

**Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République 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
(F.M.O.S)

Année académique : 2019-2020

Mémoire N°.....

TITRE

**CELLULITES CERVICO-FACIALES D'ORIGINE
DENTAIRE : PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE AU
SERVICE DE STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE
MAXILLO-FACIALE DU CHU-CNOS
MEMOIRE DE FIN DE CYCLE**

Présenté et soutenu publiquement le 30/11/2020.

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

*Par M. Abdoulaye Thiégoum Amidou dit Papa
MAÏGA*

**Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Stomatologie et
Chirurgie Maxillo-Faciale (DES)**

JURY :

Président : Pr DIALLO Oumar

Membre : Pr TRAORE Drissa

Directeur : Pr TRAORE Hamady

1. INTRODUCTION :

Les cellulites cervico faciales ou fasciites des Anglo-Saxons sont des infections bactériennes extensives, qui touchent les espaces aponévrotiques de la face et du cou. Marquées par une nécrose extensive qui peut réaliser de véritables mutilations, elles sont susceptibles de s'étendre jusqu'au médiastin. Ces espaces aponévrotiques, dont le rôle physiologique est de constituer un plan de glissement pour les masses musculaires, sont interconnectés, ce qui favorise la diffusion rapide d'infections au départ banales. La porte d'entrée locorégionale est variable, le plus souvent pharyngée ou dentaire [1, 3].

Aux conséquences tissulaires locales s'ajoutent les effets d'un sepsis menaçant. Aussi les cellulites constituent-elles une urgence médicochirurgicale mettant en jeu le pronostic vital. Le pronostic est lié au nombre d'espaces anatomiques initialement atteints, à l'éventuelle atteinte du médiastin, à la notion d'aggravation rapide, à l'existence d'un sepsis sévère, voire à la survenue de complications locorégionales potentiellement graves [3, 4].

En effet, la fasciite nécrosante n'est qu'une des formes, certes la plus grave, de ces cellulites. La plupart des formes observées sont des cellulites aiguës circonscrites (séreuses ou suppurées) ou des cellulites subaiguës ou chroniques. Cependant, parfois, l'infection va s'étendre rapidement, de façon très brutale, sans tendance à la limitation spontanée, dépassant l'espace anatomique de départ. On parle alors de cellulites diffuses.

Parmi les cellulites cervico faciales diffuses, la cellulite diffuse vraie correspond à une infection du tissu cellulo-graisseux qui intéresse d'emblée tout un secteur de la face, alors que la cellulite diffusée se manifeste par une extension progressive d'une cellulite circonscrite dont le traitement est inadapté ou inexistant, à la faveur d'un fléchissement des défenses de l'organisme (diabétiques, immunodéprimés...). En fait, ces deux catégories de cellulites sont le plus souvent englobées sous le terme de cellulite diffuse, car elles ont toutes les deux les mêmes caractères gravissimes [5].

Dans la littérature, les estimations de la grande garde de Chirurgie Maxillofaciale d'Île-de-France montrent une incidence d'environ 1/1 000 habitants par an, pour la seule étiologie dentaire, avec un âge moyen de 35 ans. La mortalité rapportée des cellulites varie de 6,5 à 35 % selon les séries, qui précisent rarement le stade de cellulite pris en compte dans ces estimations [6].

Une étude réalisée en Tunisie a montré 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 [7].

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 M'Backé [8].

Au MALI, de Juin 2019 à Mars 2020 sur 9 mois sur 2487 consultations dont 839 étaient des cellulites tous stades et localisations confondus.

La prise en charge des patients doit être rapide et multidisciplinaire dans le cadre d'une collaboration entre radiologues, bactériologistes, anesthésistes réanimateurs, chirurgiens ORL et thoraciques [9, 10].

Dans le cadre de notre étude de spécialisation en Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, effectué au niveau au CHU CNOS, nous avons été marqués par la fréquence élevée des cellulites et par la gravité que pouvait revêtir leur évolution. Ainsi, nous avons jugé nécessaire de mener une étude sur le sujet.

2. OBJECTIFS

2.1. OBJECTIF GENERAL

Etudier le profil épidémiologique des cellulites dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU CNOS.

2.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 2.2.1.** Déterminer la fréquence des cellulites cervico-faciales;
- 2.2.2.** Décrire les signes cliniques et physiques ;
- 2.2.3.** Identifier les germes les plus fréquemment rencontrés
- 2.2.4.** Déterminer la sensibilité des germes aux différents antibiotiques ;
- 2.2.5.** Evaluer le traitement médico-chirurgical.

3. GENERALITES :

3.1. Définition :

La cellulite cervico-faciale est une inflammation du tissu cellulo-graisseux de la face et du cou [11]. C'est une affection rare, mais d'une extrême gravité potentielle, mettant en jeu le pronostic vital du patient par rupture et inondation des voies respiratoires, l'obstruction des voies aéro-digestives supérieures, l'extension médiastinale, les complications vasculaires ou septiques [11]. C'est une urgence médico-chirurgicale [12].

3.2. Rappels anatomiques :

Des bases anatomiques sont indispensables pour traiter correctement une cellulite cervico faciale voire médiastinale, comprendre l'extension précise du processus infectieux et effectuer un acte chirurgical optimal. Nous les rappellerons brièvement. La région cervico faciale s'étend de la base du crâne au défilé cervico thoracique. C'est plus particulièrement la partie inférieure de la face qui nous intéresse ici, avec la mandibule, les muscles masticateurs, le plancher buccal et l'oropharynx. Le cou débute en région sous-mandibulaire, il peut schématiquement être divisé verticalement en deux parties par l'os hyoïde : les régions supra- et infra-hyoïdienne.

Le médiastin, lui, est classiquement divisé en médiastin supérieur et inférieur par rapport à la crosse de l'aorte.

Le système aponévrotique local comprend deux unités : l'aponévrose superficielle et l'aponévrose profonde.

L'aponévrose superficielle, comprenant notamment le système musculo-aponévrotique superficiel (SMAS) ; s'étend de l'épicrâne au thorax. L'aponévrose profonde, elle est divisée en trois couches : superficielle, moyenne (entourant les muscles sous-hyoïdiens) et profonde (prévertébrale). C'est le long de l'aponévrose cervicale profonde que diffuse la cellulite.

Face à la multiplicité des descriptions anatomiques, retenons la systématisation la plus simple et la plus pratique possible, que ce soit pour l'analyse

radiologique ou pour le traitement chirurgical. Le cou comporte neuf espaces que nous citons ici sans pouvoir les décrire plus avant dans le cadre de cet mémoire :

- espace para pharyngé ;
- plancher buccal ;
- espace sous-mandibulaire ;
- espace masticateur ;
- espace parotidien ;
- espace rétro pharyngé et prévertébral ;
- espace carotidien ;
- espace viscéral antérieur.

Quant au médiastin (littéralement « qui est au milieu »), c'est l'espace médian de la cavité thoracique interposé entre les deux loges pleuropulmonaires. Vers le haut, il communique avec le cou et vers le bas et il est séparé de la cavité abdominale par le diaphragme. De façon pratique, il est logique de diviser le médiastin en compartiments supérieur et inférieur par rapport au plan transversal passant par la crosse de l'aorte. Dans la mesure où il n'existe pas de barrière anatomique entre les différents espaces aponévrotiques profonds de la tête et du cou, la cellulite est le prototype de l'infection se propageant par contiguïté jusqu'au médiastin. L'espace para pharyngé préstylien est un carrefour-clé dans la progression de ces infections [1, 13] ; il communique vers l'avant avec l'espace sous-mandibulaire et vers l'arrière avec l'espace rétrostylien qui s'étend de la base du crâne au médiastin (**Fig. 1**).

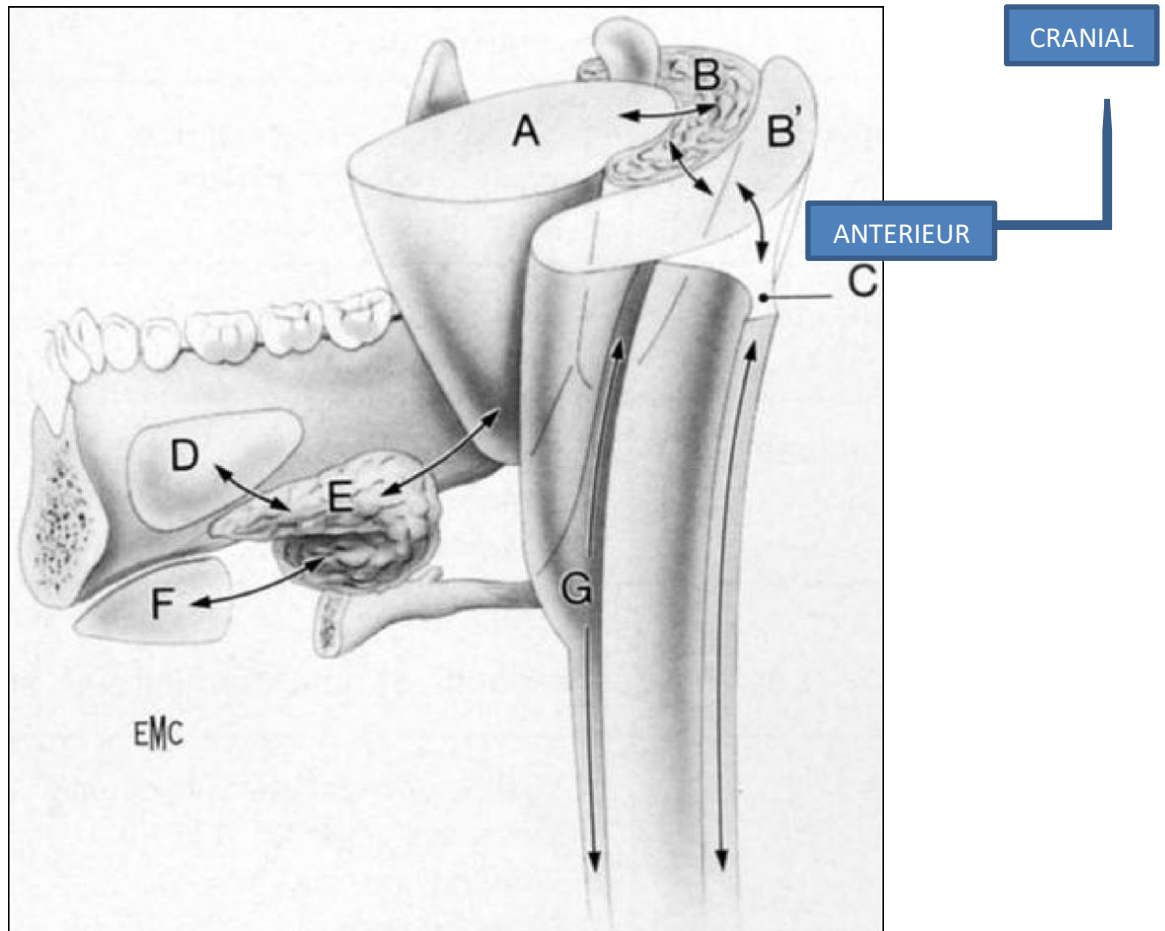


Figure 1 : Communications des espaces cervicaux. A. Fosse infratemporale. B. Loge parotidienne. B'. Espaces parapharyngés préstylien et rétrostylien. C. Espaces rétropharyngé et prévertébraux. D. Espace sublingual. E. Loge submaxillaire. F. Espace sousmental.

G. Espace carotidien. Diffusion des atteintes (flèches). (Marsot-Dupuch K, Meyer B, Brunereau L. Imagerie des masses Cervicales. *Encycl Med Chir (EMC), radiodiagnostic, coeur-poumon*, vol. 18. Paris, France ; 1995, p. 7 [32-80 A10]) [10].

3.3. Physiopathologie

La porte d'entrée des cellulites cervico-faciales est, plus souvent, une infection dentaire. Les cellulites développées selon ce mode ont donc la particularité d'être des infections profondes, ayant pour origine un abcès ostéo-sous périosté, diffusé secondairement aux tissus cellulo-graisseux de la face ; mais aussi aux tissus profonds, musculaires, des voies aérodigestives supérieures. Ce mécanisme de diffusion explique les complications, non seulement générales, septiques, des cellulites d'origine dentaire, mais aussi les complications régionales, liées aux compressions d'organes de voisinage.

Les cellulites surviennent le plus souvent chez des patients 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 fasciites nécrosantes au pronostic redoutable, heureusement rares.

Si la cellulite fait souvent suite à une infection profonde et négligée d'une dent, elle peut aussi survenir dans les suites d'un traitement dentaire ; voire sur une dent de sagesse incluse, dont l'existence même est ignorée du patient. La prise d'AINS, enfin volontiers prescrits (ou auto-prescrits) en cas de douleurs dentaires, est un facteur prédictif de gravité des cellulites dentaires que le mécanisme de cette aggravation soit lié à une diminution majeure de la douleur masquant les signes d'évolution ou a un rôle favorisant de l'infection par diminution de l'immunité [9].

3.4. Signes

TDD : Cellulites diffuses

Définition La cellulite diffuse peut être soit secondaire à une cellulite circonscrite ; soit diffuse d'emblée. Par sa rapidité, elle aboutit précocement à des complications sévères [14].

La prise en charge des patients doit être rapide et multidisciplinaire.

Cellulite diffuse d'emblée : On décrit sous le nom de phlegmon diffus, l'inflammation diffuse du tissu cellulaire sans aucune tendance à la limitation. Ce sont des infections bactériennes extensives, qui touchent les espaces aponévrotiques de la face et du cou. Marquées par une nécrose extensive qui peut réaliser de véritables mutilations ; elles sont susceptibles de s'étendre jusqu'au médiastin. Ces fasciites diffuses ne sont pas à proprement parler des cellulites initialement circonscrites, qui se sont étendues aux loges voisines faciales, voire cervicales qui constituent l'entité appelée cellulites diffusées : il manque à ces dernières la composante de nécrose extensive.

Cellulite diffusée : Elle passe d'abord par une phase circonscrite facilement retrouvée à l'interrogatoire du sujet ou de son entourage. Malgré leur

importance, les signes généraux ne sont pas en faveur d'une toxi-infection maligne.

3.4.1. Signes cliniques :

3.4.1.1. Sur le plan local :

Toxi-infection : Le début très rapide est marqué par un véritable état de choc infectieux. La cellulite diffuse se caractérise par une nécrose rapide et étendue des tissus. Au début, on observe une tuméfaction limitée, molle, peu douloureuse mais fluctuante. Très vite, elle s'étend et devient d'une dureté ligneuse. La peau est tendue, tandis que la muqueuse est grisâtre. Le trismus est serré. La suppuration n'apparaît pas avant le cinquième ou sixième jour. Le pus obtenu d'abord en petite quantité ; il est de couleur verdâtre, parfois gazeux et contient des débris nécrotiques. Il devient ensuite plus franc et plus abondant.

Les muscles et les aponévroses sont détruits ; les veines thrombosées, les risques hémorragiques sont majeurs. L'œdème entraîne des déformations considérables associées à des troubles respiratoires.

3.4.1.2. Sur le plan général :

Nécrose tissulaire Elle est caractérisée par une toxi-infection. Le début est rapide, il s'agit d'un véritable choc infectieux. Après l'apparition de frissons, le malade se couvre de sueur. Le faciès est pâle ; la respiration superficielle et la tension artérielle basse. En quelques heures, une diarrhée apparaît avec des vomissements répétés. Les urines sont rares et foncées ; les yeux sont excavés. La conscience est conservée ; des signes méningés ou pleuro-pulmonaires peuvent se surajouter. La mort est possible à ce stade par collapsus cardiovasculaire ou coma hépatique.

3.4.2. Evolution :

L'évolution varie en fonction de la réaction immunitaire du patient, de la virulence des germes, du traitement prescrit et de sa précocité [9].

Les dégâts locaux sont impressionnants : destruction des muscles et aponévroses, thrombose veineuse, hémorragie suite à l'ulcération vasculaire ; on peut aussi observer des fusées purulentes, extension vers le médiastin, obturation mécanique de la glotte et donc asphyxie, intoxication, collapsus et mort. Les infections maxillaires présentent un risque vital rare, en cas d'atteinte cérébrale, par thrombophlébite du sinus caverneux [15].

Les infections mandibulaires sont plus sévères que les infections maxillaires du fait de leur extension cervicale. Elles présentent un risque vital en cas de diffusion par obstruction des voies aérodigestives supérieures où médiastinite.

Il existe alors un risque vital important [15].

Le pronostic est lié au nombre d'espaces anatomiques initialement atteints, à l'éventuelle atteinte du médiastin, à la notion d'aggravation rapide, à l'existence d'un sepsis sévère, voire à la survenue de complications locorégionales potentiellement graves [16].

3.4.3. Complication :

Les cellulites diffuses peuvent donner lieu à des complications sévères [15]:

3.4.3.1. La dyspnée :

La dyspnée est une complication classique diffusant au plancher buccal ; conséquence de l'oedème oropharyngé et du recul de la base de la langue. Sa présence indique un traitement urgent (risque d'asphyxie). Les difficultés d'intubation lors de l'induction anesthésique peuvent nécessiter une trachéotomie.

3.4.3.2. La thrombophlébite de la veine faciale : L'infection crée une altération des parois veineuses, au contact de la lésion endothéliale, un thrombus se développe. Dès lors l'extension du processus se fait, de proche en proche, le long des parois ou à distance par l'envoi d'un embole septique sous l'influence de germes. Or le système veineux de la face est en relation directe avec celui de l'endocrâne, les sinus caverneux et dure-mériens en particulier ; d'où la gravité

de l'affection. La prévention de cette complication passe par la prescription d'anticoagulants.

3.4.3.3. La médiastinite : C'est une infection gravissime du médiastin, elle s'accompagne de gangrène et de collections thoraciques, de troubles respiratoires et cardiaques. Elle s'explique par la diffusion de l'infection le long des fascias cervicaux et s'accompagne de signes généraux sévères (choc septique). Cette redoutable complication impose le transfert en réanimation ; un bilan scanographique ainsi qu'un traitement chirurgical urgent.

3.4.3.4. Les septicémies : Il en existe deux variétés [17] :

- L'une rarissime : la septicémie aigue.
- L'autre relativement plus fréquente : les septico-pyohémies.

□ **Les septicémies aiguës :**

Le début est soudain : hyperthermie avec frissons ou au contraire hypothermie. Somnolence entrecoupée par des épisodes d'excitation, dyspnée, urines rares, faciès terreux ; bref un tableau clinique de toxi-infection grave. Avant l'ère des antibiotiques, c'était la mort en peu de jours.

□ **Les septico-pyohémies :**

Dans ces cas, les germes véhiculés par le sang créent à distance un foyer septique. Le début est également rapide avec des clochers thermiques correspondant à la migration d'un embole infectante. Les localisations pleuro-pulmonaires et rénales sont courantes. L'hémoculture joue un rôle fondamental dans le diagnostic. Des streptocoques et des staphylocoques sont souvent en cause.

3.4.3.5. Les formes cliniques :

On distingue plusieurs formes cliniques en fonction de la région anatomique de départ de l'infection [17]:

- 1- Phlegmon du plancher buccal de Gensoul (« Ludwig's angina » des Anglo-Saxons) :** C'est la forme la plus connue et la plus typique ; elle est due à l'infection des molaires mandibulaires. L'infection gagne les loges

sus- et sous-mylohyoïdiennes pour s'étendre très rapidement vers la région sous-mentale et le tissu cellulaire centrolingual ; puis vers le côté opposé ; tandis que l'extension en profondeur démarre à partir de l'espace para-amygdalien et à partir de la loge hyo-thyroépiglottique vers l'espace prétrachéal. Tous les signes cliniques décrits précédemment sont ici exacerbés ; l'œdème pelvilingual est majeur ; la dyspnée s'aggrave rapidement.

2- Cellulite diffuse faciale ou phlegmon du Petit Dutallis : La molaire inférieure est toujours en cause. La cellulite, d'abord jugale diffuse rapidement vers la région massétérine et vers la fosse infra temporale. Son extension cervicale mais surtout endocrânienne conditionne le pronostic.

3- Cellulite diffuse péripharyngienne (angine de Sénator) : Elle siège dans la région péri-pharyngée. Elle est habituellement d'origine amygdalienne mais la dent de sagesse inférieure peut être en cause. 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. Le pronostic est redoutable.

3.4.3.6. Diagnostic différentiel :

Pour les localisations d'observation courante, le diagnostic de cellulite est facile à faire [17]:

- La fréquence
- L'épisode dentaire initial
- La symptomatologie

Tout y contribue. Cependant il ne faut pas verser dans cette facilité qui réserve parfois des surprises. S'assurer d'abord que c'est bien le tissu cellulaire qui est atteint et non pas, par exemple :

- Dans la région génienne et naso-génienne :
- La peau (kyste sébacé)
- La glande parotide (infection, tumeur)

- Le muscle masséter (hypertrophie)
- Le conduit lacrymal (dacryocystite)
- Les veines (thrombophlébite du plexus alvéolaire ou facio-ophtalmique)
- Dans la région labiale :
 - Une glande salivaire accessoire (kyste mucoïde, tumeur mixte)
 - Une dermo-hypodermite mycosique
 - Une lésion spécifique ou maligne

Dans la région mentonnière :

- Une folliculite suppurée des poils de la barbe (sycosis)
- Dans le vestibule :
 - Un angiome
 - Une diapneusie
 - Un épulis
- Au niveau du palais :
 - Un kyste d'origine dentaire
 - Une tumeur mixte ou cylindromateuse
 - Une ostéopathie
- Dans la région sous-mylo-hyoïdienne :
 - Une glande sous-maxillaire (sous-maxillite)
 - La mandibule (ostéite, tumeur)
 - Des ganglions (adénophlegment)
 - Un kyste congénital
 - Un lipome
- Dans la région sus-mylohyoïdienne :
 - Le canal de Wharton (whartonite)
 - Une grenouillette
 - Un kyste dermoïde
 - Une stomatite

3.4.3.7. Les examens complémentaires :

3.4.3.7.1. Les examens radiologiques [9]

- **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.

3.4.3.7.2. Les examens biologiques

Dans les cas douteux et surtout chez un malade taré ou un malade sans passé médical ; il sera préférable avant toute intervention de pratiquer [18] :

- le temps de coagulation: TP/TCK
- le groupage sanguin
- la glycémie/ azotémie
- la numération formule sanguine/la vitesse de sédimentation

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.

Bacteriologie :

➤ **La flore bactérienne de la cavité buccale :**

La cavité buccale est l'un des sites les plus septiques du corps humain. C'est l'un des meilleurs milieux de culture pour l'ensemble des micro-organismes: température constante, humidité permanente, approvisionnement régulier [19].

La flore buccale présente trois caractéristiques principales :

- **Riche:** on dénombre entre 100 et 1000 milliards de bactéries par millilitre de salive.
- **Hétérogène:** Gram+, Gram-, aérobies, anaérobies facultatives, micro aérophiles, anaérobies strictes...
- **Polymorphe:** cocci-bâtonnets, cocci-bacilles, fusobactéries, filament courbe, filament en virgule et filament en spirale, bactéries mobiles.

La flore buccale est toujours présente, mais ne se manifeste pas. Il y a en effet un équilibre entre la flore et le milieu buccal. Quelques espèces vont, en s'associant ; provoquer une exaltation de leur virulence et d'autres ; jusqu'ici saprophytes vont devenir pathogènes. Ainsi cet équilibre sera rompu. Ces conditions seront:

- traumatisme local: extraction, détartrage, incision septique.
- Infection aiguë.
- l'âge
- la grossesse (dernier trimestre)
- la nutrition (carence protéique et vitaminique)
- des facteurs environnementaux : traumatismes physiques et/ou psychiques
- des facteurs immunitaires : acquis (le syndrome de l'immunodéficience acquise)
- les traitements immunosuppresseurs
- le diabète et sa micro-angiopathie
- l'obésité
- l'insuffisance hépatocellulaire d'origine virale ou alcoolique

La grande majorité des germes sont retrouvées dans la plaque dentaire ; certains micro-organismes peuvent se retrouver également en suspension dans la salive. Il existe normalement 70% d'aérobies pour 30% d'anaérobies, en cas d'infection aiguë, ces proportions s'inversent, les anaérobies dominant.

Les bactéries de la cavité buccale d'après SEBALD A

Cocci Gram +

Streptococcus *béta-hémolytiques* *Streptococcus* *alpha-hémolytiques*
Pneumocoques *Staphylococcus* *Peptostreptococcus*

Cocci Gram-

Veillonella *Actinomyces* *Clostridium*

Bacilles Gram +

Escherichia Coli *Bacteroides* *Fusobacterium*

Bacilles Gram -

Propionibacterium Eubacterium Bactéries filamenteuses Lactobacilles

Bactéries anaérobies préférentielles ou Microaérophiles

Eikennella corrodens

Bactéries aérocaphnophiles

Actinobacillus actinomycetem commitans

Autres bactéries aérobies préférentielles ou anaérobies facultatifs

Staphylococcus Neisseria Corynebactéries

La flore bactérienne en présence d'une cellulite :

Il s'agit d'une infection à germes multiples. Il n'existe pas de germes spécifiques des cellulites d'origine dentaire ; la flore en cause est dérivée de la flore saprophyte bucco-dentaire, au sein de laquelle se développe toujours une flore polymicrobienne aussi bien aérobie qu'anaérobie. Lors de cellulites, le rapport physiologique s'inverse. On observe alors une majorité de bactéries anaérobies strictes et parmi les germes aérobies, il existe une prédominance des Streptocoques. La flore responsable du processus cellulitique est donc **polymicrobienne** et le plus souvent mixte aéroanaérobie ; bien que parfois, il ne soit mis en évidence que des bactéries anaérobies strictes ou uniquement des bactéries aérobies [19].

Les principales bactéries associées au processus cellulitique d'après SANDOR GK

Aérobies Anaérobies

Gram +

Peptostreptococcus Cocci Streptococcus sp Peptococcus Staphylococcus Streptococcus

Lactobacillus Lactobacillus Actinomyces Bacilli Corynebacterium Eubacterium Leptotrichia Clostridium

Gram -

Cocci Moraxella Veillonella

Bacteroïdes Enterobacteriaceae Porphyromonas Bacilli Eikenella Prevotella
Fusobacterium Capnocytophaga

Les bactéries rencontrées dans les cellulites aiguës d'après AFSSAPS recommandations ATB 2011

Labbé cite que sur les 340 espèces rencontrées dans la cavité buccale, seulement une vingtaine serait pathogène. Les bactéries les plus fréquemment isolées dans les infections sévères sont les bâtonnets anaérobies gram négatifs (*Bacteroïdes*, *Prevotella* et *Fusobacterium*) avec une prédominance pour *Fusobacterium nucleatum*. On peut constater que toutes ces bactéries pathogènes sont anaérobies. Elles se développent en l'absence d'oxygène. On distingue ainsi trois catégories :

- Les bactéries anaérobies facultatives** n'ont pas besoin d'oxygène mais se développent mieux en sa présence.
- Les bactéries anaérobies aérotoleérantes** ignorent l'oxygène et se développent aussi bien en sa présence qu'en son absence.
- Les bactéries anaérobies strictes** ne tolèrent pas l'oxygène et meurent en sa présence.

Elles peuvent se rencontrer dans des habitats de type aérobie ; elles sont alors associées à des bactéries anaérobies facultatives qui consomment l'oxygène disponible et permettent ainsi leur croissance. Les endotoxines produites par les bactéries anaérobies Gram- jouent également un rôle important du fait de leurs nombreuses propriétés biologiques (action pyogène, vasodilatatrice, action indirecte dans la résorption osseuse et l'activation du complément). Ces phénomènes aboutiront ainsi à la propagation de l'infection.

Les examens bactériologiques Se sont les prélèvements bactériologiques et l'antibiogramme [9]. 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. MATERIELS ET METHODES :

4.1. Types d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive chez des patients présentant une cellulite d'origine dentaire. Nous avons colligé tous les cas de Juin 2019 à Mars 2020.

4.2 Lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU CNOS de Bamako.

4.3 Population d'étude :

L'étude s'est portée sur quarantaine-trois (43) patients présentant une cellulite d'origine dentaire.

4.3.1 Critères d'inclusion :

Notre étude avait concerné, les patients de tout âge et tout sexe présentant une cellulite cervico-faciale d'origine dentaire soit après une carie dentaire après une extraction dentaire ou bien après une maladie parodontale ayant bénéficié un examen cyto bactériologique et antibiogramme du pus.

4.3.2 Critères de non inclusion :

- Les patients perdus de vue après la première consultation.
- Les patients qui n'ont pas bénéficié de prélèvement du pus.
- Les autres cas de cellulites d'origine traumatique, pharyngée.

4.4 La collecte des données :

La collecte des données était faite sur la base d'une fiche d'enquête.

Un interrogatoire suivi d'un examen clinique et des examens para-cliniques étaient faits.

La fiche d'enquête comportait : (voir annexe)

- ✓ L'état civil (âge sexe profession)
- ✓ Lieu de résidence
- ✓ Histoire de la maladie
- ✓ Les antécédents médico-chirurgicaux
- ✓ Le traitement préalable
- ✓ Les signes cliniques de gravité (dyspnée – dysphagie – dysphonie – trismus)
- ✓ Stade de la cellulite
- ✓ Les traitements entrepris
- ✓ Résultats de la biologie, examen cytobactériologique du pus + antibiogramme
- ✓ L'évolution post-thérapeutique

4.5 Saisie et analyse des données :

Toutes les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Excel 2019 de la suite office et SPSS 20 d'IBM (Statistical Package for the Social Sciences) : c'est un système complet d'analyse de données. SPSS Statistiques peut utiliser les données de presque tout type de fichier pour générer des rapports mis en tableau, des diagrammes de distributions et de tendances, des statistiques descriptives et des analyses statistiques complexes.

Grâce à SPSS, l'analyse statistique est plus accessible aux débutants et plus pratique pour les utilisateurs chevronnés, avec des menus et des sélections de boîte de dialogue simples, nous pouvons exécuter des analyses complexes sans saisir une seule ligne de syntaxe de commande.

4.6 Considérations éthiques :

Aucune

4.7 Conflit d'intérêt :

Aucun

5. RESULTATS :

Nous avons colligé 43 dossiers.

5.1. Age

Tableau I. Répartition en fonction de l'âge :

	Effectifs	Pourcentage
1 à 5 ans	2	4,7
6 à 10 ans	2	4,7
11 à 15 ans	1	2,3
16 à 25 ans	10	23,3
26 à 40 ans	21	48,8
41 et plus	7	16,3
Total	43	100,0

Moyenne=4,56 ; Ecart-type=1,221 ; Variance=1,491 ; Intervalle=5.

Les adultes (26 à 40 ans) étaient les plus touchés par les cellulites soit 48,8 % de nos patients.

5.2. Sexe

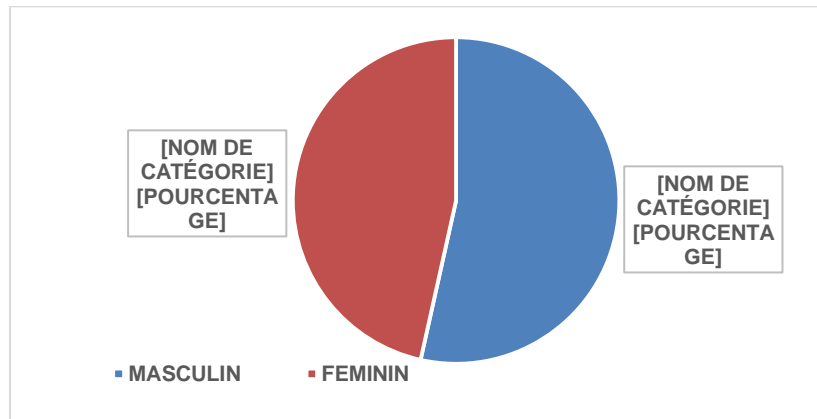


Figure 2. Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était majoritairement représenté soit 53 % de nos patients avec un sex-ratio de 1,12 en faveur des hommes.

5.3. Profession

Tableau II. Répartition en fonction de la profession

	Effectifs	Pourcentage
Elève	1	2,3
Cultivateur	7	16,3
Ménagère	17	39,5
Ouvrier	7	16,3
Enfant	3	7,0
Autres	8	18,6
Total	43	100,0

Ménagère ou aide-ménagère était la profession la plus exposée soit 39,5 % de nos patients.

5.4. Niveau d'étude

Tableau III. Répartition en fonction du niveau d'étude

	Effectifs	Pourcentage
Primaire	10	23,3
Secondaire	1	2,3
Non scolarise	32	74,4
Total	43	100,0

Les non-scolarisé faisaient plus de cellulite que les autres soit 74,4 % de nos malades.

5.5. Répartition géographique

Tableau IV. Répartition géographique

	Effectifs	Pourcentage
Commune 1	2	4,7
Commune 2	1	2,3
Commune 3	3	7,0
Commune 5	4	9,3
Commune 6	9	20,9
Hors de Bamako	24	55,8
Total	43	100,0

Dans notre série, 55,8 % de nos malades vivaient en dehors de Bamako.

5.6. Motifs de consultation

Tableau V. Motifs de consultation

	Effectifs	Pourcentage
Tuméfaction	28	65,1

Algie dentaire	2	4,7
Algie + Tuméfaction	13	30,2
Total	43	100,0

La tuméfaction était le principal motif de consultation soit 65,1 % de nos malades.

5.7. Mode d'admission

Tableau VI. Mode d'admission

	Effectifs	Pourcentage
Venus de lui même	29	67,4
Réfère	14	32,6
Total	43	100,0

Dans notre étude, 67,4 % de nos malades étaient venus eux même en consultation.

5.8. Durée d'évolution de la maladie

Tableau VII. Durée d'évolution de la maladie

	Effectifs	Pourcentage
1 Semaine	15	34,9
2 Semaines	18	41,9
3 Semaines	1	2,3
4 Semaines	1	2,3
Sup à 4 Semaines	8	18,6
Total	43	100,0

Moyenne=2,28 ; Ecart-type=1,453 ; Variance=2,111 ; Intervalle=4.

Nos malades accusaient un retard à la consultation de deux semaines à 41,9 %.

5.9. Traitement antérieur reçu avant d'admission

Tableau VIII. Traitement antérieur reçu avant d'admission

	Effectifs	Pourcentage
Pas d'automédication	1	2,3
Traitement traditionnel	35	81,4
Antibiotique	5	11,6
Antibiotique + AINS ou Antalgique	2	4,7
Total	43	100,0

Dans notre série, 81,4 % de nos patients faisaient un traitement traditionnel à basse de fumigation, d'inhalation ou application locale avant la consultation médicale.

5.10. Antécédents des malades

	Effectifs	Pourcentage
Diabète	1	2,3
HTA	1	2,3
Autres (Grossesse associée, post partum)	3	7,0
Pas antécédents	35	81,4
Tumeur	3	7,0
Total	43	100,0

Tableau IX. Antécédents des malades

Nos patients n'avaient pas antécédent a l'admission jusqu'à 81,4 %.

5.11. Topographie des cellulites

Tableau X. Topographie des cellulites

	Effectifs	Pourcentage
	1	2,3
Sous mentale	8	18,6
Péri mandibulaire	2	4,7
Massétérienne	3	7,0
Génienne	3	7,0
Périorbitaire	2	4,7
Sous mentale à extension cervicale	9	20,9
Sous mentale à extension cervico-thoracique	6	14,0
Hémiface	8	18,7
Autres	1	2,3
Total	43	100,0

Dans notre étude, 20,9 % de nos patients présentaient une cellulite sous-mentale à extension cervicale.

5.12. Traitement reçu avant le résultat de l'antibiogramme :

Tableau XI. Traitement reçu avant le résultat de l'antibiogramme

	Effectifs	Pourcentage
Amoxicilline + acide clavulanique	1	2,3
Amoxicilline + acide clavulanique + Métronidazole	8	18,6
Amoxicilline + acide clavulanique + Métronidazole + Gentamycine	31	72,1
Ceftriaxone + Métronidazole	1	2,3
Ceftriaxone + Métronidazole + Gentamycine	1	2,3

Ceftriaxone	1	2,3
Total	43	100,0

L'association Amoxicilline + Acide clavulanique + Métronidazole + Gentamycine était administré chez 72,1 % de nos patients avant le résultat de l'antibiogramme.

5.13. Traitement chirurgical reçu :

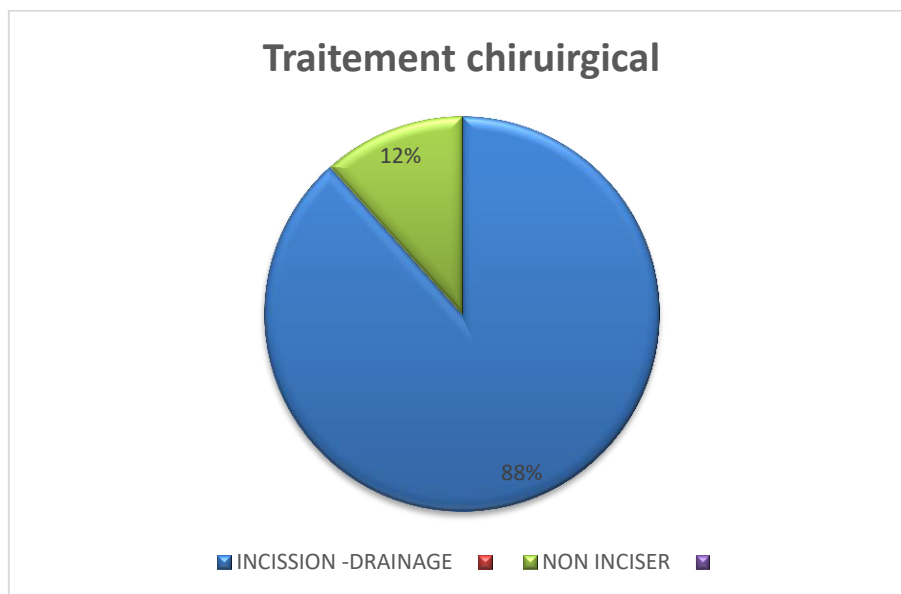


Figure 3. Traitement chirurgical reçu

L'incision-drainage était l'acte chirurgical la plus utilisés soit à 88 %.

5.14. Autres traitements reçus :

Tableau XII. Autres traitements reçus

	Effectifs	Pourcentage
	39	90,7
Antidiabétiques	2	4,7
Drainages thoraciques	2	4,7
Total	43	100,0

Dans notre série, 4,7 % ont bénéficié d'un drainage thoracique et 4,7 % autres étaient sous insuline.

5.15. Examens Complémentaires

5.15.1. Bilan Biologique

	Effectifs	Pourcentage
Bilan non réalisé	3	7,0
Normal	9	20,9
Hyperleucocytose	14	32,6
Anémie	11	25,6
Hypercreatinemie	1	2,3
Hyperglycemie	5	11,6
Total	43	100,0

Tableau XIII. Résultats de la biologie

L'anémie était retrouvée chez 25,6 % de nos patients et nous avons observé une hyperleucocytose chez 32,6 % des patients.

5.15.2. Germes isolés à l'antibiogramme :

Tableau XIV. Germes isolés à l'antibiogramme

	Effectifs	Pourcentage
Culture stérile	27	62,8
<i>Escherichia coli</i>	7	16,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	2,3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2	4,7
<i>Staphylococcus sp</i>	3	7,0
Bacille de Koch	2	4,7
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	2,3

Total	43	100,0
-------	----	-------

Escherichia coli a été isoler chez 16,3 % de nos patients et environ 62,8 % des cultures étaient stériles.

5.15.3. Antibiogramme

Tableau XV. Sensibilités des antibiotiques aux germes isolés

	Effectifs	Pourcentage
	30	69,8
ATBGR 1(ACG)	1	2,3
ATBGR 2(ACCef)	1	2,3
ATBGR 3(ACPFOS)	1	2,3
ATBGR 4(CGPFOS)	3	7,0
ATBGR 5(ACGLQF)	1	2,3
ATBGR(ACCPoFos)	1	2,3
ATBGR(ACCGQTePoFo)	5	11,6
Total	43	100,0

Les germes étaient sensibles à 23 % à l'Amoxicilline + Acide clavulanique.

5.16. Durée d'hospitalisation :

	Effectifs	Pourcentage
Ambulatoire	1	2,3
1 à 3 jours	7	16,3
4 à 7 jours	18	41,9
8 à 12 jours	13	30,2
13 à 21 jours	2	4,7

22 jours et plus	2	4,7
Total	43	100,0

Tableau XVI. Durée d'hospitalisation

Dans notre étude, 41,9 % de nos patients avaient fait un séjour de 4 à 7 jours en hospitalisation.

5.17. Type de sortie**Tableau XVII. Type de sortie**

	Effectifs	Pourcentage
Sortie	33	76,7
Transférer	8	18,6
Décède	2	4,7
Total	43	100,0

Dans notre série, 76,7% de nos patients étaient sortie après guérison avec un taux de létalité à environ 4,7 %.

6. DISCUSSION :

Les cellulites cervico-faciales sont relativement fréquentes dans le service Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de Bamako ; nous avons pu colliger 43 cas en 9 mois chez qui nous avons pu faire un prélèvement du pus plus antibiogramme.

L'âge moyen de nos patients était de 33 ans (26 à 40 ans) à 48,8 %. Les cellulites cervicales paraissent intéresser l'adulte jeune. Rakotoarison et coll [20] à Madagascar faisaient le même constat. Cette tranche d'âge correspond à la période de multiples préoccupations déterminantes pour la vie qui tendent à reléguer les soins dentaires au second plan [20, 21]. Dans notre étude, le délai moyen de consultation était d'environ 2 semaines. Ceci reflète la négligence, l'ignorance des cellulites, analphabétisme (74,4 % de nos malades n'étaient pas scolarisés) et aussi la consultation chez les tradipraticiens (fumigation, inhalation et application locale de produit) dans notre série 81,4 % de nos patients font recours à cette médecine avant la médecine conventionnelle, souvent constatées dans nos pays en voie de développement et ; qui se traduisent par des consultations tardives.

Dans plus de 53 %, cette cellulite observée de manière statistiquement significative existait chez le sujet de sexe masculin.

La prédominance de la cellulite chez les hommes est due à la mauvaise hygiène buccodentaire plus observée chez les garçons que chez les filles [21]. Selon Benbouzid et coll [22], les filles seraient plus soucieuses d'une bonne hygiène bucco-dentaire les exposant moins aux cellulites odontogènes et une meilleure réponse immunitaire chez la femme a été évoquée par plusieurs auteurs pour expliquer cette prédominance [23, 24].

Le diagnostic positif de cellulite cervico-faciale doit être posé le plus rapidement possible, afin d'instaurer une stratégie thérapeutique efficace. Le signe clinique retrouvé dans la totalité de nos dossiers était celui d'une tuméfaction inflammatoire, c'est également le motif de consultation le plus fréquemment jusqu'à 65 % retrouvé dans la littérature [25].

Le traitement médical reposait sur une antibiothérapie probabiliste sur les germes présumés responsables de ces affections. L'association amoxicilline + acide clavulanique, métronidazole et gentamycine a été de règle dans notre série.

Cette antibiothérapie probabiliste est différente de la plupart des auteurs [26, 27, 28].

Le traitement médical encadre les actes chirurgicaux. Dans notre expérience, le drainage a été la principale modalité thérapeutique à 88 % chez nos patients. L'extraction de la dent causale occupe une place centrale dans la prise en charge des cellulites d'origine dentaire.

Le pronostic des cellulites cervico-faciales varie d'une série à une autre. Dans notre travail, l'évolution post thérapeutique était satisfaisante 76,7 % inférieur à celui d'Illé S et col à Niamey 94 % [29] qui s'explique pour la taille de notre série, la mortalité était environ de 5 %, même résultat pour Illé S et col à Niamey [29] et le taux de complication était de 18 %. Njifou et al [30] avaient noté un taux de mortalité de 10,13%, un taux de complications de 19,0% dont la principale complication était la médiastinite (5,1%). Tran Ba Huy [11] avait trouvé une mortalité de 7,3% et 12,8% de médiastinite, Keita [31] une mortalité de 28,57% et Diallo [32] un taux de complication de 21%.

Au début, cette antibiothérapie est probabiliste visant les streptocoques et les anaérobies stricts commensaux. Dans un deuxième temps, elle pourra être adaptée en fonction des données bactériologiques, des constatations peropératoires et de l'évolution locale et générale. Nos patients ont tous bénéficiés d'une antibiothérapie probabiliste, à large spectre, et en urgence. La voie parentérale a toujours été retenue. Dans 72 % des cas, il s'agissait d'une triple antibiothérapie. La durée de l'antibiothérapie est mal codifiée, elle est le plus souvent fonction de l'évolution loco-régionale. L'hospitalisation a été systématique pour l'ensemble des malades. Concernant la durée d'hospitalisation, 41,9 % de nos patients avaient fait un séjour de 4 à 7 jours en hospitalisation, contraire à celui d'A. El Ayoubi et coll. varié de 4 à 22 jours, avec une moyenne de 8,7 jours [12].

CONCLUSION

La cellulite cervico-faciale est une infection grave, relativement rare. De nombreuses étiologies peuvent être retrouvées dans la littérature mais l'origine

dentaire est de bien loin la plus fréquente. L'absence de barrière anatomique entre la région cervicale et le thorax facilite la diffusion de ces infections, qui prennent alors un caractère dramatique. A ce facteur anatomique s'ajoute le rôle néfaste de la mauvaise hygiène bucco-dentaire. Ces deux facteurs doivent être considérés comme les plus importants. L'antibiothérapie administrée précocement doit respecter deux impératifs : être efficace sur les germes anaérobies et être active sur d'éventuels germes aérobies associés. Le drainage, chirurgical large et soigneux est essentiel. Si la preuve est donnée par différents auteurs qu'un traitement bien conduit et appliqué précocement est susceptible d'améliorer le pronostic, il n'en demeure pas moins que le meilleur traitement reste préventif.

7. REFERENCES

[1] Huang TT, Liu TC, et al.

Deep neck infection: analysis of 185 cases.

Head Neck 2004;26(10):854—60.

[2] Reynolds SC, Chow AW.

Life-threatening infections of the peripharyngeal and deep fascial spaces of the head and neck.

Infect Dis Clin North Am 2007;21(2):557—76 [viii].

[3] Lin C, Yeh FL, et al.

Necrotizing fasciitis of the head and neck: an analysis of 47 cases.

Plast Reconstr Surg 2001;107(7):1684—93.

[4] Mohammedi I, Ceruse P, et al.

Cervical necrotizing fasciitis:

10 years' experience at a single institution. Intensive Care Med 1999;25(8):829-34.

[5] A. El Ayoubi et coll.

Cellulites cervico-faciales diffuses d'origine dentaire : à propos de 60 cas, (Med Buccale Chir Buccale 2009 ; 15 : 127-135).

[6] Ch. BERTOLUS .

Cellulite cervico-faciale Chapitre 52.

[7] S. BENZARTI, et coll., Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire, j. tun orl - no 19 décembre 2007 p. 24-28

[8] ADJA BINTOU SARR :

Aspect Clinique et thérapeutique des cellulites péri-maxillaires dans le département de MBACKE. These : chir.dent : 2008 ; N°04.

[9] Bahu SJ, Shibuya TY, et al.

Craniocervical necrotizing fasciitis:

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

[10] Lanisnik B, Cizmarevic B.

Necrotizing fasciitis of the head and

neck: 34 cases of a single institution experience. Eur Arch Otorhinolaryngol

2010;26(7):415—21.

[11] Tran Ba Huy P, Blancal JP, Verillaud B, Mabazaa A, Herman P.

Le cellulites cervico-faciales, une grave urgence ORL. Bull Acad Natle Méd (2011 ; 195(3) :661-78.

[12] Zaghré N, Gyébré YMC, Gouéta A, Bakyono E, Ouattara M, Ouoba K..

Les cellulites cervico-faciales à propos de 127 cas : aspects diagnostiques et thérapeutiques. Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités 2016 ; 10(1) :11-5.

[13] Marsot-Dupuch K, Portier F.

Infections cervicales et pharyngolaryngées de l'adulte. Feuille Radiol 2003;43(6): 508—16.

[14] GAILLARD A .

Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir (Paris - France), 22-033-A-10 Stomatologie 1989 12p.

[15] NICOLAS DAVIDO; FREDEREC BARER; KAZUTOYO YASUKAWA .

Cellulites faciales odontogènes de l'adulte Prise en charge médico-chirurgicale. L'information dentaire n° 21 - 25 mai 2011 (76-77).

[16] J.P. BLANCAL et AL.

Prise en charge des cellulites cervico-faciales en réanimation. Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société de réanimation de langue française en 2010.

[17] GAILLARD A .

Cellulites et fistules d'origine dentaire. Encycl Méd Chir (Paris - France), 22-033-A-10 Stomatologie 1989 12p.

[18] 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.

[19] MBOUPN.

Bactériologie des cellulites péri maxillaires d'origine dentaire. Thèse : chir .
Dent: DAKAR, 1994, n°01.

[20] Rakotoarison R, Ramarozaton NP, Rakoto FA, Rakoto FG :

Cellulites cervico-faciales à propos de 41 cas. Med buccale chir buccale2008;
14(1):35-9.

[21] Ngapeth-Etoundi. M, Itoua. ESR, Obounou. A, Aragon Alma. J.

Etude clinique des complications infectieuses dentaires et péri dentaires
observées à l'hôpital central de Yaoundé à propos de 161 cas. Rev.Odonto.
Stomatol. Tropical 2001; 93; 5-10.

[22] Benbouzid M, Benhyammou .A, EL Messaoudi A, Jazouli N, Kzadri M.

Les cellulites cervico- faciales à propos de 08 cas. Espérance médicale 2004 ;
11-102 ; 86-92.

[23] Romain P, Schmidt P, Hannion X, Le Tarnec A, Chalumeau F, Legros M.

Cellulites cervico-faciales gangreneuses d'origine dentaire.
RevStomatolChirMaxillofac 1989 ; 90 : 428-37.

[24] Rose C, Tellion C, Ferri F, Donazzan M.

Les cellulitesfaciales graves diffuses. RevStomatolChirMaxillofac1997 ; 98 :
269-71.

[25] Ennouri A, Bouzouaia N, Hajri H, Ferjaoui M, Marrakchi H.

Les cellulites cervico-faciales : à propos de 20 cas. Tunisie Med 1991 ; 69 : 459-
62.

[26] Bengondo MC, Eyenga VC, Njock R:

Cellulites et phlegmons diffus du plancher buccal avec évolution cervicale. La
revue africaine d'ORL et de chirurgie cervico-faciale 2005 ; 3 :23-7.

[27] Miloundja J.

Cellulites cervico-faciales diffuses : 32 cas vus à Libreville 2011 ; 21(3) :153-
157.

[28] Mighri K, Essid W, Awari F, Sfar N. Driss N.

Les cellulites cervico-faciales, à propos de 25 cas. TUN. ORL 2002 ; 08 :25-27.

[29] Illé S 1*, DjafarouAbarchi B 1, KadreAlio KO3, Timi N 2, Dan Sono A
,Les

Les Cellulites Cervico-Faciales au Service D'ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
de l'Hôpital National de Niamey 2.

[30] Njifou et al.

Cellulites Cervico-faciales en Milieu Hospitalier Camerounais. Health Sci. Dis
2014;15 (1) :1-4.

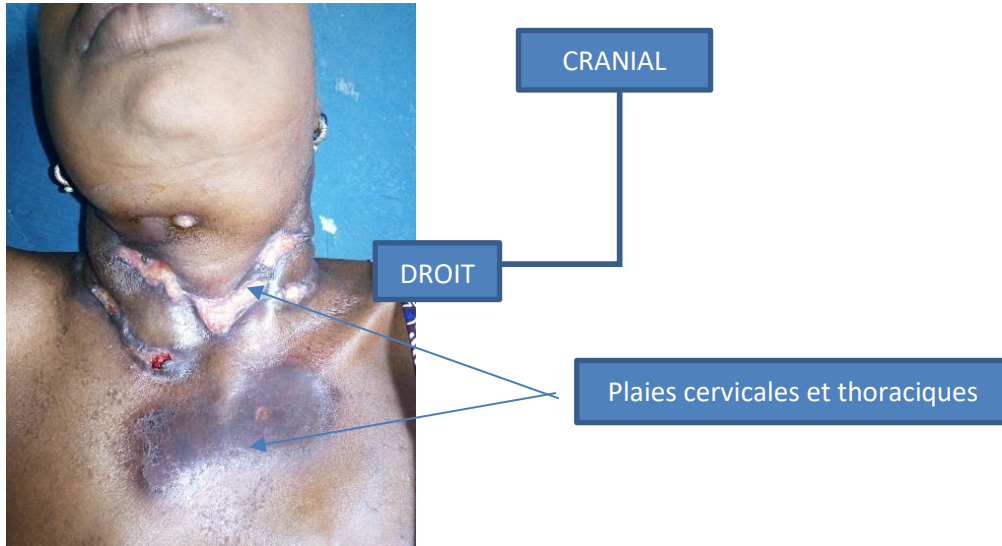
[31] Keita M, Doumbia K, Diango D, Diallo M, Timbo SK, Ag Mohamed A.

La cellulite cervicale extensive en milieu hospitalier sub-sahélien une pathologie
oubliée ? Cas du Mali. Médecine d'Afrique Noire 2008 ; 55 (09) : 464-70.

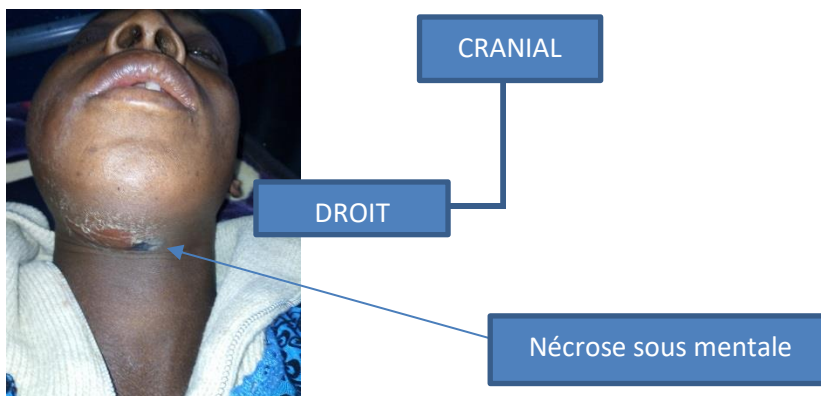
[32] Diallo OR, Balde NM, Conde B, Camara SAT, Bah AT.

Les cellulites cervico-faciales chez le patient diabétique au CHU de Conakry.
Rev Col Odonto-Stomato l'Afr Chir Maxillofac 2006; 13(3): 13-6.

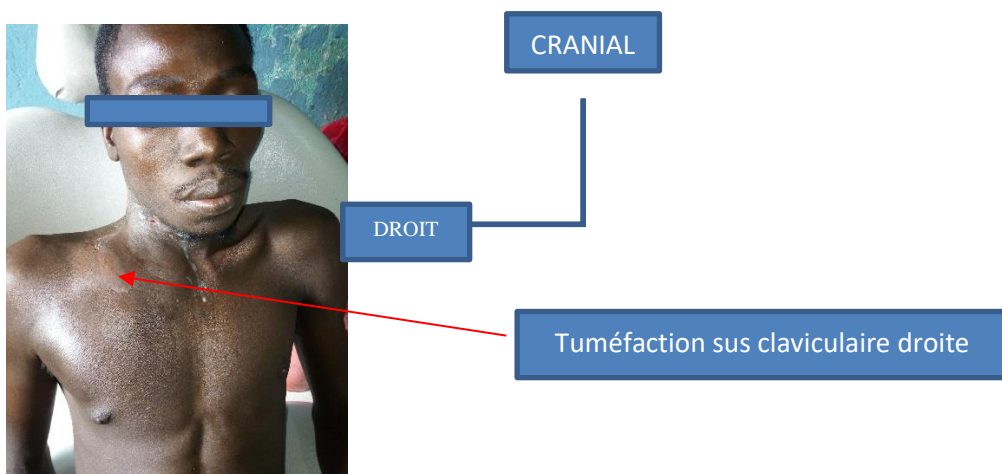
ICONOGRAPHIE



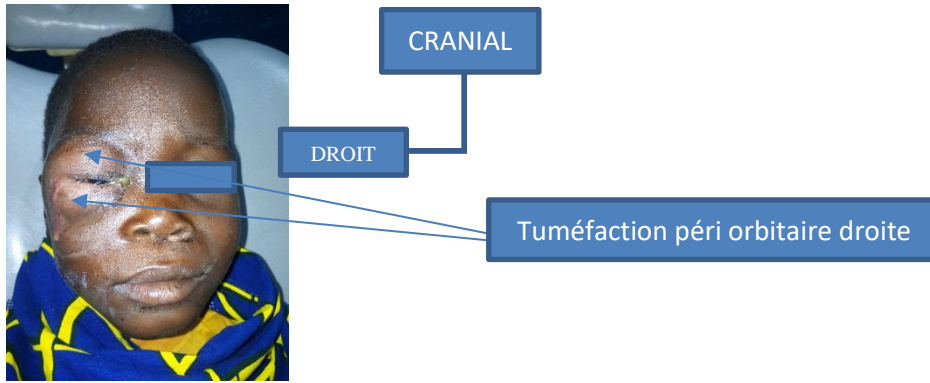
Cellulite cervico-thoracique



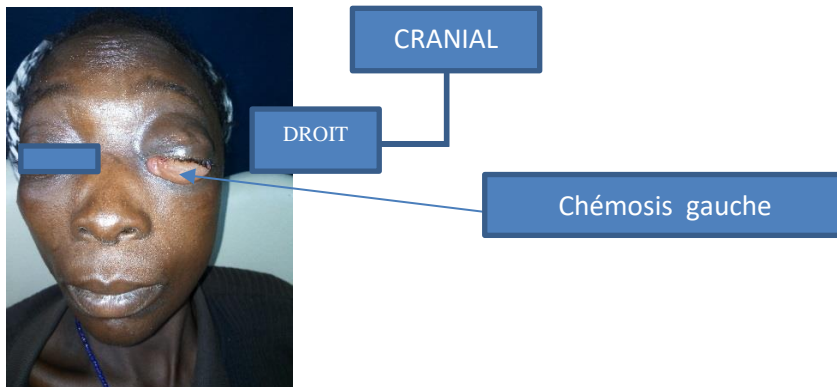
Cellulite diffuse



Cellulite cervico-thoracique



Cellulite périorbitaire chez un enfant



Cellulite périorbitaire gauche

RESUME

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur 43 patients présentant une cellulite d'origine dentaire colligés durant 9 mois de Juin 2019 à Mars 2020 au Service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale au CHU CNOS de Bamako.

L'objectif était d'étudier le profil épidémiologique des cellulites dans le service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale du CHU CNOS.

Notre échantillon était composé de 43 patients dont 53 % d'hommes avec un sex-ratio de 1,12 en faveur des hommes. La tranche d'âge la plus touchés est l'âge adultes (26 à 40 ans) soit 48,8 % de nos patients. Les ménagère ou aide-ménagères étaient la couche sociale la plus exposée soit 39,5 % de nos patients dont les non-scolarisés étaient les plus touchés soit 74,4 % de nos malades et 55,8 % vivaient en dehors de Bamako.

La tuméfaction était le principal motif de consultation soit 65,1 % de nos malades dont 67 % étaient venus eux même en consultation et nos malades accusaient un retard à la consultation de deux semaines à 41,9 %.

Dans notre série 81 % de nos patients faisaient un traitement traditionnel à basse de fumigation, d'inhalation ou application locale avant la consultation médicale dont 21 % présentaient une cellulite sous-mentale à extension cervicale et l'association Amoxicilline + Acide clavulanique + Métronidazole + Gentamycine était administré chez 72,1 % de nos patients avant le résultat de l'antibiogramme. *Escherichia coli a été isoler* chez 16,3 % de nos patients avec une sensibilité à 23 % à l'Amoxicilline + Acide clavulanique a toutes les germes rencontrées et 62,8 % des cultures étaient stériles dont l'anémie était retrouvée chez 25,6 % et 88 % ont bénéficié d'une incision-drainage.

Dans notre étude, 41,9 % de nos patients avaient fait un séjour de 4 à 7 jours en hospitalisation avec un taux de guérison à 76,7% et un taux de létalité à 4.7 %.