

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche**

Scientifique

**Université des sciences, des techniques
et des technologies de BAMAKO
(U.S.T.T.B)**



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2012/2013

N°

Thèse

ETUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES CELLULITES DU PLANCHER BUCCAL DANS LE CHU D'ODONTO-STOMATOLOGIE DE BAMAKO : À PROPOS DE 102 CAS

**Présentée et soutenue publiquement le /.../..... devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie**

Par Mr Firaman DIAWARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur SOUNKALO DAO

Membre : Docteur Oumar WANE

Co-directeur : Docteur Boubacar BA

Directeur de thèse : Professeur Tiémoko Daniel COULIBALY

Nous dédions cette thèse :

A notre père **Mamadou Diawara**

Les formulations nous manquent pour vous exprimer nos sentiments.

Vous avez su créer en nous l'amour du travail bien fait, et vous nous avez aussi appris que le travail assure l'indépendance. Vos infatigables conseils ont porté fruit. Vous nous avez éduqués avec rigueur mais aussi avec amour ; sans vous, nous ne serions pas devenus ce que nous sommes aujourd'hui. Votre volonté de nous voir réussir et votre grand soutien, ont fait de vous un digne PAPA

A notre mère **Awa Niambélé**, femme de paix, femme battante et d'amour, vous avez su donner à tous vos enfants le maximum d'attention et d'amour. Nous osons espérer que vos efforts et sacrifices n'ont pas été vains.

A ma cousine **Mme Diawara Aminata Diawara**, trouve ici mes sincères reconnaissances pour tout ce que tu as fait pour moi ainsi que pour notre famille.

A mes frères et sœurs : **Sambou, Moussa, Boicar, Assata, Batoma, Oumar, Diakaridia** et tous les autres. Trouvez ici l'expression de mes profondes gratitude.

L'atmosphère familiale et cordiale que nous entretenons m'a permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Rendons grâce à Dieu en souhaitant que perdure entre nous la sincérité et l'amour fraternel.

A mon frère Feu Seydou Diawara : J'aurai souhaité que ce jour vous trouve auprès des siens mais la volonté de divine en a décidé autrement. Que le tout puissant t'accorde sa miséricorde.

A mes amis, Fodé Kouyaté, Abdoulaye Diarra, Moussa Kissi, Mariam Sidibé et tous les autres, mes profondes gratitude.

A mon frère ami Dr Kassoum Sidibé, les mots me manquent pour te qualifier. Ton soutien et ton accompagnement ont participé à faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Mes remerciements

Au Docteur **Amidou Dembélé**, les mots me manquent pour exprimer les sentiments que j'ai pour vous

A tout le personnel du cabinet **Banan**, pour leur bonne collaboration

A mon camarade ami **Moussa Kouyaté**,

Trouve ici mes profondes gratitude. Je ne t'oublierai jamais

A mes amies **Mme Sangaré Mariam Sangaréet Mme Keita Mariam Game Diallo**

Pour tous vos soutiens. Vous êtes des sœurs pour moi

A tout le personnel **du CHU-OS**

Vous m'avez accueilli à bras ouvert dans le service ; trouvez ici mes sincères reconnaissances

Au corps professoral de la faculté de médecine et d'odontostomatologie pour la qualité de leurs formations

Hommage aux membres du jury

A notre maitre et président du jury

Professeur Sounkalo DAO

- ✓ Maitre de conférences en maladies infectieuses à la FMOS
- ✓ Professeur en maladies infectieuses à la FMOS
- ✓ Investigateur au SEREFO sur le VIH et la Tuberculose
- ✓ Chef de service des Maladies infectieuses au CHU du point G
- ✓ Président de la SOMPIT (Société Malienne de Pathologie infectieuse et Tropicale)
- ✓ Membre de la Société Africaine de Pathologie Infectieuse (SAPI)
- ✓ Membre de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)

Honorable maitre

Vous nous faite un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations

Nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre qualité de pédagogue et surtout votre disponibilité. Votre humeur constamment joviale, votre humilité et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être un de vos élèves.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse ALLAH le tout puissant, vous accorder une longue vie et très bonne santé

A notre maitre et juge

Docteur Oumar WANE

- ✓ Diplômé de la faculté de médecine d'état de KRASNODAR(ex. URSS)
- ✓ Spécialiste d'odontologie conservatrice d'endodontie
- ✓ Chef de service d'odontologie conservatrice d'endodontie du CHU-OS de Bamako.

Cher Maitre

Nous sommes très honorés de vous avoir comme membre du jury

Vos qualité humaine, intellectuelles et scientifiques, votre disponibilité permanente font de vous un exemple à suivre

A notre maitre et Co directeur de thèse

Dr Boubacar BA

- ✓ Maitre assistant d'odontostomatologie à la FMOS
- ✓ Praticien Hospitalier au CHU-OS de Bamako
- ✓ Certifié de chirurgie buccale ;

Votre disponibilité à notre égard pour le suivi de ce travail, votre amour du travail bien fait, nous a permis de mieux vous côtoyer et d'apprécier votre simplicité, votre sympathie et vos conseils. Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre vive reconnaissance notre grande estime et notre profond respect.

A notre maitre et Directeur de thèse

Professeur Tiémoko Daniel Coulibaly,

- ✓ Maître de conférences en odontostomatologie et de chirurgie Maxillo-faciale à la FMOS ;
- ✓ Chef de service de l'odontologie chirurgicale du CHU-OS de Bamako ;
- ✓ Ancien Président du comité médical d'établissement du CHU-OS de Bamako
- ✓ Chef de service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS

L'amabilité et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de diriger ce modeste travail nous honorent. Au cours de nos années de stages cliniques, nous avons pu apprécier en vous en plus de vos qualités de clinicien compétent et de pédagogue, votre sens de sympathie et de bonne humeur. Qu'il nous soit permis aujourd'hui de vous exprimer notre sincère admiration.

SOMMAIRE

I-Introduction.....	5
A-Préambule.....	5
B-Intérêt.....	7
C-Généralités	8
1-Définition.....	8
2-Rappels anatomiques.....	8
2-1-Le crâne	8
2-2-L'architecture du squelette facial.....	10
2-3-La vascularisation de la face et du cou.....	12
2-3-1-Les artères.....	12
2-3-2-Les veines.....	14
2-4-Tissus cellulaires de la région prémaxillaire.....	17
2-4-1-Constitution.....	17
2-4-2-Répartition.....	18
2-5-Topographie des dents par rapport aux structures anatomiques de voisinage.....	19
2-5-1-Au maxillaire.....	19

2-5-2-A la mandibule.....	19
2-6-Le plancher buccal.....	20
3-Physiopathologie.....	23
4-Présentation clinique.....	23
5-Aspect thérapeutique.....	25
5-1-Buts.....	25
5-2-Moyens thérapeutiques.....	25
5-2-1-Traitement préventif.....	25
5-2-2-Traitement médical.....	26
5-2-3-Traitement chirurgical.....	26
5-2-4-Traitement étiologique.....	27
5.2.4.1- Au stade de début.....	30
5.2.4.2- Dans les cellulites très évoluées	30
II-Objectifs.....	30
1-Objectif général.....	30
2-Objectifs spécifiques.....	30
III-Méthodologie.....	32
1-Cadre et lieu de l'étude.....	32
2-Type et période de l'étude.....	33

3-Echantillonnage.....	33
4-Critère d'inclusion.....	33
5-Critère de non inclusion.....	33
6-Sources des données.....	34
7-Procédure de collecte des données.....	34
8-Analyse et saisie des données.....	34
IV-Résultats.....	38
V- discussion et commentaires	46
VI-Conclusion et recommandations.....	52
1-Conclusion.....	52
2-Recommandations.....	53
VII-Bibliographie.....	56
VIII-Annexes.....	62

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

A-PREAMBULE

Le plancher buccal comprend toutes les parties molles qui ferment en bas la cavité buccale [18]. Les cellulites du plancher buccal sont une localisation des cellulites cervico-faciales qui sont des infections développées dans le tissu cellulo adipeux de la face. Elles représentent une complication locorégionale d'un foyer infectieux le plus souvent dentaire mais aussi de l'oropharynx [1]. Elles peuvent survenir chez des patients jeunes en bonne santé immunocompétents. Dans leur évolution elles passent par trois stades qui sont : séreux, collecté ou suppuré et diffus ou gangreneux [2]. La cellulite diffuse est aussi connue sous le nom de phlegmon diffus dont la forme ligneuse est une variante et la forme généralisée une forme particulièrement grave [3]. Les cas de départ mandibulaire ont une particularité de diffuser rapidement vers les voies aérodigestives supérieures en profondeur et vers le médiastin en bas [2]. La compression des voies aérodigestives supérieures est, parmi les complications graves des cellulites, la plus fréquente. Elle peut entraîner la mort par arrêt respiratoire après une évolution de quelques heures [1].

Dans la littérature des études ont été réalisées dans certains pays comme la France qui estime que l'incidence est d'environ 1/1 000 habitants par an en Île-de-France [31]. En Afrique subsaharienne, dans des pays comme le Sénégal, une étude menée de Février en Juillet 2007 a démontré une fréquence de 187 cas sur les 10 770 consultations des cinq (5) structures sanitaires que compte le département de Mbacké [24]. Cinquante-cinq (55) cas ont été observés sur une période de 10 ans au CHU de Cotonou (Bénin) [13]. Une étude réalisée en Tunisie

montre cent-cinquante (150) cas sur une période de 10 ans au service d'ORL et de Chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital militaire de Tunis. La cellulite cervico-faciale augmente chaque année dans les pays en voie de développement et touche surtout le sujet jeune avec prédominance du sexe masculin dans toutes les études réalisées [15].

Au Mali quelques études ont été réalisées sur les cellulites cervico-faciales. Mme Mibindzou dans sa série sur les cellulites cervicales extensives dans le service d'ORL du CHU/Gabriel Touré a montré que la plupart des patients avait moins de 36 ans avec un pourcentage à 81% et à prédominance masculine. Noumou Kouyaté dans son étude en 2006 a montré que les cellulites péri maxillaires représentaient les 8,24% des consultations au centre national d'odontostomatologie de Bamako. Vue la particularité des cellulites du plancher buccal de se compliquer très rapidement après une évolution de quelques heures et avoir un risque fatal pour le patient alors que l'évolution sous traitement est spectaculaire, nous avons décidé de réaliser ce travail dans le but d'étudier les aspects épidémiologiques et cliniques de cette affection.

B-INTERET

L'intérêt du sujet réside dans le fait que :

- L'évolution est favorable sous traitement
- L'automédication et la prise en charge non adaptée sont des facteurs de risque majeurs

C- GENERALITES

1-Définition : [34]

Par définition un abcès est une accumulation de pus dans une cavité néoformée.

2-RAPPELS ANATOMIQUES :

2-1 Le crâne : le crâne est une boîte osseuse à laquelle on reconnaît :

- une partie supérieure (la voûte),
- une partie inférieure (la base)

La surface extérieure de la boîte crânienne est l'exocrâne

La surface intérieure est l'endocrâne

Le massif facial est appendu sur le tiers antérieur de la base du crâne

La boîte crânienne contient l'encéphale, ses enveloppes méningées, ses vaisseaux

Les os constituant le crâne sont au nombre de huit:

Le frontal, les temporaux(2), les pariétaux(2), le sphénoïde et l'occipital

Chacun de ces os présente deux parties:

-l'une qui participe à la constitution de la base (avec une face endo et exocrâne)

-l'autre qui participe à la constitution de la voûte (avec une face endo et exocrâne)

Exception : l'éthmoïde n'appartient qu'à la base, les deux os pariétaux n'appartiennent qu'à la voûte

Les os du crâne sont percés de nombreux orifices ou de canaux qui livrent passage à des vaisseaux ou à des nerfs. Les orifices peuvent être visibles soit sur la surface endocrânienne, soit sur la surface exocrânienne, mais aussi sur les deux faces.

Les os du crâne sont constitués de deux lames de tissus osseux compacts en serrant une couche plus ou moins épaisse de tissu osseux et spongieux (le diploee) qui contient dans ses mailles de la moelle osseuse. Les os du crâne (sauf le pariétal et l'occipital) sont creusés de cavité :

- Des cavités pneumatiques: les cellules et les sinus (ethmoïde, frontal, sphénoïde)
- Des cavités contenant une partie des organes des sens (cavités de l'oreille dans l'os temporal)

Les bords des os du crâne s'unissent selon des lignes plus ou moins régulières : les sutures (articulation des os entre eux).

A l'intersection des sutures se dessinent des figures remarquables correspondant à l'emplacement qu'occupaient les fontanelles sur le crâne en voie de développement. On peut noter, avec une certaine fréquence, l'existence de petits os distincts:

*les os wormiens situés dans l'emplacement d'une fontanelle (os wormiens fontanellaires) ou dans une suture (os wormiens suturaux)

2-2 L'architecture du squelette facial :

L'ensemble des os de la face forme un massif volumineux, le massif facial, situé sous l'étage antérieur de la base du crâne. Ce massif se divise en deux parties: la mâchoire supérieure et la mâchoire inférieure.

2-2-1 le squelette de la mâchoire supérieure, appendue au crâne, comporte: Six os paires, latéraux et disposés symétriquement par rapport au plan sagittal:

*l'os lacrymal,

*l'os zygomatique,

*le maxillaire,

*le palatin,

*le cornet inférieur,

* l'os nasal.

-un seul os est médian et impair:

* le vomer

2-2-2 le squelette de la mâchoire inférieure ne comporte qu'un seul os:

La mandibule articulée avec l'étage moyen de la base du crâne .Elle s'articule avec les temporaux et constitue la pièce essentielle de L'appareil masticatoire. Elle comporte deux parties:

-les corps mandibulaires (en formes de fer à cheval), il porte:

- surface externe: la ligne oblique externe et le trou mentonnier,

- surface interne : les apophyses génienne

Latéralement : la fossette sublinguale, la ligne mylo-hyoïdienne et la fossette sous-maxillaire.

Les branches montantes comportent:

- * Un bord postérieur épais
- * Un bord antérieur tranchant
- * un condyle et l'apophyse coronoïde.

2-2-3 L'os alvéolaire:

Les procès alvéolaires sont constitués par l'extension des os maxillaires ou mandibulaires qui supportent les dents. Après l'éruption des dents les procès alvéolaires sont considérés comme os naturel. Ils sont constitués par:

- une couche externe d'os compact (corticale externe)
- Une couche intermédiaire d'os spongieux
- une couche interne d'os compact (la corticale interne)

Cependant certains os du crâne participent en partie à l'architecture du massif maxillo-facial ce sont:

- les temporaux par l'apophyse zygomatique
- le frontal par l'échancrure nasale
- les arcades orbitaires
- l'éthmoïde qui constitue la clé de voute.

Pour en finir, notons également la présence de certaines cavités au niveau du massif maxillo-facial. Ces cavités sont constituées:* Au centre par des fosses nasales.

2-3- la vascularisation de la face et du cou:

2-3-1 Les artères:

Les artères de la tête et du cou viennent des carotides et des sous-clavières, les carotides primitives et les sous-clavières ont une origine différente à droite et à gauche; à droite, elles proviennent de la bifurcation du tronc brachio-céphalique artériel, à gauche, elles naissent directement de la crosse de l'aorte.

2-3-1-1 les artères carotides primitives ou carotides communes:

D'origine différente, les carotides primitives droite et gauche, il résulte que ces deux artères diffèrent par leur situation, leur trajet, leur direction, leur longueur et leurs rapports :

- la carotide primitive droite, née à la base du cou de la bifurcation du tronc brachio-céphalique, est entièrement située dans la région antérieure du cou. Elle monte d'abord obliquement en haut et en dehors, puis à peu près verticalement jusqu'à sa terminaison.
- La carotide primitive gauche, née, dans le thorax, de la partie horizontale de la crosse de l'aorte, présente, avant de pénétrer dans le cou un court trajet intra thoracique.

2-3-1-2 la carotide externe:

La carotide externe s'étend de la bifurcation de la carotide primitive jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'angle de la mâchoire, ou elle se divise en ses branches terminales, la temporale superficielle et le maxillaire interne.

De son origine, l'artère qui est tout d'abord en avant et en dedans de la carotide interne, monte verticalement sur une longueur de 1 à 2 centimètres; elle se porte ensuite en haut et un peu en dehors et croise la face antérieure de la carotide interne, en fin, elle se redresse et monte jusqu'à sa terminaison, soit verticalement, soit en décrivant, une légère courbe à concavité externe et postérieure. Dans ce trajet, l'artère est d'abord située dans le cou, puis dans la tête.

2-3-1-3 l'artère sous-clavière:

Les artères sous-clavières naissent à droite, du tronc brachio-céphalique en arrière de l'articulation sterno-costo-claviculaire; à gauche, de la crosse de l'aorte chacune d'elles s'étend jusqu'au bord inférieur du muscle sous clavier, où elle se continue avec l'artère axillaire, en regard de la partie moyenne de la clavicule; la sous clavière droite est à peu près entièrement hors du thorax; la sous-clavière gauche est intra thoracique dans une partie de son trajet.

En raison de leur origine différente, les artères sous-clavières droite et gauche diffèrent par leur longueur, leur direction et leurs rapports.

La sous clavière gauche est plus longue que la droite de toute la longueur de son trajet intra thoracique, qui est d'environ 3centimetres.

La sous clavière droite se porte en dehors et un peu en avant en décrivant de l'une à l'autre de ses extrémités une courbe dont la concavité inférieure repose sur le dôme pleural et la première côte.

La sous clavière gauche monte d'abord verticalement dans le thorax, puis s'infléchissant en dehors et un peu en avant, décrit une courbe semblable à celle de la sous clavière droite.

2-3-2 les veines:

Le sang veineux de la tête et du cou est déversé, de chaque côté, dans les gros troncs veineux de la base du cou, par six veines principales qui sont:

*la veine jugulaire interne;

*la veine jugulaire externe;

*la veine jugulaire antérieure;

*la veine jugulaire postérieure;

*la veine vertébrale et les veines thyroïdiennes inférieures.

Les veines jugulaires interne, externe, antérieure et les veines thyroïdiennes inférieures sont dans la région antérieure du cou, c'est-à-dire en avant de la colonne cervicale; les veines jugulaires postérieure et vertébrale appartiennent à la nuque et à la région rachidienne.

2-3-2-1 la veine jugulaire interne:

La jugulaire interne reçoit le sang veineux de la cavité crânien, de la région orbitaire, d'une partie de la face et de la plus grande partie de la région antérieure du cou.

Les branches d'origine de la jugulaire interne sont les sinus crâniens.

Ceux-ci reçoivent tout le sang veineux des organes contenus dans la cavité crânienne (encéphale et méninge) et dans la cavité orbitaire (œil et ses annexes). Les sinus crâniens sont au nombre de vingt et un cinq impairs et médians.

Les autres sont pairs et latéraux.

La jugulaire interne commence au trou déchiré postérieur, où elle fait suite au sinus latéral. Elle est d'abord inclinée en bas et en avant, et légèrement en dehors, puis elle descend verticalement jusqu'au voisinage de la base du cou, où elle s'infléchit un peu en dedans et en avant. La jugulaire interne finit en arrière de l'extrémité interne de la clavicule en se réunissant à la veine sous clavière pour former le tronc brachio-céphalique.

2-3-2-2 la veine jugulaire externe: C'est un vaisseau généralement volumineux, qui recueille le sang de la plus grande partie des parois crâniennes, des régions profondes de la face, enfin des plans superficiels des régions postérieures et latérales du cou. Son origine est la région parotidienne ; elle finit à la base du cou, où elle s'ouvre dans la veine sous-clavière. Elle traverse successivement les régions parotidienne, sterno-cléido-mastoïdienne et sus-claviculaire.

2-3-2-3 la veine jugulaire antérieure:

La jugulaire antérieure draine une partie du sang des régions antérieures du cou.

Elle résulte de la réunion, dans la région sus-hyoïdienne de plusieurs petites veines sous mentales superficielles.

Ainsi formée, la jugulaire antérieure descend un peu en dehors de la ligne médiane, jusqu'au voisinage de la fourchette sternale. Elle se coude ensuite à l'angle droit et se porte transversalement en dehors jusqu'à sa terminaison dans la sous-clavière.

2-3-2-4 la veine vertébrale:

La veine vertébrale est une veine généralement unique, satellite de la partie cervicale de l'artère vertébrale. Elle résulte de la réunion de plusieurs veinules qui proviennent : du confluent occipito-vertébral, de la veine condylienne postérieure, de l'émissaire mastoïdienne et des muscles de la nuque. De son origine, la vertébrale gagne obliquement le trou transversaire de l'atlas, en longeant le côté supérieur de l'artère vertébrale. Ensuite elle descend à travers les trous transversaires des six premières cervicales, sur la côte externe du tronc artériel, qui est lui-même en avant du nerf vertébral. En sortant du trou de la sixième cervicale, la veine se porte en avant et en bas et se place en avant de l'artère.

Elle passe avec elle en avant du ganglion cervical inférieur du sympathique, en arrière de la crosse du canal thoracique à gauche, rarement en avant de ce canal. En fin elle se jette dans le tronc brachio-céphalique veineux, au dessous et en arrière de la jugulaire interne.

2-3-2-5 la veine jugulaire postérieure :

La veine jugulaire postérieure est extra-rachidienne et située profondément dans la nuque. De son origine dans le confluent occipito-vertébral, la jugulaire postérieure se dirige d'abord obliquement en bas et en dedans, en arrière du grand oblique de la nuque jusqu'à l'apophyse épineuse de l'axis, où elle s'anastomose avec celle du côté opposé; puis elle descend obliquement en bas et en dehors entre le grand complexe et le transverse épineux, jusqu'à l'apophyse transverse de la septième cervicale. La veine s'incline alors en avant et en bas, passe entre l'apophyse transverse de la septième cervicale et la première côte, et se termine dans le tronc brachio-céphalique, en dessous de la veine vertébrale.

2-3-2-6 Les veines thyroïdiennes inférieures:

Les thyroïdiennes inférieures naissent en nombre variable de la partie inférieure du corps thyroïde. Elles descendent en avant de la trachée anastomosent entre elles et se réunissent en fin en un ou deux tronc principaux qui se jettent dans le tronc brachio-céphalique veineux gauche.

2-3-2-7 la veine sous clavière:

La veine sous clavière fait suite à la veine axillaire et s'unit à la jugulaire interne pour constituer le veineux brachio-céphalique du côté correspondant. Elle commence en avant de l'artère sous-clavière, en regard du bord inférieur du muscle sous clavier, et finit en arrière de l'articulation sterno-claviculaire[20].

2-4– Tissu cellulaire de la région péri maxillaire :

Le tissu celluleux adipeux péri-maxillaire occupe les intervalles compris entre les muscles et les plans ostéo-aponévrotiques.

C'est à la fois un tissu de remplissage, un amortisseur, un tissu de glissement permettant le jeu des muscles faciaux, des muscles masticateurs, de la langue, de la mandibule et de l'œil [5].

2-4-1- Constitution

Le tissu cellulo-graisseux facial est formé d'un tissu conjonctif lâche comprenant des fibres élastiques et de collagène disposé en faisceaux et des cellules libres, et d'un tissu adipeux cloisonné par des fibres conjonctives, formant des lobules plus ou moins grands. De nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques font partie de ce tissu conjonctif qui est parfois appelé, à raison, tissu conjonctivo-vasculaire. Ce tissu cellulo-graisseux occupe différents espaces, délimités par des insertions musculo-aponévrotiques sur les corticales osseuses du maxillaire et de la mandibule. On distingue ainsi plusieurs régions ou loges anatomiques, communiquant entre elles plus ou moins largement par des hiatus comblés d'un tissu cellulo-graisseux. Ce tissu a pour fonction non seulement de « remplir » certains creux et donc de donner le relief particulier à la région bucco maxillo-faciale, mais aussi de permettre une mobilité des pièces osseuses, de la mandibule principalement, et des structures musculaires. Il joue ainsi le rôle d'amortisseur ou de lubrifiant [5].

2-4-2- Répartition

Le tissu cellulo-graisseux est absent au niveau du palais où la fibro muqueuse palatine adhère à l'os. Au niveau des lèvres et du menton, le tissu cellulo-

graisseux est plus abondant. On compte schématiquement onze régions qui peuvent se répartir en trois grandes coulées celluluses, deux latérales et une médiane: les coulées latérales (une de chaque côté), qui viennent de la fosse temporale, passent par la fosse ptérygo-maxillaire, la boule de Bichat, la région génienne, compartimentée par le muscle buccinateur qui s'insère au niveau du maxillaire et de la mandibule. La coulée médiane part d'un coussin logé dans la concavité mandibulaire. Elle est séparée au niveau du plancher par le muscle mylo-hyoïdien en deux espaces sus et sous mylohyoïdiens qui communiquent en arrière à l'aplomb de la dent de sagesse et avec la région sous mandibulaire. Ces coulées cellulo-adipeuses faciales sont en continuité avec les coulées cervicales. Ainsi cette déhiscence, située en dehors du ventre postérieur du digastrique où s'insinue un prolongement de la glande sous-maxillaire, fait communiquer la région sous-mylo-hyoïdienne ou sous mandibulaire avec les espaces péri-vasculaires du cou. De même, les régions para-amygdalienne et péri-pharyngienne n'ont entre elles que des limites topographiques et les espaces rétro-pharyngiens peuvent communiquer avec les espaces para-amygdaux par des déhiscences des lames sagittales. Enfin, les coulées cervicales communiquent avec les régions médiastinales.

Le médiastin postérieur et les régions rétro-œsophagiennes sont sans barrière anatomique et le médiastin antérieur est en continuité avec le tissu cellulaire lâche péri-vasculaire.

L'étude anatomique de ce tissu cellulo-adipeux explique à la fois que les infections d'origine dentaire puissent rester localisées ou qu'elles puissent donner naissance à des cellulites diffuses, des gangrènes gazeuses cervico faciales ou des médiastinites[6].

2-5- La topographie des dents par rapport aux structures anatomiques de voisinage :

La situation des apex dentaires par rapport aux tables et aux insertions musculo-aponévrotiques détermine la localisation des cellulites [8].

2-5-1- Au maxillaire

Transversalement, les apex sont très proches de la table externe, sauf les apex de l'incisive latérale et les apex palatins de la première prémolaire et des molaires.

Verticalement, les apex sont au-dessus de l'attache du buccinateur et donneront des cellulites géniennes hautes.

Pour la troisième molaire, dite dent de sagesse, la position de l'apex par rapport au buccinateur explique la localisation dans la fosse ptérygo-maxillaire des cellulites ayant pour origine une périodontie de cette dent [6, 8, 9].

2-5-2- A la mandibule

Transversalement, les apex des dents sont proches de la table externe de l'incisive à la première prémolaire.

Pour la deuxième prémolaire et la première molaire, ils sont à peu près médians.

Pour la deuxième et troisième molaire, ils sont près de la table interne.

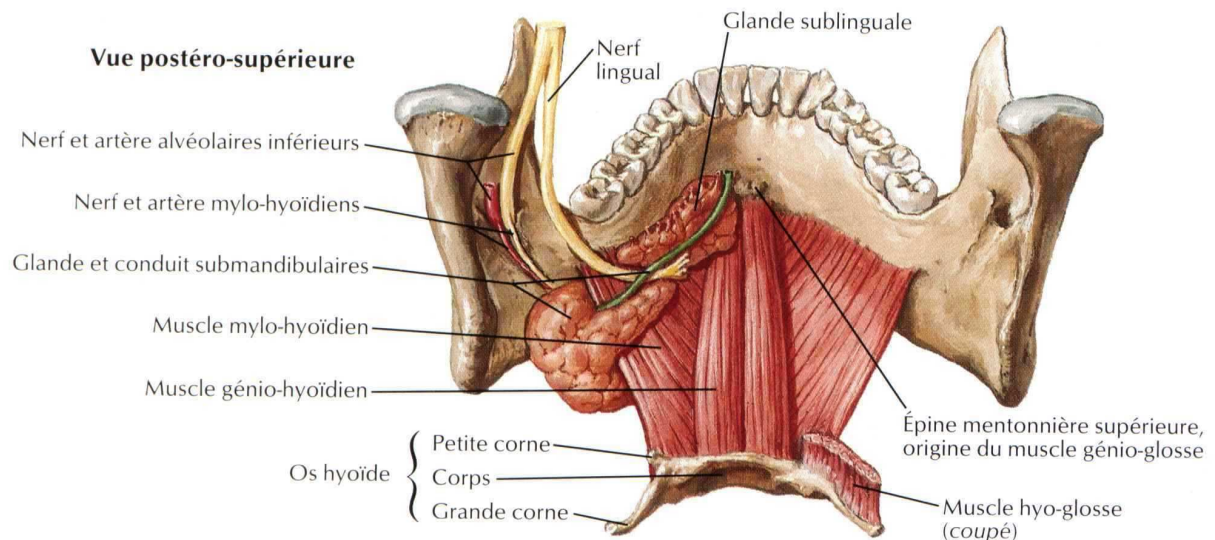
Verticalement, les apex de l'incisive à la deuxième prémolaire sont sus mylohyoïdiens et les apex des molaires sont sous mylohyoïdiens[8,9].

2-6-Le plancher de la bouche : région glosso sus-hyoïdienne

Le plancher buccal comprend toutes les parties molles qui ferment en bas la cavité buccale. Il est limité en avant par la mandibule, en arrière par l'os hyoïde.

Un plan musculaire formé par les mylohyoïdiens divise le plancher buccal en deux étages : l'étage inférieur est la région sus hyoïdienne ; l'étage supérieur est divisé

en trois régions secondaires : la région linguale et de part et d'autre les régions sublinguales.



SOURCE : [19]

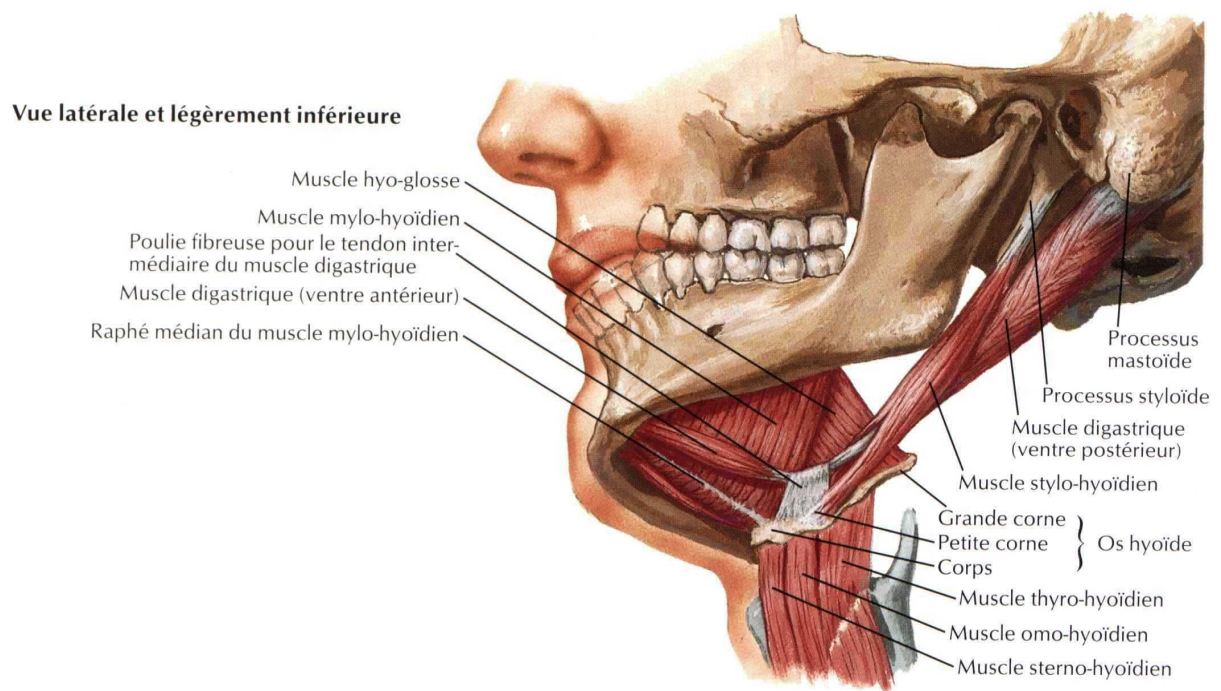
La loge sublinguale comprend quatre parois :

- la paroi interne formée par les m. génioglosse et génio-hyoïdiens en avant, et par la partie antérieure de l'hyoglosse en arrière.
- la paroi externe osseuse constituée par la fossette sublinguale de la mandibule.
- la paroi inférieure formée par le m. mylo-hyoïdien
- la paroi supérieure représentée par la muqueuse du sillon alvéolo lingual.

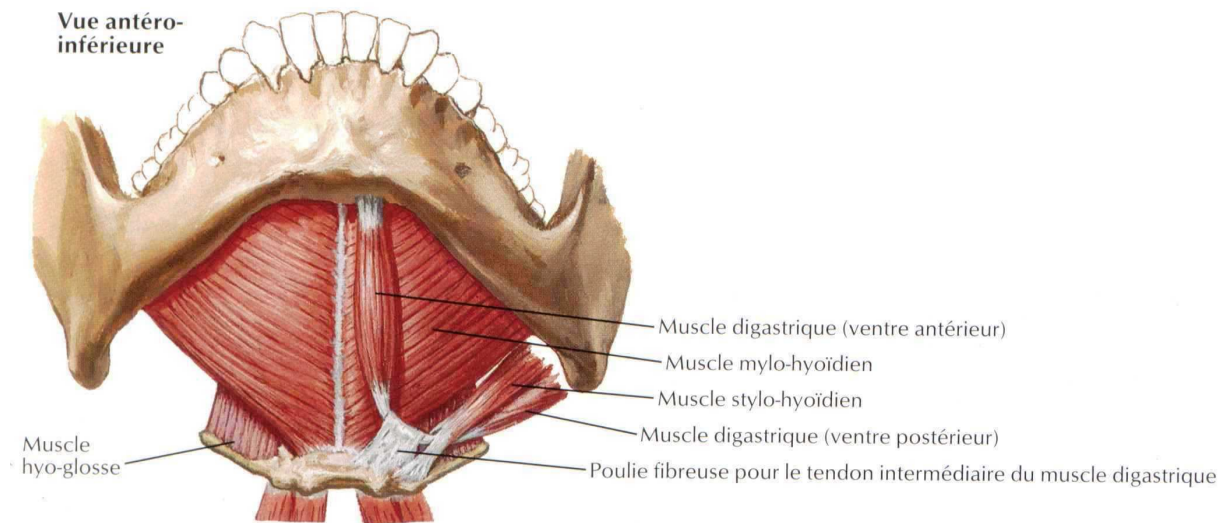
La loge sublinguale renferme :

- la glande sublinguale, allongée et aplatie transversalement, elle occupe la plus grande partie de la loge. C'est en dedans de la glande que cheminent :
- le canal de Wharton
- le nerf lingual qui contourne le canal de Wharton en passant successivement en dehors, en dessous puis en dedans de ce canal.

- le nerf grand hypoglosse
- la veine linguale principale
- l'artère linguale est en dedans de la loge sublinguale, dont elle est séparée par l'épaisseur de l'hyoglosse. L'artère sublinguale est une de ses branches terminales et chemine sur la face interne de la glande.
- les troncs lymphatiques marginaux de la langue passent en dedans et en dehors de la glande [18].



SOURCE : [19]



Source : [19]

3- Physiopathologie :

Le tissu cellulo-adipeux de la face est organisé en différentes loges anatomiques séparées par les plans musculaires, aponévrotiques et osseux. Ces loges assurent des espaces de glissement entre les différents plans musculaires [1]. La diffusion de l'infection d'origine oropharyngée s'effectue le long des fascias, mais aussi des différents plans osseux et musculaires [1]. Les principales localisations des abcès se trouvent dans l'espace pharyngé latéral et dans l'espace sous-mandibulaire [10,11,12]. L'extension au médiastin d'une cellulite cervico-faciale est une complication grave. Elle s'explique par la diffusion de l'infection de haut en bas

via les fascias cervicaux selon trois voies de propagation correspondant à trois régions anatomiques du cou :

- l'espace rétro pharyngé entre la loge viscérale en antérieur et le plan vertébral en postérieur, communiquant avec le médiastin postérieur ;
- la gouttière vasculo-nerveuse de chaque côté, limitée par sa gaine, communiquant avec les gros vaisseaux et le médiastin antérieur ;
- l'espace pré trachéal situé entre la trachée et la thyroïde communiquant avec le médiastin antérieur(1).

4- PRESENTATION CLINIQUE : [1]

La cellulite collectée apparaît le plus souvent dans les suites d'une cellulite séreuse. Les douleurs sont plus importantes, pulsatiles. Il peut exister un trismus en fonction de la localisation de la dent causale. Des signes généraux apparaissent : une fièvre modérée, l'asthénie. Surtout cliniquement, la peau est rouge, tendue, luisante et chaude.

La palpation retrouve une tuméfaction limitée fluctuante et bien perçue au palper bi digital, adhérente au plan osseux. L'examen endobuccal est indispensable pour retrouver la dent causale et rechercher une tuméfaction vestibulaire et un œdème du plancher buccal associé. Spontanément, l'abcès peut se fistuliser à la peau, mais en l'absence de traitement, le risque est la migration de cette collection vers les espaces voisins, responsable alors d'une cellulite diffuse.

Les cellulites sous-mandibulaires, en particulier du plancher buccal se caractérisent par un œdème important, pouvant entraîner une obstruction des voies aériennes supérieures par bascule postérieure de la base de la langue ; il peut exister dans ce cas une dyspnée associée à une hyper sialorrhée avec un risque d'asphyxie



Image : CHU-OS, Année 2012 : Cellulite du plancher buccal

5-Aspect thérapeutique

Ces urgences vitales imposent une prise en charge en réanimation, par une équipe médicochirurgicale coordonnée.

5-1- Buts :

Le traitement a pour buts :

- d'arrêter l'évolution de la cellulite et évacuer la collection suppurée,

- de soulager le patient et le guérir en supprimant la cause identifiée.

Le pronostic, parfois vital, est fonction de la précocité du diagnostic et du traitement. Ce dernier doit tenir compte du stade d'évolution et de l'état général du malade [7].

5-2- MOYENS THERAPEUTIQUES

5-2-1- Traitement préventif

Il faut promouvoir l'éducation sanitaire et la prophylaxie de la carie dentaire. Le traitement préventif repose essentiellement sur la prophylaxie de la carie dentaire et passe donc par une bonne hygiène bucco-dentaire ainsi que par des visites semestrielles de contrôle.

La deuxième étape est le traitement précoce des caries et des pulpopathies avant que celles-ci n'aboutissent à des cellulites.

Pour rompre la chaîne du processus carieux il faut agir sur tous les facteurs favorisant une prophylaxie de la carie:

- l'hygiène alimentaire
- l'hygiène bucco-dentaire
- la protection de la dent
- le renforcement de la résistance de la dent face aux acides cariogènes (la fluor thérapie) [22].

Pour cela il faut développer l'éducation sanitaire bucco-dentaire dans les établissements scolaires et informer la population à travers les médias et des causeries religieuses [21].

Le chirurgien-dentiste intervient dans cette prophylaxie par:

- le traitement des catégories II, III, et de la nécrose pulpaire avant qu'elle ne provoque une cellulite,

- une antibiothérapie adaptée et obligatoire lorsqu'on intervient surtout chez un sujet à risque [21].

Il doit également proscrire les AINS dans la prise en charge médicamenteuses des infections bucco-dentaires.

5-2-2-Traitement médical

C'est tout d'abord le traitement d'un choc septique par les moyens de réanimation habituels.

Parallèlement, l'antibiothérapie doit limiter la progression de l'infection et combattre un état septicémique.

Il est proposé, par la conférence de consensus sur les fasciites nécrosantes, le schéma suivant concernant notre région anatomique : association pénicilline G et clindamycine ou éventuellement rifampicine, en attendant les résultats des cultures des prélèvements opératoires.

Sachant que l'isolement des anaérobies est difficile, le traitement doit comporter systématiquement un antibiotique dirigé contre eux.

L'oxygénothérapie hyperbare est classiquement recommandée pour lutter contre l'infection anaérobie :

La disponibilité d'un caisson hyperbare, la variabilité des protocoles ne permettent pas de confirmer scientifiquement l'impression favorable procurée par ce traitement adjuvant. En aucun cas, cependant, il ne doit retarder le geste chirurgical [14].

5-2-3- Traitement chirurgical :

La précocité et la qualité du geste chirurgical déterminent le pronostic.

La prise en charge des cellulites graves (collectées ou aiguë diffuse) repose sur le traitement chirurgical et une antibiothérapie adaptée. Le traitement chirurgical consiste en un drainage large de la collection sous anesthésie générale.

Des lames de drainage endobuccales, parfois transcervicales, sont mises en place en position déclive. Elles permettent ensuite la réalisation de lavages antiseptiques pluriquotidiens. La prise en charge chirurgicale des cellulites gangréneuses justifie l'association de drainages multiples en particulier cervicaux et endobuccaux, d'incisions de décharge cervicales larges et de l'excision de tous les tissus nécrotiques. Plusieurs reprises chirurgicales peuvent s'avérer nécessaires et les premiers lavages sont réalisés au mieux sous anesthésie générale. En cas de médiastinite associée avec une extension en dessous de la bifurcation trachéale, une prise en charge en double équipe avec une thoracotomie est justifiée [10,17].

La trachéotomie peut prêter à la discussion : elle est accusée de favoriser l'ensemencement septique du médiastin antérieur en raison du décollement de l'espace pré trachéal ; cependant, elle permet une ventilation assistée dans de meilleures conditions et assure une liberté des voies aériennes stables mettant à l'abri le patient d'une éventuelle ré intubation difficile. La réalisation de ce geste de façon réglée, au bloc opératoire, doit permettre d'en minimiser le risque [14].

5-2-4 Traitement étiologique :

5 .2.4.1- Au stade de début

Si l'état général n'est pas altéré, on effectuera une anesthésie locale ou loco- régionale selon le cas. Ensuite on incise pour drainer le maximum de collection purulente. L'avulsion de la dent causale se fera dans la même séance [21].

5.2.4.2- Dans les cellulites très évoluées :

L'état général est effondré, le malade est dans un état de risque de choc septique. Pour ces formes cliniques parfois mortelles, une incision d'urgence, bien menée est indispensable. Après évacuation de la collection purulente, l'hospitalisation est nécessaire pour une réanimation intensive et une surveillance de tous les instants. Un à deux jours après, lorsque l'état général sera nettement amélioré on procédera à l'extraction de la dent causale **[21,23]**

Objectifs

II-OBJECTIFS :

II-1 Objectif général :

Etudier le profil épidémiologique des abcès du plancher buccal de l'année 2012 au CHU OS de Bamako.

II-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des cellulites du plancher buccal selon les données sociodémographiques :Age, sexe, résidence, occupation, mode de recrutement
- Décrire le profil clinique des cellulites du plancher buccal

Methodologie

III- Méthodologie

1. CADRE ET LIEU D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du Centre Hospitalier Universitaire d'Odontostomatologie (CHU-OS) de Bamako.

Description du CHU-OS

Il est situé au quartier du fleuve dans la commune III du district de Bamako, du côté de la rive gauche du fleuve Niger, rue Raymond Pointcarré, porte N°870.

C'est un centre hospitalier de 3eme niveau spécialisé en Odontostomatologie.

Centre de référence national, il a effectivement ouvert ses portes le 10 février 1986.

Erigé en établissement public à caractère administratif (E.P.A) par la loi n° 92-026/ AN-RN du 05 octobre 1992, le CNOS est devenu Etablissement Hospitalier Public (E.P.H) par la loi n° 03-23/ AN-RM du 14 Juillet 2003.

Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des populations en matière de santé bucco-dentaire.

Il assure les missions suivantes :

- Assurer le diagnostic, le traitement des malades et des blessés ;
- Prendre en charge les urgences et les cas référés ;
- Assurer la formation initiale et continue des professionnels de la santé ;
- Conduire les travaux de recherche dans le domaine médical.

2-Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, effectuée au service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du CHU-OS de Bamako. L'étude a porté sur tous les patients présentant un abcès du plancher buccal suivis en externe ou hospitalisés du 1er Janvier au 31 Décembre 2012. Les patients concernés n'avaient pas d'antécédents chirurgicaux.

3. Echantillonnage:

3-1 Méthode d'échantillonnage :

Nous avons utilisé comme méthode d'échantillonnage la méthode non probabiliste.

3-2 Technique d'échantillonnage :

Nous avons utilisé comme technique d'échantillonnage le choix exhaustif.

3-3 Taille d'échantillon :

L'étude a porté sur 102 cas dont 58 de sexe masculin.

4-Critère d'inclusion:

Tous les patients présentant un abcès du plancher de la bouche dont le diagnostic a été posé par l'examen clinique et qui ont accepté la prise en charge, ont été inclus dans notre étude

5-Critère de non inclusion :

Tous les patients présentant un abcès d'autres localisations ou qui n'ont pas accepté la prise en charge, ont été exclus de notre étude

6-Sources des données :

Nous avons utilisé comme source d'informations :

- Le registre de consultation du service
- Les dossiers individuels des patients
- Le registre d'hospitalisation du service

7-Procédure de collecte des données :

Le recueil des données a été fait à partir d'une fiche d'enquête individuelle portée en annexe.

8-L'analyse et saisie des données :

Le traitement du texte et les tableaux ont été réalisés sur le logiciel Microsoft Word 2007.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 12.

Les calculs statistiques ont été effectués avec le chi² de Pearson avec un risque $\alpha \leq 0.05$ %.

9-Aspects éthiques :

Chaque patient a accepté la prise en charge et la conservation du dossier médical dans les archives du service.

10- Diagramme de GANTT :

Notre étude est rétrospective

Taches	Mai 2013	Juin 2013	Juillet 2013	Aout- Novembre 2013	Décembre 2013
Traitement de la fiche d'enquête					
Remplissage des fiches d'enquêtes dans les archives					
Saisie et analyse des données					
Correction du document					
Soutenance					

Résultats

IV Résultats :

Tableau I : Répartition des patients en fonction de l'âge

Age	Effectif	Fréquence (%)
1-15ans	8	7,80
16-35ans	73	71,60
36-50ans	15	14,70
Sup à 50ans	5	4,90
7 mois	1	1,00
Total	102	100,00

La tranche d'âge 16-35ans a été la plus représentée (71,60%)

Tableau II : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence (%)
Masculin	58	56,90
Féminin	44	43,10
Total	102	100,00

Le sexe masculin a été plus représenté avec 56,90%

Tableau III : Répartition des patients selon la résidence

Résidence	Effectif	Fréquence(%)
District de Bamako	67	65,70
Hors du District	35	34,30
Total	102	100,00

La plupart de nos patients résidait à Bamako (65,70%)

Tableau : IV Répartition des patients selon l'occupation

Profession	Effectif	Fréquence (%)
Femme au foyer	29	28,40
Ouvrier	20	19,60
Sans profession	15	14,70
Agriculture	15	14,70
Commerçant	10	9,80
Enseignant	4	3,90
Elève	3	2,90
Gardien	2	2,00
Comptable	1	1,00
Coiffeuse	1	1,00
Militaire	1	1,00
Artisan	1	1,00
Total	102	100,00

Les femmes au foyer ont été les plus représentées(28,40%)

Tableau V : Répartition des patients selon le mode de recrutement

Structure de référence	Effectif	Fréquence(%)
Externe	91	89,20
CS Ref	7	6,90
ASACO	3	2,90
Hôpital	1	1,00
Total	102	100,00

La plupart de nos patients sont venus d'eux-mêmes (89,20%)

Tableau VI : Répartition des patients selon le délai de consultation

Délai de consultation	Effectif	Fréquence(%)
Inf.à 7j	40	39,20
7-15j	52	51,00
16-30j	7	6,80
31-60j	2	2,00
Sup à 60j	1	1,00
Total	102	100,00

L'intervalle 7-15j a été le plus représenté(51%)

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents	Effectif	Fréquence(%)
Diabète	3	2,94
HTA	1	1,00
Néant	98	96,06
Total	102	100,00

La plupart de nos patients n'avait pas d'antécédents médicaux (96,06%)

Tableau VIII : Répartition des patients selon le traitement reçu avant l'admission

Traitement	Effectif	Fréquence (%)
Traditionnel	42	41,20
Automédication	16	15,70
Traditionnel et automédication	7	6,90
Néant	37	36,30
Total	102	100,00

Le traitement traditionnel a été le plus privilégié par nos patients (41,20%)

Tableau IX : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif	Effectif	Fréquence(%)
Odotalgie	19	18,60
TSM+Odotalgie	82	80,40
Autres tuméfactions associées	1	1,00
Total	102	100,00

La plupart de nos patients ont consulté pour une odotalgie associée à une tuméfaction sous mentale (80,40%)

Tableau X : Répartition des patients selon les autres pathologies associées

Autres pathologies associées	Effectif	Fréquence (%)
Pas de pathologie associée	100	98
Amygdalite	1	1
Pleurésie	1	1
Total	102	100,00

98% de nos patients n'avaient pas d'autres pathologies associées

Tableau XI : Répartition des patients selon l'extension de la cellulite

Extension	Effectif	Fréquence(%)
Néant	54	52,90
Cervicale	24	23,50
Péri mandibulaire	21	20,60
Cervicothoracique	3	3,00
Total	102	100,00

L'extension a été observée dans 47,10% des cas

Tableau XII : Répartition des patients selon l'origine de la cellulite

Origine	Effectif	Fréquence(%)
Dentaire	99	97,00
Dentaire et pharyngée	2	2,00
Pharyngée	1	1,00
Total	102	100,00

L'origine dentaire a été la plus représentée avec 97,00%

Tableau XIII : Répartition des patients selon le délai de prise en charge

Délai	Effectif	Fréquence(%)
7-15j	67	65,70
16-30j	22	21,60
Inf. à 7j	7	6,80
31-60j	5	4,90
Sup à 60j	1	1,00
Total	102	100,00

L'intervalle 7-15j a été le plus représenté avec 65,70%

- Répartition des patients selon les antécédents chirurgicaux :

La totalité de nos patients était sans antécédents chirurgicaux.

- Répartition des patients selon l'hygiène buccodentaire :

La mauvaise hygiène buccodentaire a été représentée avec 100% des cas.

- Répartition des patients selon le stade de la cellulite :

Tous nos patients avaient déjà dépassé le stade séreux de la cellulite.

- Répartition des patients selon le traitement :

Nos patients ont été pris en charge par le traitement médico-chirurgical.

DISCUSSION ET COMMENTAIRES

V-Discussion et Commentaires :

Au cours de notre série nous avons été confrontés à des limites et difficultés qui sont entre autres :

- Le caractère rétrospectif de l'étude
- La présence des dossiers incomplets
- L'absence de certains bilans importants

1-Au plan épidémiologique :

Dans notre série, sur les 22836 consultations, 102 patients se sont présentés avec un abcès du plancher buccal soit une prévalence de 0,44%. Ce résultat est relativement faible par rapport aux études antérieures réalisées sur les cellulites péri maxillaires au Mali ainsi que dans la sous-région. Noumou KOUYATE [14] dans sa série au Mali de 2004-2005 ainsi que Adja Bintou SARR [24] en 2007 au Sénégal, ont respectivement trouvé 8,24% et 1,7% comme prévalence des cellulites péri maxillaires.

1-1-Selon l'âge :

La tranche d'âge 16-35ans a été la plus représentée avec une fréquence de 71,90% des cas. Kaba.M et coll. [28] au Gabon ont trouvé que la tranche d'âge la plus représentée était 11-20 ans (30,3%). Bengondo C.H et coll. [27] avaient trouvé une prédominance chez la tranche d'âge 21-30ans qui était pour la plupart des élèves et étudiants.

1-2- Selon le sexe :

Le sexe masculin était le plus représenté avec un taux de 56,90% et un sex-ratio à 1,32. Ce résultat est superposable à celui de Kaba M et coll. (54%) [28], K.J et coll. avaient trouvé un sex-ratio à 1,23 [25], Selon ces auteurs cette prédominance s'explique par la mauvaise hygiène buccodentaire et la prédominance de la carie dentaire chez les garçons.

Par contre Adja Bintou SARR [24] dans sa série a trouvé une prédominance chez les femmes avec un taux à 61%, qu'elle avait expliqué par le fait que celles-ci craignent les soins dentaires et retardent les consultations odontologiques.

1-3- Selon la résidence :

Le District de Bamako était plus représenté avec 65,70%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le centre est à Bamako. Kouyaté N [14] en 2005 au CHU-OS et Mme Mibindzou [32] en 2004 dans le service d'ORL du CHU-Gabriel Touré ont respectivement trouvé 92,32% et 61,9% pour le District de Bamako.

1-4- Selon l'occupation des patients :

Les femmes au foyer ont été les plus représentées avec 28,40%. Mme Mibindzou [32] a trouvé dans sa série que les femmes au foyer étaient plus représentées avec 28,6%. Par contre Bengondo C.H et coll. [27] ont montré une prédominance chez les élèves et étudiants mais provenant d'un milieu moins aisé avec 39,2% ainsi que Kouyaté N [14] avec 30,27%.

1-5- Selon le mode de recrutement :

La plupart de nos patients sont venus consulter d'eux-mêmes avec 89,20%. Mme Mibindzou[32] a retrouvé lors de sa série en ORL CHU/ Gabriel Touré un taux à 95,2%.

2- Au plan clinique :

2-1 Selon le délai de consultation :

L'intervalle 7-15j a été le plus représenté avec 55,90%. Dans la série de Madame MIBINDZOU [32] dans le service d'ORL de 2004 à 2005 l'intervalle 7-14 jours représentait les 52,4%. L'intervalle 5-15jours a été le plus représenté avec 31,6% dans la série d'Adja Bintou SARR au Sénégal [24].

2-2 Selon le traitement reçu avant l'admission :

La majorité de nos patients avait déjà reçu un traitement à la maison avant de consulter le centre avec 69,60%. Dans la série d'Adja Bintou SARR au Sénégal [24], le traitement traditionnel était privilégié par la majorité des patients avec 66,8%. Ce résultat est superposable au notre montrant que cette réalité est presque la même dans tous les pays africains.

2-3 Selon le motif de consultation :

92,20% de nos patients ont consulté pour une algie dentaire associée à une tuméfaction sous mentale. Cela peut s'expliquer par le fait que les patients font une auto médication généralement à base d'AINS calmant momentanément la douleur et favorisant la collection en quelques jours [2].

2-4 Selon le type d'extension :

47,10% de nos patients avaient eu une extension et le type d'extension le plus retrouvé a été cervical avec 23,50% des cas. Mme Mibindzou[32] avait trouvé

dans sa série 76,2% d'extension à la région basi-thoracique, presternale ou sus-claviculaire.

2-5 Selon l'origine :

Nous avons retrouvé 97% de cas d'origine dentaire. Cela s'explique par la mauvaise hygiène buccodentaire de nos patients. La mortification de la pulpe et l'infection parodontale ont été les deux causes retrouvées dans la série de Kouyaté N [14] avec respectivement 73,08% et 26,92%. Ce résultat a été expliqué par le fait que la carie et les traumatismes qui sont à la base de la mortification sont plus fréquemment retrouvés chez les patients, et confirmé par Peron J M et Mangez J F [16].

2-6 Selon les autres pathologies associées :

La majorité de nos patients n'avaient pas de pathologie associée avec 98%. Un seul cas de phlegmon péri amygdalien et de pleurésie ont été retrouvés. Les pathologies associées s'expliquent par le fait que les infections buccodentaires ont plusieurs voies de propagation [1].

Conclusion et recommandations

VI-Conclusion et recommandations :

1- Conclusion :

Au terme de notre étude portant sur les abcès du plancher buccal qui nous a permis d'analyser les données épidémiologiques, cliniques et évolutives, nous avons fait un certain nombre de constats :

1-1 Au plan épidémiologique

- Sa prédominance masculine,
- Son aspect juvénile (15-35ans),
- L'atteinte majoritaire des patients du bas niveau socio-économique et d'éducation.

1-2 Au plan clinique

- C'est une urgence pour les agents de santé, contrairement pour les patients.
- Le traitement traditionnel et l'auto médication des patients
- L'absence de l'hygiène bucco-dentaire des patients.

C'est pourquoi une pose de diagnostic et une prise en charge rapide sont nécessaires pour limiter ou prévenir les complications qui sont redoutables

2- Recommandations :

Notre souhait le plus ardent est de voir la création des services d'odontostomatologie avec des personnels qualifiés dans les centres de santé à la périphérie.

Nos recommandations iront :

2-1) Aux autorités socio sanitaires :

- Mettre l'accent sur l'I.E.C. de façon médiatisée aux populations avec des séances de communications pour un changement de comportement (C.C.C.) dans le cadre de l'hygiène buccodentaire.

2-2) Aux personnels de santé

- Participer à l'IEC au cours et à la fin de la prise charge des patients
- Référer à temps les patients

2-3) A la population :

- Pratiquer une bonne hygiène bucco-dentaire.
- Eviter les mauvaises habitudes pouvant conduire à des traumatismes dentaires sources d'infection.
- Consulter devant toute algie parodontopathique, odontalgique et ou de traumatisme bucco-dentaire si minime soit-il.
- Consulter le chirurgien-dentiste au moins une fois par an.

2-4) A l'administration du CHU-OS :

- S'impliquer largement dans la promotion du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale,
- Mettre l'accent sur la formation et le perfectionnement du personnel.
- Equiper les salles de soins de matériels modernes et adéquats

2-5) Aux personnels de santé du service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale :

- Se former continuellement à travers les staffs et EPU

Bibliographie

VII-Bibliographie

1-La Rosa, Stéphanie Bouvier b, Olivier Langerona,

Service de chirurgie maxillo-Faciale, CHU de la Pitié-Salpêtrière. Prise en charge des cellulites maxillo-Faciale

2-Rose C. ,Tellian C. ,Feri F. ,Donazzan M.

Les cellulites faciales graves. Rev. stomatol. Chirurgie Maxillofac. , 1997, 98(4) :269-271

3- <http://www.santetropicale.com/Resume/37103.pdf>

Histologie, Infectiologie, Angiologie et médecine vasculaire

Cellulite diffuse : page 43

4-Kpemissi E.

Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire: étude de 26 cas au CHU de Lomé Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.1995: 116, 3; 195-197

5- REVOL P., GLEIZAL A., KRAFT T., BRETON P., FREIDEL M., BOULETREAU P.

Abcès intracérébral et cellulite cervico faciale diffuse: Complication d'une extraction de dent de sagesse à propos d'un cas Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac. 2003; 104 (5): 285-289.

6- REYCHLER H., CHAUSSE J. M.

Pathologie infectieuse d'origine dentaire.

In PIETTE E., REYCHLER H. Traité de pathologie buccale et maxillo-faciale, Bruxelles, de Boeck-Wesmael 1991; 1263-1286.

7- FAVE A.

Les cellulites cervico faciales d'origine dentaire.

Encyclo. Méd. Chir. (Paris) 1966; 22033A10: [20 pages].

8- COLLEGE FRANÇAIS DE CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET DE STOMATOLOGIE.

Les lésions dentaires et gingivales. 2005: 31p.

9- PONS J., PASTUREL A.

Les cellulites d'origine dentaire.

Encyclo. Méd. Chir (Paris), Stomatologie 1977; 1, 22033 A10: 54-74.

10- Righini CA, Motto E, Ferretti G, et al.

Cellulites cervicales extensives et médiastinite descendante nécrosante. Ann OtolaryngolChirCervicofac 2007;124:292—300.

11- Rega AJ, Aziz SR, Ziccardi VB.

Microbiology and antibiotic sensitivities of head and neck space infections of odontogenic origin. J Oral MaxillofacSurg 2006;64:1377

12- Boscolo-Rizzo P, Marchiori C, Montolli F, Vaglia A, Da Mosto MC.

Deep neck infections: a constant challenge. ORL J OtorhinolaryngolRelat Spec 2006;6:259—65.

13-Hounkpé YYC, Oussa GB, Vodouhe SJ, Babagbeto MJ, Medji ALP, Bassabi SK

Les Cellulites Cervico-Faciales : à propos de 55 cas colligés dans les services d'ORL et d'Ophtalmologie du CNHU de Cotonou

Médecine d'Afrique Noire 1990, 37(1) :31-34

14- Noumou Kouyaté

Contribution à l'étude des cellulites péri maxillaires d'origine dentaire dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre national d'odontostomatologie de Bamako année 2006 Thèse Med N°351

15-S. BENZARTI,et coll.,

Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, j. tun orl - n° 19 décembre 2007
p. 24-28

16- PERON J M ET MANGEZ JF

Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS. Paris, tout droit réservé).
Stomatologie/Odontologie, 22-033-A-10, 2002,14p.

**17- VERDALLE PB, ROGUET E, RAYNAL M, BRICHE T, ROUQUETTE I, BRINQUIN L,
ET AL.**

Necrotizing cervico-mediastinalcellulitis. A propos of
3 cases. Ann OtolaryngolChirCervicofac 1997;114:302—9.

18- NATACHA BERERNI:HOPITAL DE LA TIMOINE

Anatomie du plancher buccal

19- FRANK H. NETTER M-D

Atlas d'anatomie humaine

Edition Sully, 1998,2eme édition

20- CADY J. ; KRON B

Anatomie topographique de le tête et du cou ; Référence du prof Hurean
fascicule 7maloine ; édition 1971cm 183P.

21- TINE C. A. B.

Les aspects cliniques et thérapeutiques des cellulites péri maxillaires dans la région de Dakar.

Thèse Chir. Dent. Dakar 2004; n°15.

22- YAM A. A.

La carie dentaire chez l'enfant.

Magazine du médicament et des professions de santé. Juillet/ Août 2006: 5p.

23- KARENGERA D., MIR MOUHAMED H., LAMBERT S., REYCHLER H.

Cellulites faciales odontogènes.

Act. Odontostomatol.1996; n°195: 395-408.

24-ADJA BINTOU SARR

Aspect Clinique et thérapeutique des cellulites prémaxillaires dans le département de MBACKE. Thèse :chir.dent :2008 ;N°04

25- K.J. YAO ET COLL.

Prévalence de la carie dentaire en milieu scolaire dans le nord-ouest de la cote d'ivoire.Med. Trop.2001; **61**: 148-152

26- DIOMBANA M. L., HAIDARA O. D., KÜSSNER H., LY O.

SANGARE, SIMAGA S. Y.

Étude épidémiologique de la carie dentaire en milieu scolaire à Kati

27- BENGONDO C.H., BITA R.C., AVANG N.T.C., MEENGONG

H., BENGONO G.

Cellulites et phlegmons d'origine dentaire au C.H.U de Yaoundé

Rev. Odontostomatol. Tropical. 2006; 29 (113): 22-26.

28-KABA M., CADOT S. , MIQUEL J.L.

Les cellulites péri maxillaires à l'hôpital provincial de Mouilla (Gabon)

Rev. Odontostomatol. Tropical.1995; 11: 15-18.

29- DUBREUIL L., NEUT C.

Optimization of the empiric therapy of cervicofacial cellulitis:

microbiological argued points.

Médecine Buccale chirurgie buccale 2005; 11 (1): 7-15.

30-BENBOUZID M. A., BENHYAMMOU A., EL MESSAOUDI A., JAZOULI N., KZADRI M.

Les cellulites cervico-faciales: à propos de 8 cas

Espérance médicale. 2004; 11 (102): 86-92.

31-Ch. BERTOLUS

Cellulite cervico-faciale Urgences 2011 sfmu conférence: infections cutanées

Rev. Odontostomatol. Tropical. 1991; 14 (4): 17-20.

32-: MADAME MIBINDZOU GISELE OGOULIGENDE INDJELE

Cellulites cervicales extensives, une expérience de prise en charge sur 21 cas en

ORL de Novembre 2004 à Octobre 2005 thèse de Med N°249

Annexes

VIII-Annexes :

Fiche d'enquête

Dossier N°

1) IDENTIFICATION DU MALADE

Nom et prénoms

Age : / .Sexe..... /Résidence.....

Niveau d'instruction...../Profession.....

2) Examen clinique

Interrogatoire

Structure référente :.....

Délais de consultation :.....

Signes :.....

Antécédents : chirurgicaux :

Médicaux

Examen général :

Etat général:...../Température:.....

Examen physique :

Exo buccal : tuméfaction sous mentale :... /Suppuration endobuccale...../

Suppuration à la peau...../Extension cervicale.../Thoracique...../Autres tuméfactions...../

Endo buccal : dent cariée à précisée :.....

Tuméfaction sous linguale :..... /Trismus.... /Hygiène bucco dentaire.../

Oui=1 Non=2

3) Imagerie :

Radio retro alvéolaire :.../ OPG...../Radio du thorax...../

4) Origine de l'abcès : Dentaire :...../ Oui : 1 Non : 2 Oropharyngée :...../ OUI :

1 Non : 2

6) Traitement : Médical :... / Oui : 1 Non : 2 Médico-chirurgical :.../ Oui : 1 Non :

2. Hospitalisation...../ Oui=1 Non=2

7) Délai de prise en charge :.....

Fiche signalétique

Nom : DIAWARA

Prénom : Firanman

Thème : Etude épidémiologique et clinique des cellulites du plancher buccal de Janvier à Décembre 2012 à propos de 102 cas

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Adresse : Tel : 70742015

Mail : firaman2013@yahoo.fr

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako, Bibliothèque du Centre Hospitalo Universitaire d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteur d'intérêt : Odonto-stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale ; ORL et chirurgie Cervico-faciale ; chirurgie générale ; Infectiologie

Résumé:

Il s'agissait d'une étude rétrospective portant sur 102 cas d'abcès du plancher buccal réalisée dans le service de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale du centre hospitalier universitaire d'odontostomatologie de Bamako de Janvier à Décembre 2012. Le but de l'étude était d'étudier le profil épidémiologique et clinique des abcès du plancher buccal.

Notre échantillon comprenait 102 patients dont 56,9% étaient de sexe masculin. La tranche d'âge de **16-35 ans** était la plus représentée avec une moyenne d'âge de 27,66. La plupart de nos patients étaient de Bamako avec un taux de 65,7%. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 28,4% des cas.

Dans notre étude les affections dentaires étaient la cause la plus fréquente des abcès du plancher buccal avec **97%** des cas et tous avaient une hygiène buccodentaire défectueuse.

Certains de nos patients avaient une extension soit cervicale, péri mandibulaire ou cervicothoracique avec respectivement 23,5% ; 20,6% et 3%. La majorité de nos patients n'avait pas d'antécédents médicaux avec 96%. Ils avaient consulté majoritairement dans un délai compris entre 7 et 15 jours avec 51% des cas et sont venus d'eux-mêmes dans 89,2%.

Mots clés : Abcès, dentaires, plancher buccal.

SUMMARY :

It concerned a retrospective study about 102 cases of buccal floor's abscesses in the stomatology department and in the Maxillo-Facial surgery of odontostomatology of university hospitable center of Bamako, from January to December 2012. The objective of the study was to study the epidemiological and clinic profile of buccal floor' abscesses

Our pattern included the 102 patients of whom 56,90% were male gender. The bracketed age from 16 to 35 old was the most represented with an age average of 27,66. Most of our patients were from Bamako with a rate of 65, 70%. The occupation house wife was the most represented with 28, 40% of cases

In our study, the dental diseases were the cause of the most frequent of buccal floor's abscesses with 97% of cases and all of had an oral and dental health's imperfect

Some of our patients had a stretch either cervical, mandibular or cervicothoracic, with respectively 23,50%; 20,60%; and 3%. The majority 96% of our patients had no medical backgrounds. They had held surgery in the majority in a limit of 7 and 15 days with 51% of cases and have come themselves in the 89,20%

Keywords: Abscesse, dentals, buccal floor.

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 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 dès la 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 leur père.

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.