- Carotide interne.

##### **2.4.1.1.1. Carotide externe :**

A partir du bas elle donnera naissance à l'artère thyroïdienne inférieure, à l'artère faciale, à l'artère linguale, à l'artère pharyngée ascendante, la maxillaire interne et à la temporale superficielle avec une ramification frontale, pariétale et occipitale. L'artère faciale quant à elle donnera l'artère labiale supérieure et inférieure, l'artère nasale, l'artère angulaire qui va donner l'artère ophtalmique supérieure et inférieure.

##### **2.4.1.1.2. Carotide interne :**

Elle forme l'artère communicante postérieure vers le bas le tronc artériel cérébral postérieur vers le haut, l'artère cérébrale moyenne, l'artère communicante antérieure et les 2 artères cérébrales antérieures.

##### **2.4.1.2. Sous-clavière :**

Les deux sous-clavières donnent les artères basilaires qui vont donner le tronc artériel basilaire. Les artères sous-clavières ont en général deux destinations, l'une vers le haut l'autre vers le bas. En ce qui concerne ces ramifications vers le bas on retiendra l'artère vertébrale, les branches cervicales transverses ascendantes et superficielles.

#### **2.4.2. Système veineux maxillo-facial [13]**

Les veines de la face et du cou constituent dans leur ensemble un système appelé : le système jugulaire. On distingue : la jugulaire interne, antérieure, externe et postérieure.

#### **2.4.2.1. Jugulaire interne :**

C'est une veine qui draine à elle seule la grande partie du sang des parois et des organes de l'endocrâne. La veinosité endocrânienne se forme à partir des veines superficielles et profondes de l'encéphale. Exemple : La veine de GALIEN, les veines basilaires cérébelleuses et les veines méningées, elles se jettent toutes dans les sinus crâniens. Les sinus crâniens sont des troncs veineux qui circulent dans un dédoublement de la dure-mère (méninge la plus externe du cerveau).

Certains de ses sinus circulent le long des parois osseuses tout en formant des gouttières, d'autres dans les prolongements dure-mériens tel que la faux du cerveau, la faux du cervelet. Ces sinus se drainent à travers deux (2) confluent, l'un à la base du cerveau appelé : sinus caverneux et l'autre au niveau de la voûte crânienne : pressoir d'Hérophile.

#### **2.4.2.2. Jugulaire externe :**

Provient de la veine maxillaire interne, de la temporale superficielle et de la parotidienne. Elle s'étend de la région parotidienne à la sous-clavière. En quittant la parotide elle devient superficielle tout en traversant en diagonale le muscle sterno-cléido-mastoïdien pour aboutir au niveau de son insertion dans la veine sous-clavière.

#### **2.4.2.3. Jugulaire antérieure :**

Appelée veine médiane du cou, elle provient des veinules superficielles de la région sous mentale et celle de la fourchette sternale où elle se coude en angle droit tout en sortant en dehors pour aboutir à la zone sous-clavière. Elle est superficielle au début, pour devenir sous aponévrotique tout en s'unissant avec la jugulaire antérieure de l'autre côté pour former une anastomose en forme d'échelle.

#### **2.4.2.4. Jugulaire Postérieure :**

C'est la grande veine de la nuque prenant naissance à la région sous occipitale pour aboutir à la sous-clavière. Elle forme de l'anastomose avec la veine vertébrale qui provient de l'artère homonyme.



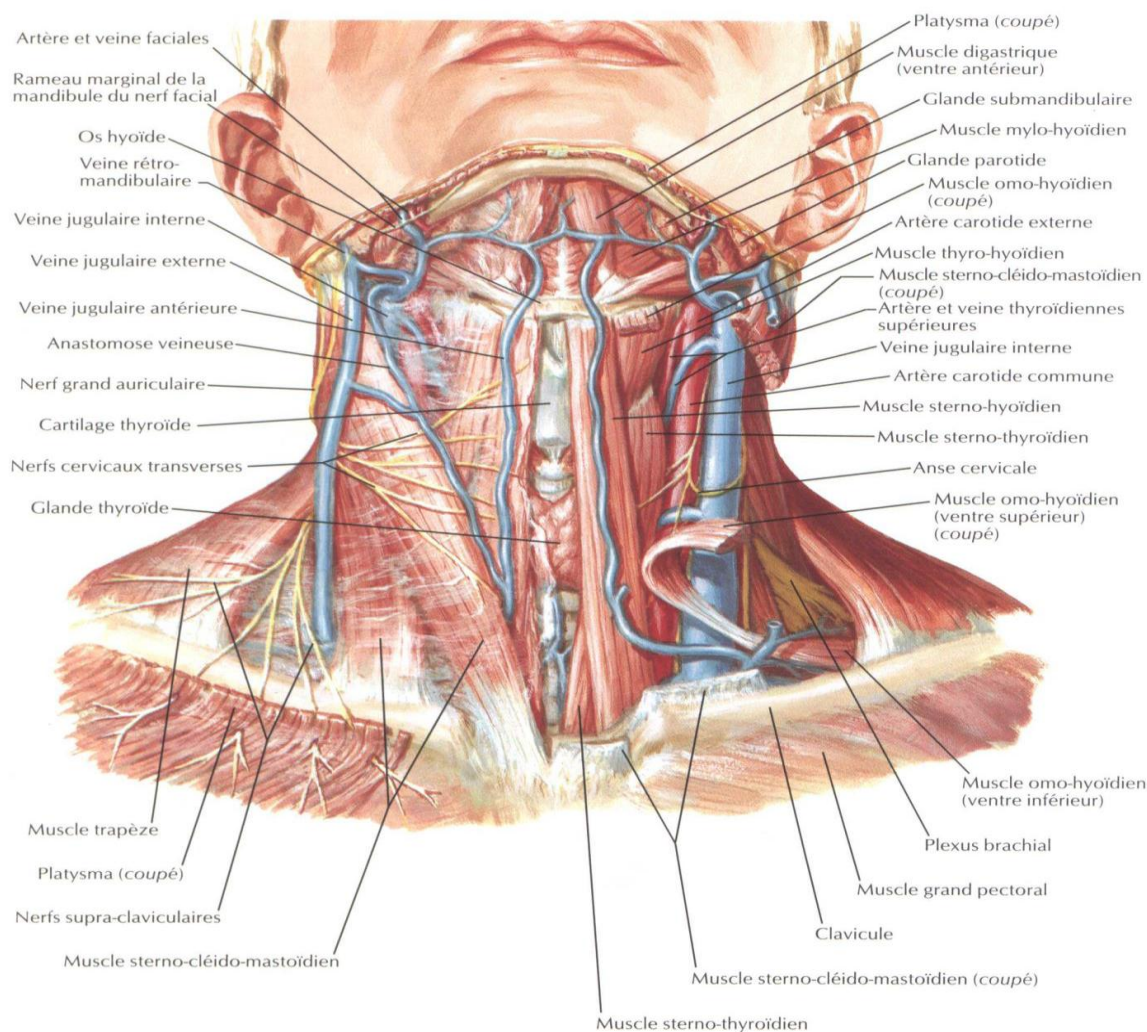


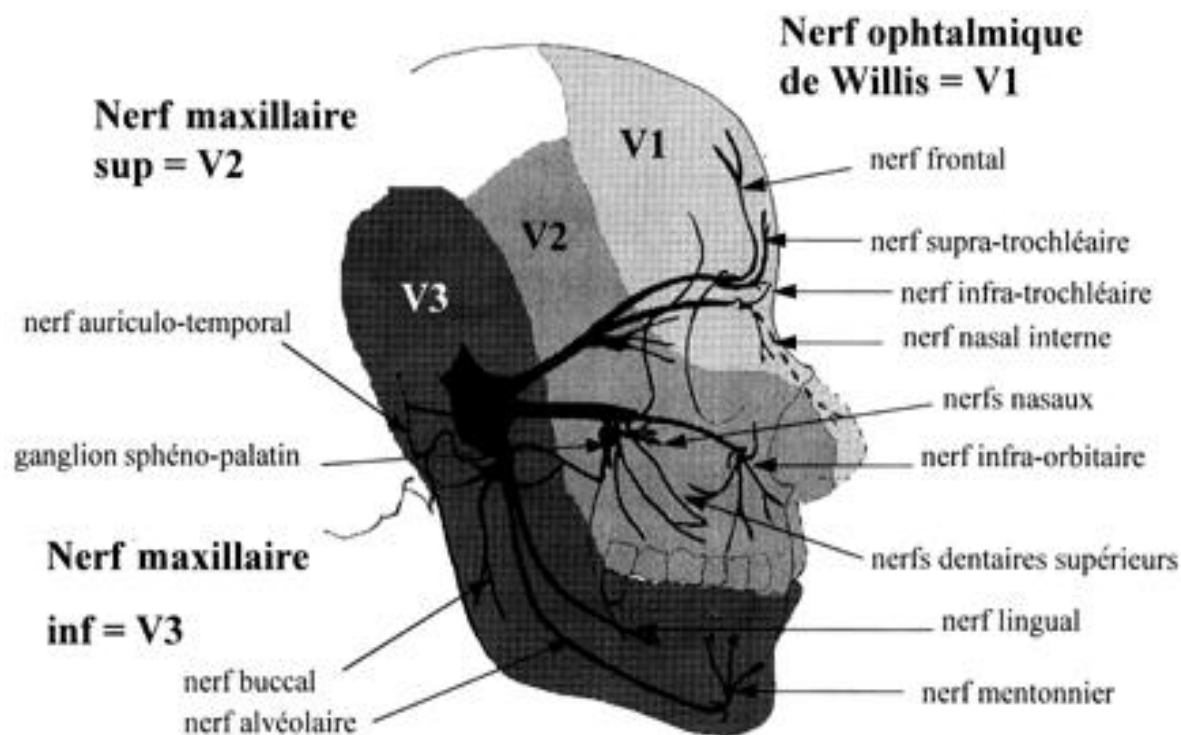
Figure 4: Veines superficielles du cou [14]

## 2.5. Innervation crânio-faciale : [15]

### 2.5.1. L'innervation motrice :

- ◆ Des muscles peauciers : ils sont sous l'obédience du nerf facial (VIIe paire crânienne) ;
- ◆ Des muscles masticateurs : ils sont innervés par le nerf trijumeau (Ve paire crânienne) ;
- ◆ De l'élevateur de la paupière supérieure : elle est assurée par le nerf oculomoteur (IIIe paire crânienne).

2.5.2 L'innervation sensitive : Elle est presque entièrement assurée par le trijumeau (V1, V2, V3) ; seul le pavillon auriculaire et la région angulo-mandibulaire dépendent du plexus.



**Figure 5: Innervation de la face par le trijumeau [10]**

## 2.6. Anatomie Dentaire : [16]

La dent est formée de 3 parties distinctes : la couronne visible en bouche, la racine implantée dans l'os et le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte qui relie la racine à l'os.

La couronne est formée de 3 couches :

-l'émail forme la couche externe. Ce tissu est minéralisé à 97 % par l'hydroxyapatite. Les 3 % restants constituent la trame organique, composée essentiellement de collagène et d'eau. Tissu le plus dur du corps humain, il sert ainsi à l'identification en médecine médico-légale. L'émail est moins épais sur les dents temporaires que sur les dents définitives ;

-la dentine constitue la couche intermédiaire. Ce tissu est minéralisé à 70 % par l'hydroxyapatite. Les 30 % restants (dont 12 % d'eau) constituent la trame organique, composée essentiellement de collagène. La dentine est perforée de micro-tubes ou tubuli dentinaires. Ceux-ci contiennent les prolongements des cellules dentaires, les odontoblastes ;

- la chambre pulpaire est située tout au centre de la couronne et assure l'innervation et la vascularisation en provenance des racines dentaires. Les odontoblastes tapissent la périphérie et envoient leurs prolongements dans les tubuli dentinaires. Elles synthétisent la dentine secondaire tout au long de la vie, de manière centripète, et à un rythme très lent. En réponse à une agression carieuse ou traumatique, elles peuvent sécréter à un rythme plus rapide de la dentine réactionnelle aussi appelée dentine tertiaire.

La racine est constituée de 3 parties :

- le cément recouvre la surface externe des racines. Les fibres collagéniques et élastiques du ligament alvéolo-dentaire s'y enracinent ;
- la dentine constitue la couche intermédiaire ;
- le canal pulpaire est situé tout au centre de la racine et assure l'innervation et la vascularisation en provenance des apex.

Le ligament alvéolo-dentaire ou desmodonte constitue avec l'os une véritable articulation et renferme des cellules de régénération osseuse, ligamentaire et cémentaire. Il est richement innervé par des récepteurs mécaniques, propriocepteurs, qui renseignent le système nerveux central sur la position exacte des dents et la pression exercée par les muscles masticateurs.

La dent est implantée dans l'os alvéolaire par une à trois racines (parfois plus).

Les racines dentaires se terminent par un apex dont l'ouverture de moins de 1mm permet la vascularisation et l'innervation de la dent.

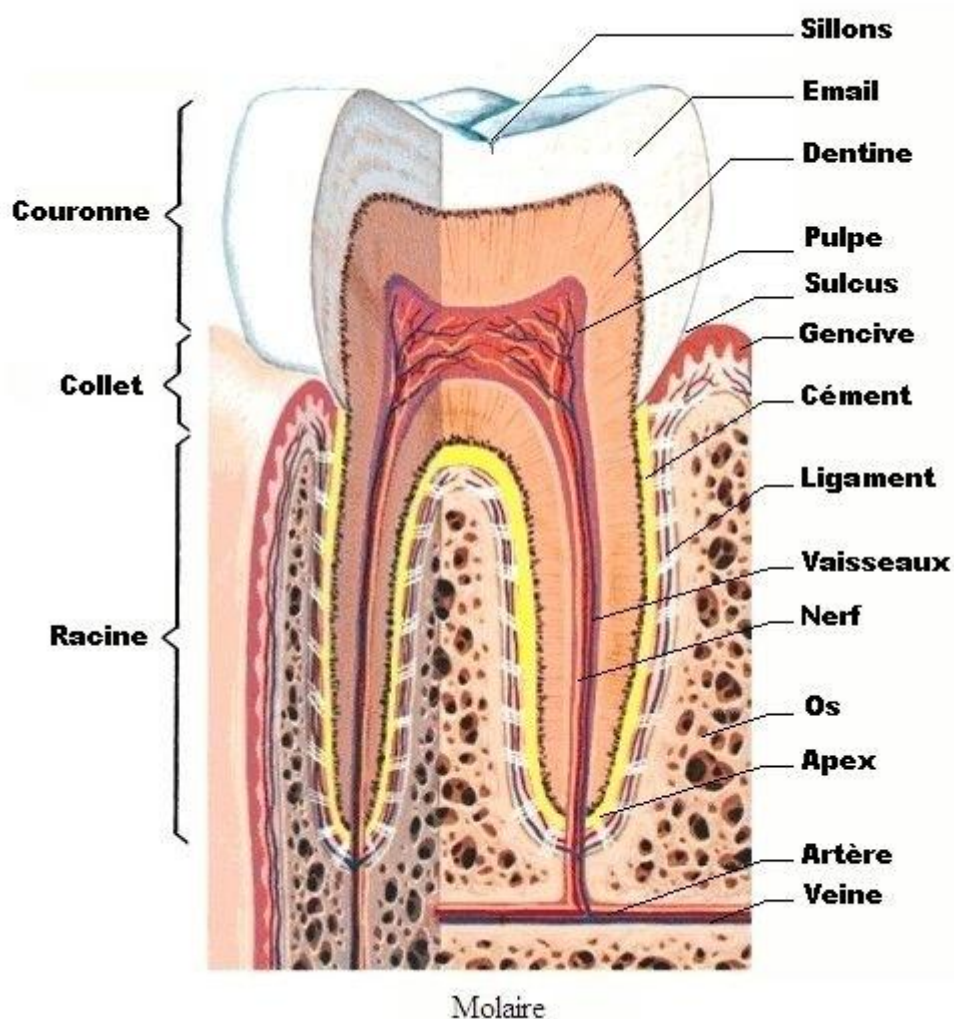


Figure 6: Coupe dentaire d'une molaire de la mandibule [17]

## 2.7. Numérotation dentaire : [16]

Pour simplifier la communication, la Fédération Dentaire Internationale attribue à chaque dent un numéro :

- a. Pour le chiffre des unités, on numérote les dents en partant du centre vers le fond :

- 1 = l'incisive centrale,
- 2 = l'incisive latéral
- 3 = la canine,
- 4 = la première prémolaire (la première molaire pour la dentition primaire),
- 5 = la deuxième prémolaire (la deuxième molaire pour la dentition primaire),
- 6 = la première molaire,
- 7 = la deuxième molaire,
- 8 = la dent de sagesse ou troisième molaire,

b. Le chiffre des dizaines est déterminé par la partie d'un quadrant imaginaire, correspondant à une hémi-arcade dentaire, dans lequel se trouve la dent. En regardant la personne en face, 1 est en haut à gauche (à la droite de la personne), 2 en haut à droite (à la gauche de la personne), 3 en bas à droite (à la gauche de la personne), 4 en bas à gauche (à la droite de la personne);

c. Pour les dents temporaires (dents de lait), le chiffre des dizaines est de 5 à 8 selon le même quadrant, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Exemples : 23 est la canine supérieure gauche ; 74 est la première molaire temporaire mandibulaire gauche.

Notation à deux chiffres de la FDI, pour une personne dont on regarderait la mâchoire de face. Les indications « gauche » et « droite » du tableau, en revanche, s'étendent du point de vue du patient.

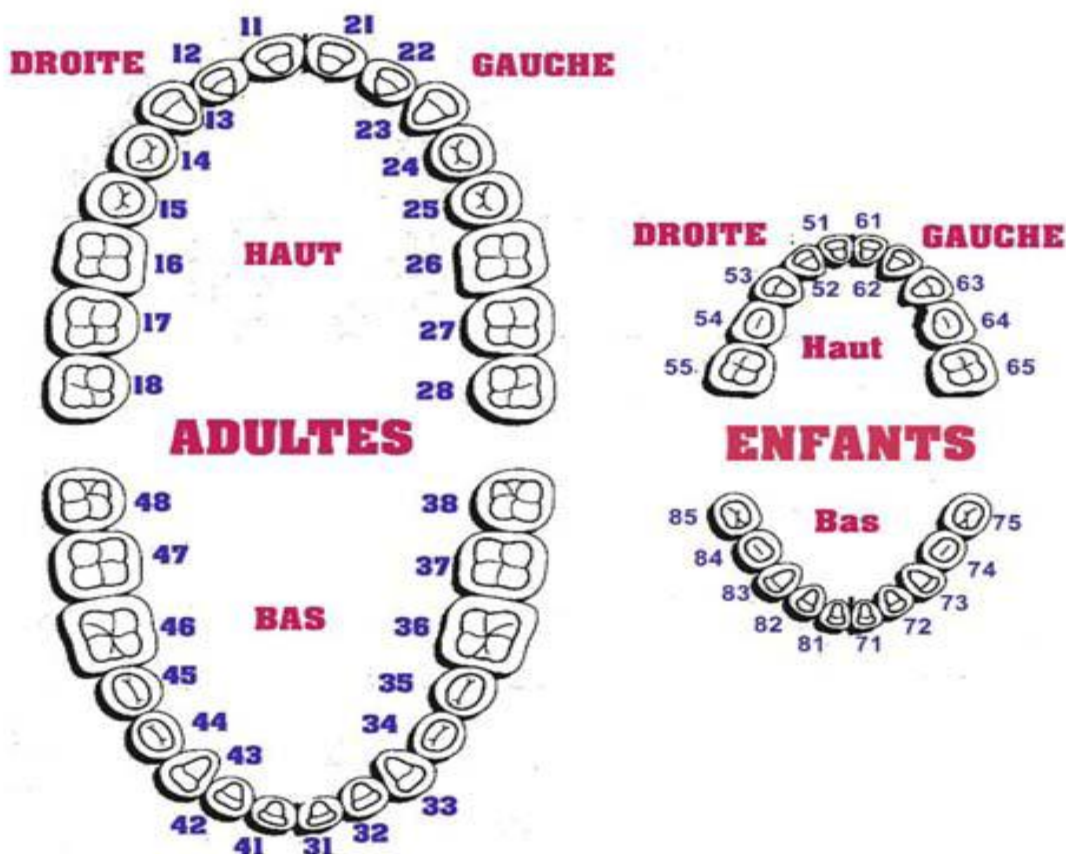


Figure 7: Nomenclature dentaire [17]

### 3. Rappels cliniques [18]

#### 3.1. Définition :

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

#### 3.2. Ethiopatogénie

##### 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 à propos de 276 cas de cellulites par GADEGBEKU et coll. [18]

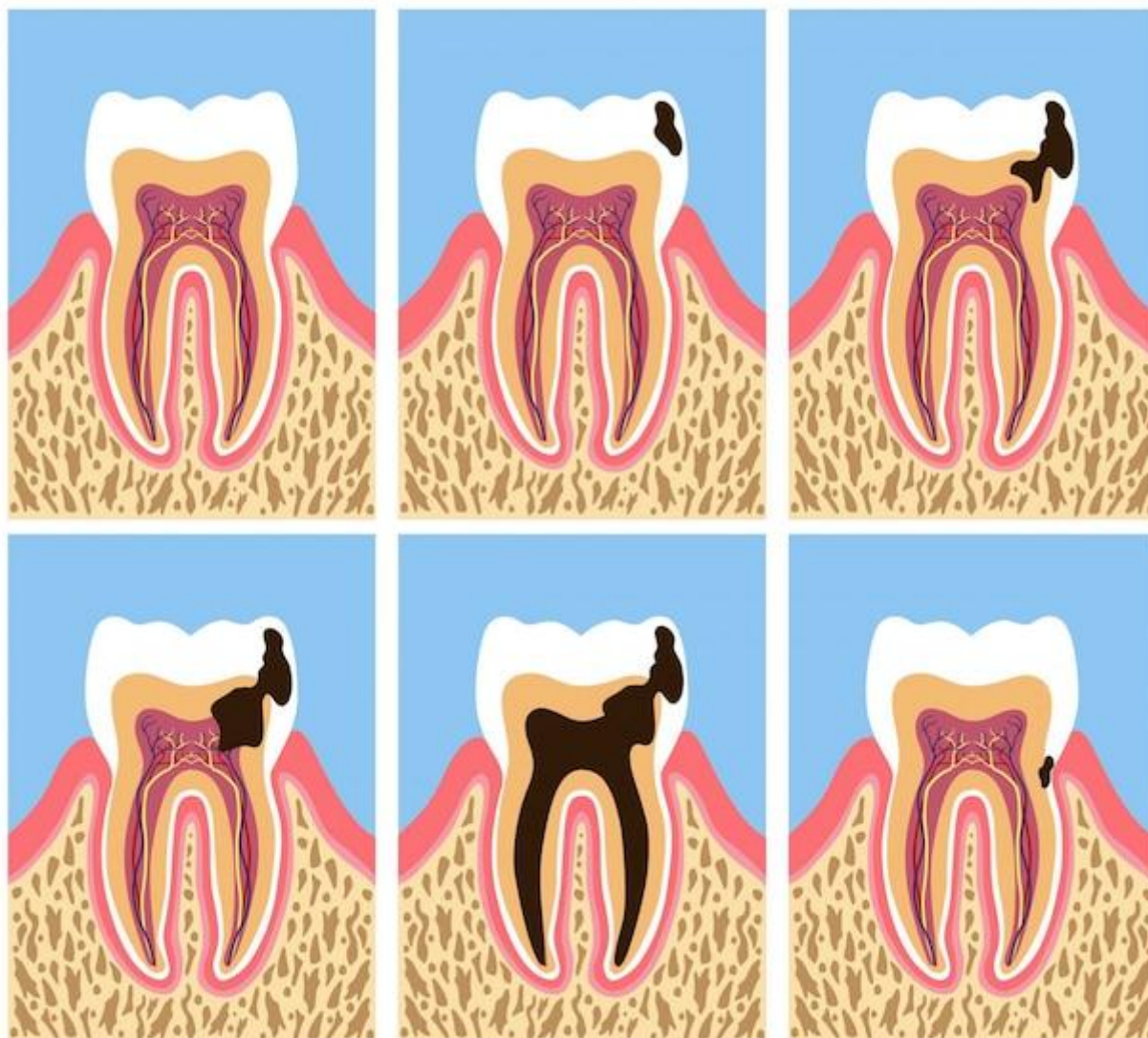


Figure 8: étapes d'évolution de la carie [18]

### 3.2.1.2. Les causes périodentaires :

L'infection parodontale est la principale cause périodentaire.

- la parodontolyse détruit directement l'espace desmodontal et, à terme, mortifie la pulpe dentaire « à retro » ;
- les périodontarites d'éruption et de désinclusion, en particulier de la troisième molaire, inférieure le plus souvent, peuvent être la porte d'entrée de complications infectieuses souvent très bruyantes.

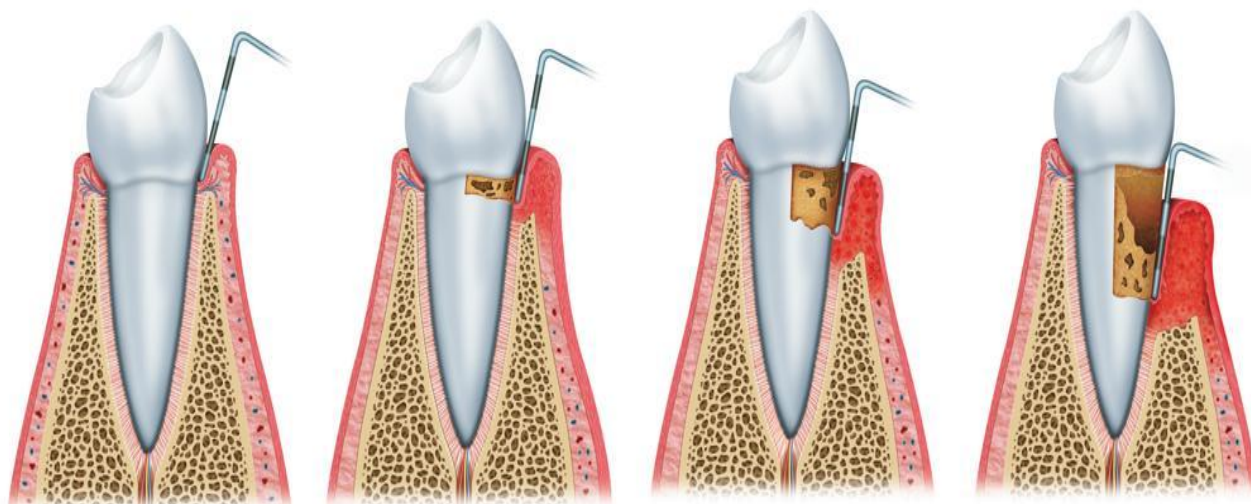


Figure 9: étapes de la destruction osseuse [18]

### 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 ;
- L'immunodépression (le syndrome d'immunodéficience acquise, l'agammaglobulinémie, la grossesse) ;
- L'alcoolisme chronique.

#### 3.2.2.2. Les anti-inflammatoires [19]

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<sup>è</sup> journées médicales, GADEGBEKU et coll [19] 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.

L'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 cellulaires graisseuses de la face.

### **3.2.4. Propagation de l'infection [15]**

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 péri osseuses qui sont constituées par un tissu cellulo-adipeux 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.



**Figure 10: étape de développement de la carie dentaire [15]**

### **3.3. Physiopathologie [19]**

Elle se fait directement hors de la gencive, par voie sous-périostée. L'infection atteint le péri-apex, traverse l'os et le périoste, colonise les parties molles péri-osseuses qui sont constituées par un tissu cellulo-adipeux remplissant les espaces délimités par les zones d'insertions musculoaponévrotiques au niveau des tables osseuses internes ou externes. Parallèlement, une propagation par voie veineuse et lymphatique est bien attendue possible et constitue un facteur de diffusion précoce de l'infection dépassant rapidement des barrières anatomiques locales et envoyant des métastases septiques à distance depuis la base du crâne au médiastin.

### **3.4. Diagnostic positif [20]**

#### **3.4.1. Cellulite circonscrite**

Elle évolue suivant deux stades :

##### **3.4.1.1. 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 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. La radiographie peut montrer un traitement canalaire incomplet, un épaissement ligamentaire, un granulome...

Non traitée l'évolution se fait vers la suppuration.

##### **3.4.1.2. 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,

### 3.5. Formes topographiques

Différentes localisations de la collection peuvent se rencontrer.

#### 3.5.1. 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.

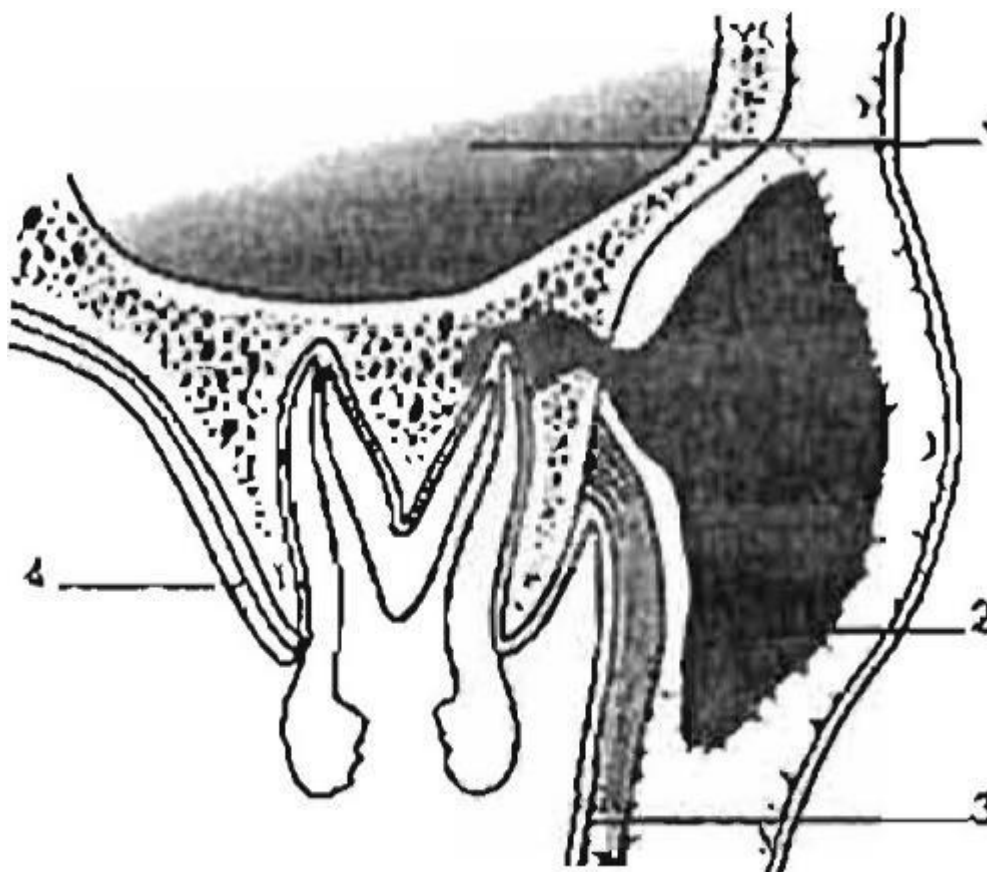


Figure 11: Schéma d'une cellulite génienne haute [21]

1. Sinus maxillaire ;
2. Muscle buccinateur
3. Muqueuse vestibulaire
4. Fibromuqueuse palatine

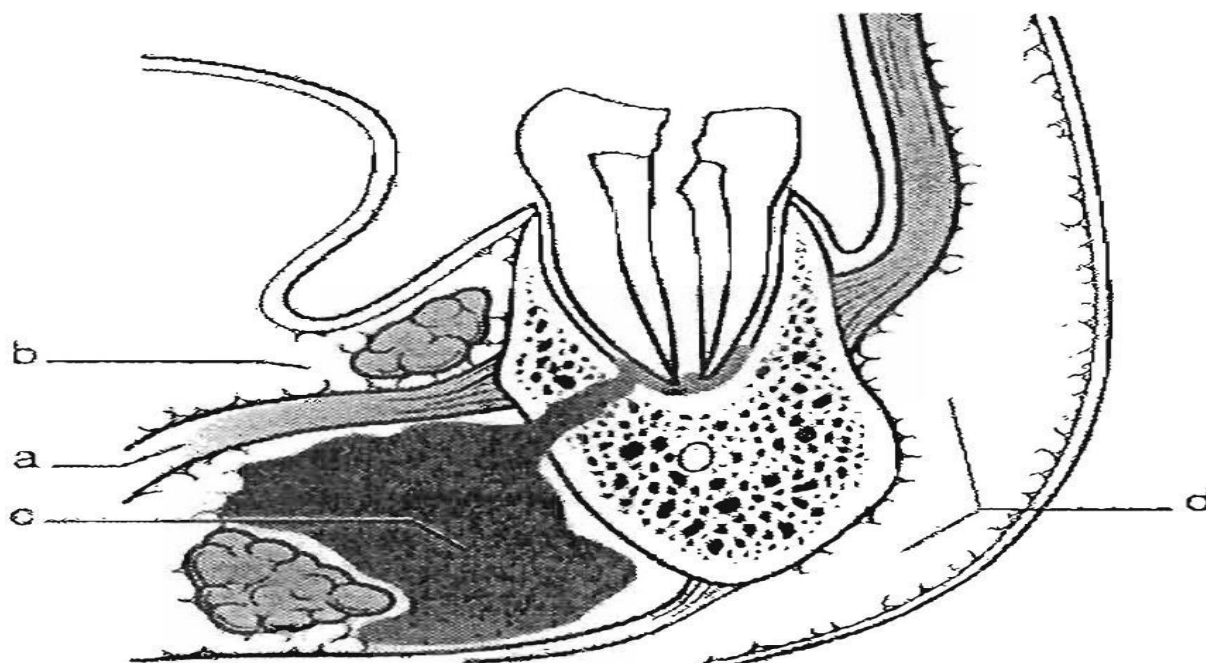
### **3.5.2. Cellulite massétérine**

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.

### **3.5.3. Cellulite sous-mylohyoïdienne :**

La collection se situe dans la région sous mylohyoïdienne. Le plancher buccal est œdémateux. 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.



**Figure 12: Cellulite sous-mylo-hyoïdienne [21]**

- a. muscle mylo-hyoïdien
- b. loge sublinguale
- c. loge sous-maxillaire
- d. fusée sous cutanée

### **3.5.4. 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.

### **3.5.5. Cellulite temporale**

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

## **3.6. Diagnostic différentiel**

Suivant la région,

- 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.

## **3.7. Complications : [20]**

### **3.7.1. Les complications aiguës**

#### **3.7.1.1. Les cellulites aiguës diffuses**

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

### **3.7.1.2. La toxi-infection maligne**

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 pleuropulmonaires peuvent se surajouter et le décès peut survenir dans un tableau de choc cardio-vasculaire ou de coma hépatique.

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 mylohyoïdienne 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 œdémateux 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.

### **3.7.1.3 L'ostéite**

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.

### **3.7.2. 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), thrombophlébite du sinus caverneux



### **3.7.3. Complications chroniques**

#### **3.7.3.1. 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.

#### **3.7.3.2. Les examens paracliniques :**

Les examens radiologiques [22]

##### **✓ Radiographies classiques :**

La plupart du temps une radiographie rétro alvéolaire est faite mais puisque le trismus et la tuméfaction sont quasi constants en milieu hospitalier et empêchent de la faire ; on aura recours, si les moyens le permettent à la radiographie panoramique dentaire ou un défilé maxillaire ou une face basse. L'imagerie dentaire classique (panoramique dentaire, cliché rétro-alvéolaire) permet de préciser la dent causale ; surtout si le patient a un état dentaire mauvais ou si la dent causale est une troisième molaire incluse.

##### **✓ Imagerie médicale moderne :**

Le scanner et/ou la résonance magnétique peuvent être utilisés pour évaluer l'extension des cellulites diffuses et permet de rechercher un épanchement pleuropéricardique. La tomodensitométrie pour le bilan de l'extension médiastinale et son retentissement sur les structures atteintes ou adjacentes.

##### **✓ Le scanner cervico-facial injecté :**

Permet au stade collecté ; de visualiser la taille de la collection et son impact sur les voies aéro-digestifs supérieures. Il est réalisé en cas de tableau atypique (par exemple, cellulite cervicale avec aspect intra-buccal de cancer). Le scanner doit être étendu au thorax en cas d'extension cervicale basse du placard cutané

inflammatoire, à la recherche de coulées infectieuses médiastinales. Il n'est pas indiqué au stade inflammatoire.

✓ **La tomodensitométrie cervico-thoracique, avec injection de produit de contraste :**

Permet de préciser au mieux l'extension de la cellulite avec la possibilité de thrombophlébite ou de médiastinite associées. Le diagnostic de médiastinite repose sur la présence d'un ou plusieurs éléments suivants : L'élargissement du médiastin, la présence d'adénopathies, l'hypodensité de la graisse médiastinale, de bulles de gaz, de zones liquidiennes (abcès collectés), d'épanchement pleural et/ou péricardique. En effet, en cas d'infection se propageant sous la bifurcation trachéale ; une thoracotomie associée à la cervicotomie est indiquée permettant éventuellement le drainage d'une pleurésie ou d'une péricardite purulente ; dans le cas contraire la cervicotomie seule peut suffire.

Les examens biologiques [23]

Dans les cas douteux et surtout chez un malade taré ou un malade sans passé médical ; il sera préférable avant toute intervention de pratiquer

Ces examens peuvent aider à déceler une quelconque pathologie.

Bilan sanguin : Hyperleucocytose et augmentation de la CRP sont la règle devant ces infections. Le reste du bilan (crase, ionogramme sanguin etc.) est surtout destiné à juger de l'opérabilité du patient. Les hémocultures seront réalisées en cas de syndrome septique grave.

Les examens bactériologiques [24]

Ce sont les prélèvements bactériologiques et l'antibiogramme. Ils ne sont pas réalisés en routine lors du drainage d'une cellulite collectée banale, car les germes retrouvés dans l'immense majorité des cas sont des germes saprophytes banals de la cavité buccale, systématiquement sensibles aux antibiotiques.

Il est, en revanche, important de les réaliser dans certaines situations :

- Cellulite gangréneuse, où un pus brunâtre et malodorant signe
- la présence dominante de germes anaérobies.

- Drainage répété de collection, résistante au traitement classique bien conduit.
- Terrain (immunosuppression, cellulite récidivante, antécédents d'irradiation de la cavité buccale).

#### **4. Traitement [25,26]**

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, imidazolés, macrolides, aminosides, quinolones, lincosamides)
- Les corticoïdes,
- Les antiseptiques (Solution de Dakin, Eau oxygénée, Bétadine dermique, chlorexidine)

###### **4.2.2. Le traitement chirurgical :**

Ils comportent certains gestes tels que :

- La ponction évacuatrice
- L'incision- drainage
- 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 sur le site 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 buccodentaire, une bonne hygiène et également au traitement précoce des caries dentaires.

# **METHODOLOGIE**

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Cadre et lieu d'étude**

#### **1.1. Présentation de la Commune IV**

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako qui selon la tradition orale a été créée vers le 17<sup>ème</sup> siècle par les NIAKATE sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développé au début d'Est en Ouest entre le cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI.

Le plus ancien quartier LASSA fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent SIBIRIBOUGOU en 1980.

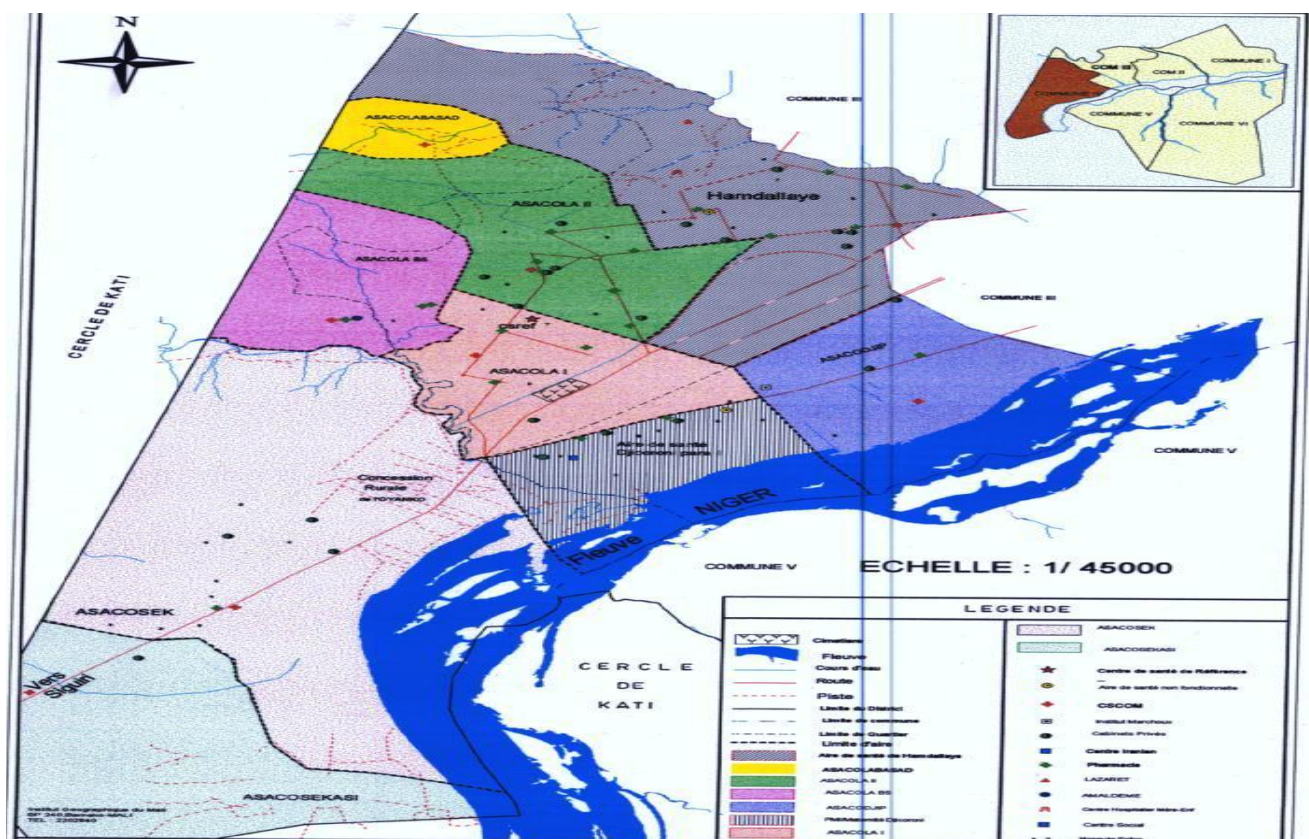
La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 août 1978 et régie par les textes officiels

suivants :

- L'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 AOÛT 1978 fixant les limites et le nombre des communes ;
- La loi N°95-008 du 11 février 1995 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales ;
- La loi N° 954-034 du 22 avril 1995 portant code des collectivités territoriales.

Caractéristiques

- Population : 448 525 habitants
- Commune urbaine : 8 quartiers
- Aires de santé : 10



**Figure 13:** carte sanitaire de la commune IV (carte sanitaire du Mali, 2020)

- Une Maternité Urbaine
- Superficie : 37,68 km<sup>2</sup>
- Densité : 11957 habitants au Km<sup>2</sup>

#### Situation sanitaire

La carte sanitaire de la commune IV est satisfaisante, dispose d'un hôpital ; et des centres de santé communautaires fonctionnels repartis (L'ASACOSEK, l'ASACOLAI, l'ASACOLAB5, l'ASACOLA II, l'ASACODJIP, l'ASACOLABASAD, l'ASACOSEKASI, l'ASACODJENEKA, l'ASACOHAM et la Maternité René Cisse d'Hamdallaye) et plusieurs structures à statut privé.

### 1.2. Présentation de l'hôpital de district de la commune IV

Le centre de santé de Lafiabougou a été construit vers les années 1980 sous la dénomination de PMI (service de protection maternelle et infantile) de

Lafiabougou.

Ce n'est qu'en mai 2002 et en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

Par la loi n°2018-051 du 11 juillet 2018 portant création de l'hôpital de district sanitaire, Il est créé, dans les Chefs-lieux de Districts sanitaires, un établissement public hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière dénommé Hôpital de District sanitaire.

L'Hôpital de District sanitaire a pour mission de participer à la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur l'étendue du territoire du District sanitaire.

A cet effet, il est chargé :

- d'assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- de prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- de participer à la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- de conduire des travaux de recherche dans le domaine de la santé ;

L'unité d'odontostomatologie de l'Hôpital de District de commune IV de Bamako a servi de cadre d'étude.

– L'unité odontostomatologie comprend :

**✓ Personnel :**

01 médecin-dentiste

02 assistants médicaux en odontostomatologie

02 techniciens de santé publique

**✓ Locaux :**

01 bureau du médecin dentiste

02 salles de consultation avec deux fauteuils dentaires chacune.

01 salle de désinfection et de stérilisation

01 salle de surveillance



Un appareil de radiographie panoramique dentaire

Un appareil de radiographie rétro alvéolaire avec système radio visioident

### **1. Type d'étude et période :**

Nous avons mené une étude transversale descriptive sur une période de six mois.

### **2. Population d'étude**

Notre étude a concerné les patients reçus en consultation à unité odontostomatologie à l'Hôpital de district de la commune IV de Bamako.

### **3. Echantillonnage :**

Nous avons recruté les patients qui se sont présentés en consultation dans l'unité au fur et à mesure du déroulement de l'étude sans tri préalable afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population.

#### **3.1 Méthode :** non probabiliste

#### **3.2 Technique :** échantillonnage exhaustif

##### **✓ Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans notre étude, tous les patients reçus en consultation pour cellulite d'origine dentaire dans l'unité pendant la période de l'étude et qui ont accepté de participer à l'étude.

##### **✓ Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus dans l'étude tous les patients ayant consulté pour d'autres pathologies et les patients qui n'ont pas accepté de participer à l'étude.

### **4. Instrument de l'étude**

Dans cette étude, nous avons utilisé un questionnaire pour collecter les informations auprès des patients atteints de cellulite d'origine dentaire dans l'unité odontostomatologie de l'hôpital du district commune IV.

Le questionnaire comprenait cinq parties : (i) les caractéristiques sociodémographiques, (ii) le mode de recrutement des patients ; (iii) les symptômes, (iv) le diagnostic, (v) le traitement.

## **5. Analyses statistiques**

Une analyse descriptive a été effectuée pour toutes les variables étudiées.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, valeurs extrêmes et écart-type et les variables qualitatives en pourcentages.

L'analyse statistique a été effectuée à travers le logiciel SPSS version 22.

## **6. Les variables étudiées**

Il s'agit :

### **8.1 Variables sociodémographiques :**

Sexe, âge, profession, résidence, niveau d'instruction, état matrimonial, revenu mensuel.

### **8.2. Le motif de consultation**

Douleur, tuméfaction, trismus, fistule, perte de substance, douleur + tuméfaction, douleur + tuméfaction + trismus, trismus + fistule.

### **8.3. Les caractéristiques cliniques de la cellulite :**

Type de cellulite, localisation anatomo-topographique.

### **8.4. Les caractéristiques paramédicales :**

Bilan radiologique, bilan biologique.

### **8.5. Traitement**

Médical, chirurgical, médico chirurgical.

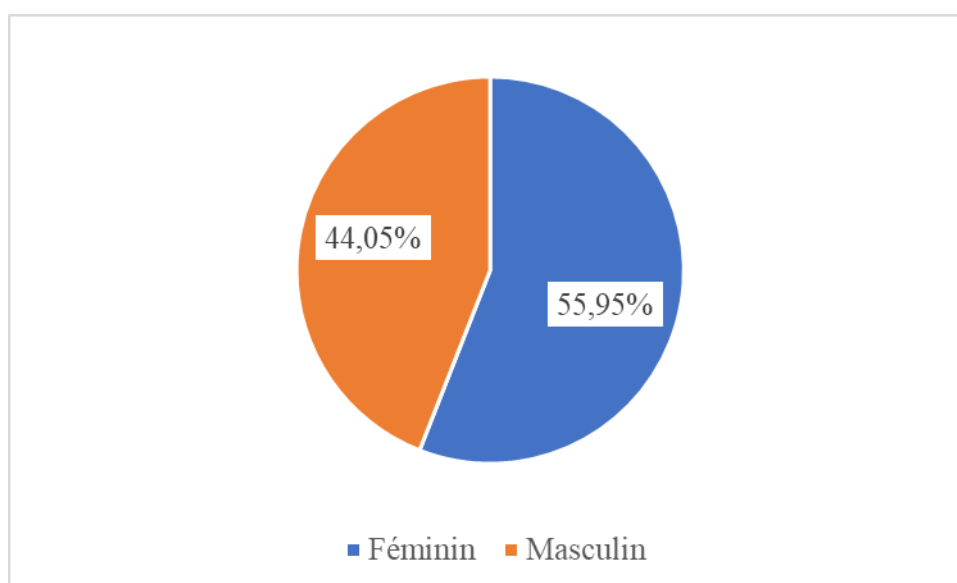
## **7. Considérations éthiques :**

Pour cette étude, la confidentialité et l'anonymat des participants ont été garantis.

La participation était libre et volontaire après obtention d'un consentement verbal et éclairé.

# RESULTATS

## V. RESULTATS



**Figure 14:** répartition de l'effectif des patients selon le sexe

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un sex-ratio de 0,78.

**Tableau I:** répartition de l'effectif des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge (ans)	Effectif	Fréquence (%)
0-10	17	20,24
11-20	31	36,90
21-30	21	25,00
31-40	7	8,33
41-50	5	5,95
51-60	2	2,38
61-70	1	1,20
Total	84	100

La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre 11-20 ans avec 36,90% et une moyenne d'âge de 21,45 et un écart type de 13,22 avec des extrêmes de 5 et 70 ans.

**Tableau II:** répartition de l'effectif des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Célibataire	59	70,24
Marié(e)	24	28,57
Veuve	1	1,19
Total	84	100

Les célibataires ont été les plus représentés avec 70,24 % des cas.

**Tableau III:** répartition de l'effectif des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Fonctionnaires	3	3,57
Elèves/Étudiants	43	51,20
Femmes au foyer	28	33,33
Ouvriers	10	11,90
Total	84	100

Les élèves/étudiants ont été les plus représentés avec 51,19 % des cas.

**Tableau IV:** répartition de l'effectif des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisé	20	23,81
Primaire	41	48,81
Secondaire	17	20,24
Supérieur	6	7,14
Total	84	100

Les patients non scolarisés ont représenté 28,81%

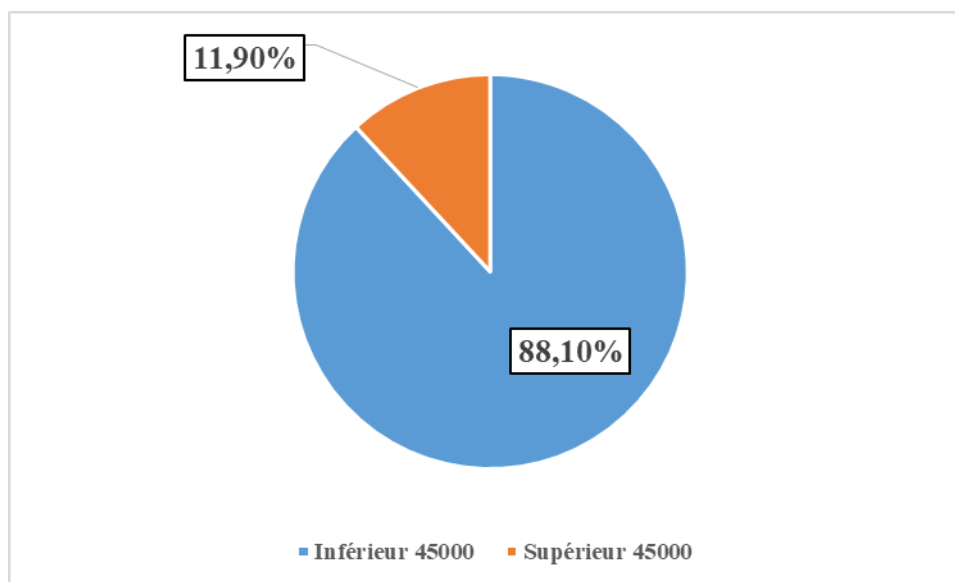
**Tableau V :** répartition de l'effectif des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence (%)
Djicoroni para	5	5,95
Hamdallaye	7	8,33
Lafiabougou	44	52,40
Lassa	2	2,38
Sebenicoro	9	10,71
Taliko	7	8,33
Autres	10	11,90
Total	84	100

Le quartier de Lafiabougou a été le plus représenté avec 52,38 % des cas.

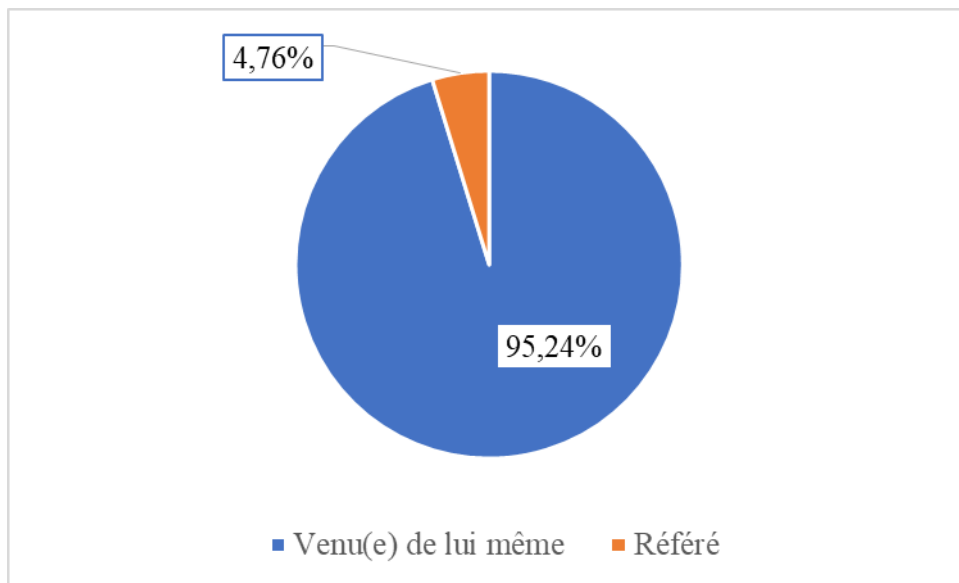
Autres quartiers = siracoro (1), Ouenzindougou (1), Mamaribougou (2), Samako (1)

Kodjanbougou (1), Kanadjiguila (2), Gommy (1), Badalabougou (1).



**Figure 15:** répartition de l'effectif des patients selon le revenu mensuel en franc CFA

La majorité de nos patients avaient un revenu mensuel inférieur au SMIC soit 88,10 % des cas.



**Figure 16: répartition de l'effectif des patients selon le mode de recrutement**

La quasi-totalité de nos patients sont venus d'eux même soit 95,24 % des cas.

**Tableau VI: répartition de l'effectif des patients selon le motif de consultation**

Motif de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Douleur + Tuméfaction	73	86,9
Douleur + Tuméfaction +Trismus	6	7,15
Tuméfaction	5	5,95
Total	84	100

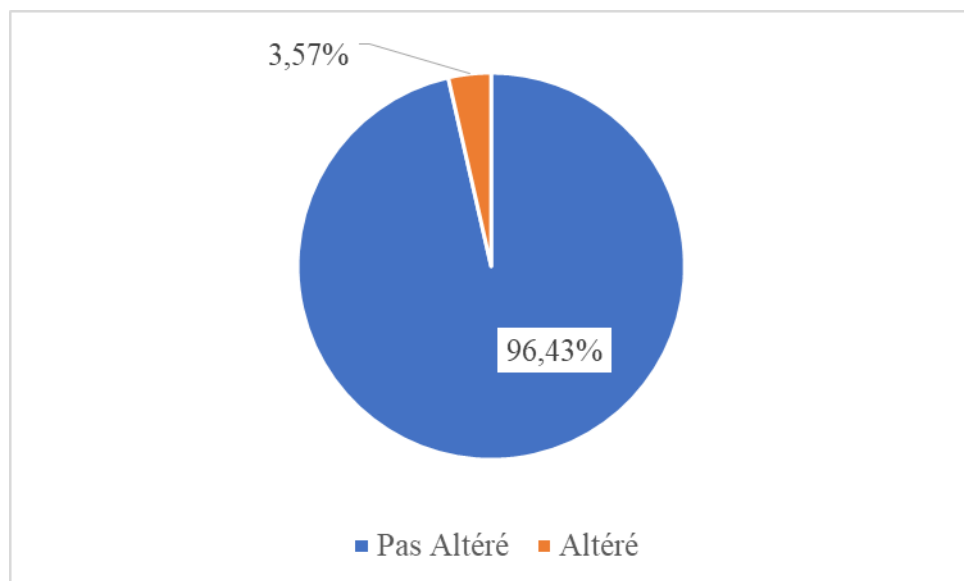
La douleur et la tuméfaction ont été le motif de consultation le plus représenté avec 86,90 % des cas.



**Tableau VII:** répartition de l'effectif des patients selon le délai de consultation

Délais de consultation	Effectif	Fréquence (%)
Inférieur à 1 Semaine	66	78,57
1 à 2 Semaines	15	17,86
Supérieur à 3 Semaines	3	3,57
Total	84	100

Le délai de consultation inférieur à une semaine a été le plus représenté avec 78,57 % des cas.



**Figure 17:** répartition de l'effectif des patients selon l'état général

L'état général altéré a été observé chez 3,57 % des cas.

**Tableau VIII:** répartition de l'effectif des patients selon la comorbidité

Comorbidité	Effectif	Fréquence (%)
Diabète	2	2,38
Gastrite / ulcère	14	16,67
HTA	1	1,2
Aucune comorbidité	67	79,76
Total	84	100

Le diabète a été observé dans 2,38 % des cas.

**Tableau IX:** répartition de l'effectif des patients selon leur mode de vie

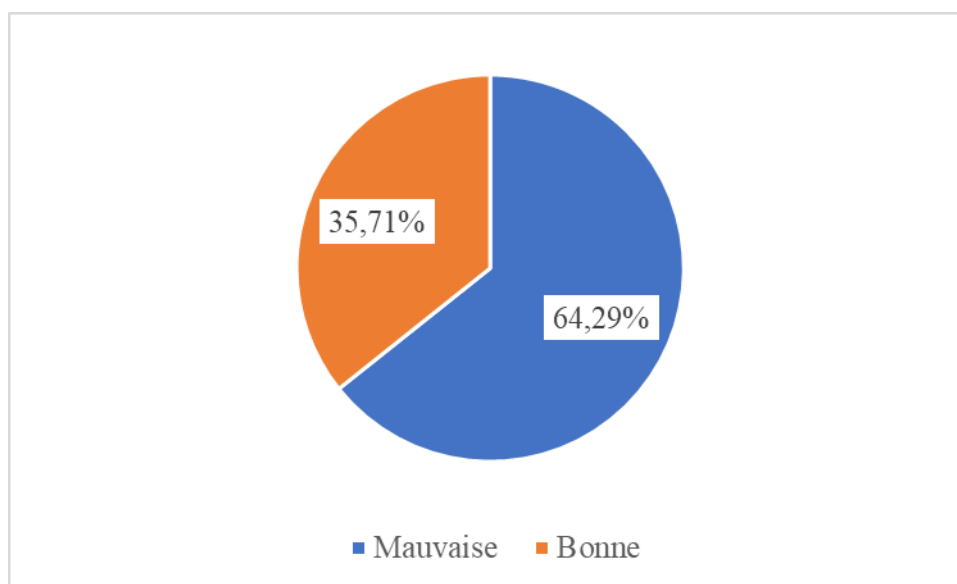
Mode de vie (habitude alimentaire)	Effectif	Fréquence (%)
Alcool	1	1,2
Tabac à chiquer	2	2,38
Tabac à fumer	10	11,9
RAS	71	84,52
Total	84	100

La majorité de nos patients n'avait pas de mode de vie particulier, soit 84,51% des cas.

**Tableau X :** répartition de l'effectif des patients selon le traitement reçu avant la consultation

Traitement reçu avant la consultation	Effectif	Fréquence (%)
Auto médication	62	73,81
Fumigation	12	14,29
Aucun traitement	10	11,9
Total	84	100

L'automédication a été le plus représenté avec 73,81 % des cas.



**Figure 18:** répartition de l'effectif des patients selon l'hygiène buccodentaire

La mauvaise hygiène buccodentaire a été le plus représenté avec 64,29 % des cas.

**Tableau XI** : répartition de l'effectif des patients selon le type de cellulite

Type de cellulite	Effectif	Fréquence (%)
Diffuse	3	3,57
Séreuse	57	67,86
Suppurée	24	28,57
Total	84	100

La cellulite séreuse a été la plus représentée avec 67,86 % des cas.

**Tableau XII** : répartition de l'effectif des patients en fonction de la cause

Cause	Effectif	Fréquence (%)
Groupe incisivo-canin	03	03,57
Groupe prémolaire	05	05,95
Groupe molaire	76	90,48
Total	84	100,00%

Le groupe molaire a été le plus représenté avec 90,48 % des cas.

**Tableau XIII** : répartition de l'effectif des patients selon la zone anatomique

Zone anatomique	Effectif	Fréquence (%)
Mandibulaire	69	82,14
Maxillaire	15	17,86
Total	84	100

La localisation mandibulaire a été la plus représentée avec 82,14 % des cas.

**Tableau XIV** : répartition de l'effectif des patients selon la zone topographique

Zone topographique	Effectif	Fréquence (%)
Hémifaciale	11	13,09
Labiale supérieure	1	1,2
Para-nasale et sous orbitaire	3	3,57
Péri-mandibulaire	64	76,19
Sous mentale	5	5,95
Total	84	100

La zone péri-mandibulaire a été la plus représentée avec 76,19 % des cas.

**Tableau XIII:** répartition de l'effectif des patients selon le bilan radiologique

Bilan radiologique	Effectif	Fréquence (%)
Radiographie panoramique (OPG)	60	71,43
Radiographie retro alvéolaire	9	10,71
Aucune radiographie	15	17,86
Total	84	100

La radiographie panoramique dentaire a été l'examen le plus effectué avec 71,43 % des cas.

**Tableau XVI :** répartition de l'effectif des patients selon le traitement

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Médical	60	71,43
Médico-chirurgical	24	28,57
Total	84	100

Le traitement médical a été le plus représenté avec 71,43 % des cas.

NB : Tous nos patients ont bénéficié d'un traitement en antibiotique ; antalgique et en antiseptique.

**Tableau XVI :** répartition de l'effectif des patients selon l'hospitalisation

Hospitalisation	Effectif	Fréquence (%)
Non	60	71,43
Oui	24	28,57
Total	84	100

Nos patients ont été hospitalisés dans 28,57 % des cas.

**Tableau XVII :** répartition de l'effectif des patients selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Fréquence (%)
0 - 7 jours	9	37,5
8 - 15 jours	15	62,5
Total	24	100

La durée d'hospitalisation 8 – 15 jours a été le plus représenté avec 62,50 % des cas.

**Tableau XIX :** répartition de l'effectif des patients selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif	Fréquence (%)
Avulsion dentaire	60	71,43
Incision drainage + avulsion dentaire	24	28,57
Total	84	100

L'incision drainage a été réalisée dans 28,57 % des cas.

**Tableau XVII :** répartition de l'effectif des patients selon le suivi post opératoire

Suivi post opératoire	Effectif	Pourcentage (%)
1 semaine	11	13,1
2 semaines	71	84,52
3 semaines et plus	2	2,38
Total	84	100

Le suivi post opératoire de deux semaines a été le plus représenté avec 84,52 % des cas.

NB : l'évolution était favorable chez tous nos patients à 100 % des cas.



# **DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

## **VI. DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

Les cellulites d'origines dentaires sont relativement fréquentes dans l'unité odontostomatologie de l'hôpital de district de la commune IV de Bamako ; nous avons colligés 84 cas en six mois.

### **A. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **1. Sexe**

Dans notre étude ; le sexe féminin a été le plus représenté avec 55,95 % des cas avec un sex ratio de 1,27 en faveur du sexe féminin.

SISSOKO D B [6] au Mali et NOKAM ABENA et coll [3] au Cameroun ont trouvé que le sexe féminin a été le plus représenté avec 55,80 % et 59,2 % des cas.

8. MAIGA A [27] au Mali et AISSA MAMOUNE SOUHEYLA et coll [28] en Algérie ont trouvé que la moitié des patients étaient du sexe masculin soit 53% et 56 % des cas.

#### **2. Age**

Dans notre étude, les cellulites d'origine dentaire ont été observées dans toutes les tranches d'âge.

La tranche d'âge 11 – 20 a été la plus touchée avec 36,90 % des cas avec une moyenne d'âge de 21,45 ans. Nos résultats sont comparables aux données de la littérature

Dans une étude antérieure réalisée au Mali en 2022 par SISSOKO D B [6] d'où la tranche d'âge la plus touchée était celle de 20 à 40 ans avec 57,5 % des cas.

Dans l'étude de MAIGA A [27] ; l'âge moyen était de 33 ans (26 à 40 ans) soit 48,8 % des cas.

EZZATHI F et coll [29] ont rapporté dans leur étude en 2014 au Bruxelles une moyenne d'âge de 8,3 ans.

ILLE S et all [5] ont rapporté dans leur étude que la tranche d'âge de 26 à 35ans était la plus représentée avec 41,17% des cas.

Keïta A et coll [30] ont trouvé une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 29 ans soit 39,2% avec des extrêmes de 1 à 85 ans.

### 3. Profession

Dans notre série, les élèves et étudiants étaient les plus représentés avec 51,19 % cas.

NOKAM ABENA ME et coll [3] rapportent que les élèves étaient majoritaires avec 63,7% de cas

Dans l'étude de KASSAMBARA A et coll [31] et COULIBALY A et coll [32] les ménagères étaient les plus représentées avec 30,83% et 38,36 % des cas.

### 4. Etat matrimonial

Dans notre étude, les célibataires ont été les dominants avec 70,24 % des cas.

Notre résultat est différent de celle des études antérieures menées au Mali Dans l'étude de CAMARA D [33] et SISSOKO D B [6], les mariés ont été les plus dominants avec respectivement 83% et 65% des Cas.

### 5. Niveau d'instruction

Dans notre étude ; le niveau d'instruction primaire a été le plus représenté avec 48,81 % des cas.

KONE M [34] a trouvé dans son étude que le niveau d'instruction d'enseignement fondamental était le plus représenté avec 55,88% des cas.

MAIGA A [27] a rapporté dans son étude que 74,4 % de ces patients n'étaient pas scolarisés.

KEÏTA A et coll [31] ont rapporté que 89,75% des cas étaient non scolarisés.

### 6. Revenu mensuel

Dans notre étude ; le revenu mensuel inférieur aux SMIC a été le plus dominant avec 88,10 % des cas.

Notre résultat est supérieur à celle d'une étude antérieure réalisée par EL ABED W et coll [35] en Tunisie, ont trouvé un faible niveau socio-économique chez 71,8% des patients ;

Dans l'étude de KOUAKOU KR et coll [36] ; 65,21% des patients appartenaient à la classe sociale économiquement faible.

Dans l'étude ANJARIMANANA T H S [4], la cellulite était plus fréquente chez les patients à niveau socioéconomique bas dans 87,37 % des cas.

#### A. Aspect clinique :

##### 1. Mode de recrutement

Dans notre étude ; 95,24 % des patients sont venus d'eux même.

COULIBALY A et coll [32] ont rapporté que 15% des patients étaient référés.

##### 2. Délai de consultation

Dans notre étude, le délai de consultation inférieur à une semaine a été le plus représenté avec 78,57% des cas.

ABED W et coll [35] ont trouvé que le délai moyen de consultation était de 4 jours avec des extrêmes allant de 2 à 10 jours soit 64,8% des cas.

Par ailleurs ILLE S et coll [5] au Niger et BISSA HAREFETEGUENA et coll [37] ont trouvé un délai moyen de consultation respectivement 16,68 jours et 11 jours.

##### 3. Motif de consultation

Dans notre étude, la tuméfaction plus douleur a été le plus dominant avec 86,90 % des cas.

COULIBALY A et coll [32] ont trouvé 86,20 % des cas de tuméfaction douloureuse comme motif de consultation.

Par ailleurs SISSOKO D B [6] et ABED W et coll [35] ont trouvé respectivement 100 % des cas de tuméfaction plus douleur comme motif de consultation.

##### 4. Traitement reçu avant la consultation

Dans notre étude, l'automédication a été pratiquée dans 73,81 % des cas.

COULIBALY A et coll [32] ont rapporté que 68,49 % des cas des patients pratiquaient l'automédication.

Selon SISSOKO D B [6] ; 76,7% des cas des patients pratiquaient l'automédication.

Dans l'étude de BISSA HAREFETEGUENA et coll [37] ; 33 % des patients pratiquaient une automédication à base AINS/antalgique.

KOUAKOU KR et coll [36] ont trouvé 33,33% des patients utilisaient la tradithérapie à base de décoctions ou de cataplasme.

#### 5. Hygiène bucco-dentaire

Dans notre étude la mauvaise hygiène a été observée dans 64,29 % des cas.

NOKAM ABENA ME et coll [3] au Cameroun ont trouvé que 75,5% des patients avaient une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

KOUAKOU KR et coll [36] ont trouvé 23,19% des cas de mauvaise hygiène bucco-dentaire.

CAMARA D [34] a trouvé une mauvaise hygiène buccodentaire chez 54% des patients.

#### 6. Type de cellulite

Dans notre étude, la cellulite séreuse a été la plus représentée avec 67,86 % des cas.

Dans une étude antérieure S. HAITAMI et coll [38] ; les formes avancées, suppurées et chroniques, représentaient respectivement 40,7% et 13% de l'échantillon.

Dans l'étude d'AISSA MAMOUNE SOUHEYLA et coll [28], la forme la plus retrouvée est la forme suppurée soit 42% des cas.

FAICAL CHOUMI [39] a trouvé 55 % des cas de cellulite diffuse.

#### 7. Siège

Dans notre étude la mandibule a été le siège de prédilection avec 82,14 % des cas.

FAICAL CHOUMI et coll [39], ont trouvé 83 % des cas de cellulites étaient mandibulaires.

## 8. Zone topographique (Localisation)

Dans notre étude, la cellulite péri-mandibulaire a été la plus représentée avec 76,19 % des cas. ANJARIMANANA T H S [4] a trouvé 70,51 % des cas de cellulites avaient une localisation génienne.

COULIBALY A et coll [32] ont trouvé une localisation génienne basse soit 34,25 % des cas.

## 9. Antécédents médicaux

Dans notre étude, les patients diabétiques ont représenté 2,38 % des cas.

KOUAKOU KR et coll [36] ont trouvé 4,35 % des patients diabétiques.

AISSA MAMOUNE SOUHEYLA et coll [28] rapportent 10 % des cas de patients diabétiques.

## 10. Mode de vie

Dans notre étude, 11,90 % des patients fumaient du tabac.

Dans l'étude d'ANJARIMANANA T H S [4] ; 10,52% des patients fumaient du Tabac.

Par ailleurs d'AISSA MAMOUNE SOUHEYLA et coll [28] ont trouvé 10 % des patients étaient des alcooliques.

## 11. Bilan radiologique

Dans notre étude, la radiographie panoramique dentaire a été réalisée dans 71,43 % des cas.

Dans l'étude d'ANJARIMANANA T H S [4] et SISSOKO D B [6] la radiographie panoramique dentaire a été faite systématiquement chez tous les patients.

Dans l'étude de BISSA HAREFETEGUENA [37], la radiographie panoramique a permis de noter un granulome dans 51,0% des cas.

## 12. Traitement

Dans notre étude le traitement médical a été effectué dans 71,43 % des cas. Le traitement médico-chirurgical a été effectué dans 28,57 % des cas.

L'évolution a été favorable à 100 % des cas.

Selon ABED W et coll [35], le traitement médical exclusif à base d'antibiotiques a été instauré chez 57,7% des patients et un traitement médico-chirurgical chez 42,3%.

Une évolution favorable a été notée pour la quasi-totalité des malades

Selon ILLE S et coll [5], le traitement était médicochirurgical dans tous les cas.

L'évolution était favorable dans 94,11%.

Dans notre étude, l'incision drainage a été réalisée dans 28,57 % des cas.

COULIBALY A et coll [32] ont trouvé 27,4 % des cas d'incision drainage.

NOKAM ABENA ME et coll [3] et CAMARA D [33] ont trouvé

respectivement 87,7% et 87,5% des cas d'incision drainage.

Dans l'étude d'AISSA MAMOUNE SOUHEYLA et coll [28], le traitement chirurgical par drainage a représenté la principale modalité thérapeutique de ces cellulites avec collection purulente, il a été réalisé dans 54% des cas.

L'extraction dentaire était réalisée chez 31 patients soit 70% des cas.

Selon ANJARIMANANA T H S [4], le traitement chirurgical par drainage a représenté la principale modalité thérapeutique de ces cellulites, il a été réalisé dans 84,31% des cas. MILOUDJA J *et al* l'ont réalisé sur 78% des cas [40].

Dans notre étude, l'extraction dentaire a été réalisée dans 71,43 % des cas.

AISSA MAMOUNE SOUHEYLA et coll [28] et COULIBALY A et coll [32] qui ont trouvé respectivement 70.5% et 72,60 % des cas d'extraction dentaire.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## **VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **A- Conclusion**

Les cellulites d'origine dentaires sont fréquentes. La mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'automédication sont les facteurs favorisants. Elles restent une urgence car le pronostic vital du patient peut être engagé.

Le traitement médico-chirurgical a été difficile à réaliser à cause du bas niveau économique.

## **B- RECOMMANDATIONS :**

Au terme de ce travail, nous avons formulé quelques recommandations qui s'adressent aux :

### ✓ **Aux autorités socio-sanitaires**

- Mettre en place un programme national de la santé buccodentaire ;
- Mettre en place une journée nationale dédiée à la maladie buccodentaire ;
- Recruter les odontostomatologues ;
- Rendre accessible le soin à la population ;
- Rendre opérationnel les organes de gestion de l'hôpital de district de la commune IV.

### ✓ **Aux personnels socio-sanitaires :**

- Référer tôt les patients vers les centres spécialisés pour une meilleure prise en charge ;
- Renforcer la collaboration pluridisciplinaire ;
- Enseigner les bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire ;
- Faire des campagnes de sensibilisation en langue locale.

### ✓ **Aux populations :**

- Consulter dans un centre de santé devant toute affection buccodentaire ;
- Respecter les règles d'hygiène bucco-dentaire ;
- Faire le suivi buccodentaire des enfants dès l'éruption des dents temporaire ;
- Consulter un chirurgien-dentiste au moins 2 fois par an.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. BADOU KE, BURAIMA F, YODA M ET COLL  
Cellulite cervico-faciale au CHU de YOPOUGO (Abidjan) ; EDUCI 2014
2. DAVID HOARAU, MIREILLE FOLIA, NARCISSE ZWETYENGA ET COLL  
Gangrenous cervicofacial cellulitis from odontogenic infection: two clinical case; J Oral Med Oral Surg 2019.
3. NOKAM ABENA ME, MINDJA EKO D  
Les cellulites cervico-faciales odontogènes dans la ville d'ebolowa : à propos de 49 cas Revue d'odontostomatologie malgache en ligne ISSN 2220-069X2021 ; Volume 21.
4. ANJARIMANANA TANTELY HARIVÉLO SABRINA  
Aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique des cellulites chroniques cervico-faciales odontogènes ;Thèse pour obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine 2020.
5. ILLE S, DJAFAROU ABARCHI B, KADRE ALIO KO ET COLL  
Les Cellulites Cervico-Faciales au Service D'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital National de Niamey ;Health Sci. Dis: Vol 19 (3) Suppl 1 Aug 2018.
6. SISSOKO D  
Etude des facteurs de risque dans la survenue des cellulites d'origine dentaire au Centre hospitalier Universitaire Centre National d'Odonto-stomatologie de Bamako.Thèse de doctorat en chirurgie dentaire 2022.
7. DAVID BRUNATO  
Les cellulites dentaires, classification, étiologie, bactériologie et traitement ;  
Thèse, université de Henry Poincaré Nancy 1, faculté de chirurgie dentaire 2005.
8. MATHIEU D, NEVIÈRE R, TELLON C et coll  
Cervical necrotizing, fasciitis : clinical manifestations and management. Clinical infectious diseases 1995, 21 : 51-6.

9. H ROUVIERE et A. DELMAS

Anatomie Humaine (Descriptive, topographique et fonctionnelle).

10. FRANK H, NETTER M.D

Atlas d'Anatomie Humaine Edition Sully, 1998, 2° Edition.

11. A GAILLARD

Polycopies de stomatologie ; DCEM Stomatologie 1987 24-33.

12. BENBOUZID M.D, BENHYAMMOU A, EL MISSAOU DIA ET COLL

Les cellulites cervico-faciales : 8 cas ;Revue. Odontostomatologie 1999 10(4) - 11-18

13. COLLEGE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET DE STOMATOLOGIE Les lésions dentaires et gingivales ; Université Claude Bernard de LYON 2005 –31

14. RICHARD L, DRAKE, WAYNE VOGADAM W.M, MITCHELL

Anatomie pour les Etudiants ; 2006 Elsevier Masson SAS.

15. COLLEGE HOSPITALOUNIVERSITAIRE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET DE STOMATOLOGIE

Anatomie crânio-faciale ;Université Médicale Virtuelle Francophone 2011.

16. WIKIPEDIA- DENT Dernière modification de cette page le 26 mai 2014 à 01 : 27

17. ALBERT HAUTEVILLE

Anatomie des dents humaines : atlas dentaire et nomenclature.

18. RAPPORTS DES 7° JOURNEES MEDICALES D'ABIDJAN AU 1989, MEDECINE AFRIQUE NOIRE, 1990.

19. PELTIER (AP)

Physiologie de l'inflammation et l'implication pour l'utilisation et les perspectives d'avenir des AINS ;Revue Praticien 1987.

20. PERON JM, MANGEZ JF

Cellulites et fistules d'origine dentaire ;EMC. Stomatologie 22. 033A 10- 2002 – page 14.

21. ACHARD JL

Révision Accélérée en Odontostomatologie ; Edition Maloine 1988, pages 51-54.

22. BAHU SJ, SHIBUYA TY, ET AL.

Craniocervical necrotizing fasciitis: an 11-year experience. Otolaryngol Head Neck Surg 2001;125(3):245—52.

23. CADOU BADIANE

Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, Etude prospective de 55. Service de Stomatologie et d'ORL du CHU Le Dantec. 2011.

24. C. BERTOLUS

Cellulite cervico-faciale. Conf 2011 ; chapitre 52.

25. GOGA, MAXANT PH, ROBIE A

Les ostéites des maxillaires ; EMC. Paris 9- 1988.

26. DECHAUME M

Complications cellulaires des infections dentaires et péri-dentaires ; Précis de stomatologie. Paris : Masson 1966.

27. MAIGA A

Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : profil épidémiologique au service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS ; Mémoire de DES 2020.

28. AISSA MAMOUNE SOUHEYLA, BAKHTI MOHAMMED ZOHEIR, ZAZOUA KHAMES DJAMEL

Aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites cervico faciales d'origine dentaire au niveau du CHU Tlemcen ;Thèse de doctorat en médecine dentaire 2014.

29. EZZATHI F, VANHEE T, et VANDEN ABBEELE A

La prise en charge des cellulites faciales d'origine dentaire : une étude rétrospective ;

Revu médical de Bruxelles, 2021.

30. A KEÏTA, M FOFANA, I DIALLO ET COLL

Les cellulites cervico-faciales : facteurs favorisants, aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutive au service d'Otorhinolaryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale de l'Hôpital Régional de Kankan, Guinée-Conakry ; Jaccr Africa 2018, Vol 2, Num 2.

31. KASSAMBARA A, TOURÉ A, KÉITA K et coll

Facteurs de risque des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire au CHU centre national d'odontostomatologie de Bamako à propos de 120 cas  
Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-fac, Décembre 2022, Vol 29, N°4, pp.22-25

32. COULIBALY A, OUOLOGUEUM B, AST KANE et coll

Profil épidémiologique des cellulites d'origine dentaire dans le district sanitaire de Niono au Mali ;Jaccr Afrique 2022.

33. CAMARA DJOMANTENE

Cellulites cervico-faciales et infection à VIH dans le service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale du CHU-CNOS de Bamako : à propos de 24 cas ; Thèse de doctorat en chirurgie dentaire en 2018.

34. Marc KONE

Cellulites diffuses à extension cervico-thoracique d'origine dentaire au CHU d'Odonto- Stomatologie de Bamako : 34 Cas ;Thèse de doctorat en chirurgie dentaire 2016.

35. EL ABED W, KRIMI H, LEZID S et coll

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : Approches diagnostique et thérapeutique ;J. TUN ORL - N°41 MARS 2019.

36. KOUAKOU KR, OUATTARA B, SIDIBÉ O et coll.

Cellulites cervico-faciales diffusées et nécrosantes: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques en 15 ans au CHU de Cocody (cote d'ivoire)

37. BISSA HAREFETEGUENA, ADAM SALIOU, AMANA ESSOBIZIOU  
Cellulites Cervico-Faciales D'origine Dentaire au CHU Sylvanus Olympio de Lome Au Togo European Scientific Journal December 2019 edition Vol.15, No.36 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431
38. S. HAITAMI, L. KISSI, M. HAMZA et coll  
Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : étude transversale ;  
Rev Odont Stomat 2016
39. FAICAL CHOUMI, MOHAMED MOUMINE  
Cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : facteurs favorisants et prise en charge thérapeutique à propos de quarante-deux cas ; Médecine translationnelle mt 2018 ; 24 (4) : 288-93.
40. MILOUNDJA J et al  
Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville 2011 ; 21(3) :153-157.

**Annexes :**

FICHE D'ENQUETE

N: .....

Partie I : Caractéristique sociodémographiques

Sexe : masculin féminin Age : ..... ans

Nationalité : ..... Profession : .....

Commune de Résidence : ..... Quartier de Résidence : .....

Etat matrimonial : ..... Niveau d'instruction : .....

Revenu mensuel : .....

Date de consultation : .....

Partie II : Mode de recrutement

A Référé : ..... B/ Evacué : ..... C/ Venu(e) de lui-même :

Partie III : Symptômes

A-Motif de consultation :

- |  |   |
|--|---|
| 1-Douleur : <input type="checkbox"/>     | 4-Fistule <input type="checkbox"/>            |
| 2-Tuméfaction : <input type="checkbox"/> | 5-Perte de substance <input type="checkbox"/> |
| 3-Trismus : <input type="checkbox"/>     | 6-Autres à préciser <input type="checkbox"/>  |

B-Délai de consultations :

- |  |  |
|--|--|
| < 5 jours : <input type="checkbox"/>       | De 11 à 15 jours <input type="checkbox"/>      |
| De 5 à 10 jours : <input type="checkbox"/> | De 16 jours et plus : <input type="checkbox"/> |

C-Etat général du malade :

Altéré :  Pas Altéré :

D-Antécédents Médicaux

Diabète.....HTA .....Gastrite.....Neurologique

E-Antécédents Chirurgicaux :

.....

F-Mode de vie (Habitudes Alimentaires) :

A/ Alcoolique: ..... B/ Tabac à fumer C/Tabac à chiquer : ..... D/  
Alcool-tabagique E/ Autres choses à préciser : ...



G-Traitement Reçu avant la consultation :

1-Fumigation                      2-Auto médication :                      3-Autres choses : .....

H-Hygiène buccodentaire :

1-Bonne : ..... 2- Mauvaise : ..... 3-Médiocre:.....

Partie IV : Diagnostic

A-Type de cellulite

1-Séreuse                      2-Suppurée                      3 Diffuses                      4 Chroniques

B-Localisation

B1-Maxillaire

-Labiale supérieure        - Para-nasale et sous orbitaire        Hemi-faciale   

B2-Mandibulaire

-Sous mentale        -Péri-mandibulaire        -Para Symphysaire   

C-Examens complémentaires :

C1-Bilan biologiques :

NFS        Groupage Rhésus        TP-TCK        GE        SRV   

C2-Bilan Radiologiques :

Radiographie panoramiques :                          Radiographie retro alvéolaire   

TDM maxillo-faciale                          Radiographie pulmonaires   

AUTRES :

.....

Partie V : Traitement

1-Hospitalisation :                      OUI : ..... NON : .....

2-Durée d'hospitalisation :

0 à 7 jours        De 8 à 15 jours        De 16 jours et plus   

3-Types de traitement :

A-Traitement médical :

Antibiothérapie : ..... Glucocorticoïde : ..... Antalgiques :

..... Antiseptiques : ..... Vitaminothérapie : .....

Oxygénothérapie

Autres à préciser :

.....

B-Traitement chirurgical :

Incision drainage : ..... Avulsion dentaire

C-Suivi post opératoire :

1 semaine: ..... 2 semaines : ..... 3 semaines 1 mois : .....

D-Evolution :

Favorable : .....

Défavorable :

E-Issu du malade :

Guérison

Décès

## **FICHE SIGNALETIQUE**

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Bakary

**Titre de la Thèse :** profil épidémiologique-clinique des cellulites d'origine dentaire à l'hôpital du district de la commune IV de Bamako

**Période d'étude :** 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 31 mars 2023

Ville de soutenance : Bamako

**Lieu de soutenance :** Faculté de médecine et d'odontostomatologie

**Pays d'origine :** Mali

Contact : 00223 74045471

**Secteur d'intérêt :** Odontostomatologie et Chirurgie maxillo-faciale, ORL et Chirurgie Cervico- Faciale.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de Bamako ; Bibliothèque du CHU-CNOS.

### **Résumé :**

Les cellulites cervico-faciales sont des infections des espaces aponévrotiques de la face et du cou caractérisées par une destruction progressive des aponévroses et du tissu adipeux.

L'objectif de cette étude était d'étudier le profil épidémiologique-clinique des cellulites d'origine dentaire à l'hôpital de district de la commune IV de Bamako.

L'étude était de type transversal descriptif et analytique portant sur 84 cas, allant du 1<sup>er</sup> octobre 2022 au 31 mars 2023

Le sexe féminin a été le plus représenté avec un sex-ratio de 1,27.

La tranche d'âge la plus représentée a été celle comprise entre 11-20 ans avec une moyenne de 21,45 et un écart type de 13,22.

Les élèves/étudiants ont été les plus représentés avec 51,19 % des cas.

Plus de trois quarts de nos patients avaient un revenu mensuel inférieur au SMIC soit 88,10 % des cas.

La quasi-totalité de nos patients sont venus d'eux même soit 95,24 % des cas.

La douleur et la tuméfaction ont été le motif de consultation le plus dominant avec 86,90 % des cas.

Le diabète a été observé dans 2,38 % des cas.

L'automédication a été le plus représenté avec 73,81 % des cas.

La mauvaise hygiène buccodentaire a été le plus représenté avec 64,29 % des cas.

La cellulite séreuse a été le plus représenté avec 67,86 % des cas.

La zone péri-mandibulaire a été le plus représenté avec 76,19 % des cas.

La radiographie panoramique dentaire a été l'examen le plus effectué avec 71,43 % des cas.

L'incision drainage a été réalisée dans 28,57 % des cas.

L'évolution était favorable chez tous nos patients.

Mots clés : cellulite ; dent ; odontostomatologie.

## **SAFETY DATA SHEET**

**Name:** TRAORE

**First name:** Bakary

**Thesis title:** epidemiological-clinical profile of cellulitis of dental origin at the district hospital of commune IV of Bamako

**Study period:** October 1, 2022 to March 31, 2023

**City of defense:** Bamako

**Place of defense:** Faculty of Medicine and Odontostomatology

**Country of origin:** Mali

**Contact:** 00223 74045471

**Sector of interest:** Odontostomatology and Maxillofacial Surgery, ENT and Head and Neck Surgery.

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS) of Bamako; CHU-CNOS Library.

### **Summary:**

Head and neck cellulitis are infections of the aponeurotic spaces of the face and neck characterized by progressive destruction of the aponeuroses and adipose tissue.

The objective of this study was to study the epidemiological-clinical profile of cellulitis of dental origin at the district hospital of commune IV of Bamako.

The study was of a descriptive and analytical cross-sectional type covering 84 cases, ranging from October 1, 2022 to March 31, 2023.

The female gender was the most represented with a sex ratio of 1.27.

The most represented age group was between 11-20 years old with an average of 21.45 and a standard deviation of 13.22.

Pupils/students were the most represented with 51.19% of cases.

More than three quarters of our patients had a monthly income below the minimum wage, i.e. 88.10% of cases.

Almost all of our patients came on their own, i.e. 95.24% of cases.

Pain and swelling were the most dominant reason for consultation with 86.90% of cases.

Diabetes was observed in 2.38% of cases.

Self-medication was the most represented with 73.81% of cases.

Poor oral hygiene was the most represented with 64.29% of cases.

Serous cellulitis was the most represented with 67.86% of cases.

The perimandibular area was the most represented with 76.19% of cases.

Panoramic dental radiography was the most performed examination with 71.43% of cases.

The drainage incision was performed in 28.57% of cases.

The evolution was favorable in all our patients.

**Keywords :** cellulite ; tooth ; odontostomatology.

## ICONOGRAPHIES



Cellulite suppurée hémifaciale côté gauche (photo de service)



Cellulite suppurée sous mentale (photo de service)





Incision-drainage d'une cellulite suppurée péri-mandibulaire côté gauche (photo de service)



Incision drainage d'une cellulite suppurée péri-mandibulaire et sous mentale (photo de service)

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, 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, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. 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.

Je le jure !!